

## “LA VIOLENCIA DE NO SER”

Alejandra Zucchi\*

### Resumen

*En este artículo se presentan algunas conclusiones del trabajo clínico que he realizado en el ámbito hospitalario con pacientes mujeres adultas, infectadas con el virus del HIV (Hospital Muñiz, 1999-2004) donde he observado la presencia a repetición de una serie de indicadores psicopatológicos. La labor clínica en dicha Institución se realiza fundamentalmente en las Salas de Internación.*

*La reiteración de situaciones de abusos, violencia familiar, maltrato físico y negligencia generaron una serie de profundos interrogantes acerca de cuáles son las posibilidades de realizar un trabajo terapéutico en dichas circunstancias. Tomando como punto de partida estos interrogantes es que el presente artículo se desarrolla a partir de la articulación de recortes clínicos guiados por los ejes de: abuso sexual infantil, patologías del desvalimiento y posibilidades de un trabajo terapéutico.*

**Palabras clave:** *violencia, sida, abuso sexual infantil, patología del desvalimiento, trabajo terapéutico.*

### Summary

*The aim of this article is to present some conclusions about clinical work I have done with HIV+ adult women (Muñiz Hospital, 1999-2004) where I observed in several opportunities the presence of a series of psychopathic indicators. Hospital Muñiz's clinical work is done on intern's rooms mostly.*

*The abuses, family violence, physical maltreat and negligence present on reiterated situations, generated on me several and deep doubts about the possibilities of psychological therapy under this circumstances.*

*These doubts were the starting material that inspired me into writing the present article that develops to articulate the clinician's vignette to the concepts of sexual child abuse, pathologies of “desvalimiento” and psychotherapeutic work mains points.*

---

\* Lic. en Psicología de la UB. Egresada de la Carrera de Especialización en Psicología Forense de UCES. Especialista en Psicología Clínica. Ayudante de Primera Regular. Psicología Evolutiva Niñez. Facultad de Psicología UBA. Investigadora UBACYT. IPA (Directora del Proyecto: Lic. Clara Schejtman).



**Key words:** *violence, AIDS, sexual child abuse, pathologies of “desvalimiento”, psychotherapeutic work.*

## **Introducción**

### *El Ausente*

#### I

La sangre quiere sentarse.  
Le han robado su razón de amor.  
Ausencia desnuda.  
Me deliro, me desplumo.  
¿Qué diría el mundo si Dios  
lo hubiera abandonado así?

#### II

Sin tí  
El sol cae como un muerto abandonado.

Sin tí  
Me tomo en mis brazos  
Y me llevo a la vida  
A mendigar fervor.

### *Alejandra Pizarnik*

“Sin tí, el sol cae como un muerto abandonado...” Todo carece de sentido ante la ausencia de ese otro que significa, de ese otro que cualifica, inclusive la vida misma carece de importancia ante lo terrible de la pérdida. Ese desgarrador sentimiento de carencia de mismidad (“de ser”), que logra reducir a una persona a la suma de sus órganos biológicos, es uno de los sentimientos que observamos en las mujeres a las cuales nos referiremos en el presente artículo.

Mujeres que han sido reducidas a sus cuerpos y a sus “diagnósticos”. Mujeres que han sido “violentadas” en el transcurso de su vida por sus padres y esposos, por el amor y el abandono. El sentimiento de abandono vulnera y supera la barrera de su

precario sentir convirtiéndose en dolor de la pérdida, de la ausencia. Dolor que, por su gran intensidad, carece de matiz afectivo. Dolor como “ruptura violenta” del lazo que vincula un sujeto con un objeto.

Pensamos la violencia como una categoría que se delimita en lo social tomando como su definición aquella más básica: “Fuerza con la que a alguien se le obliga a hacer lo que no quiere por medios a los que no se puede resistir” (*Diccionario de la Lengua Española*).

Como psicoanalistas conocemos la importancia de la existencia de una violencia primordial proveniente del discurso materno: violencia primaria. Necesaria y constitutiva del aparato psíquico que se opone al discurso desestructurante de la violencia secundaria. Violencia que se encuentra a predominio de lo tanático que actúa anulando y desconociendo la singularidad del sujeto (Aulagnier, 1977).

La violencia se caracteriza por su eficacia en anular al otro como un sujeto diferenciado, sumiéndolo en la pérdida de identidad y reduciéndolo en su forma más extrema a un puro objeto.

Así como la violencia primaria es esperable que se desarrolle en el ámbito privado de la relación madre-niño; dentro del encuadre familiar es que penosamente también encontramos la existencia de la violencia secundaria, la cual se denomina “violencia familiar”. Este tipo de violencia abarca a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a cualquier conducta que ocasione un daño ya sea físico, sexual y/o psicológico a otro miembro de la familia (Bertelli, 1996).

Existen cuatro vectores que caracterizan la violencia familiar: abuso sexual; maltrato corporal; maltrato emocional; abandono físico o negligencia (Garrote, 1991).

Es a partir de la escucha clínica en el ámbito hospitalario con pacientes mujeres adultas, internadas por HIV (Hospital Muñiz, 1999-2004) que he observado la presencia de una serie de indicadores psicopatológicos que se repiten en sus relatos y dan cuenta de sus vivencias.

Mujeres que han padecido numerosos traumatismos durante el transcurso de su vida, entre los cuales se encuentra el padecimiento de abusos durante su infancia y a pesar de ellos o justamente a raíz de ellos se presentan como “sonámbulas”. Adormecidas y desconectadas de una realidad casi imposible de tolerar que se enuncia a través de



relatos catárticos y desafectivizados que dejan a la luz una descualificación afectiva profunda que las sume en un estado de apatía y pasividad.

Mujeres que en sus relaciones de pareja repiten compulsivamente vínculos de dependencia. Sumisión casi absoluta respecto de la voluntad de estos hombres que ejercen un poder despótico y tiránico sobre ellas mismas.

La reiteración de estas situaciones han generado una serie de profundos interrogantes acerca de cuáles son las posibilidades de realizar un trabajo terapéutico en dichas circunstancias. Tomando como punto de partida estos interrogantes es que desarrollaré el presente trabajo a partir de la articulación de recortes clínicos con los siguientes ordenadores:

- Abuso sexual infantil.
- Patologías del desvalimiento.
- Posibilidades de un trabajo terapéutico.

#### **Abuso sexual infantil**

Se entiende por abuso sexual infantil al compromiso de un niño en actividades sexuales que por su desarrollo evolutivo no comprende y frente a las cuales no se encuentra capacitado para prestar su consentimiento como así también actividades que violen los tabúes sociales de los roles familiares (Goldberg, 1985).

*Margarita (35 años): "...Cuando tenía 10 años mi papá, me violó... yo lloré y se le dije a mi mamá y mi mamá me dijo: "Aguantate, él nos da de comer a todos. Aparte algo habrás hecho para calentarlo... Yo lo quiero a mi papá, aparte de eso, él fue bueno con todos..."*

¿Cómo se puede sentir una niña de 10 años cuando ha sido violada por su padre? Pienso, al escuchar sus palabras, percibiéndome como una espectadora de la consumación de la prohibición fundante de la cultura: el incesto. Se considera la prohibición del incesto como una ley universal gracias a la cual se produce el paso de la naturaleza a la cultura. Paso del hecho natural de la consanguinidad al hecho cultural de la alianza (Lévi-Strauss, 1967).

Ante el incesto consumado, el vínculo de alianza padre-hija se destroza, aquel hombre al cual la niña ofrece toda la ternura de su amor no le retribuye con la misma ternura y en cambio "toma" el cuerpo de la niña como propio para la descarga de sus pulsiones.

Esta confusión de cuerpos, de lugares y en palabras de Ferenczi (1932) esta “confusión de lenguas” deja a la niña en un estado de sideración psíquica, vergüenza, desconfianza y con un profundo sentimiento de culpa. Ella se siente responsable por el acto y, en el caso de que pueda apelar a una segunda relación con un adulto, en general los relatos son rechazados o desvalorizados en su veracidad: “...*Algo habrás hecho para calentarlo*”. Palabras de la madre de Margarita que caen como una sentencia sobre el núcleo de su yo en conformación y actúan acrecentando la falta de confianza en su propia percepción, produciendo un silencio, un vacío.

Ante la agresión sexual, la personalidad que se encuentra en vías de desarrollo reacciona con la introyección de lo que lo amenaza o agrede debido a que no logra acceder a la defensa por su propia indefensión evolutiva. Situación que genera una premaduración patológica en su personalidad y que implica la adaptación a dicha situación de agresión (Ferenczi, 1932).

Así la vivencia de agresión se transforma en algo interior dejando de pertenecer a la realidad externa y pasa a ser “propio” ...“*de una*”... latiguillo que Margarita repite casi constantemente al referirse a sí misma. Sentimiento de mismidad que se escinde ante el padecimiento del incesto. Como consecuencia del mismo, lo propio y lo ajeno se confunden ya que este anula la presencia del otro como sujeto, violando una de las principales funciones que cumple la familia que es permitir la gestación de la alteridad. El incesto implica el deseo omnipotente de ocupar todos los lugares de la estructura familiar a la vez.

Todo es uno, no hay diferencias, quizá es también por esto que cuando la paciente se refiere a cosas que ella ha pensado comienza las frases hablando de ...“Una”..., esta “una” nos remite al fantasma paterno regido por la lógica de lo Uno. Tesone (1992) relata acerca del padre incestuoso y su fantasma de ser un ente todopoderoso y sin fallas, de fundirse en “Uno” con su hija, uno en un mundo sin reglas ni prohibiciones excepto las que él dictamine.

Es a partir de la pregunta de este autor acerca de cuál es el sentimiento que predomina dentro de la dupla amor-odio en el incesto que pensamos acerca del drama edípico y su estructura. Freud (1905) plantea que la niña saldrá del Edipo trocando el deseo de mantener relaciones con ese padre por el deseo de tener un hijo del mismo. Pero, como vivimos en una cultura donde rige la prohibición del incesto, ella tendrá que buscar “otro” hombre que pueda darle ese hijo. Pero en los casos donde esta prohibición se destruye en la realidad fáctica, ¿qué sucede con el Edipo?, ¿dónde queda el amor tierno?, ¿qué lugar de hija queda para esa niña? Si justamente lo que excluye el acto

incestuoso es la filiación, la estructura familiar y -con ella- el triángulo edípico desaparecerá. El afecto que primará dejará de ser la ternura o el amor característico del vínculo padre-hija, el afecto que primará a partir de la consumación del incesto será el dolor.

Dolor psíquico o dolor de amar como una consecuencia de la “brutal” ruptura del lazo que vincula con el ser o la cosa amados (objeto simultáneamente amado, odiado y angustiante). Ruptura que es vivida como violenta y genera un *“sufrimiento interior vivido como un arrancamiento del alma, como un grito mudo que emana de las entrañas”* (Nasio, 1996).

Quizá podríamos pensar que la idea de este dolor nos podría acercar al tipo de afecto que primará en la consumación del incesto, al menos para la niña en ese momento. Con el devenir del tiempo, las defensas que se implementarán serán del orden de la desestimación afectiva y la desmentida, que en palabras de Margarita se expresa en la reafirmación del amor hacia su padre *“...Yo lo quiero a mi papá, aparte de eso, él fue bueno con todos...”*

La violencia se instala en el lugar del pensar tierno y de la creación de lugares diferenciados y así del dolor solo quedará el silencio, su “mudez” y su repetición (Alvarez, 1999).

¿Cuáles serán las consecuencias de un abuso sexual en la infancia? Alvarez (1993) plantea que no se pueden puntualizar sino que serán *a posteriori* del momento cronológico y que en la adultez se pueden observar algunas de ellas como: pensamiento empobrecido, extravío de la pulsión del saber, desafectivizaciones, intentos de suicidio como también mini-suicidios pensados como heridas corporales, accidentes, actos delictivos, marcas en el cuerpo entendidas como un intento de contener en su físico espacios que no se encuentran contenidos en el psiquismo.

### **Patologías del desvalimiento**

Cercenadas muchas de sus posibilidades de desarrollo psíquico, lo que se podría pensar quizá como una consecuencia de sus terribles vivencias y padecimientos es que estas mujeres han subsistido por fuera del universo simbólico y marginadas del mundo social. Terreno que el psicoanálisis ha delimitado como el de las neurosis actuales o traumáticas y que en la actualidad podemos englobar en las patologías del desvalimiento (adicciones, neurosis traumáticas, situaciones de violencia familiar, incesto consumado, promiscuidad).

El eje de dichas patologías reside en la imposibilidad de tramitación de la pulsión mediante la vida anímica. Fallas en la constitución de la subjetividad, de la conciencia inicial

como base del “edificio simbólico”. Conciencia que no se constituye o se pierde en su función primordial: la “cualificación” ya sea de los estímulos del mundo sensorial y de los tonos afectivos. En cuanto a los afectos encontramos en estas pacientes la presencia de una pequeña gama de matices que varían entre el sopor y la apatía, solamente interrumpidos por explosiones de pánico o de cólera, de los cuales intentan desentenderse (Maldavsky, 1992).

Eleonora (33 años): “...*El me puso el ‘bicho’*. Yo ya sabía que él lo tenía; no me importaba yo lo quería, ahora estoy hecha mierda: huesuda, manchada, ahora ya no le importo. Salía con otras y se ‘picaba’ con sus amigos. Traté de ser todo lo que él quería: me quería rubia, fui rubia; me quería flaca, fui flaca. ¿Y ahora qué hago?...”

(Nota: en la jerga se denomina “bicho” al virus de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). Y “picarse” es la aplicación de drogas intravenosas. La paciente padecía, entre otras enfermedades biológicas, sarcoma de Kaposi).

Caso paradigmático que da cuenta del tipo de relaciones que establecen las pacientes que padecen este tipo de patologías: vínculos de dependencia absoluta hacia la figura de un hombre con características psicopáticas, “déspota-loco” que impone su deseo caprichoso e impredecible y que las “posee” como objeto de descarga, objeto del desenfreno de sus pasiones (Alvarez, 1993).

En esta clase de relaciones, solamente se tiene en cuenta lo que él desea, las mujeres se sostienen tal como la paciente citada en el permanente rastreo de “...Ser todo lo que el quería...” sin importar lo que se pueda perder en el camino, aunque sea su propia vida.

Es en el inicio de la peregrinación hacia el deseo caprichoso de ese “déspota-loco” que se nos revela la actuación de la defensa predominante en esta paciente como en muchas otras: la desestima afectiva y desmentida de la realidad. “Lo sé, pero aun así”, consigna que habilita el contagio deliberado del virus del HIV (sida), infección que exclusivamente adquiere entidad de enfermedad mortal ante la pérdida de su *par-tenaire*. Pérdida que la deja a expensas de su diagnóstico y la enfrenta con la realidad de su cuerpo biológico “...*Ahora estoy hecha mierda: huesuda, manchada...*”

Cuerpo sede de la vida erótica la cual se encuentra invertida ya que se pretende el procesamiento pulsional mediante la alteración del mundo interno en el lugar donde debería erigirse la acción específica hacia el mundo sensorial. Inversión que implica una alteración en la autoconservación y que las conduce a dejarse morir (Maldavsky, 1992).

En el caso de Eleonora es hacia el final de su relato cuando ella logra formularse una pregunta que contiene casi por primera vez un matiz afectivo; aunque sea el de la angustia. Angustia que la moviliza hacia el encuentro con un interrogante sobre ella misma fuera de su relación de dependencia esencial "...¿Y ahora qué hago?...". pregunta que se formula a sí misma y la inscribe en su "ser-hacer" en el mundo en el terreno de la acción.

### **Posibilidades de un trabajo terapéutico**

*La labor clínica en el Hospital Muñiz se realiza fundamentalmente en las Salas de Internación ya que se piensa en un hospital abocado en su mayor parte al trabajo con pacientes afectados por el virus del HIV. La modalidad de trabajo del servicio de Psicopatología es la asignación de un profesional a cada sala.*

La interdisciplina es imprescindible para trabajar en este tipo de problemáticas complejas, lo cual implica un reparto transferencial para sostener la tarea ya que la relación médico-paciente no cubre todas las necesidades del sujeto en la internación.

La interconsulta como instrumento metodológico es el que puede integrar las distintas disciplinas que operan en una institución y promueve un punto de encuentro que hace comprensible la situación del paciente con la aspiración de lograr una perspectiva unificadora. Perspectiva desde la cual la enfermedad pierde relevancia como entidad nosológica y se operativiza como un salto que mueve del virus al sujeto.

*María (25 años): "... Cuando tenía un año, mi mamá me dejó en una caja en la puerta de una chacra. Pero después me fue a buscar cuando tenía seis años, ella me necesitaba para trabajar. En la casa de ella estaba mi papá, él me lo hizo, mis hermanos también. A los quince, me fui con un pibe, él me hacía 'poner el culo' (prostituirse). Ahora vivo en el auto con el 'bicho'..."*

*Terapeuta: "¿Y vos, cómo te sentís?"*

*María: "¿Y cómo querés que me sienta?! No sé"*

Contratransferencialmente sumida en un estado de estupor, horror y desesperanza ante el prolongado y desafectivizado discurso marcado por el padecimiento de vejaciones que podrían considerarse casi más allá de lo humano. Es que como terapeuta realizo una intervención cuyo fin era intentar rescatar "algo" de su sentir: "¿Y vos, cómo te sentís?" Pregunta que intenta hacer de soporte al momento catártico, pensando la catarsis como necesaria, pero no suficiente para la tramitación de este tipo de situaciones

(Alvarez, 1996). Pregunta que marca el inicio de un camino y que, junto con una actitud de auténtica simpatía, sostenida por la terapeuta, apunta a crear un *holding* que posibilite el “compartir una experiencia” como una forma de iniciar un tratamiento.

En el abordaje terapéutico se tratará de realizar intervenciones que no apunten al esclarecimiento de los acontecimientos con el fin de evitar la reproducción actual de los momentos traumáticos padecidos. Intentando establecer diferencias entre el pasado y el presente en el sostenimiento de una relación terapéutica de confianza, sentimiento que marcará la diferencia (Ferenczi, 1932).

Se tratará de realizar intervenciones que apunten a la construcción del sentir más que a la dimensión del actuar, teniendo en cuenta y sin olvidar que el dolor puede arrasarse de forma tal que imposibilite el sentir, tal como ha sido la respuesta de María: “¿Y cómo querés que me sienta?! ¡No sé!”

La labor terapéutica se orientará a encontrar un “objeto a salvar” (Amati Sas, 1996) sobre el cual poder trabajar. Objeto que implica la existencia de una representación vincular con un objeto interno respecto del cual el sujeto se atribuye una actitud de protección y preocupación. Esta representación conlleva la esperanza de poder sobrevivir como persona, da cuenta de una capacidad del sujeto para ir más allá del miedo (Eigen, 1981). El “objeto a salvar” permite a la persona poder salvaguardar una idea de lo humano que se opone a la cosificación propia de la alienación traumática (Lichtenstein, 1965).

Las intervenciones realizadas en este contexto también deberán tener en cuenta la presencia insoslayable del sida, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, virus al que podríamos englobar dentro de la mítica denominación de “la peste”: enfermedades contagiosas y mortales (Maldavsky, 1992). Designación que nos retrotrae al inicio de la infección, momento anterior a la posesión de una entidad diagnóstica y era señalada como: “la peste rosa”. Este nombre hacía una referencia doble, por un lado, a las manchas en la piel que se observaban en los pacientes afectados y, por otro, a su elección sexual debido a que en su mayoría estos eran homosexuales.

Tal como Freud lo planteara en *Tótem y Tabú* (1913), se denomina tabú a todo lo que es portador o fuente de una misteriosa cualidad, se trate de personas, o de lugares, de objetos o de estados pasajeros. Las enfermedades infecciosas cuyo corolario en la actualidad es el HIV, están caracterizadas por haber roto la “prohibición-tabú” del contacto, convirtiéndose ellas mismas en “tabú”, objetos de prejuicios y maltratos. Los



pacientes están identificados por su enfermedad y no por sí mismos (...”sidosos”, “leprosos”, “sífilíticos”, “tuberculosos”, etc.).

El sida se nos presenta como un real imposible de velar, una “peste” sobre la cual muchas veces es “tabú” hablar y que nos plantea numerosos interrogantes en su abordaje en la clínica actual. ¿Qué lugar posee el sida en las representaciones internas de estas pacientes? ¿Es el virus un objeto interno persecutorio que las amenaza desde su precaria subjetividad?... ¿Es un objeto que las acompaña? ¿Es un objeto que las “identifica” y les da entidad como sujeto?

Cabe destacar la repetición de la representación del virus como “el bicho”. “Vivir con el bicho” será la forma coloquial de referirse a convivir o ser portadoras del diagnóstico de HIV. Un bicho que “las come” desde su interior, pero a la vez les presta un sostén identificatorio. La enfermedad las ubica en una categoría particular. “Yo soy HIV positivo” es la frase que se repite de una manera sistematizada no solamente en el ámbito hospitalario sino en casi todos los ámbitos donde se expresen. Sostén que viene desafortunadamente a suplir carencias identificatorias infantiles. Sostén sobre el que se intentará edificar alguna otra categoría que no las dejen en la soledad del diagnóstico.

Cabe destacar la enorme dificultad que, como terapeuta, se me ha planteado en la continuidad de los tratamientos en este tipo de situaciones. Contexto cuya sombra es muy difícil de sostener y que conlleva al grave peligro de aceptar las situaciones traumáticas que nos relatan las pacientes como cotidianas y de pensar que “todo esfuerzo es en vano”. Lo que sería asumir una indiferencia defensiva o una resignación equivalente al “desaliento”, como el que padecen estas pacientes (Amati Sas, 1996).

### **Conclusión**

Se presenta como urgente la necesidad de buscar estrategias para trabajar en esta realidad haciéndole frente a los efectos de la angustia tóxica que queda como remanente de lo imposible de metabolizar.

Estrategias que verifiquen su existencia a nivel de la acción, de lo posible y de la realidad. Estrategias que se nos proponen desde la experiencia propia como de aquellos más experimentados en esta labor.

Estrategias que guiarán nuestros modelos de intervención, entre las que encontramos la posibilidad de intervenir en función de crear condiciones para que alguien aturrido pueda empezar a pensar, para lo cual se tratará de poder -como terapeutas- poder



devolver algo de la descarga -catártica por lo que se caracteriza el relato- en una forma metabolizada, escuchar apuntando no a la anécdota sino al sentir (Alvarez, 1992).

Teniendo siempre presente las palabras de Ulloa (1995) acerca del sinsentido de posponer al psicoanálisis como una disciplina idónea en la atención de la urgencia y la emergencia y sin asustarnos de la realidad tanto de la psíquica como de la realidad socioeconómica que padecen estas pacientes.

La situación social de las pacientes en el hospital es la de una indigencia material profunda, situación que no debe impedirnos trabajar creando estrategias que apunten a recuperar la posibilidad de construcción de sistemas de representaciones que restituyan el derecho a pensar. Estrategias que permitan estructurar proyectos que no reduzcan a los seres humanos a sus puros cuerpos biológicos y que no limite nuestras acciones a un asistencialismo que despoja los restos de identidad (Bleichmar, 2002).

De lo que tratarán estas estrategias será de significar, nombrar, establecer categorías y lugares en un interior caótico, desorganizado, sin afectos que maticen la realidad exterior que muchas veces se les presenta como la peor película de terror jamás pensada.

Se tratará de poner palabras a lo innombrable, a lo siniestro, cuya principal característica es que desde lo familiar nos presenta el horror, el dolor sin nombre, el incesto.

Se tratará de escuchar, de hablar con palabras aquello que ha quedado por fuera de lo cultural, de lo social, de construir algo de lo propio, de rescatar o de crear algo del “ser sujeto” que no implique violencia.

Retomando a la poetisa Alejandra Pizarnik, se tratará de posibilitar la explicación con palabras de aquello que les ha sucedido en el transcurso de sus propias vidas: ...“explicar con palabras de este mundo/que partió de mí un barco llevándome”...

### **Bibliografía**

Alvarez, Liliana, (1993), “Espacio familiar-espacio judicial:¿Por qué la violencia?”. En Revista A.P.F.R.A., Nº VIII.

Alvarez, Liliana, (1999), “Violencia y victimización”, Victimología Nº 18, Centro de Asistencia a la Víctima del Delito, Ministerio de Asuntos Institucionales y Desarrollo Social, Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina.



Alvarez, Liliana, (2003), “No puedo ser otra (incesto, otredad)”, comunicación personal, 2003.

Alvarez, Liliana y Lanza, Castelli, Gustavo, (1996), “¿Por qué se queda? ¿Por qué no se va?”, *Actualidad Psicológica*, N° 232, junio.

Amati Sas, Silvia, (1996), “La modesta omnipotencia”. En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, APA, N° V.

Aulagnier, Piera, (1977), *La violencia de la Interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1ª impresión.

Bertelli, María Cristina, (1998), “Violencia Familiar”, informe técnico, Buenos Aires, Secretaría de Desarrollo Social.

Bleichmar, Silvia, (2005), *La subjetividad en riesgo*, Buenos Aires, Topi-A.

Clavreul, Jean, (1983), “El Orden Médico”, Barcelona, Argot.

Eigen, M., (1981), “*The area of faith in Winnicott, Lacan and Bion*”, *Int. J. Psychoanal*, N° 62.

Ferenczi, Sandor, (1984), “Confusión de lenguas”. En *Obras Completas*, Psianálisis IV, Madrid, Espasa-Calpe.

Freud, Sigmund, (1905), “Tres ensayos para una teoría sexual”. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu.

Freud, Sigmund, (1913), “Tótem y Tabú”. En *Obras Completas*, Tomo XIII, Buenos Aires, Amorrortu.

Garrote, Norberto y otros, (1991), “Violencia hacia los niños”. En “Niños bajo violencia sexual”, Aguirre, H. y otros, *Revista APDRA*, Buenos Aires, N° 3.

Goldberg, Diana, (1985), *Maltrato infantil*, Capítulos IV y VI, Buenos Aires, Urbano.



Gran Diccionario Usual de la Lengua Española, Barcelona, Larousse.

Lichtenstein, Heinz, (1965), “*Toward a metapsychoanalytic definition of the concept of self*”, *International Journal of Psychoanalysis*, N° 46, pág. 117-128.

Maldavsky, David, (1996), “Linajes abúlicos”, Capítulos II y III, Buenos Aires, Paidós.

Maldavsky, David, (1994), “Patologías del desvalimiento”, Zona Erógena, Buenos Aires, N° 22.

Maldavsky, David, (1992), “Procesos Tóxicos en pareja y familia”, *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupos*, Buenos Aires, Tomo XV, N° 1.

Nasio, Juan David, (1999), *El libro del dolor y del amor*, Capítulo I, Barcelona, Gedisa.

Pizarnik, Alejandra, (1994), *Obras Completas*, Buenos Aires, Corregidor.

Schejtman, C., (1998), “Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna”, Buenos Editorial de Belgrano, Universidad de Belgrano.

Tesone, Juan Eduardo, (1992), “Notas psicoanalíticas sobre el incesto consumado: ¿El triángulo deshecho?”, APA., agosto.

Tesone, Juan Eduardo, (1998), “Una actividad poco masculina: el incesto padre-hija”, *Revista Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, N° 253, mayo.

Ulloa, Fernando, (1995), *Novela clínica psicoanalítica*, Capítulos III y V, Buenos Aires, Paidós.

Zucchi, Alejandra, “Del virus a la subjetividad”, trabajo presentado en coautoría en el X Congreso Metropolitano de Psicología “Odisea de la ética”, Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 17,18 y 19 de mayo de 2002.

Zucchi, Alejandra, “Entrecruzamiento de discursos: ¿enriquecimiento o último recurso?”, trabajo presentado en coautoría en la IX Jornada de Psicoanálisis y Comunidad. “Realidad social y salud mental”, Asociación Psicoanalítica Argentina, 19 de octubre de 2002.



Zucchi, Alejandra, “De la investigación como herramienta para sostener la clínica con sujetos con HIV”, trabajo presentado en coautoría en las Jornadas del Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino, “El Amor en los tiempos del cólera: actualidad de la transferencia”, 28, 29 y 30 de octubre de 2002.

Zucchi, Alejandra, “La práctica del psicoanálisis en el Hospital Muñiz y su posibilidad a través de la investigación”, trabajo presentado en coautoría en el Primer Congreso Argentino: “Psicoanálisis, lazo social y adversidad”, Convergencia, 13, 14 y 15 de diciembre de 2002.

*Fecha de recepción: 17/03/06*

*Fecha de aceptación: 29/06/06*