



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Numhauser, Jacobo; Soto, Paula

Consejos en la psicoterapia de mujeres víctimas de incesto. Revisión de 59 casos

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 44, núm. 4, diciembre, 2006, pp. 271-281

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527704006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Consejos en la psicoterapia de mujeres víctimas de incesto. Revisión de 59 casos

Psychotherapy for women victims of incest. Review of 59 cases

Jacobo Numhauser¹ y Paula Soto²

Objective: To describe the distortions of therapeutic milieu in psychotherapy of incest-victim patients. **Method:** We describe a case-series of 59 women victims of incest, and we summarize the current bibliography on the issue of transference and countertransference in the care of these patients. **Results:** There is paucity of research on the issue of transference/countertransference on these patients. We identified four main types of counter transference (CT), which are not exclusive: Vicarious CT in which the therapist assumes a negative attitude of absent parents, gives affection, and is always prone to abate anxieties, fear and guilt feelings. Super-Ego CT, addressed to punish the sexual aggressor, forgetting at times the needs and claims of the victim. Negative mothering CT, in which the therapist blames the victim for the family disruption. Negative parental CT, in which the father's figure is seen as absent, threatening, seductive, or careless of his daughter's needs. The gender of the therapist and the therapeutic approach influence the approach to these patients.

Key words: Sexual abuse, Incest, Psychotherapy, Transference, Countertransference.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(4): 271-281

Introducción

Estudiando la casuística general de abuso sexual de niños y adolescentes, en el transcurso de los últimos cinco años en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Ancud, Chile, he-

mos juntado 59 casos de mujeres en las que el abuso sexual fue de tipo incestuoso cuya descripción dio origen a algunos trabajos^{1,2}. El tema del abuso sexual infantil, incestuoso o no, ha sido objeto de innumerables publicaciones dada la significativa relación entre este antecedente y

Recibido: 16 junio 2006

Aceptado: 2 noviembre 2006

¹ Médico Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Ancud.

² Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental del Hospital de Ancud.

Declaración de conflicto de intereses. Ningún conflicto de intereses por declarar.

diversos cuadros clínicos psiquiátricos del adulto³⁻⁹. Se ha planteado que los daños de personalidad son más severos en las mujeres víctimas de abuso sexual intrafamiliar¹⁰⁻¹², aunque hay autores que ponen en duda tal conclusión¹³. Por otro lado, si bien, se han multiplicado los trabajos descriptivos de la población afectada, poco existe en la literatura especializada respecto a pautas psicoterapéuticas aconsejables y de las dificultades intrínsecas en el trabajo rehabilitador con las víctimas¹⁴⁻¹⁶. Un aspecto que nos parece especialmente relevante en la psicoterapia de estos casos son los sentimientos y actitudes contratransferenciales del equipo que atiende estas pacientes aunque en una revisión de la literatura llama la atención que rara vez se menciona en las publicaciones como explícitamente lo señalan Joseph Shay¹⁶ y Patricia Reynolds-Mejía¹⁵. Así es como, aunque existen interesantes y valiosos aportes nacionales^{8,17} y extranjeros^{18,19} en su mayoría se refieren a casuísticas, estudios clínicos y poblacionales de incesto o de abuso sexual intrafamiliar, pero no hacen referencia explícita a los diversos problemas de la contratransferencia (CT) con que se enfrenta el equipo de salud y que permite entender mejor, y muchas veces confirmar el abuso, como así mismo responder con mejor adecuación a la oferta transferencial que nos llega a veces inesperadamente¹. Una excepción lo constituye el aporte de Ramón Ganzarain²⁰ quien informa acerca una psicoterapia de grupo experimental con adultos con antecedente de incesto cuyos interesantes comentarios serán parte de la discusión. En este complejo problema clínico social donde la postura teórica y política sexual del terapeuta es crucial, como dice Shay¹⁶, estamos permanentemente poniendo a prueba nuestra pretendida objetividad. Prueba de esto es el análisis crítico de nuestras previas presentaciones que da cuenta de importantes sesgos. Hemos puesto énfasis en la selección de testimonios y reconocemos diversos puntos ciegos, algunos debidos al género del terapeuta, tomando rápido partido por las víctimas. Así por ejemplo, nos hemos sentido llevados a rearmar la familia nuclear desde bases más sanas, cayendo un poco en el idealiza-

do mesianismo terapéutico, “fantasías de rescate” dice Ganzarain (loc. cit.) las más de las veces imposible. En otra ocasión hemos sido impulsados a buscar por todos los medios un castigo al culpable, pero rápidamente nos damos cuenta que los culpables a veces son muchos; el padre, la madre, un primo, un agente de salud que no hizo nada, otro de la policía que no quiso intervenir, en fin, el SENAME* que decidió dejar a la niña bajo custodia en una Institución sin antes estudiar otra alternativa, y lo que es muy frecuente frente a una renuencia de la misma afectada a exigir justicia. Entonces reconocemos que nuestra objetividad es al menos darnos cuenta que en esta materia siempre estamos navegando como Ulises entre los monstruos Escila y Caribdis. Si nos inclinamos mucho hacia acoger a la víctima podemos caer al abismo de la victimización, pero si dejamos de hacerlo caeríamos en las inconvenientes aunque comprensibles reacciones transferenciales negativas por la supuesta frialdad y desapego afectivo nuestro. Como si estos riesgos fueran poco, en ambas indeseadas situaciones podemos encontrarnos con actuaciones peligrosas de los actores, en particular de las víctimas, desde erotizaciones en la transferencia hasta abandonos y fugas terapéuticas. Además, los propios familiares pueden oscilar entre sentirnos sus mejores aliados a tratarnos de intrusos y destructores de hogares. Todo lo cual nos lleva a sostener junto con otros autores^{15,20} que el profesional en estos casos que trata diariamente con los aspectos más dañados del funcionamiento humano esta en permanente riesgo de zozobrar su equilibrio emocional, pues se trata de situaciones en las que adultos en vez de proteger y dar sostén han ejercido su autoridad y fuerza con máxima violencia en contra de sus niñas pequeñas. Tratar estos aspectos traumáticos ejerce una presión negativa sobre la conceptualización humana que tenemos de la vida. Rudd y Herzerberger¹⁸ destacan el enorme desamparo en que una niña puede sentirse en situaciones como

* Servicio Nacional de Menores de Chile.

estas, en las que no tienen a nadie hacia quien volcarse. De esto trata el presente trabajo.

Del material clínico original incluimos viñetas clínicas de cuatro casos de incesto (ver Apéndice) para dar cuenta de diversas situaciones o modalidades contratransferenciales y así entender mejor las dificultades, fracasos y logros en la atención psicoterapéutica. Proponemos utilizar en estos casos aquella parte de la CT que hemos denominado “contratransferencia vicariante”, que no la sentimos una contra actuación sino una acción terapéutica complementaria, pero que evidentemente debiera ser manejada con el mayor grado de penetración dinámica para entender mejor y promover la direccionalidad de los cambios. Utilizamos el concepto ampliado de CT empleado por Ganzarain (loc.cit.) y de Otto Kernberg enfoque “totalístico” de la Contratransferencia como lo señala Shay¹⁶.

Material Clínico

El material original de la presentación se obtuvo del estudio clínico retrospectivo de 59 mujeres con historia de abuso sexual incestuoso en la infancia o adolescencia efectuada por un hombre del hogar familiar. Definiendo por acto incestuoso a toda aproximación física con intenciones sexuales habidas entre un hombre adulto (18 años y más) del hogar de la niña: padre, padrastro, hermano, tío, primo, abuelo.

El método de entrevista consistió en la entrevista psiquiátrica clínica, examen mental habitual y, en algunos casos, se aplicaron tests psicológicos, tales como: test Rorschach, Test de Cat, Test proyectivo de dibujo figura humana Machover.

Judiciales fueron 17 casos, los otros 42 fueron atenciones de morbilidad: confesiones de mujeres adultas que venían a consultar por depresión crónica, niños/as por retraso en su desarrollo psicomotor y mujeres adolescentes con depresión, descontrol de impulsos o con intento suicida.

El hombre autor del acto incestuoso resultó

ser el padre en 21 casos, el padrastro en 14 casos (60% era la figura paterna el autor del abuso) y otros familiares en 24 casos. En un caso, abusaban de la niña varios familiares simultánea o sucesivamente.

El rango de edad cuando se cometió el incesto varió entre los 3 años a los 26, siendo la edad media de 10,6 años, con dos *peaks*, uno entre los 6 a 8 años (19 casos) y el segundo entre los 12 a 14 años (17 casos).

En esta muestra encontramos que hubo 9 hijos incestuosos y un aborto.

El tiempo que duró la relación incestuosa fue desde una única vez (7 casos), un año (22 casos), de 2 a 6 años (23 casos), de 7 a 12 años (7 casos), siendo la duración media de 2,8 años.

La demora en dar a conocer el hecho incestuoso varió entre denuncia inmediata a 50 años después de ocurrido, siendo la edad media en la que se da a conocer el abuso sexual incestuoso de 27,5 años, es decir, la demora en informar estimada para la muestra es de 17 años.

De las secuelas psicosociales en las víctimas destacamos que 32 casos (54%) sufrieron alguna forma de depresión, con intento suicida fueron 12 casos. Relacionando los casos de depresión de las víctimas con el agresor, las cifras fueron de un 38% si el agresor fue el padre, un 50% si el agresor fue el padrastro y 70,8% si el agresor era otro familiar. La otra frecuencia mayor de secuelas lo constituyen los trastornos por ansiedad y somatomorfos con 13 casos. El resto de los casos mostraban alguna secuela psicológica o social, dos casos con psicosis, dos casos con disfunción sexual, uno ejercía la prostitución, dos casos con retardo del desarrollo. No encontramos diferencias entre las secuelas psicosociales comparándolas con la duración del abuso incestuoso y con la circunstancia de existir o no una denuncia judicial.

Psicoterapia utilizada

La psicoterapia elegida dependió de la edad de la víctima y de la situación clínica que motivaba la consulta:

- a) Intervención en crisis con trabajo psicosocial familiar para casos de niñas pequeñas con mucha cercanía temporal del abuso sexual y en casos de mujeres adolescentes hospitalizadas luego de un intento suicida;
- b) Psicoterapia individual integrativa breve en casos con síntomas depresivos, ansiosos o fóbicos reactivos a la situación de abuso y a los diversos problemas sociales secuenciales;
- c) Psicoterapia individual integrativa prolongada, casos con mayor desestructuración de personalidad;
- d) Psicoterapia grupal, grupos cerrados de 10 a 12 integrantes para casos de niñas adolescentes con gran descontrol de impulsos con una reunión quincenal durante seis meses.
- e) Otro tipo de grupo abierto para casos de mujeres adultas con daños somatomorfos y depresión crónica, abuso incestuoso había ocurrido cuando eran niñas, esta modalidad que se empezó reuniendo semanalmente y actualmente es quincenal, asisten entre 10 a 15 personas, varias de las pacientes se han convertido en monitoras, pues aunque se sienten asintomáticas les agrada venir y ayudar a nuevas integrantes.

Viñetas clínicas (víctimas y victimarios)

Lidia y su padre Roberto. Ella tiene actualmente 18, dice que mantenía relaciones sexuales con su padre desde los 13 años y no decía nada por temor a lo que pudiera suceder. Compartía la misma cama de sus padres y cuando en la mañana la madre se levantaba a hacer el fuego el padre mantenía relaciones con la hija. “En ese tiempo no sabía lo que era eso... nunca me gustó... no decía nada para evitar un problema entre mis padres... me daba rabia que me tocara. Me fui a trabajar a Santiago, pero él me mandó buscar porque me extrañaba. Comenzó a molestarme con lo mismo, aunque no me agradaba, dejaba que pasara para evitar problemas”. Lidia ha tenido pololos a escondidas del padre y relaciones sexuales con ellos desde los 15 años. Roberto, el padre, carpintero de 48 años, mantiene bien al hogar, insiste en que no cree que eso haya

pasado, dado que cuando bebe no se recuerda nada de lo que hace, agregando: “no creo tener la mente tan sucia”. A su vez la madre insiste en la inocencia del marido. La denuncia sucedió un día que la hermana menor escuchó los ruidos que hacían Lidia y su padre. Se lo contó a la madre y ella hizo la denuncia. En una segunda declaración en el Juzgado Lidia cambió la versión diciendo que había inventado todo eso por estar enojada con el padre ya que el no le daba permiso para salir “yo retiro la denuncia porque mi padre no me hizo ningún daño”. Lidia está trabajando y es la que aporta al hogar luego del encarcelamiento del padre. En caso de quedar en libertad él volvería al hogar y Lidia se iría a vivir aparte. Durante las entrevista y en el Test de dibujo de la Persona Humana, Lidia dibuja primero al hombre y la mujer en un plano inferior y definitivamente deformada. En la familia, ella se coloca al final, encabezando el grupo su madre. En tanto, el padre en su dibujo de la familia se olvidó dibujarse él mismo, encabezando la familia su único hijo varón y siguiéndole la propia Lidia, la esposa al final.

Claudia y su padre Oscar, éste tiene 47, campesino, 4 hijos, cuenta que a su hija Claudia “nunca la consideró igual a sus otras hijas, empezó a sentir inclinación erótica hacia ella, “creo que me enamoré” e inició relaciones sexuales cuando ella tenía 11 años, salía con ella al monte en la mañana a la grupa del caballo y volvíamos en la tarde. Nacieron dos hijos. Él los atendía y cuidaba con esmero y cariño. La denuncia ocurrió después de 12 años luego de golpearla en un arrebato de rabia cuando Claudia decidió no vivir más con él. Oscar había echado a la cónyuge y dejado a Claudia con él y según ella lo aceptaba sexualmente por temor al castigo, quebraba varas en sus piernas. La madre, analfabeta, sufre una debilidad mental leve, señala que su marido llevaba a Claudia a trabajar y que “nunca vio nada en la casa”. Los hijos que nacían de su hija se los explicaba como hijos de pololos ocasionales de Claudia. Actualmente, Claudia tiene un segundo pololo con el cual puede sentir placer sexual. Su dibujo de la figura humana muestra

una feliz pareja con los brazos en alto, serían mamá y su conviviente, un hombre bueno y preocupado.

Jeanette y su padre Erick, éste tiene 41, después de una larga convivencia con una mujer han tenido 3 hijas y 1 hijo, con dos de ellas había mantenido relaciones sexuales, con Jeanette desde los 9 años extorsionándola porque sabía que el abuelo de la niña ya la había usado como objeto sexual y que de no dejarlo hacer él se lo contaría a la madre. Producto de estas relaciones tiene una hija de 5 años de edad. Para evitar que el cumpla sus amenazas homicidas y parricidas debo decirle todos los días que lo amo y así me deja estudiar, dice Jeanette. La denuncia ocurrió luego de una fuerte discusión por celos al encontrarle una carta de un pololo. Hacía al menos 7 años que la menor de las hermanas vio a Erick haciéndole caricias en los genitales a su otra hermana Karin y aunque se lo contó a la madre, bastó que el hombre negara diciendo que “la estaba revisando por algo que tenía en la vagina” para dejar tranquila a la madre siempre atemorizada de sus agresiones y amenazas. El daño psicológico de Jeannette se expresa en una gran labilidad afectiva, ya que al tocarle temas de su infancia reacciona con llanto, cuenta que para poder dormirse en las noches debe llorar primero.

Bernardita y su padrastro Claudio, ella tiene 16 años, analfabeta, una hijita de 3 años producto de las relaciones sexuales que mantenía con su padrastro desde que ella tenía 10 años. Cuenta que el padrastro empezó a hacerle caricias y a besarla por un tiempo antes de iniciar las relaciones. La primera vez quedó sangrando y al preguntarle a su madre esta le habría contestado: “ponte algo para no manchar la ropa”. Nada le dijo de lo que ocurría por temor a que ella se enojara. Al desaparecer la madre sin dejar noticia de su paradero, Bernardita aceptó la convivencia “vivíamos como cualquier familia, siendo yo la dueña de casa, tratábamos bien a los niños (dos hermanos menores y su propia hijita). Cuando se dio cuenta que su conviviente tenía relaciones sexuales con su hermana de 14, le advirtió a esta: “cuidado con embarazarte”. La limitación

cultural e intelectual de madre e hija no les permitía ofrecer mejores advertencias. Claudio tiene 39 años, campesino, cursó sexto básico. Está detenido luego que se descubrió el parricidio con ocultamiento del cadáver de su esposa por 4 años y convivencia con su hijastra Bernardita, con la que tiene una hijita de 3 años, y abuso sexual de su propia hija Vanesa. En su confesión acota: “lo que pasa es que me enamoré de Bernardita y si el crimen no se hubiera descubierto yo habría continuado viviendo con ella como marido y mujer porque nos queremos, habríamos tenido otros hijos y habríamos criado a sus hermanos”.

Discusión del material clínico estudiado

Tomaremos aquellos aspectos que van dando cuenta de un perfil psicosocial de los actores y que provoca más directamente nuestra respuesta contratransferencial según se puede percibir revisando los testimonios, pues como se ha señalado en la literatura “la red compleja de interacciones en la pareja incestuosa se repite en la transferencia”²⁰.

El abuso sexual incestuoso padre-padrastro-hija fue un hallazgo frecuente y extrañamente tolerado gracias a una especie de pasiva aceptación familiar con ceguera-sordera-mudez psíquica materna pues rara vez había una denuncia. En nuestra casuística debió transcurrir un promedio de 17 años hasta que se efectuó la confesión y o denuncia. Bolaños³ afirma que las madres que saben del incesto lo ocultan para proteger a las víctimas evitando el escándalo, la disolución familiar y la pérdida de ingresos económicos. No extraña el escaso porcentaje de denuncias oportunas, es lo habitual en abuso sexual infantil-adolescente según consignan diversos autores^{21,12}.

Podemos elaborar un perfil del agresor, figura paterna que se impone y domina la vida intrafamiliar, muchas veces abusando sexualmente de todas las niñas y mujeres del hogar, si bien algunos afirman haberse enamorado de ella como Oscar y Claudio, los otros consiguen la sumisión sexual de la niña por medio de diversas extorsio-

nes y amenazas; a veces ocurre en medio de crisis alcohólicas, en conductas reveladoras de mayor psicopatía, hallazgo en la casuística de Lukianowicz¹³. Lo frecuente es negar el hecho, “no creo tener la mente tan sucia” dice el padre de Lidia, aunque en el test proyectivo de dibujo hace una confesión indirecta al no incluirse en la familia y colocar a su hija amante en la hoja de dibujo antes que a su propia mujer. Dos casos eliminaron a la esposa que les causaba molestia, uno echándola del hogar (Oscar) y el otro asesinandola (Claudio) y así se quedaron con su hija como pareja y dueña de casa. Turell y Armsworth¹⁹ señalan que las niñas abusadas por incesto y que después sufren con auto-mutilaciones provienen de hogares que han mantenido su familia intacta, pero que son abusivos y disfuncionales, viéndose un caos familiar que dura años^{13,17}, con escaladas de violencia sexual, física y fisiológica desde la niñez a la adolescencia, incluyendo la madre, y que un niño en estas circunstancias no tiene alivio del horror. Turell y Armsworth¹⁹ agregan: “la escala de violencia en estas familia puede llegar hasta el homicidio”, como sucedió en el caso de Claudio de nuestra casuística. En otros casos de incesto entre hermanos el padre biológico se ha perdido por muerte, alcoholismo, enfermedad mental o extrema lejanía emocional, señalan Rudd y Herzemberger¹⁸. En varios casos de nuestra casuística agresor y víctima habían formado una verdadera pareja con hijos comunes que duró hasta 12 años deseando seguir viviendo así por lo que la denuncia desestructuraba el hogar, y el equipo de salud era sentido como hostil. Estamos hablando de una temprana maternalización de las hijas, asumiendo no sólo el trabajo del hogar y del campo sino reemplazando a la madre en la cama, según ha sido nuestra casuística y opinión de diversos autores. Nos parece, entonces, que la mayoría de estas niñas viven presas de miedo crónico y estrés, tratando muchas veces de mantener un rol parental que las lleva a estar hipervigilantes, interrumpiendo el desarrollo normal cognitivo y de relaciones.

Revisando la selección de testimonios vemos

que retuvimos casos de mayor impacto emocional, así fue como los que creíamos ser casos paradigmáticos son aquellos en los que hubo mayor aberración y perversidad, como en el paricidio de Claudio que después de asesinar a su esposa siguió la convivencia con su hijastra Bernardita desde los 10 hasta los 16 años cuando se descubre el asesinato, o aquellos casos en los que pese a que nacen hijos incestuosos la madre no quiere darse cuenta, Erick con su hija Jeannette de 9 años, Elena con 2 hijos del padre o Claudia con 2 hijos de su padre Oscar. También habíamos destacado aquellos casos en los que la madre no solo no quería ver lo que estaba sucediendo sino actuaba sin ninguna capacidad de continente, como cuando la madre le dice a Bernardita sangrando luego de la violación “ponte algo para no manchar la ropa”, o la madre de Claudia que dice “nunca vi nada”, o la madre de Lidia que niega todo, y cuando Helen (12 años) le dice a su madre que la lleve al Hospital ésta responde: “yo la revisé en el baño y no tenía nada”. Ceguera psíquica y pasividad materna que lleva a algunos autores hablar de colusión materna^{16,13}, aunque otros sostienen que la mayoría de las madres dan apoyo a sus hijas abusadas²⁰. Rudd y Herzemberg¹⁸ hablan de madres emocionalmente ausentes, sea por su sobrepasada circunstancia de vida, sea por enfermedad o por adicción alcohólica. Los casos estudiados por Elizabeth Sirles²² demuestran que la falta de credibilidad materna es el doble cuando el agresor fue su pareja o el padrastro de la niña. En esta especie de balanza las madres optan por creerle a su pareja o al hijo varón cuando hubo incesto fraterno.

La actitud de las niñas violentadas en estos testimonios ha sido de sumisión, resignación, sometimiento, como cuando Jeannette cuenta que debe decirle a su padre todos los días que lo ama para que le permita salir a estudiar, o cuando Lidia regresa al hogar porque su padre la extrañaba, pero para seguir abusando de ella; en Claudia el sometimiento al abuso sexual es claramente por miedo a los golpes, Lidia retira la denuncia en gran medida para no sentirse la destructora del hogar y la misma Lidia señala que

no decía nada para no causar problemas. Todas estas complejas respuestas en las relaciones intra familiares al existir incesto han sido denominadas por Ganzrain “intrincada relación ambivalente” de “roles recíprocos”²⁰.

Transferencia y contratransferencia

Aunque la transferencia y contratransferencia son tema central en toda relación terapéutica, adquiere un matiz especial en estos casos de incesto, tal vez, porque, como bien señala Ganzrain “habían roto un tabú, no podíamos permanecer indiferentes ante tal trasgresión”²⁰. Veremos lo ocurrido en los sentimientos del equipo de salud y en actitudes de los pacientes a lo largo de las entrevistas y psicoterapia. Separaremos las observaciones según el género del profesional pues pensamos, con Shay¹⁶, que el sexo del terapeuta que toma el caso induce a caer en diversos puntos ciegos y en contra-actuaciones, situaciones no sólo inevitables sino que están siempre presentes en toda psicoterapia.

Señalamos diversas respuestas contratransferenciales que se pueden dar disociadas o simultáneas y/o secuencialmente en una misma relación terapéutica representando algunos de los roles inducidos por la transferencia en un escenario actuado del drama familiar en cercanía al concepto de CT complementaria de Racker, estas son:

Caso A: son niñas pequeñas que llegan desde los Juzgados de Menores luego de una denuncia por violación o abuso sexual efectuado por un familiar cercano, padre, padrastro, tío, hermano, abuelo. Sabemos lo que vamos a enfrentar, tenemos un sentimiento compartido de horror y nos vemos llevados a prestar una muy pronta, eficiente y cálida acogida dando una contención emocional con evidentes extralimitaciones en nuestro tiempo comprometido para otros pacientes, por ejemplo, atendiendo largas llamadas de la Asistente Judicial y con nuestro habitual encuadre; es decir, asumimos la identificación con un sistema parental ausente o inexistente y por

eso, como equipo, asumimos una actitud de apoyo incondicional. A esta modalidad la denominamos CT vicariante. La profesional mujer se encuentra habitualmente en esta relación transferencial tipo caso A, sea que se trate de niñas pequeñas abusadas derivadas del sistema judicial o de adolescentes hospitalizadas luego de un intento suicidal asociado a descontrol de impulsos de carácter severo. En ambos casos surgen sentimientos contratransferenciales desde lo materno, “atmósfera materna”²⁰, una mujer (madre-terapeuta) busca acoger, calmar, cuidar y proteger a otra mujer víctima niña, adolescente o mujer adulta dañada en su dignidad, en su intimidad, que probablemente por su propia madre incrédula, fue abandonada o dejada a libre vulnerabilidad de los agresores varones, padres-hermanos-tíos y padrastros. Y así surge una danza terapéutica de reestablecer, de reparar lo íntimo, lo apreciado que es la propia sexualidad femenina compartida.

Caso B: en la gran mayoría de los casos oscilamos haciendo eco con aquel sector de la sociedad que debiera juzgar y castigar al culpable, identificándonos esta vez con un Super Yo capaz de ser normativo y severo, “enojados con sus abusadores u ofensores”²⁰, estructura mental normal que carece el autor del delito. Nos cuesta ser imparciales, así es como preferimos no tomar en tratamiento al agresor si el juzgado lo solicitara y somos renuentes a hacernos parte de peritajes solicitados por la Defensoría, no sin ciertos riesgos como un caso que citan unos autores turcos con suicidio del agresor sexual²³. Otro peligro de esta modalidad CT es descuidar los sentimientos y deseos de la víctima.

Caso C: identificación con el violador al romper la barrera del silencio y del secreto, ciertamente que no forzamos sino seducimos, pero para el caso resulta ser una penetración fálica en la intimidad dañada por traumas sexuales desde la infancia y sumamente defendida. Son casos cuya información pertinente nos llegó o bien durante la anamnesis o, lo más frecuente, meses después durante el trabajo psicoterapéutico. Ha sido una larga y ardua espera hasta obtener el material

confirmatorio que llene los vacíos y misterios, por ejemplo, de estados depresivos recurrentes o cuadros psicosomáticos diversos sin explicación muy clara. “Entonces eso era”, exclamamos calladamente. El caso se nos hace más transparente, se deja de luchar en contra de lo resistido y sucede una relación de pareja terapéutica con la sensación muy particular de haber “penetrado” en la intimidad de su secreto. Situación que ubica especialmente al terapeuta varón en una repetición sublimatoria de la violación sexual real efectuada por el padre de la sujeto hace mucho tiempo, a veces 50 años atrás. Esta situación que podríamos denominar técnicamente una contra actuación sublimatoria puede llegar a ser reparatoria y curativa. Las pacientes logran finalmente establecer una relación afectiva de mucha cercanía con el terapeuta, objeto estable y confiable.

Caso D: erotización de la relación terapéutica. Se produce con aquellas víctimas que llegan sumamente erotizadas por la situación incestuosa en que han estado involucradas. Esta erotización inunda la relación terapéutica y coloca al terapeuta desprevénido en una difícil situación. O se defiende, rechazando sin más lo que está actuando la paciente y lo que le está haciéndole sentir provocándole culpa y vergüenza; o por el contrario, si deja que la exhibición de transferencia erótica continúe se puede llegar a un punto de peligro como para que una correcta y oportuna interpretación evite este mal desenlace. Son niñas que aparecen con gestos, posturas corporales de coquetería, maquillaje excesivo para su edad, es decir, algo que Nabokoff describiera magistralmente en su *Lolita*. Seducir sexualmente al objeto hombre terapeuta es la clave transferencial para ser aceptadas, no ser maltratadas, ser tomadas en cuenta. Lijtmaer²⁴ se pregunta cuáles son los signos a tomar en cuenta para confirmar la transferencia erotizada. Pensamos que lo más probable, si no en todas, en la mayoría de las mujeres víctimas de incesto debe existir alguna forma de erotización despertada frente a objetos transferenciales^{20,25}, no sólo por el tema aprendizaje conductista ya señalado, sino por los estímulos traumáticos sexuales nunca descargados del

todo y bien dispuestos a la repetición como lo señala Berkowitz²⁶.

Caso E: otras formas de respuestas transferenciales/contratransferenciales parentales negativas están dadas por una respuesta transferencial concordante con la experiencia traumática real: 1) El objeto materno no quiere ver, no sabe ayudar, se despreocupa, acusa, maltrata, es decir, esta ausente, no está cuando se le requiere. 2) El objeto parental ha sido violento, seductor y violador. Son aquellas figuras parentales “que no hacen lo que hay que hacer y hacen lo que no hay que hacer” dice textualmente Baranger²⁷. Entonces, recuperar la confianza es, por decir poco, una misión casi imposible. No es de extrañar que muchas veces estas niñas tengan una conducta de *acting out*, poniendo a prueba la resistencia de la relación y la permanencia del apoyo, faltan a sesiones, caen en nuevas crisis de alcohol, drogas o auto mutilaciones e intentos suicidas.

Entre los sentimientos contratransferenciales consignados por otros autores están: fantasías de rescate, tristeza extrema, descrédito, rabia contra el abusador, asco, confusión, disociación, culpa, vergüenza, perdón prematuro, identificación con el abusador, deslumbramiento, sensaciones sexuales hacia la víctima, todo lo cual ofrece una ventana para conocer la experiencia no comunicable por vías directas de los miembros familiares^{16,20}. Varios de estos sentimientos los hemos compartido.

Este tema clínico teórico de la contratransferencia como una herramienta de trabajo en psicoanálisis lo ha trabajado extensamente Henrich Racker²⁸ y, posteriormente, Horacio Etchegoyen²⁹ en uno de los capítulos discute la propuesta de Money-Kyrle acerca la denominada “Contra-transferencia Normal”, situación en la que “el analista asume un papel parental, complementario al del paciente” o de “roles recíprocos”²⁰. Aunque Stukenberg³⁰ señala que en estos pacientes hay una sobre identificación y evitación con la figura del terapeuta sentida como de autoridad en todo similar a la paterna, nosotros creemos que hay una interesante diferencia al menos en nuestro trabajo psicoterapéutico: la identificación no pa-

rece ser con los objetos parentales de la realidad del paciente, tan disfuncionales, sino con los que no fueron, con los ideales, con los ausentes; es decir, con propiedad podríamos denominar a esta modalidad Contratransferencia Vicariante, el terapeuta asume sentimientos y actitudes parentales opuestos al de los padres reales, que aun estando presentes no cumplieron con dar protección y amor a su hija.

Conclusiones

Destacamos que la relación transferencial-contratransferencial es un elemento de extraordinaria importancia, tanto diagnóstica como para dimensionar la realidad mental de estas pacientes, tan dañadas en sus relaciones con los objetos edípicos. Estos fenómenos de la relación terapéutica son una ventana abierta al trauma sexual, a la experiencia no comunicable por otras

vías, así como se constituyen en herramienta terapéutica para orientar más adecuadamente las intervenciones psicoterapéuticas^{20,31-34}. Encontramos cuatro formas principales no excluyentes de contratransferencia: a) CT vicariante, identificación con figuras parentales ideales, opuestas a las reales; b) CT Superyoica, identificándose con una estructura ético moral inexistente en la familia real; c) CT maternal negativa, cercana al imago materno ausente, indiferente, negador, culpógeno; d) CT parental negativo, identificándose con diversos aspectos del agresor sexual. La diferencia de género del terapeuta promueve diferencias muy particulares en la relación transferencial. Si bien las cuatro formas de CT pueden ser sentidas, adquiere mayor importancia lo que le ocurre al terapeuta frente a la conducta *acting out* de las pacientes dada una fuerte corriente transferencial que imagina al terapeuta como figura materna-paterna poco confiable, que no hace lo que hay que hacer y hace lo que no debe hacer.

Resumen

Presentamos algunos consejos psicoterapéuticos surgidos al atender a 59 mujeres víctimas de incesto. Una revisión de la bibliografía actualizada, demuestra una asombrosa ausencia de comentarios acerca los sentimientos y actitudes de Transferencia/Contratransferencia que suceden en la intervención con estos pacientes. Pensamos con otros autores que objetivar estas distorsiones psicológicas de la relación terapéutica permite comprender muchas implicancias del abuso sexual infantil, confirmar diagnóstico, así como mejorar la eficacia de la intervención psicosocial. Describimos cuatro tipos principales de Contratransferencia, que no son exclusivos, que pueden cambiar en el tiempo o aparecer simultáneamente en forma disociada. 1. Contratransferencia Vicariante, el terapeuta asume la actitud opuesta a la de los padres reales de la paciente, que estuvieron ausentes, quienes poco o nada hicieron después del ataque sexual. El terapeuta proporciona afecto, protección y escucha, dispuesto a atenuar ansiedades y sentimientos de culpa. 2. Contratransferencia Super Yoica, destinando la mayoría del tiempo y energías del terapeuta procurando castigar al agresor sexual, olvidando momentáneamente intereses y propósitos de las víctimas. 3. Contratransferencia de maternidad negativa, que actúa como si el terapeuta sufriera de ceguera, mudez, sordera, culpando a la víctima de la inminente destrucción familiar. 4. Contratransferencia paternal negativa, donde la figura del padre es vista, o ausente o como figura a la que se teme por lo psicopática, seductora o despreocupada de las necesidades y desarrollo de la hija. El abordaje teórico y el género del terapeuta tienen el drama de forma diferente. Se ilustra con cuatro viñetas clínicas.

Palabras clave: Incesto, Abuso Sexual Infantil, Psicoterapia, Transferencia, Contratransferencia.

Referencias

1. Numhauser J. Cultura e integración: Vigencia del Mito del Trauco a propósito de una casuística clínica de incestos en Chiloé. *Rev Psiquiatría y Salud Mental* 2001; 18 (4): 208-17.
2. Numhauser J, Soto P. Incesto realizado, incesto imaginado. Reflexiones acerca del conocer. Ined. Presentado ante la Asociación Chilena de Psicoanálisis, 02 dic, 2004.
3. Bolaños S. Incesto en adolescentes internados en el Hospital Psiquiátrico. *Rev Cost Cienc Med* 1989; 10 (4).
4. Mullen P E, Martin J L, Anderson J C, Romans S E, Herbison GP. The relationship between childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721-32.
5. Cheasty M, Clare A W, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression. *BMJ* 1998; 316: 198-201.
6. Weiss E, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
7. McMillan H L, Fleming J E, Streiner D L, Lin E, Boyle M H, Jamieson E, Duku E K, Walsh C A, Wong M Y, Beardslee W R. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1878-83.
8. Almonte C. Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 2002; 56, 40 (1): 22-30.
9. McHolm A E, MacMillan A L, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 933-8.
10. Herman J, Russell D, Trocki K. Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1293-6.
11. Fox K M G. The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest, and parental alcoholism. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 849-58.
12. Thestrup G. Incest and sexual abuse. A retrospective study of 285 persons referred to ambulatory treatment of the consequences of incest and sexual abuse. *Ugeskr Laeger* 2001 Nov 26; 163 (48): 6751-5.
13. Lukianowicz N. Incest. I: Paternal Incest. *Brit J Psychiat* 1972; 120: 301-13.
14. Krieger M J, Rosenfeld A A, Gordon A, Bennett M. Problems in the psychotherapy of children with histories of incest. *Am J Psychother* 1980; 34 (1): 81-8.
15. Reynolds-Mejia P, Levitan S. Countertransference issues in the in-home treatment of child sexual abuse. *Child Welfare* 1990; 69 (1): 53-61.
16. Shay J J. Countertransference in the family therapy of survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1992; 16 (4): 585-93.
17. Florenzano R, Weil K, Acuña J, Fullerton C, Cruz C, Muñoz C, Leighton C. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: Un nuevo estudio con muestra mayor. *Psiquiatría y Salud Mental* 2002; 19 (3): 149-55.
18. Rudd J M, Herzberger S D. Brother-sister incest/father-daughter incest: A comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23: 915-28.
19. Turell S C, Armsworth M W. Differentiating incest survivors who self-mutilate. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (2): 237-49.
20. Ganzarain R, Buchele B. Contratransferencia cuando el problema es el incesto. *Rev Chil Psicoanal* 1987, 6 (1): 5-17.
21. Villarino H. Incesto y abuso sexual en la Infancia y la Adolescencia. *Psiquiat. y Salud Mental* 2001; 18 (1): 10-33.
22. Sirles E A, Franke P J. Factors influencing mother's reactions to intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1989; 13: 131-9.
23. Devrimci Ozguven H, Soykan C, Yazar H, Ankara U Tip Fak. *Turk Psikiyatri Derg* 2003 Winter; 14 (4): 311-8.
24. Lijtmaer R M. The place of erotic transference and countertransference in clinical practice. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2004 Fall; 43 (3): 483-98.
25. Bonasia E. The countertransference: erotic, erotised and perverse. *Int J Psychoanal* 2001; 82 (Pt 2): 249-62.
26. Berkowitz R. The potential for trauma in the

- transference and countertransference. Trad. español, *Rev Psicoanálisis* 2000; 6.
27. Baranger M, Baranger W, Mon J M. El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud, trauma puro, retroactividad y reconstrucción. En: Libro Anual de Psicoanálisis, Londres-Lima: Brit Psychoanalytic Soc, 1989.
 28. Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. B. Aires: Paidós, 1969.
 29. Etchegoyen H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. B. Aires: Amorrurto, 1986.
 30. Stukenberg K W. Object relations and transference in the group treatment of incest offenders. *Bull Menninger Clin* 2001; 65 (4): 489-502.
 31. Slipp S. Countertransference in Psychiatric Treatment. N.Y.: Ed. Glen Gabbard, Am Psychiatric Press, 1999.
 32. Bernardez T. The eroticized transference: A tool for the reconstruction of childhood sexual trauma. *J Am Acad Psychoanal* 1994; 22(3): 519-31.
 33. Ellis A. Rational and irrational aspects of countertransference. *J Clin Psychol* 2001; 57 (8): 999-1004.
 34. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (5): 890-8.

Correspondencia:
 Jacobo Numhauser
 Casilla 425. Ancud.
 E-mail:hancud_saludmental@hotmail.com