



# Salud mental en tu equipaje

Sistematización de la atención psicosocial





# Salud mental en tu equipaje

## Sistematización de la atención psicosocial

Centro de Atención Psicosocial - CAPS

Lima, Perú

2022

## **SALUD MENTAL EN TU EQUIPAJE**

### **Sistematización de la atención psicosocial**

©Centro de Atención Psicosocial (CAPS)  
Jr. Caracas 2380, Jesús María, Lima - Perú  
Teléfonos: (51 1) 462-1600, (51 1) 462-1700  
Email: psico@caps.org.pe  
Web: www.caps.org.pe

Responsable de la publicación  
Carmen Wurst Calle

Equipo de sistematización  
Carolina Flórez Dyer, consultora metodológica  
Carmen Wurst Calle, coordinadora del proyecto  
Carlos Jibaja Zárate, director de Salud Mental  
Janet Aliaga Hervias, monitoreo y evaluación  
Ayda Rodrigo Bendezú

Diseño y diagramación  
Miriam De la Cruz Ramírez

Fotografías  
Archivo CAPS

Edición  
Teresina Muñoz-Nájar

Corrección de estilo  
Juana Iglesias

Carátula  
Luis Enrique Paz Quispe

Primera edición - Octubre 2022  
Tiraje: 200 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-10733

Se terminó de imprimir en diciembre del 2022 en:  
Tarea Asociación Gráfica Educativa  
Pasaje María Auxiliadora 156 - 164 Breña, Lima-Perú  
tareagrafica@tareagrafica.com

Esta publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del CAPS y no puede considerarse que refleje en modo alguno las opiniones del ACNUR.

# Índice

---

Introducción	5
--------------	---

---

Capítulo 1	
Contexto	11

---

Capítulo 2	
Línea de tiempo	21

---

Capítulo 3	
Sistematización - Lecciones aprendidas	29

---

Capítulo 4	
Estudio de casos	49
• Reflexiones sobre supervisión clínica en el CAPS	49
• Desarrollo de casos	57

---

Anexo	
Instrumento de indagación sobre el sistema integral de atención psicosocial	147



# Introducción

## Sistematización de la intervención en salud mental del Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

*El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) es una organización civil sin fines de lucro que se constituye con fines humanitarios y científicos para la promoción de la salud mental y los derechos humanos. Desde hace 20 años se dedica a la recuperación de las víctimas de la violencia. Promueve el bienestar emocional y el desarrollo humano a través de un abordaje psicosocial con enfoque de género e intercultural fomentando, de esta manera, una sociedad democrática, equitativa, justa y sin violencia.*

En el año 1994 se conformó el Equipo de Psicoterapeutas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH) que trabajó de manera voluntaria para atender a las víctimas de tortura y otras violaciones a los derechos humanos. CAPS se fundó en el 2003, y desde entonces hasta la actualidad se incorporó como organización miembro de la Coordinadora.

CAPS inició el trabajo con refugiados y migrantes venezolanos en 2018, primero con la Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF, por sus siglas en inglés), y en el 2020 a través del proyecto “Desarrollando bienestar psicosocial para la población refugiada, migrante y de acogida en el Perú”, apoyado por la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Dos años de vida de un proyecto como el nuestro pueden parecer pocos; sin embargo, no es así, especialmente cuando tenemos que dar cuenta de lo que pasó y de qué manera el esfuerzo de muchas mentes pudo contribuir a cambiar la vida de las personas para las que trabajamos. No obstante, embarcados en la tarea, el tiempo se hizo corto; sobre todo porque tuvimos que responder a una necesidad, descubriendo y escuchando a los refugiados y migrantes venezolanos en sus preocupaciones y dolores emocionales. Esto significó un reto, un desafío y un compromiso que reafirma la misión de CAPS: aportar a la salud mental y a la consolidación de los derechos humanos. Y si a esto le sumamos el hecho de implementar un proyecto nuevo

en un contexto de incertidumbre, temor y duelos, como fueron los años de la pandemia del COVID-19, surge la urgencia de pensar, reflexionar y mirarnos a nosotros mismos.

Sistematizar es hacer ese alto en el camino: recordar, recuperar historias, recrear saberes, reconocer con honestidad y humildad qué hicimos bien, qué podemos mejorar y qué no volveríamos a hacer. Esta publicación busca mostrar este proceso tomando en cuenta que el proyecto apoyado por ACNUR implicó, además, acciones como las intervenciones comunitarias, el trabajo con organizaciones de migrantes y un programa de desarrollo de capacidades dirigido a operadores del Estado y socios de ACNUR. Estábamos convencidos de que merecía un esfuerzo atender en salud mental a una población que no tenía la posibilidad de acceso a esa atención.

La propuesta de sistematización fue planteada bajo esta premisa:

.....

Es relevante sistematizar la información acumulada, optimizar el uso de la data, así como arribar a lecciones aprendidas. La información registrada en las primeras entrevistas, en los procesos psicoterapéuticos, en los diagnósticos psiquiátricos, en los puntajes del SRQ-18 de entrada y salida, en las entrevistas de seguimiento, en el tipo de casos atendidos en crisis, etc., es información valiosa que debe ser organizada y comunicada para su uso entre las instituciones socias y entre otras organizaciones que trabajen con esta población.

.....

Para iniciar este proceso, convocamos a una terapeuta del CAPS, con una larga experiencia en la evaluación y sistematización de proyectos sociales, que se incorporó al equipo para atender a la población refugiada y migrante. Esta especialista tomó el rol de consultora metodológica. Se consideró, de otro lado, que el marco temporal de la sistematización se centraría en lo actuado durante el año 2021.

Además de la consultora metodológica, se sumaron la coordinadora del proyecto, el director de Salud Mental y el equipo de monitoreo y evaluación. En el primer encuentro se definió el alcance de la sistematización como un **Servicio Integral de Atención Psicosocial en Población Migrante con Énfasis en Violencia de Género** y se aprobó el marco temporal.

Marcaron este trabajo y lo diferenciaron de otros:

- El proceso de reflexión crítica de la experiencia.
- El énfasis en las estrategias.
- La decisión de recuperar el conocimiento implícito y hacerlo explícito.
- La determinación de mejorar las prácticas.

¿Qué implicó la sistematización para el CAPS?

- Que en proyectos nuevos de temas similares no se utilizara el conocimiento generado.
- Evitar errores en adelante, como la reducción del efecto y la pérdida de recursos.
- Que se perdieran los conocimientos del personal que participó del proyecto y que al cierre de este no continuó en la institución.

La propuesta de sistematización, como ya se ha señalado, fue diseñada por la consultora y su equipo. Se basó en su experiencia en estos procesos y en la bibliografía que nos hizo llegar sobre iniciativas latinoamericanas similares, como por ejemplo “RIMISP-PREVAL (2009). Aprendizaje y gestión multiinstitucional de conocimientos. Una guía aplicada al desarrollo rural”. Igualmente, revisamos una de sus publicaciones, gracias a la cual entendimos la dimensión de la tarea y, de cierta manera, nos ayudó a perderle miedo al proceso que se nos venía por delante.

Asimismo, se elaboró la hoja de ruta que nos permitió llegar a las *lecciones aprendidas*. El proceso se llevó a cabo con la participación de los actores directos de la experiencia. Esto supuso recorrer un camino que nos abriría un buen número de interrogantes, preguntas, encuentros y desencuentros; pero siempre con un espíritu participativo y de escucha. De esta manera, la pregunta eje que sustentó nuestro proyecto fue: ¿cuál es la ventaja de generar un servicio integral en atención psicosocial para migrantes con énfasis en violencia de género?

Iniciamos la presente publicación con el capítulo titulado “Contexto”, entendido este como la *situación actual* del proyecto desde distintas perspectivas. Una vez finalizado este primer documento lo compartimos con todo el equipo para completarlo y validarlo.

En el segundo capítulo, “Línea de tiempo”, se presentan los hitos que marcaron el curso del proyecto en su totalidad, así como los giros, cambios y adecuaciones que se hicieron al componente seleccionado para sistematizar, en este caso, la atención integral a la salud mental.

Para arribar al tercer capítulo, “Sistematización (Lecciones aprendidas)”, los psicoterapeutas escribieron sobre *la situación de la experiencia*. Esto implicó que realizaran un análisis crítico de su propio quehacer con la población refugiada y migrante. Para ordenar las reflexiones y las estrategias implementadas, estas se desagregaron en ítems de tal manera que les resultara fácil comunicar las experiencias.

Finalmente está el capítulo “Estudio de casos”, donde presentamos siete casos de personas adultas, hombres y mujeres, que siguieron procesos de atención integral, y cuatro de niños, niñas y adolescentes llevados a cabo por psicoterapeutas del equipo.

Para la presentación de los casos se les solicitó a los participantes su consentimiento informado para esta publicación. Todos accedieron, excepto uno de ellos que por diversos motivos se desvinculó de la institución. Los datos de esa persona han sido cambiados para evitar su identificación.

Como introducción al estudio de los casos contamos con un texto de Fernando Orduz, psicoanalista colombiano que resume sus reflexiones sobre supervisión clínica en el CAPS.



## EQUIPO DE TRABAJO DEL CAPS

### **Directora ejecutiva**

Jacquely Fontela Salinas

### **Director de salud mental**

Carlos Jibaja Zárate

### **Coordinadora del proyecto**

Carmen Wurst Calle

### **Psicoterapeutas**

Arletty Calmet Morales

Almendra Carranza Martínez

Patricia Castañeda Donayre

Liz Coronel Llacua

Carolina Flórez Dyer

Martha Laberiano Agüero

Elsa León Grillo

Katherin León Olórtegui

Andrea Lerner Kogan

Juana Luisa Lloret de Fernández

Iván Luna Baldarrago

Guillermo Manrique de Lara Barbieri

Carla Orellana Angulo

Ana María Osorio Torres

Yovana Pérez Clara

Fabiola Pérez Ramírez

María Teresa Piérola Gálvez

María del Pilar Raffo de Lavalle

Juan Jorge Rojas Smith

Pía Adriana Zapata Chávez

Liliana Zegarra Villar

María Begonia Zubiria Franco

### **Psiquiatra**

Rosario Vásquez Durand

### **Equipo de trabajo social**

Alexa Jhiliary Álvarez Huamantica

Sandra Cosquillo Arteaga

Erika Jiménez Cereceda

Cesia Beatriz León Cerbello

Séfora Raquel Medina Chinchay

Flavio Rivera Beltrán

Natali Sánchez Chauca

### **Equipo Tumbes**

Abraham Deus Ayala

### **Comunicación**

Miriam De la Cruz Ramírez

### **Capacitación**

Jennifer Flores Armstrong

### **Asistencia administrativa**

Hilda Herrera Muñoz

Margarita Cruzado Santos

# Agradecimientos

*Desde el CAPS queremos agradecer a todas y cada una de las personas que confiaron en nosotros, que nos compartieron sus historias, sus dolores, sus luchas y su gran fortaleza y alegría en esta nueva tierra, luego de haber atravesado un largo y tortuoso camino.*

*A Carolina Flórez Dyer por su generosidad y entrega a una tarea ardua y compleja. Como consultora nos brindó su experiencia para desarrollar este proceso de sistematización.*

*A Karina Dianderas, quien nos apoyó con la elaboración de la línea del tiempo, desde su experiencia como coordinadora del proyecto PADF.*

*Al equipo del CAPS por su trabajo dedicado y su disposición a la reflexión y al encuentro.*

*A la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) por haber confiado en nuestra institución para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población refugiada y migrante.*





## De la situación de la migración venezolana a Perú

### *¿Qué origina la migración desde Venezuela?*

La migración es un fenómeno histórico y universal que explica el movimiento que ha tenido el hombre para construirse como tal. Harari (2014) plantea que la historia de la humanidad se erige sobre la base de un proceso de revolución cognitiva, agrícola y científica, que ha implicado acceder al lenguaje –y, por ende, a la comunicación–, dejar de ser cazadores y recolectores, y empezar a desarrollar conocimiento. Todo ello hizo que el *Homo sapiens* se constituyera como tal y se fuera trasladando hasta encontrar su lugar de progreso; por tanto, migrar buscando mejores condiciones de vida es parte de la condición humana.

Es así que los seres humanos han ido movilizándose a lo largo de la historia por diferentes motivos: la necesidad de alimento, la huida para salvarse de las guerras, la búsqueda de nuevas y óptimas oportunidades, por procesos culturales e históricos, entre otros. Como plantea Sutcliffe (1998), el ser humano es “una especie migrante”, ya que todas las poblaciones mundiales son

producto de migraciones pasadas y todos los miembros de esta especie somos inmigrantes o descendientes de inmigrantes.

Lacomba, citado por Koechlin y Eguren (2018), define la migración como “el tránsito de un espacio social, económico, político y/o cultural a otro, con el fin de desarrollar un determinado proyecto y tratar de responder a unas determinadas expectativas personales o de grupo” (2001, pág. 53).

De esta manera, en la necesidad de migrar intervendría una serie de factores; entre ellos, el sentimiento de carencia y precariedad, un cambio que signifique salir de la pobreza y lograr niveles básicos de bienestar (físico, material o social), aunque las circunstancias de la migración representen un riesgo inminente para la vida y la salud (Wurst, 2021)<sup>1</sup>. Por ello es diferente una migración voluntaria –que parte del deseo de optimizar la calidad de vida– de una migración forzada, que obliga a los estados a ofrecer el estatus de refugiados a las “personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público” (Declaración de Cartagena de 1984).

### *¿Hacia qué países migran en América del Sur?*

En América Latina hay una larga historia migratoria: ciudadanos de las diferentes naciones se han trasladado, no solo al norte, sino entre los mismos países de América del Sur, buscando mejores oportunidades de vida.

Hacia el 2017, según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Venezuela se convirtió en el tercer país con mayor número de solicitantes de refugio después de Afganistán y Siria. “Recientemente asistimos a un nuevo flujo migratorio latinoamericano; esta vez, protagonizado por ciudadanos venezolanos que prácticamente huyen de su país debido a la grave crisis institucional, económica, política y social que afecta a dicha nación”<sup>2</sup>. Los países a los que ha migrado la población venezolana son Colombia en primer lugar, seguido de Perú, Ecuador, Brasil y recientemente Chile.

Perú ha recibido más de 1.3 millones de personas migrantes y refugiadas venezolanas desde el año mencionado, número que continúa en ascenso pese a las medidas de restricción dadas desde el gobierno. Según el Banco Mundial, antes de la crisis sanitaria, el 18% de esta población vivía en situación de pobreza, el 14% en pobreza moderada y el 4% en pobreza extrema.

---

<sup>1</sup> Publicado en la plataforma de VenInformado el 4 de febrero de 2021, por Carmen Wurst, psicóloga-psicoterapeuta psicoanalítica, CAPS. Fotografía: Óscar Pacussich, propiedad de Lutheran World Relief.

<sup>2</sup> Ver: [https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-06/GTRM\\_TdR\\_diciembre2020\\_vf.pdf](https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-06/GTRM_TdR_diciembre2020_vf.pdf)

Sobre las condiciones de integración de la comunidad venezolana, Koechlin et al. (2021) concluyen que son extremadamente precarias, acentuándose por la falta de acceso a la documentación que dificulta la inserción laboral y la permanencia regular en el país, lo cual podría empujar a algunas personas a situaciones de informalidad e ilegalidad.

Según la evaluación de necesidades conducida como parte del Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2021 (RMRP, por sus siglas en inglés), las cifras más altas de personas con necesidades (PIN, por sus siglas en inglés) corresponden a los rubros de salud, protección, seguridad alimentaria e integración.

Según el RMRP 2021 del Grupo de Trabajo sobre Refugiados y Migrantes (GTRM)<sup>3</sup>, de las 810 personas identificadas con riesgo de protección, los problemas derivados de los cada vez más frecuentes incidentes de xenofobia y discriminación que afectan tanto a personas en edad adulta como a niños, niñas y adolescentes, ponen de manifiesto la permanente necesidad de trabajar con las comunidades.

### *De la emergencia sanitaria*

Con la crisis sanitaria, el Estado peruano adoptó diversas medidas como el cierre de fronteras que propició una inmovilidad forzada o movilizaciones inseguras por caminos irregulares y sin acceso a ningún servicio público, siendo estas circunstancias mucho más difíciles en la región Tumbes.

La migración ha sufrido con mayor impacto e intensidad la emergencia sanitaria producida por la pandemia de la COVID-19. Después del confinamiento, esta situación se ha agravado para la población migrante y refugiada, incrementando sus niveles de pobreza al no permitirles desarrollar en muchos de los casos trabajos informales como el comercio ambulatorio, que les generaba ingresos para la sobrevivencia diaria. El cierre de diversos comercios, que empleaban precariamente a la población, dio lugar al despido de los pocos que tenían trabajos formales.

Asimismo, las medidas adoptadas para mitigar las consecuencias económicas de la crisis sanitaria, principalmente mediante la entrega de bonos, no incluyeron a la población venezolana; con lo cual esta se vio aún más precarizada, enfrentando el desalojo de sus viviendas y la pérdida de sus empleos, entre otras consecuencias.

La falta de redes de apoyo, la precariedad del estatus jurídico y el aumento de las necesidades relacionadas con *la salud mental y la atención psicosocial* (las cursivas son nuestras)<sup>4</sup> son factores que han agudizado la crítica situación de los venezolanos.

---

3 Ibídem.

4 Ibídem.

### *De los supuestos básicos que guiaron la intervención del CAPS*

Desde sus inicios, el Centro de Asistencia Psicosocial (CAPS) ha dado respuesta a la población en situación de vulnerabilidad, al principio proporcionando atención psicoterapéutica al interior de la secretaría ejecutiva de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), en una época en la que trabajar con víctimas del conflicto armado implicaba atender a los “terrucos”; es decir, población estigmatizada y despreciada por el conjunto de la sociedad (CNDDHH, 1998).

El CAPS fue fundado por psicoterapeutas psicoanalíticos que concibieron un modelo psicosocial con una intervención integral, la cual convoca a diversas disciplinas como trabajo social, antropología y psiquiatría, entre otras. La lectura, la comprensión y la respuesta a los procesos psíquicos individuales y sociales se basan en este modelo que ha incorporado desarrollos posteriores como el psicoanálisis vincular.

Desde el año 2017, considerando la emergencia originada por la migración forzada de venezolanos –grupo vulnerable que en su primera ola migratoria fue aceptada por un sector de nuestra población, y posteriormente fue discriminado y estigmatizado, con claras muestras de xenofobia y racismo–, el CAPS nuevamente da una respuesta humana y solidaria para su atención psicosocial.

Debido al desplazamiento forzoso, las necesidades de protección y de ayuda humanitaria que requiere la población refugiada y migrante son abrumadoras. ACNUR ha dirigido sus esfuerzos a conformar una red de instituciones locales que contribuyan a que los migrantes venezolanos puedan integrarse a la sociedad peruana, convocando entre ellas al CAPS, que puso en marcha el proyecto “Desarrollando bienestar psicosocial para la población refugiada, migrante y de acogida en Perú”, cuyo objetivo fue dar una respuesta a las necesidades psicosociales de la población migrante y refugiada prioritariamente venezolana, mediante servicios especializados en salud mental.

Desde su fundación, el CAPS, como institución que promueve los derechos humanos y la salud mental, plantea un enfoque psicosocial, basado en la comprensión psicoanalítica y las respuestas que esta tiene para entender al ser humano en su relación con la sociedad, con una lectura de los fenómenos sociales desde un análisis psicodinámico.

El psicoanálisis arroja algunas luces que pueden explicar los efectos psicológicos luego de este fenómeno migratorio. Parte de una necesidad primordial de relacionarse que tiene el ser humano, que se da desde el primer objeto: la madre, y lo que sigue es todo un proceso de interactuar con otro, que al inicio no se siente como tal pues el bebé se percibe como una unidad con ella. Esta interacción con el mundo, que la madre favorece, es un proceso que dura toda la vida (Pérez, 2021).

La relación que se establece en este encuentro entre la población que recibe y la población migrante es parte de los procesos de socialización que los seres humanos debemos realizar a lo largo de nuestra existencia. La ola migratoria que se desplegó abruptamente en los últimos

años ha podido ser sentida por la población de acogida como intrusiva, diferente y ajena, creando diferentes reacciones en esta interacción.

Lacan redondea esta idea diciendo que el “yo” se conforma cuando el niño se identifica con su imagen en el espejo; reconociéndose en esta imagen agradable de sí mismo, rechaza a la vez lo que es diferente a él. La alteridad comienza a ser percibida como algo tan ajeno como amenazante (Pérez, 2021).

En el diagnóstico realizado por CAPS<sup>5</sup> se encontró que el miedo a la pérdida –relacionada con el temor a perder las estructuras previas del ámbito social que mantenían cierto equilibrio en las personas–, a ser dañados por la nueva situación migratoria fueron elementos que influyeron en el rechazo y xenofobia a la población migrante y refugiada, especialmente a las mujeres por sentir las ajenas y peligrosas, proclives a “robar a sus parejas y en sus trabajos”.

Desde esta perspectiva, la desconfianza hacia el otro estaría asociada a la constitución misma de la subjetividad. Y es esta desconfianza o rechazo lo que sustenta al racismo y la xenofobia. Se trata de odiar la diferencia del otro que atentaría contra nuestra sensación de unidad y que amenazaría con arrebatárnosla<sup>6</sup>.

Esto puede verse influido además por lo que Cornelio Castoriadis (citado en Edenburg, 2018) señala como el “imaginario social”. En su conceptualización dentro del terreno de lo histórico-social considera a esta noción como producción de un conjunto de significaciones que se precipitan en cada situación. Se trata de significaciones en diversos órdenes tales como económico, familiar, comunitario o nacional, que tienen aspectos cerrados en tensión con un continuo devenir. Significaciones inmanentes a cada sociedad que sostienen y son sostenidas por un imaginario compartido y sus expresiones diversas en la producción social de cada conjunto identitario. La creatividad en tanto movimiento que condiciona y orienta el hacer y el representar sociales, “es un río abierto del colectivo anónimo, aquello que hace que cada sociedad sea lo que es” (Ibídem, p. 29).

Es así que se ubica al otro migrante como alguien peligroso y que puede hacer daño. Sin embargo, de acuerdo al estudio realizado por la Universidad Antonio Ruiz de Montoya – UARM (Koechlin *et al.*, 2021), la magnitud de actos delictivos de personas de origen venezolano es poco significativa en comparación con la proporción de reclusos de población nativa, y que el tratamiento periodístico es el que exacerba esta imagen.

---

5 Diagnóstico sobre riesgos psicosociales de violencia de género, trata de personas y explotación sexual 2019, realizado en el marco del proyecto ejecutado por CAPS con el apoyo de la Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF, por sus siglas en inglés): “Integrando Horizontes - Supporting Sustainable Solutions for Vulnerable Venezuelan Women, Adolescents and Children in Peru, 2021.

6 Diagnóstico participativo rápido sobre la situación de vulnerabilidad psicosocial de mujeres, niñas y adolescentes en Carabayllo, Independencia y Carmen de la Legua en un contexto de pandemia. CAPS, 2021, p. 32.

## *Autores psicoanalistas que hablaron sobre la discriminación. ¿Qué dicen autores peruanos sobre el tema?*

El Perú tiene una larga historia de racismo y discriminación. Al haber sido conquistado, carga históricamente elementos de exclusión que son parte de nuestro funcionamiento como país. Max Hernández (1993), en su libro sobre el Inca Garcilaso de la Vega, el primer emblemático mestizo brillante, proporciona alguna luz sobre la mutación de la experiencia cultural en este encuentro, la violencia que se vivió y las angustias identitarias que “asedian la aldea global contemporánea”.

El psicoanalista peruano Jorge Bruce (2019) hace un estudio sobre el racismo y la discriminación en la sociedad peruana, planteando que el racismo lleva consigo un entrapamiento clave entre los sentimientos de “resentimiento” y “remordimiento”: el resentimiento del discriminado y el remordimiento del discriminador. El primero proviene de la envidia (vinculada a la desigualdad) que es una manifestación de la llamada “pulsión de muerte” psicoanalítica y el segundo se encuentra anclado a la culpa inconsciente y a su consecuente necesidad de castigo.

Reconocer que el “yo” se constituye excluyendo lo que le es ajeno por percibirlo amenazante, no significa que debamos aceptar la xenofobia como algo inevitable. La humanidad ha construido todo tipo de prohibiciones y barreras para limitar la expresión del odio que, en última instancia, está ligado a las tendencias más destructivas que habitan en el ser humano, o a aquello que Freud llamó “pulsión de muerte”.

El problema es que la xenofobia no solo se circunscribe al chiste cruel, al insulto callejero o al gesto hostil pero intrascendente. Cuando el otro se constituye en una amenaza, a la larga será necesario reducirlo, degradarlo, despojarlo de su condición de sujeto y, por tanto, del ejercicio de sus derechos.

Por otro lado, desde el lugar que ocupa, al migrante le resulta difícil integrarse al nuevo entorno. Esto lo podemos entender aludiendo al dios Jano de la mitología romana, quien tiene dos caras: una que mira al pasado y otra que mira al futuro. Podemos decir que eso es más o menos lo que le pasa a los migrantes. Todo lo ven a la vez. No pueden mirar el presente sin mirar al pasado y el pasado les viene constantemente a la mente en contraste con el presente (Lloret, 2021).

Al no sentirse capaces de cumplir las expectativas que tenían al migrar al Perú, lo que afecta en gran medida su proyecto de vida personal, empieza un discurso interno que se agrede a sí mismo: “¿Para qué viniste? Mira lo mal que te está yendo, no valió la pena”. Este sentimiento de culpa frente a la situación que están atravesando puede llegar a desencadenar una depresión u otras patologías. Entre los principales síntomas que se atienden en consulta se encuentran: dificultad para dormir, ansiedad e irritabilidad, Distintas somatizaciones, como problemas de presión alta, cardíacos, en la piel, sistema inmunológico afectado, los hacen más proclives a contraer enfermedades<sup>7</sup>.

---

7 Informes Proyectos ACNUR 2021 y 2022.

### ***Respecto a la situación de las mujeres y la violencia basada en género (VBG)***

De acuerdo al Plan de Respuesta del GTRM<sup>8</sup>, existen más de 690 personas con necesidades prioritarias que se encuentran en situación de riesgo a consecuencia de la pandemia del COVID-19. Su situación se ha agravado ya que permanecen confinadas en sus hogares, impedidas de generar ingresos y sometidas a mayor dependencia de sus parejas violentas. Este mismo plan ha identificado la necesidad de crear o fortalecer las redes de apoyo familiar, social y comunitario para proporcionar ayuda y orientación a las personas sobrevivientes, considerando además la discriminación a la comunidad LGBTQI+, quienes en un 63% declararon haber sido acosadas, principalmente en lugares públicos.

Respecto al acceso a servicios de salud desde el 2020 como respuesta a la pandemia de la COVID 19, disminuyeron radicalmente los servicios de salud de atención primaria, incluidos los de salud mental, sexual y reproductiva, tanto para las personas refugiadas y migrantes de Venezuela como para la comunidad de acogida. En Lima y Callao, tras el inicio de la pandemia, más de la mitad de las familias que necesitaban tratamiento médico informó que no tenía acceso a los servicios de salud. Esto también está relacionado con la preocupante constatación de que las personas refugiadas y migrantes están teniendo que enfrentar problemas económicos para pagar la atención básica de salud debido a la contracción económica y a las restricciones de acceso al trabajo, así como al desconocimiento de los derechos jurídicos que deberían permitirles acceder a dicha atención.

Según un estudio conducido por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) y el Banco Interamericano de Desarrollo, se estima que la tasa de depresión en la población migrante venezolana alcanzó su pico más alto en el mes de abril de 2020, a solo un mes de la cuarentena general obligatoria decretada por el gobierno peruano. En especial las mujeres migrantes sufrieron un impacto desproporcionado sobre su salud mental: mientras uno de cada veinte hombres venezolanos mostró síntomas de depresión, una de cada cinco mujeres migrantes venezolanas los mostraba (Blouin *et al.*, 2021).

### ***Del origen del proyecto “Desarrollando bienestar psicosocial para la población refugiada, migrante y de acogida en el Perú”***

El estudio realizado en el 2021 por CAPS, con el apoyo de la Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF, por sus siglas en inglés), sobre 342 personas encuestadas (90% venezolanas y 10% peruanas), identificó situaciones de vulnerabilidad y necesidades psicosociales de mujeres y adolescentes a consecuencia de la violencia basada en género. La encuesta mostró que la percepción sobre las situaciones de violencia más frecuentes que enfrentan las mujeres obtiene los siguientes porcentajes: violencia psicológica (16.9% de los encuestados), xenofobia

---

<sup>8</sup> Plan de Respuesta Regional (RMRP) enero - diciembre 2021 para refugiados y migrantes de Venezuela. (file:///C:/Users/User/Downloads/RMRP%25202021%2520Español\_compressed\_0%20(1).pdf).

(12.3%), violencia física (12%) y discriminación (11.5%). El mismo estudio encontró que los tipos de violencia más frecuentes sobre las niñas y los niños, en la percepción de las personas encuestadas, son la violencia psicológica (81.9%), la violencia física (68.7%) y el *bullying* (75.4%). Las menos frecuentes son la trata de personas (35.4%), la violencia económica (31%) y la mala atención en las instituciones del Estado (21.9%).

Siguiendo el estudio de CAPS, la identificación de las situaciones de salud mental en las mujeres a través de la Escala SRQ-18 –que tiene estudios de validación a nivel global y en el Perú– encontró que el 5% de las personas de la muestra no manifiesta síntomas de ansiedad y depresión. El 26.6% señala que tiene hasta cuatro síntomas y el 25.7% indica la ocurrencia de entre cinco y ocho síntomas, lo que expresa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión generadores de malestar, pero que aún no son significativos a nivel clínico. El 42.7% tiene más de nueve síntomas, lo cual puede considerarse como la presencia de síndrome depresivo-ansioso clínicamente significativo y que requiere atención prioritaria.

En el Análisis Rápido de CARE Perú 2020, el 27% de la población venezolana de 15 y más años residente en el país indicó haber recibido algún servicio de salud sexual y reproductiva, mientras que el 67% no tuvo acceso, con lo cual inferimos un alto porcentaje de embarazos no planificados o no deseados, ocasionando dificultades en el vínculo madre/niño.

Para atender estas necesidades se ejecutó el proyecto “Desarrollando bienestar psicosocial para la población refugiada, migrante y de acogida en el Perú”, con el fin de articular esfuerzos que permitieron hacer frente a este difícil contexto. Se ofreció atención psicosocial para satisfacer las necesidades de salud mental. Esto redundó en mejores condiciones de vida para la población refugiada y migrante, con el fin de que se constituyan en sujetos de derechos, que puedan acceder a empleos dignos y formales, y cubrir sus necesidades básicas.

El proyecto buscó fortalecer las capacidades de los operadores de servicios, y así asegurar la articulación entre sectores y la implementación de instrumentos operativos de acción conjunta que den visibilidad a las condiciones y necesidades de las personas sobrevivientes de VBG entre la población venezolana en Perú.

## Bibliografía

- Blouin, C., Palla, I., Zamora C. y Ruiz, Y. (2021). "Inclusión social de personas migrantes y refugiadas durante la pandemia por COVID-19 en Perú". Documento de Trabajo CAMINAR N° 2. Disponible en: <https://www.caminaramericas.org/documentos>
- Bruce, J. (2019). *Nos habíamos choleado tanto. Psicoanálisis y racismo*. Lima: Taurus.
- CNDDHH. (1998). *Frente al espejo vacío: un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política*. Lima: Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.
- Edenburg, I. (2018). "Imaginario social en procesos migratorios". *Topía*. Revista de psicoanálisis, sociedad y cultura, febrero.
- Harari, Y. N. (2014). *De animales a dioses. Una breve historia de la humanidad*. Madrid: Debate.
- Hernández, M. (1993). *Memoria del bien perdido: conflicto, identidad y nostalgia en el Inca Garcilaso de la Vega*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- Koechlin, J. y Eguren, J. (2018). *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*. Colección OBIMID, Vol. 4. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa.
- Koechlin, J., Solórzano, X., Ugaz, Y. y Romero, R. M. (2021). *Migración y criminalidad: el manejo del éxodo venezolano por la prensa peruana*. Lima: Fundación Konrad Adenauer y Universidad Antonio Ruiz de Montoya.
- Lloret, Y. (2021). "El impacto de la pandemia en la salud mental de la persona migrante y refugiada". Lima, 29 de marzo. Plataforma digital VenInformado.
- Pérez, Y. (2021). "Los riesgos de la xenofobia contra una sana convivencia". Lima, 2 de junio. Plataforma digital VenInformado.
- Sutcliffe, B. (1998). "Nacido en otra parte: Un ensayo sobre la migración internacional, el desarrollo y la equidad". Bilbao: Hegoa.
- Wurst, C. (2021). "El proceso de adaptación de las familias migrantes y refugiadas venezolanas". Lima, 4 de febrero. Plataforma digital VenInformado.



## 2 CAPÍTULO Línea de tiempo



### Incorporación de la atención a la población migrante y refugiada en CAPS

#### *2006-2016: Incorporación del enfoque de género*

CAPS inicia su trabajo en el tema de violencia basada en género (VBG) a partir de la ejecución de diversos proyectos.

- Microproyecto “Promoción de las prácticas de respeto y defensa de los derechos humanos para la reducción de la tortura y la rehabilitación de las víctimas de la violencia política en el marco del Programa Integral de Reparaciones – PIR”, con la Unión Europea (UE). Se trabajó en localidades de Lima (San Juan de Lurigancho – Huanta II, Villa El Salvador, Cercado de Lima, Chorrillos y Penal de Máxima Seguridad de Mujeres) y en la provincia de Huánuco, perteneciente al departamento homónimo. Fruto de este proyecto fue la *Guía de daño psíquico*, que incluía un enfoque de género, aunque sin mayor desarrollo (2006-2007).

CAPS se capacitó para incorporar este enfoque a través de la metodología del marco lógico, siendo un requisito para la aprobación de los proyectos (2006-2007).

Miembros del CAPS que habían llevado maestrías en género empiezan a dar sus aportes a los proyectos para su inclusión.

- Proyecto “Promoción de la salud mental de las mujeres en el Perú: un requisito para la equidad y el desarrollo humano”, en sociedad con la ONG Manuela Ramos. Durante el primer año, CAPS presenta una propuesta de manual de bolsillo para la atención de mujeres víctimas de violencia, además de actividades de capacitación e incidencia (2011).
- Proyecto “Fortalecimiento de los programas de salud mental para víctimas del conflicto armado interno y violencia basada en género en la región Junín: un requisito para el desarrollo e inclusión social”, con el Fondo Ítalo Peruano (FIP), en el cual se brindó atención a las víctimas de dicho conflicto –entre ellas, mujeres que sufrieron violencia sexual– y se llevaron a cabo acciones de capacitación e incidencia en la temática de violencia basada en género (2014-2016).
- Estudio sobre las secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual, que arribó a una publicación: *Llover sobre mojado*, donde se trató el tema de género. “El CAPS confía en que este estudio, que permite mirar a las mujeres desde el impacto que representa en su salud mental un embarazo forzado a consecuencia de una violación sexual, sea de utilidad para la comprensión de este problema, y para la construcción de políticas públicas a favor de las mujeres como parte de la protección, que es obligación del Estado” (2014).

### **2010: Inicio del trabajo con migrantes**

La relación con el Ministerio de Relaciones Exteriores (RREE) es larga. El embajador Patricio Rubio y Érica Roig nos visitaron, solicitándonos atención para migrantes de países como Colombia y otros, a quienes se les brindó asistencia psicosocial y evaluaciones.

### **2018**

Desde finales de octubre nos contactó el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) a través de Érica Roig, quien se había incorporado a este organismo. Nos presentaron la problemática de los migrantes y plantearon la posibilidad de trabajar con nosotros.

**Octubre 12:** Invitación formal de la Pan American Development Foundation (PADF) para presentar una propuesta destinada al proyecto “Integrando Horizontes”. Aporte de CAPS: delinear perfil psicosocial de las venezolanas migrantes considerando las necesidades que esta población en riesgo ya tiene.

**Octubre 17:** Se concreta la primera propuesta CAPS para “Integrando Horizontes”, proyecto destinado a proporcionar protección y promover la integración de solicitantes de asilo venezolanos y personas con necesidades de protección internacional (PNIP) en Tumbes y Lima

(en distritos priorizados). Se plantea combatir y prevenir la violencia de género en el hogar (VGH) y la trata de personas a partir de un diagnóstico rápido, diálogos comunitarios y la generación de material informativo.

Esta primera propuesta fue por ocho meses y, según el director de salud mental del CAPS, se trataba de actividades “colgadas, que no se veían muy aterrizadas”; vale decir, actividades puntuales que no tenían una relación con un objetivo o un proyecto que CAPS desarrollaría.

**Noviembre 14:** Coordinación y asistencia técnica a socios de PADF (del 14 al 16), buscando crear sinergias entre los socios locales para la implementación del proyecto “Integrando Horizontes”, en el marco de la temática de migración y refugio de venezolanos en Perú; así como concretar un plan de trabajo con áreas de colaboración. Los otros socios del proyecto fueron Capital Humano y Social – CHS (para el tema de trata de personas), además del Instituto Peruano de la Libertad – IPL, Paz y Esperanza, Idehpucp, Grupo Pro Bono de Abogados, con aportes para la capacitación y orientación legal de los migrantes.

**Noviembre 22:** *Survey* rápido entre venezolanas que trabajan en el comercio ambulatorio, explorando sus dudas y consultas sobre oportunidades de inserción laboral, como aporte a la construcción de la encuesta que la Asociación Pro Bono realizará para que sean incluidas.

**Noviembre 23:** El Instituto Peruano de la Libertad (IPL) construye una plantilla de organizaciones, asociaciones y comunidades de venezolanos, en la que los socios de “Integrando Horizontes” registran la información para que el IPL realice el diagnóstico de las instituciones que se identifiquen en los distritos priorizados de Lima (Los Olivos, San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Chorrillos, La Victoria, Comas, Cercado de Lima, Independencia) y Tumbes (Tumbes y Zarumilla). CAPS está en calidad de convocado y aún no hay respuesta de la Oficina de Población, Refugiados y Migración (PRM, por sus siglas en inglés) del Departamento de Estado de los Estados Unidos, sobre su aceptación como socio del proyecto.

**Diciembre 7:** Respuesta positiva de la PRM para la incorporación de CAPS a “Integrando Horizontes”. Pendiente revisión del presupuesto.

## 2019

### Enero 6-Julio 23

- Espacios de integración y promoción de la autogestión entre peruanos y venezolanos.
- “Iniciativa con balance positivo” en la IE José Carlos Mariátegui de San Juan de Lurigancho. Se realizaron talleres de sensibilización con estudiantes, faenas comunitarias con padres y madres de familia, así como jornadas de integración con niños, niñas, padres y madres peruanos y venezolanos. Se logró que juntos trabajaran por un objetivo común: “construir juntos”, mostrándolo como uno de los beneficios que trae la migración.

**Enero 21:** Plan de trabajo para el diagnóstico rápido y propuesta de diagnóstico para explorar los riesgos psicosociales que enfrentan las mujeres peruanas y venezolanas.

### **Enero 28**

- Diseño, publicación y difusión de material amigable con adecuación intercultural para prevención de la VBG.
- Rutas para la atención y denuncia de casos de violencia de género contra la mujer, acoso sexual callejero y trata de personas.
- Directorio de instituciones.

### **Junio 29-Agosto 21**

- **Diálogos comunitarios:** Encuentros en los que se mostraron los riesgos psicosociales que enfrentan las mujeres peruanas y venezolanas, se socializó información amigable y rutas sobre las instituciones del Estado que brindan protección frente a las distintas formas de violencia. Estos espacios evidenciaron la complejidad de la integración entre peruanas y venezolanas, el claro rechazo de las nacionales hacia las migrantes; aunque al finalizar el período se logró generar empatía con ellas.
- **Espacios de reflexión psicosocial:** Realizados en Lima y Tumbes, con la participación de población migrante y de acogida. Se tomaba una prueba de entrada y otra de salida. En estos espacios, conducidos por una trabajadora social y una psicoterapeuta, se daba información y se brindaba soporte emocional. Se hacían sociodramas y se procuraban refrigerios ofrecidos por las mismas mujeres, que pudieran integrar la cultura culinaria de ambas nacionalidades. Todo el proyecto tuvo un peso grande en la integración.

### **Agosto 23**

- Desayunos de trabajo con medios de comunicación, como la presentación preliminar de hallazgos del diagnóstico rápido a periodistas de *La República*, *Correo*, *Ojo* y *Perú 21*.
- Edición de "Todos somos migrantes"; video de sensibilización sobre los riesgos psicosociales que enfrentan mujeres peruanas y venezolanas. Como parte de la rendición de cuentas, CAPS incorporó en este video a mujeres peruanas y venezolanas que fueron parte de los diálogos comunitarios y que enfrentan de manera cotidiana estos riesgos.
- Presentación del diagnóstico rápido "Riesgos psicosociales de violencia de género, trata de personas y explotación sexual". El estudio cualitativo involucró a 128 mujeres peruanas y venezolanas, y a 26 operadores y funcionarios de instituciones públicas, sociedad civil e iniciativas ciudadanas de distritos priorizados de Lima y Tumbes. Se concluyó que el mayor riesgo es la violencia física y psicológica, y la vía pública el espacio en el que esta se ejerce mayoritariamente. Peruanas y venezolanas mostraron asimismo alto riesgo de trastorno ansioso depresivo, con mayor porcentaje en las extranjeras.

- Visibilización y difusión en medios de estadísticas de los riesgos psicosociales (acoso sexual callejero, trata de personas) que enfrentan tanto mujeres migrantes como peruanas, a partir de un estudio cualitativo conformado por entrevistas, con énfasis en la transversalidad de estos riesgos. El Banco Mundial, UNICEF en Tumbes, Cooperazione Internazionale (COOPI) y ACNUR solicitaron al CAPS el documento de este diagnóstico por ser el primer estudio científico que muestra esta cruda realidad.

## **Octubre**

A partir de la presentación del diagnóstico y de los contactos previos con RREE, a fines de este mes se realiza una primera reunión en la oficina de CAPS con representantes de ACNUR, con el propósito de iniciar un contacto para el trabajo psicosocial con la población refugiada y migrante, que iba en incremento en el país.

## **Diciembre**

CAPS es invitado a una reunión informativa para la presentación de propuestas de acuerdo y se nos pide ser parte de esta convocatoria. Nuestra propuesta es aprobada y se fija el inicio de las acciones para enero del 2020.

## **2020**

### **Primer proyecto con ACNUR**

El proyecto denominado “Desarrollando bienestar psicosocial para la población refugiada, migrante y de acogida en Perú” se ejecutó en tres distritos de Lima, donde se encontraba el mayor número de refugiados y migrantes: San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres y San Juan de Miraflores; y en Tumbes con un equipo móvil. Se iniciaron las visitas de familiarización para recoger datos sobre las necesidades, hacer alianza con los socios, etc. hasta que se decretó la cuarentena sanitaria el 16 de marzo del 2020. Ante este panorama se activó la atención remota de casos, elaborándose una “Guía de atención en contexto de la enfermedad de COVID-19” y lográndose llegar a mayor número de personas de las que se tenía previsto. Hubo una respuesta rápida y asertiva por parte del equipo de trabajo, que se adaptó a esta nueva modalidad de atención.

Paralelamente se activaron acciones de ayuda humanitaria a cargo del equipo de trabajo social. Se estableció un acuerdo con CARITAS LIMA con el objetivo de establecer y desarrollar relaciones de cooperación interinstitucional, las actividades de cooperación estuvieron agrupadas en tres proyectos específicos que son: 1) Consejería virtual a población vulnerable sobre prevención del Covid-19 y consejería psicosocial para enfrentar la pandemia. 2) Complementación multivitamínica para niños menores de 5 años y madres gestantes 3) Agua limpia para los niños a través del uso de sobres purificadores de agua. En el punto 1 se generó un acuerdo con la UNMSM para que un grupo de alumnas voluntarias fueran quienes desarrollen las actividades

de consejería virtual, para el punto 2 y 3 se coordinó con la ONG Compasión Internacional para que a través de sus redes de proyectos ubicados en las iglesias de las zonas más vulnerables de Lima Este y Norte puedan hacer llegar, previa capacitación, las vitaminas y los kids purificadores de agua a más de 600 familias. Así mismo bajo el presente convenio se pudo distribuir más de 7 toneladas de alimentos no perecibles, además de un aproximado 10 mil aves a la población peruana y venezolana.

Se profundizó en el tema de refugiados y migrantes. Para la población de acogida se intervino en acciones comunitarias, mas no de atención directa.

### **Firma de convenio con Lutheran World Relief (LWR)**

LWR se pone en contacto con CAPS a través de un correo en febrero del 2020. Debido a la pandemia este contacto se interrumpe. En octubre, a través de un proceso corto de conversaciones, se elabora una propuesta con el apoyo de los directivos en Perú, firmándose el acuerdo “Fortaleciendo la resiliencia de migrantes y refugiados venezolanos afectados por COVID-19 en el Perú”, para ser ejecutado en un año. Este acuerdo tuvo el componente de atención psicosocial y un retador componente comunicacional. Sus principales actividades abarcaron atención especializada en salud mental, consejería y psiquiatría, trabajo social con orientación, seguimiento y monitoreo de casos; junto a mensajes sobre temáticas y servicios de salud mental, artículos y podcasts que se publicaban en la plataforma del VenInformado.

### **Marzo 10: Invitación de PADF para ser parte de un segundo proyecto**

PADF propone un programa enfocado en tres áreas temáticas: protección, educación y medios de vida; invitando a CAPS a ser parte del eje de protección. Valoran y reconocen la importancia del abordaje comunitario, considerando que es un vacío en las propuestas. Necesitan que ayudemos a hacer enlaces en comunidades venezolanas para que estas puedan identificar necesidades, dar apoyo psicosocial y desarrollar redes de protección de mujeres.

Existe un componente en PADF dirigido a niños no escolarizados, que permitió un inicio del año escolar con horarios complementarios, a cargo de la ONG Desarrollo y Autogestión (DyA).

### **Marzo 20: Presentación de propuesta de proyecto a PADF**

Hacemos una propuesta para el eje de protección, que incluye atención especializada en salud mental, espacios grupales de recuperación emocional, talleres de fortalecimiento organizacional para mujeres, actividades de integración y recreación familiar. La propuesta fue enviada en el contexto de la pandemia por COVID-19, motivo por el cual no pudo ser evaluada durante seis meses.

## Agosto

**Actividades de capacitación con ACNUR:** Se desarrollaron de manera virtual, lográndose el reto de alcanzar a operadores, socios y agentes comunitarios. Los temas psicosociales y de atención y prevención de la VBG estuvieron a cargo de los psicoterapeutas del CAPS.

**Agosto 27:** Reinicio de diálogo con PADF para la firma del convenio de ejecución de un segundo proyecto. Se obtiene la aprobación del Bureau of Population, Refugees, and Migration (BPRM), con algunos cambios.

## Octubre 15

Inicio de segundo proyecto con PADF, que incluye una línea de atención especializada en salud mental, espacios grupales de recuperación emocional para mujeres, abiertos también para NNA, adolescentes y comunidad LGTBIQ, talleres para prevenir la VBG, conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.

## 2021

Inicio del segundo proyecto con ACNUR. Se firma un acuerdo por un año, manteniendo la modalidad de atención remota de casos, los componentes de capacitación y el autocuidado de los equipos.

## Mayo 12-Julio 30

**Elaboración de manual y kit de prevención de la VBG:** Las mujeres de las redes comunitarias de prevención elaboraron un manual con información conceptual amigable sobre el tema de la VBG, qué hacer en casos de violencia, dónde solicitar ayuda y opciones cuando la denuncia no es atendida. Este manual es producto del reconocimiento de las participantes como gestoras de transformación de su propia realidad y poseedoras de saberes y recursos para hacer frente a las situaciones de violencia que padecen.

## Junio 27

Presentación del diagnóstico participativo rápido sobre la situación de vulnerabilidad psicosocial de mujeres, niñas, niños y adolescentes en Carabayllo, Independencia y Carmen de la Legua en un contexto de pandemia.

- Tipo de estudio: cualitativo.
- Muestra: 388 personas, 342 encuestas en formato Google Forms (33 peruana, 309 venezolanas).
- Diez entrevistas individuales, tres Focus Groups con diez integrantes cada uno y una entrevista grupal.

- Conclusiones: Las mujeres y NNA enfrentan mayoritariamente violencia física y psicológica. Adicionalmente, las menores enfrentan *bullying* y la comunidad LGTBI violencia física y psicológica, además de xenofobia. Las emociones más frecuentes entre las venezolanas son tristeza y miedo, junto a dolores de cabeza.

## **Julio 21**

**Incorporación de usuarias de los espacios grupales de recuperación psicosocial como cofacilitadoras:** Seis líderes venezolanas que tuvieron asistencia regular a los espacios grupales de recuperación emocional y participaban de los talleres de fortalecimiento organizacional, asumieron de manera natural un rol de cofacilitadoras; reconociendo la importancia de estos espacios de reflexión, escucha y oportunidad de compartir experiencias para cambiar las situaciones que viven. Institucionalmente se reconoció este proceso transformador y fueron incluidas como parte del equipo.

## **Agosto**

Desarrollo de actividades de capacitación con ACNUR, dirigidas a operadores y socios de esta entidad, paralelamente a una propuesta para el fortalecimiento de agentes comunitarios.

**Agosto 27:** Presentación de manual y *kit* de herramientas de prevención de la VBG, elaborados por las participantes de los talleres de fortalecimiento organizacional y prevención, pertenecientes a tres redes: Asociación Pasos Firmes, Mamitas Venezolanas y Red de Defensoras Comunitarias de la Municipalidad de Lima Metropolitana.

### 3

## CAPÍTULO

# Sistematización

## Lecciones aprendidas



### **Servicio integral de atención psicosocial a población migrante con énfasis en violencia de género**

Este apartado surge del proceso participativo realizado con el equipo psicosocial. Para ello se elaboró un instrumento de indagación acerca del sistema integral de atención psicosocial, que fue llenado por 19 psicoterapeutas sobre la base de enunciados y preguntas relacionadas con los siguientes acápite: modelo de terapia de 12 sesiones, acerca de lo psicosocial, supervisión, casos de violencia basada en género, evaluación, derivaciones, virtualidad y monitoreo.

Luego de haber completado el cuestionario, se sistematizaron las respuestas en una matriz que fue analizada por la consultora y presentada en una jornada presencial con el equipo del CAPS conformado por terapeutas, trabajadores sociales, personal del sistema de monitoreo, personal directivo y personal administrativo, con la compañía de la oficial de protección de ACNUR.

La jornada permitió el intercambio, la reflexión, la posibilidad de visibilizar el trabajo del equipo, pensando en el quehacer y en las concordancias o diferencias de las formas de abordar tareas

delicadas y comprometidas como brindar el espacio de soporte y recuperación emocional a la población migrante y refugiada.

Tras la jornada, el equipo de sistematización revisó las actas de la reunión e integrando ambos documentos se redactaron las lecciones aprendidas de los puntos analizados a partir de tres criterios: aspectos que repetiríamos, aspectos que no repetiríamos y aspectos que quedan para la discusión.

## Aspectos que repetiríamos

*Con relación al modelo de terapia de 12 sesiones*

### **Los tratamientos en el CAPS tienen una modalidad de tiempo y objetivos limitados**

El modelo de terapia de 12 sesiones, con posibilidad de recontratos, es una propuesta técnica que se encuentra en el Manual de Atención del CAPS como una referencia, pero en la práctica no se estableció como un estándar técnico al cual adherirse formalmente en la atención que brinda la institución; una parte significativa del equipo de psicoterapeutas no lo aplica.

Un grupo de terapeutas se plantea un límite de tiempo de 40 sesiones, ya sea por un entrenamiento / formación en procesos abiertos, por las condiciones emocionales de los pacientes, por no percibirse afín al modelo propuesto de 12 sesiones o por preferir un tiempo no definido previamente al desarrollo del proceso terapéutico.

Otro grupo percibe el tiempo y los objetivos limitados como exigencias institucionales que no permiten una mayor profundización en el vínculo y los cambios terapéuticos. Esto se manifiesta con expresiones como “Con pocas sesiones, el paciente no llega a internalizar el vínculo, pues este se va forjando poco a poco”. Incluso el terapeuta puede no recordar casos específicos.

Sin embargo, ciertos especialistas expresan que en la población atendida son pocos los pacientes que requieran más de 40 sesiones. Las excepciones son los casos de trauma por violencia de cualquier tipo, los pacientes aquejados de patologías graves y/o crónicas, y los que se comprometen con el proceso psicoterapéutico y lo aprovecharían de mejor manera en un período más extenso. Alguno refiere que la experiencia de migración en soledad necesita un acompañamiento prolongado.

.....

Cabe destacar que terapeutas que han laborado en instituciones de salud mental -antes de su llegada al CAPS- son más adaptables a distintos esquemas de atención.

No necesariamente se plantean el límite de 40 sesiones, sino que pueden flexibilizar sus atenciones con un número menor de sesiones. Esta actitud no forma parte de un enfoque en particular, se trata más bien de la experiencia previa laboral en otras instituciones, que lo familiariza con propuestas acotadas de tratamiento.

.....

Consecuentemente a lo anterior, el modelo de atención del CAPS se ajusta a la modalidad de psicoterapia con tiempo y objetivos limitados, los cuales son variables de acuerdo con cada caso. El número "12 sesiones" puede tomarse como referencia y ha sido promediado entre los casos que no continúan sus tratamientos más allá de unas pocas sesiones y el tiempo límite institucional de 40 sesiones.

## Evaluación inicial

### *Evaluación del caso en las primeras cuatro sesiones*

Hay una tendencia general a evaluar un caso en las primeras cuatro sesiones para observar cómo se presenta el motivo de consulta, incorporar nuevos elementos en el curso del proceso terapéutico y evaluar la extensión del tratamiento. El equipo terapéutico prefiere revisar las condiciones de atención antes de decidir cuál ruta seguirá en los tratamientos e ir organizando la atención en función del desarrollo del proceso.

### *Realizar un plan de tratamiento es una práctica en el equipo*

Todo el equipo de terapeutas lleva a cabo un plan de tratamiento, cuyas características varían, pudiendo denominarse identificación del sufrimiento vincular, áreas de trabajo, foco, aspectos del desarrollo-pautas de crianza-síntoma; enfatizando los aspectos que deben ser tratados en sus pacientes.

Es una buena práctica que todos los terapeutas hagan una devolución al paciente, comunicando el plan de tratamiento, su comprensión de la conflictiva y el procedimiento por seguirse.

A modo de sugerencia para mejorar lo que se viene haciendo, se plantea registrar la devolución en el sistema de monitoreo; es decir, escribir, en un enunciado claro, la información que se ha compartido entre paciente y terapeuta.

### ***Continuar con las atenciones en consejería***

Las consejerías contribuyen a filtrar aquellos casos que realmente requieren hasta cuatro sesiones de aquellos casos que necesitan procesos psicoterapéuticos. Con frecuencia los pacientes llegan a unas pocas sesiones y luego no desean continuar o no tienen una asistencia consistente. Las sumillas emitidas por las consejeras, con las cuales se lleva a cabo la derivación a psicoterapia (individual, vincular o familiar), son consideradas útiles por la gran mayoría de los terapeutas.

### ***El SRQ-18 es una escala que brinda información útil***

Para la mayoría del equipo terapéutico la escala SRQ debe continuar aplicándose a los usuarios que solicitan atención en el CAPS, ya que ayuda a determinar la derivación del paciente (por ejemplo, si tiene un puntaje por debajo de 9 puntos, se le deriva a consejería); es decir, a partir de los resultados también se puede ir prediciendo si el usuario va a requerir una terapia continua o no.

Asimismo, es un indicador para el seguimiento que está a cargo del equipo de trabajo social (TS) y para los procesos de evaluación anual del proyecto, usado también por el sistema de monitoreo y seguimiento.

### ***Inasistencias como causa de suspensión del tratamiento***

Se considera que las inasistencias continuas deberían ser una razón para suspender el tratamiento. Varios terapeutas opinan que la falta de recursos para la recarga del celular, las exigencias laborales, el desplazamiento o retorno a otras regiones son asuntos que tienen gran impacto para la no continuidad de un proceso. Pocos terapeutas opinaron que las personas están en terapia para obtener beneficios materiales. Alguno piensa que existen pacientes que no valoran la terapia y no se encuentran motivados para el tratamiento.

## Sobre el modelo psicosocial

*El enfoque psicosocial es una referencia importante del trabajo terapéutico que el CAPS efectúa, aunque requiere una mayor interiorización teórico-práctica*

Algunos refieren que atender el aspecto social amplía la comprensión de la situación del paciente; otros, que implica articular los servicios alrededor de la persona y su entorno, lo que es un aspecto crucial. Un terapeuta mencionó al psicoanálisis vincular como integrador del grado de afectación que tienen los factores sociales en los vínculos; otro terapeuta opinó que las condiciones sociales se constituyen en condiciones psíquicas, y otro expresó que estas condiciones pueden ser de niveles tan precarios que imposibilitan la potencia de trabajarlas psíquicamente. Sin embargo, es claro que falta interiorizar el enfoque psicosocial del CAPS de manera teórico-práctica.

## Rol del equipo de trabajo social (TS)

*Su aporte al tratamiento de los pacientes es altamente valorado*

Todos los terapeutas ubican fortalezas en las labores conjuntas y el gran aporte de TS, reconociendo su entrega, el conocimiento de las condiciones del paciente y el esfuerzo por brindar ayuda humanitaria a quienes son atendidos.

*Es un valioso articulador entre pacientes, terapeutas, tratamientos y procesos institucionales*

Hay una valoración positiva del filtro que se produce al recibir institucionalmente a los pacientes a través de este equipo. Asimismo, se aprecia su capacidad de vincular a los terapeutas entre sí y canalizar derivaciones a otras especialidades de la institución.

## Derivaciones

*Las derivaciones como soporte del enfoque psicosocial e integral de la salud mental*

Los terapeutas entienden la derivación como una interconsulta a psiquiatría o como una ayuda humanitaria para mejorar las condiciones de precariedad del paciente. Las derivaciones tienen relación con el campo interdisciplinario, entendiendo el rol de los profesionales de estas áreas como soporte del enfoque psicosocial e integral de la salud mental. Sin embargo, pocos miembros entienden este trabajo como una tarea en conjunto y más bien la tendencia es a delegar.

Los criterios para la derivación son entendidos como factores que inhabilitan al paciente por su condición psiquiátrica, por su situación de desempleo dada la necesidad de obtener un estatus migratorio legal, de lograr sus medios de subsistencia (comida, alimentos, vivienda, escolaridad), de superar alguna discapacidad.

### ***Se canaliza la ayuda a través del área de psiquiatría o del equipo de TS hacia los socios del CAPS o de ACNUR***

Una parte significativa de quienes ingresan por línea directa al CAPS solicitan atención psicológica y ayuda humanitaria a la vez. Por ello es necesario realizar derivaciones a otros socios que brindan ayuda humanitaria. El servicio que se da busca desterrar el asistencialismo: desde la primera consulta se procura empoderar a los usuarios para que dentro de sus posibilidades lleven a cabo una autogestión de sus casos.

Algunos terapeutas señalan que han hecho derivaciones ellos mismos o refieren que han considerado el apoyo de las redes para sus derivaciones.

### ***Las derivaciones a los centros de salud mental comunitarios (CSMC) deben hacerse con la debida anticipación***

Los terapeutas de casos graves o crónicos, para los cuales consideren que 40 sesiones no les serán suficientes para consolidar resultados, tendrían que gestionar junto a TS su derivación a los CSMC o la obtención de los documentos necesarios para que esta derivación con tiempo razonable sea efectiva.

## **Sobre casos complejos y/o de varios terapeutas tratantes en un mismo grupo familiar**

### ***Pertinencia de trabajar en conjunto casos complejos***

La gran mayoría de terapeutas opina que las intervenciones en simultáneo de un grupo familiar son beneficiosas para todos sus miembros; haciéndose necesario trabajar coordinadamente entre los terapeutas que intervienen, aunque es difícil articular horarios. Una persona opina que no se debe compartir información acerca de un caso y que esto influye de mala manera en el trabajo terapéutico.

### ***Intervenir sobre el grupo familiar es integrador y de beneficio para los pacientes***

Varios terapeutas opinan que intervenir con distintos miembros en simultáneo de manera individualizada genera escisión, caos y confusión en la familia, dividiéndola entre sus partes.

Una evaluación del grupo familiar en casos complejos es necesaria y puede ayudar a organizar las derivaciones de algunos de sus miembros cuando estas sean necesarias.

### ***Grupos de coordinación por WhatsApp (WA) entre varios miembros del equipo de un mismo grupo familiar***

Los grupos de WA han resultado efectivos para coordinar casos de pacientes graves o que están al límite, y casos de NNA. Contar con estos grupos permite compartir lo que está pasando en relación con el caso en tiempo real. Incluso han sido muy efectivos para el seguimiento de casos que ya han terminado su tratamiento terapéutico. Se recomienda continuar mejorando esta estrategia de coordinación con una visión de equipo. En el *chat* entrarían las personas interesadas / involucradas, incluyendo al terapeuta, al trabajador social y al coordinador del área. Sirve incluso cuando el caso sale del país. Debe haber una persona asignada para crear y administrar el grupo. Se sugiere que sea un integrante de TS. La ruta: ante casos urgentes/ complejos, la persona responsable del área de TS y eje focal de la atención especializada coordina con su equipo y el director de Salud Mental crea el chat y designa a sus integrantes.

## **Supervisión**

Los espacios de supervisión en el CAPS han presentado tres modalidades diferenciadas:

- La supervisión en equipo con un supervisor *senior* con enfoque psicosocial (Fernando Orduz).
- Las supervisiones con los terapeutas *senior* del CAPS para los nuevos terapeutas de la institución y terapeutas que requieran retroalimentación de sus casos a nivel individual o grupal.
- Espacios de supervisión facilitados por un terapeuta *senior abierto* a la discusión de casos por las características de enfoques diversos entre sus miembros participantes.

### ***Valoración del espacio de supervisión quincenal del equipo***

Casi la totalidad de los terapeutas comenta que estos espacios aportan a combinar una mirada del entorno social de los pacientes y su sufrimiento psíquico. También hay quienes valoran las intervenciones de TS y del equipo de terapeutas para contribuir desde sus propias estrategias y comprensión, y hay quien enfatiza que las intervenciones del supervisor invitado deberían ser más frecuentes.

El análisis, discusión y abordaje de casos amplía y fortalece al equipo de TS para profundizar en el entendimiento de los casos y percibir nuevas formas de ayuda.

### *Seguir fortaleciendo los espacios de supervisión y discusión de pares*

En estos espacios se observa la coexistencia de diferentes enfoques y formas de intervención, ya que es importante conocer cómo trabajan diferentes personas con diferentes formaciones. Se comprende que hay nuevas tendencias en los abordajes y teorizaciones, aunque existe la tendencia a atribuir estos cambios a los nuevos miembros del equipo y no a las nuevas formas de tratamiento. Hay opiniones que felicitan la apertura a las tendencias para que convivan entre sí, aunque no necesariamente van acompañadas de una actitud de incorporar nuevas tendencias o formas de comprensión de la realidad en sus prácticas, que beneficien a la población atendida.

Se sugiere ampliar el tiempo y los temas a tratar; por ejemplo: no solamente revisar los casos difíciles, sino también los casos exitosos.

### *Grupo de supervisión de pares como espacio de discusión entre terapeutas con diferentes enfoques es una práctica valorada*

Un ejemplo es el grupo de supervisión de menores, el que ha ido generando espacios de discusión, canalización de comunicaciones con la institución, manejo de caja de materiales con menores, información útil para las atenciones, intercambio con instituciones como Aldeas Infantiles y pronunciamiento, entre otras. Se ha sugerido un grupo de supervisión de pares entre terapeutas de familia.

## **Comunicación entre los miembros del equipo**

### *Los lunes a las 3:00 p.m. constituyen un espacio diferenciado para la supervisión y asuntos institucionales*

Casi todos los terapeutas mencionan que la forma de contactarse es en el espacio de los lunes, ya sea para la supervisión quincenal con Fernando Orduz o para los temas institucionales y de proyecto.

### *Las vías de comunicación entre los miembros del equipo están mediadas por TS*

Varios terapeutas mencionan que la mayor parte de las veces el contacto es con el área de TS de manera telefónica o por *chat*.

## Autocuidado

*Contar con espacios de autocuidado es percibido como una buena práctica institucional*

## Inducción

*La inducción de los nuevos miembros del equipo requiere tener lineamientos y procedimientos estandarizados*

Durante el 2021 se organizó el proceso de inducción para los colegas que se integran al equipo. Este proceso está a cargo del sistema de monitoreo y de TS. Para su fortalecimiento se recomienda:

- Preparar materiales para afrontar los procesos terapéuticos que sean de fácil entendimiento y acceso.
- Contar con lineamientos de inducción a personal que se incorpore a la institución respecto a los procedimientos de atención a pacientes, registro de información y código de conducta
- Participación de los responsables de las diferentes áreas en el proceso de inducción: TS, sistema de monitoreo, atención psicosocial, capacitación.
- Contar también con una persona del equipo que pueda guiar el proceso y absolver las dudas del nuevo miembro.

## Violencia basada en género (VBG)

*Casos de VBG son derivados directamente a psicoterapia*

Los casos de violencia basada en género, violencia familiar, violencia a menores y casos graves con ideación suicida activa se deberían atender directamente en psicoterapia sin pasar por la consejería.

*Fortalecer redes de soporte para casos de VBG*

Ha resultado útil trabajar con el entorno de la persona afectada por VBG y fortalecer sus redes de soporte. Se recomienda seguir desarrollando capacidades de los agentes comunitarios de los proyectos del CAPS con el fin de consolidar los espacios comunitarios de soporte y contar con los agentes como recursos de apoyo.

## Monitoreo

*Es valorado que el sistema de monitoreo requiere de un proceso de continuo mejoramiento*

Mantener un sistema de monitoreo con los datos de identificación, el registro y notas de las sesiones es una práctica valorada. La información ha sido aprovechada por diferentes miembros del proyecto, y ha servido para las reflexiones periódicas de los terapeutas respecto a los procesos a su cargo. Se recomienda:

- Elaborar una copia mensual de la información ingresada en el Drive para evitar pérdida de información.
- Contar con un sistema de base de datos institucional, recordando que el Drive es un instrumento temporal.

## Virtualidad

*La virtualidad ha permitido mayor acceso de beneficiarios y cobertura a nivel nacional*

La virtualidad permite el acceso a personas de escasos recursos que pueden recibir sus tratamientos de manera oportuna y no requieren invertir en transporte. Asimismo, hace posible la atención psicosocial a personas que radican en todo el territorio nacional, que no cuentan con recursos económicos para una atención especializada y oportuna.

## ASPECTOS QUE NO REPETIRÍAMOS

### Con relación al modelo de 12 sesiones

#### *No se debería seguir hablando de un modelo de 12 sesiones del CAPS*

El modelo de 12 sesiones con posibilidad de recontrato es una propuesta técnica que en la práctica se ha venido utilizando como una referencia, pero que no se ha establecido como un estándar técnico en la atención del CAPS.

Como antecedente, en los servicios de atención del CAPS con población afectada por violencia política, se encontró que el promedio de duración de los tratamientos era de 8-9 sesiones. Para afrontar los límites en la adherencia al tratamiento, una comisión de terapeutas del CAPS (2010) planteó 12 sesiones como una meta y se recomendaron modificaciones técnicas de terapia breve como especificar el tiempo de duración del tratamiento luego de la evaluación inicial, el acuerdo explícito con el paciente acerca de los objetivos del tratamiento, la reintroducción del parámetro del tiempo en la octava o novena sesión, entre otros.

El modelo de atención del CAPS tiene un tiempo de duración limitado, en la práctica no se utiliza el parámetro de 12 sesiones y recontratos, sino 40 sesiones o el tiempo límite indicado por la institución.

#### *El recontrato no es una práctica usada*

Varios terapeutas refieren que no usan la noción de recontratos porque el tiempo limitado está referido a 40 sesiones. Señalan además que podría crear un clima adverso, influyendo en el vínculo que se crea entre paciente y terapeuta.

#### *Tratamientos con duración abierta y sin objetivos básicos no son viables en el CAPS*

No son viables tratamientos de largo plazo o de tiempo abierto. El hecho de que sean procesos con tiempo limitado, por lo general acotados a una vez por semana exige que los terapeutas puedan priorizar objetivos alcanzables durante el tiempo de tratamiento.

#### *Abandono de los tratamientos sin el cierre anticipado y elaborado*

No se puede partir de la percepción de que todos los pacientes utilizarán el mayor número de sesiones posibles del programa de atención del CAPS. Más del 70% de ellos no llegará a la sesión 12. En consecuencia, el terapeuta debería estar atento a los casos que no desean continuar, que son resistentes o que empiezan a faltar por razones diversas. Es mejor cerrar el

tratamiento con una evaluación de lo logrado hasta ese momento y recomendaciones, que la situación frecuente de que el paciente deje de asistir de manera abrupta.

### *Asumir que se conoce suficientemente el trabajo que viene realizando Consejería*

Consejería fue un servicio que se instituyó en el CAPS el segundo semestre de 2021 como espacio diferenciado del equipo de psicoterapeutas. Para optimizar su contribución al proyecto y al proceso de esta modalidad de intervención con relación a los pacientes, el equipo de psicoterapeutas y TS se recomienda visibilizar el trabajo que hace Consejería para que cada terapeuta que recibe derivaciones conozca lo que ya se ha venido trabajando. Para ello, las terapeutas de Consejería emiten un informe que es necesario solicitar / tomar en cuenta a la consejera para incluirlo como un punto de partida de la evaluación inicial del caso que se recibe. Se recomienda que las consejeras también participen presentando casos en el espacio de supervisión del equipo.

## **Evaluación inicial**

### *No hay constancia escrita de los planes de tratamiento*

El equipo de terapeutas indica que cumple un plan de tratamiento con cada uno de sus pacientes; sin embargo, este no se especifica en ningún documento.

## **Trabajo social (TS)**

### *Asumir que se conoce suficientemente el quehacer de TS*

Para fortalecer la integralidad de la atención en el CAPS sería útil visibilizar las responsabilidades de TS un poco más. Este equipo es la primera cara de la institución frente a los pacientes: sus integrantes hacen la primera entrevista, organizan el directorio de terapeutas y el directorio de instituciones aliadas para ayuda humanitaria, empoderan al grupo familiar para mejorar su calidad de vida, canalizan las derivaciones a psiquiatría y psicopedagogía, acompañan a los pacientes graves y en algunos casos a los que ya finalizaron el proceso, evalúan el progreso del tratamiento. Su conocimiento de aspectos psicológicos y de las redes de soporte es muy valioso.

### *Acerca de la respuesta de trabajo social (TS)*

Un aspecto preocupante es la demora en la ayuda humanitaria que los pacientes requieren. Los terapeutas expresan el entendimiento de que el área de TS está recargada de trabajo y que por ello se produce esta demora y porque las redes de soporte que facilitan la ayuda tampoco cuentan con los recursos o no pueden acudir a tiempo. Sin embargo, se señala que hay un

lapso en que el terapeuta capta una necesidad en el paciente que puede atenderse, la expresa a TS y este equipo no informa en qué estado de la cuestión se encuentra el pedido, tiempo en el que el terapeuta no sabe qué está pasando.

## Supervisiones

*Las supervisiones efectuadas no están cumpliendo el rol esperado en la implementación de una propuesta técnica de tratamientos de tiempo y objetivos limitados con enfoque psicosocial*

Llama la atención que en las supervisiones de los nuevos terapeutas que ingresan al equipo no se transmita el modelo técnico de las 12 sesiones con recontrato, no se incida en técnicas de modalidades con tiempo y objetivos limitados, y no se pueda comunicar el enfoque psicosocial de manera más precisa.

## Comunicación entre los miembros del equipo

*Los correos no han sido eficientes para coordinar los casos urgentes, ya que a veces estos no son respondidos en la práctica.*

## Derivaciones

*Se espera que los tratamientos estén concluyendo para activar el plan de derivación*

Cuando el caso es de alta complejidad, tanto el terapeuta como el trabajador social no deberían esperar hasta las últimas sesiones para hacer las derivaciones; por ejemplo, a un CSMC. Estos casos deben ser comunicados, coordinados y planificados con TS y psiquiatría con la adecuada antelación.

## Inducción

*No hay actualmente un procedimiento estandarizado para la inducción de un nuevo miembro del proyecto*

Suponer que un nuevo miembro del proyecto pasó por una inducción porque conoce que atenderá pacientes y que debe registrar las atenciones no da cuenta de los materiales institucionales acerca de los espacios por compartir, del tipo de registro de casos que se puede hacer en las hojas de evolución, de la complejidad de las derivaciones, de los aspectos identitarios de la institución, etc.

## **Violencia basada en género (VBG)**

### *Asumir que todos los terapeutas actúan bajo un mismo enfoque en temas de violencia*

Hay que seguir clarificando las precisiones técnicas de los tratamientos para personas en situaciones de VBG. Por ejemplo, el grado de internalización y adherencia al modelo Transteórico de Cambio, el uso de redes de soporte o la activación de recursos de protección legal vs. la alianza de trabajo / confidencialidad terapéutica.

### *No activación de redes de soporte*

Se ha evidenciado que algunas pacientes en situaciones de VBG abandonan rápidamente los tratamientos. Las causas son diversas, pero una de ellas es la carencia de una red de soporte activa que sostenga a la paciente durante el tratamiento.

## ASPECTOS QUE QUEDAN PARA LA DISCUSIÓN

### *Falta de experiencia en modalidades de psicoterapias con tiempos y objetivos limitados*

Algunos terapeutas indican que en su formación no han tenido la práctica de trabajar con tiempos acotados. Muy pocos pueden describir con algunas precisiones qué estrategias utilizan con un modelo más corto o flexible de sesiones. Un terapeuta mencionó: "Si pedimos tiempos cortos, se necesitaría fortalecer las estrategias para ello".

### *Dificultad en las terminaciones de los tratamientos*

En algunos casos, los terapeutas que trabajaron hasta el límite de 40 sesiones perciben y sienten la frustración de que el tiempo de tratamiento fue insuficiente. Otros terapeutas mencionan que finalizaron fuera de las sesiones permitidas. Varios señalan distinto número de sesiones de anticipación, algunos por la sesión 25 aproximadamente, otros por la sesión 30 aproximadamente, pocos hablan de cinco sesiones antes. Solo un caso señala las estrategias que utiliza, como una evaluación en conjunto con el paciente del camino transitado y de lo que se espera por venir. Cuando se prevé el período de finalización, el tiempo estimado varía: en algunos casos se establece hacia un tercio del proceso y, en otros, se contemplan algunas sesiones antes de la última sesión.

### *Especificidad del modelo psicosocial del CAPS*

El enfoque psicosocial es enunciado con mayor precisión solo en un caso. El resto de los terapeutas se encuentra dividido en dos grupos: los que asumen que consiste en evaluar y tomar en cuenta las condiciones sociales de la atención, y los que no conocen con especificidad el modelo psicosocial del CAPS; aunque algunos intuyen que se aproxima al tema de derechos humanos. Una terapeuta lo define como una priorización de la salud mental, los derechos humanos, el desarrollo humano y el bienestar emocional, tomando en cuenta los factores socioculturales de la persona.

### *Escala de funcionamiento psicosocial, ¿es útil?*

La Escala de Funcionamiento Psicosocial fue propuesta como un instrumento del proceso diagnóstico y de plan de tratamiento en las atenciones del CAPS a población de violencia política (2010). Sin embargo, no fue implementada. Con el proyecto de ACNUR se volvió a incluir como propuesta piloto en los primeros seis meses de su ejecución. Hubo varias entrevistas en el equipo acerca de su utilidad, con comentarios mixtos. En la práctica, los terapeutas percibieron esta escala más como una obligación y no como una herramienta que pudiera apoyarlos en sus entrevistas iniciales. Quienes la utilizaron alguna vez dejaron de hacerlo por falta de tiempo a

causa de la alta demanda de atención. Varios terapeutas no la conocen, pero quisieran conocerla para evaluar su contribución al tratamiento. Terapeutas que la usaron inicialmente consideran que podría ser útil como medición de resultados del tratamiento.

### ***El trabajo con pacientes de alta complejidad, crónicos y/o desvalidos es insuficiente en tratamientos de tiempo limitado***

La sensación que queda tanto en los pacientes como en los terapeutas es que el alcance de los tratamientos es limitado y que, al agudizarse determinados estresores, su condición emocional podría volver a presentarse. Los tratamientos breves brindan un alivio y un grado de estabilidad, en especial como producto de los elementos de apoyatura del equipo (psicoterapia, TS, psiquiatría), pero queda abierta la preocupación por las derivaciones a los CSMC y el soporte de sus redes. ¿Cuáles son las salidas posibles?:

- Llevar grupos de autoayuda, por género, generación y temática con distintas estrategias terapéuticas.
- Seguir incidiendo en la consolidación de los CSMC y tener convenios con ellos.
- Explorar alternativas de acompañamiento como universidades y alumnos en sus últimos años, por ejemplo.
- Racionalizando las derivaciones en los grupos familiares atendidos.

### ***Trabajar con personas afectadas por violencias diversas tiende a dividir al equipo y exige que las intervenciones estén integradas y con una comunicación fluida***

El trabajo con pacientes que atraviesan situaciones de violencia diversa o que evidencien componentes fronterizos o psicóticos tiende a enviar mensajes contradictorios, a dividir o escindir, por lo que el equipo requiere integrarse para actuar. ¿Qué se puede implementar en el equipo para que el trabajo integrado no sea una elección personal, sino una respuesta a la demanda de las personas que atendemos?

### ***Seguir mejorando la comunicación en el equipo en casos complejos***

Hay quienes opinan que en casos complejos el canal y estilo de comunicación deben variar. La llamada uno a uno por celular entre terapeuta y terapeuta cuando hay más de un profesional trabajando un caso no sería suficiente para poner a todos en contexto, habría que establecer otro sistema de coordinación y comunicación.

Hay varios criterios y enfoques entre terapeutas de familia y vinculares en el equipo que requieren de un espacio de discusión.

Se observan temas de discusión: por ejemplo: ¿un miembro con una sintomatología grave debe ser separado de la familia y ser atendido en un espacio aparte? ¿Cuáles son las concepciones de salud y enfermedad? ¿Qué expectativas hay al realizar la derivación? Si hay niños menores en el sistema familiar, se incorporan o no, ¿cómo? ¿hay yuxtaposición de roles entre terapeutas de familia y vinculares?

### ***Existe una corriente en el equipo que disiente de que se hayan abierto nuevas modalidades o maneras de enfocar los tratamientos complejos***

Para algunos, el aumento y la diversidad de terapeutas han complicado el trabajo en conjunto de los que tratan un mismo caso y han perjudicado la atención. Esta opinión establece un antes y un después, una distinción de nosotros y ustedes al interior del equipo: nosotros los de antes y ustedes los de ahora, los del proyecto ACNUR.

### ***Fortalecimiento de las redes y recursos locales***

Las redes con los socios del mencionado proyecto no son recursos suficientes para la demanda de ayuda de los pacientes, la cual es muy difícil de satisfacer, pero la respuesta humanitaria y la acción participativa comunitaria podrían mejorar. Preguntas sugeridas: ¿Se podría fortalecer capacidades en las organizaciones de las redes? ¿Por ejemplo, fomentando capacidades de acompañamiento en agentes comunitarios para los pacientes del proyecto? ¿Se podría promover activamente que los pacientes se sumen a las redes? ¿Se tiene claro que trabajar de manera singular con agentes comunitarios no es lo mismo que trabajar con organizaciones sociales? ¿Se tiene claro el enfoque de integración cuando se acude a agentes, organizaciones y colectivos únicamente venezolanos, sin tomar en cuenta en absoluto a las organizaciones sociales nacionales? ¿Por qué no hay una plataforma virtual con un directorio de colectivos, instituciones y organizaciones disponibles en tiempo real para cualquier persona?

### ***Seguir incidiendo para que los CSMC sean una opción consistente***

Continuar incidiendo en mesas y grupos de trabajo relacionados con el MINSA y otras instituciones públicas para la consolidación de los servicios de salud mental a los migrantes; estableciendo convenios con los CSMC que faciliten el acceso a los pacientes.

### ***Una mayor convergencia entre los proyectos del CAPS***

Hay una coordinación básica entre los distintos proyectos que tiene el CAPS con instituciones como ACNUR, PADF y Lutheran, pero podría haber una mayor convergencia entre ellas para lograr una mayor visibilidad en la incidencia e impacto entre las intervenciones. Por ejemplo,

PADF cuenta con una línea programática de trabajo escolar con migrantes que sería de suma utilidad, mientras Lutheran dispone de una línea programática de visibilidad en medios que también puede aprovecharse para difusión e incidencia. Potenciar estrategias entre las diferentes líneas de los proyectos es una tarea pendiente.

## Con relación a trabajo social (TS)

### *Yuxtaposición de roles entre trabajadores sociales y psicoterapeutas*

Algunos terapeutas opinan que se da una confusión en los pacientes cuando los miembros del equipo de TS interactúan con ellos. Vale la pena abrir la discusión sobre qué se espera del trabajo interdisciplinario: ¿Una delegación de funciones: yo hago esto y tú lo otro? ¿Un pensar en conjunto los procesos en curso y tomar ciertas decisiones en conjunto? Considerando que el trabajador social también tiene dentro de sus funciones el acompañamiento de los casos. ¿Cómo se entiende el acompañamiento a pacientes? ¿En este aspecto se requiere también de un proceso de formación / actualización?

.....  
Quedaría pendiente explorar la implementación o construcción de instrumentos de medición equivalentes al SRQ-18 para menores de edad, parejas y familia.  
.....

## Supervisión

Un tema por discutir es determinar cuál es el propósito de los espacios de supervisión en el CAPS: los que corresponden a los terapeutas *senior*, la obligatoriedad temporal de los nuevos terapeutas vinculados a su equipo de atención, la discusión de casos en grupos de pares, qué se espera del supervisor *senior* con enfoque psicosocial en los espacios de los lunes. Las necesidades de supervisión están más cerca de una supervisión de corte más tradicional en que se espera que el "super-visor" tenga una lectura interpretativa "correcta" que devenga de un modelo de tratamiento explícito o estén más próximas a la discusión de casos con diversos enfoques y abordajes.

## Violencia basada en género (VBG)

El modelo Transteórico de Cambio en mujeres con situaciones de VBG fue probado en muchos tratamientos del CAPS la institución reconocido por otras instituciones como efectivo. Sin embargo, en el proyecto no es muy utilizado o su uso no es explícito. El fortalecimiento de este uso en el tratamiento de casos de VBG podría hacerse mediante capacitaciones internas.

La importancia de ponerlo en práctica radica en que este modelo rompe la idea del círculo de la violencia. Una pregunta para la discusión es: ¿cuál es el grado de interiorización del modelo Transteórico del equipo CAPS y en la práctica cómo lo utiliza en los tratamientos?

Valdría la pena revisar en profundidad el tema de género y actualizarlo con los nuevos enfoques tanto en dicho tema como respecto a la violencia mediante estudios de casos, discusión del modelo mismo y adopción de algunas decisiones en conjunto sobre cómo abordar la conflictiva, recordando además que es un eje clave del financiamiento y del proyecto.

Algunas pacientes de VBG se van rápido y sería bueno indagar las razones. El sistema de monitoreo compuso una muestra de personas víctimas de VBG, y se encontró que muchas ya no tenían sus números telefónicos. Ver otras formas de mantener el contacto.

Un aspecto crucial sería trabajar también con hombres a través de tipos específicos de enfoque y de estrategia.

Se ha detectado que hay dificultades para identificar y tratar casos de VBG. Por eso se sugiere que no solo se entregue bibliografía para su revisión, sino también incentivar un mayor número de capacitaciones.

## Monitoreo

Se podría discutir la alternativa de utilizar un *drive* como sistema colector de información cuando hay derivación interna (sea a psicoterapia o a psiquiatría), como una hoja clínica.

## Virtualidad

Es importante discutir la alternativa de efectuar la recarga de datos para videollamadas a pacientes con características de vulnerabilidad, priorizando su situación de escasos recursos principalmente en casos de NNA y casos complejos, donde es necesario visibilizar el entorno y el aspecto corporal de los pacientes.



## 4 CAPÍTULO

# Estudio de casos



## Reflexiones sobre supervisión clínica en el CAPS

*Fernando Orduz*

Las demandas de atención usualmente acontecen en momentos donde los tránsitos por la vida enfrentan acontecimientos que nos hacen percibirnos vulnerables. El yo capta una especie de fragilidad que lo hace sentirse débil o insuficiente para encarar situaciones externas o internas. Esa fragilidad pone en cuestión la capacidad de nuestros egos para asumirlas y resolverlas.

En ocasiones, a estas situaciones se les denomina traumáticas, para señalar que esa fuerza a la cual nos somete la realidad (externa o interna) puede llevar no solo a vulnerar el yo, sino a fracturarlo o romperlo. El catálogo de esas situaciones varía desde el leve aleteo de una mariposa hasta las grandes catástrofes con las que nos desafía la violencia y la agresividad humana. En medio de esas polaridades cabe resaltar aquellas situaciones que enunció Freud en "El malestar en la cultura": la injusticia de las instituciones que creamos para regular las relaciones o las enfermedades, las decadencias que el cuerpo humano afronta con el paso del tiempo, o la emergencia de los desastres naturales que ponen en su lugar a las omnipotentes *tecnés* creadas por los humanos pretendiendo dominar a dicha naturaleza.

.....

Algunos individuos poseen capacidad para adaptarse fácilmente a cambios drásticos en los entornos que los rodean, pueden asimilar el impacto de la fuerza que los golpea, pueden metabolizar de manera más armónica y equilibrada los efectos que los eventos traumáticos generan; pero, por diversas razones, habrá otros individuos que no tienen la resiliencia o elasticidad para responder a las exigencias que implican nuevos sucesos que nos acontecen en la vida, ya sea por situaciones externas o internas.

.....

En el primer párrafo he planteado que es en esos momentos cuando emergen las demandas de ayuda dirigidas a algún otro, que sirvan de soporte emocional, espiritual, racional y hasta económico. Hay diversas figuras o personajes que encarnan esas posibilidades de ayuda: los consejeros espirituales, los sistemas de amparo basados en algún tipo de creencia o magia, los apoyos estatales o de ONG y, entre este cúmulo de ofertas, las de ayuda terapéutica de los profesionales que se dedican al campo Psi.

Estas demandas de atención que se ejercen desde la vulnerabilidad usualmente instauran vínculos que tienden a ubicar a la figura terapéutica en un rol de curador, sanador, poseedor de un don mágico, que cura las heridas del alma dejadas por las situaciones traumáticas. En el campo psicoanalítico esto se ha resaltado para marcar los roles asimétricos en la relación paciente-terapeuta; y en algunas escuelas psicoanalíticas esta asimetría, que ubica al terapeuta en un rol dominador, es denominada *sujeto supuesto saber*, aunque creo que no se queda tan solo en un saber, si es que este concepto se limita a una dimensión racional o cognoscitiva.

El aspecto que quisiera resaltar en este escrito es aquel en el cual el terapeuta se identifica con ese rol supuesto saber, con ese rol mesiánico u omnipotente, o con ese rol sanador que le asigna el paciente en sus demandas de atención. Planteando como hipótesis que se establece una relación directamente proporcional, como se diría en matemáticas: a mayor vulnerabilidad del paciente, o de la comunidad que solicita un apoyo, mayor el grado de omnipotencia que el terapeuta –o el grupo de asistencia terapéutica– tiende a encarnar.

El asunto neural estaría en dos conceptos que he venido enunciando en los párrafos anteriores: la identificación y/o la encarnación de dicho rol mesiánico. Digo que es neural pensando en lo que ello puede gestar al interior de una relación de carácter terapéutico. Identificarse con ese rol no necesariamente implicaría encarnarlo; serían dos mecanismos diferentes. En la encarnación se asume el rol salvador, se actúa esa posibilidad de ayuda, mientras que en la identificación se percibe esa necesidad de ayuda y se siente la vulnerabilidad del paciente.

Antes de continuar con los efectos de esa identificación y/o encarnación con el rol mesiánico, omnipotente, sanador, supuesto saber, por parte del terapeuta, quisiera plantear algunas consideraciones sobre cómo pienso la técnica de trabajo psicodinámico. Una base material, concreta, de nuestra *tecné* podríamos situarla en ese instrumento de atención que denominamos "encuadre"; dicho concepto lo considero un marco de referencia que nos permite observar cómo se configuran las relaciones entre el proceso interno que acontece dentro de un vínculo o interacción entre dos sujetos y la membrana o marco espacio-temporal que sirve de periferia para permear, comunicar y contener; ese proceso vital que se agita en medio de esos límites encuadrales. Dicho marco también permite establecer una relación entre el universo interno del vínculo dual paciente-terapeuta con el espacio externo; es decir, la realidad que rodea o contextualiza la vida más allá de los límites encuadrales. El encuadre psicoterapéutico contiene una dinámica de un vínculo entre dos actores, pero a la vez ese encuadre dual es contenido por un entorno institucional o cultural.

No considero el encuadre como un marco invariable, prefiero pensarlo como una normatización de unos acuerdos entre dos sujetos intentando acotar un tiempo, un espacio, unos roles y un valor económico. Esos cuatro elementos se determinan de una forma en la cual se posibilita observar, estudiar y analizar el funcionamiento de un individuo en relación con esos parámetros. Planteado de esta forma, observaremos cómo unos pacientes se someterán a las normas y otros las desbordarán, observaremos cómo algunos intentarán buscar transformaciones cada tanto en medio del proceso y algunos otros no querrán que se modifiquen las normas acordadas en principio. Cada sujeto buscará darle un manejo particular y es en esa particularidad donde se van esculpiendo, o proyectando, muchos de los aspectos inconscientes de un paciente o de la relación con un paciente; eso que podríamos denominar *lo no dicho*, que de alguna manera es lo que interesa a una perspectiva psicoanalítica.

Algunos pacientes pedirán más o menos tiempo de lo acordado, otros solicitarán rebaja en los honorarios, otros querrán saber de la vida, dolores y goces de sus terapeutas. Cada uno, de acuerdo con sus demandas y necesidades, hará peticiones o solicitudes que tiendan a sostener o modificar los acuerdos previos, y cada terapeuta resolverá la situación con su paciente o con su grupo y podrá hacer de ello un acontecimiento para analizar.

Un ejemplo reciente para entender esto que intento explicar podría observarse en la situación de encierro que generó la pandemia. Para algunos terapeutas la adecuación de un proceso clínico a un dispositivo virtual y/o telefónico generaba objeciones puesto que consideraban esencial la presencia corporal para efectuar un trabajo. En relación a este aspecto, muchos de aquellos terapeutas que no respondían a demandas de pacientes sobre cambios de espacio y, de alguna manera, les imponían traslados desde lugares lejanos para ser atendidos, tuvieron que acatar las restricciones que las medidas sanitarias preventivas introdujeron en nuestras vidas; una norma que se veía como absoluta e invariable tuvo que adaptarse a las nuevas circunstancias que exigía la vida en tiempos de coronavirus. Todo esto ha generado un cúmulo de reflexiones en el campo psicoterapéutico en torno a los efectos de la atención virtual en comparación con la atención presencial.

Todo marco, y dentro de ello el encuadre que se ha construido como un emblema de los procesos psicoterapéuticos, es una norma transitoria sujeta a los cambios y modificaciones que las circunstancias van generando en él; no por ello hay que pensarlo como una forma volátil y efímera, ni tampoco como una armazón de concreto que no se puede modificar. Insisto: es un marco en el que se registran las modificaciones que los deseos de nuestras formas de existir van imprimiendo en dicho referente espacio-temporal, como si este marco fuera una arcilla que se va moldeando con las manipulaciones de los caracteres de la vida de cada paciente, o con la forma en cómo la díada paciente-terapeuta va demarcando el rumbo de la relación.

El encuadre es el registro del paso de los acontecimientos en esa relación dual. Es dentro de ese marco de registro que planteo los efectos que emergen del encuentro entre el deseo omnipotente de cura de un terapeuta que se genera frente a la situación de vulnerabilidad que un paciente o un grupo poblacional demandan. Ya sea porque al interior de nuestro inconsciente palpita un arquetipo de superhéroe como lo concibiera Jung; o porque contratransferencialmente, dicha demanda clama por un ideal yoico con el que nos identificamos como terapeutas; o porque el ancestral superyó emerge como padre todopoderoso para dar la mano a la vulnerable vida de un humano que rememora en sus frustraciones la incapacidad motriz del bebé para resolver una necesidad por sí mismo. Sea cual sea la explicación teórica, nos habita el deseo de dar la mano y/o salvar con nuestras acciones a ese otro ser humano del peligro al que se enfrenta. Nos habita porque nos identificamos con ese sujeto que supuestamente tiene un saber superior, un don para curar, o un anhelo de doblegar el sufrimiento humano. Nos habita porque en ocasiones realizamos acciones para modificar el espacio-tiempo y apoyar al paciente en medio de su sufrimiento.

.....

Este deseo mesiánico tiende, entonces, ocasionalmente, a encarnarse en acciones que modifican el límite encuadrado pactado con los pacientes. Como “pequeños dioses” manipulamos el tiempo finito y el espacio acotado de nuestros encuadres y tendemos a una extensividad, a una prolongación de dichos límites espacio-temporales.

.....

Antes de continuar, quisiera aclarar que este señalamiento no tiene como fin plantear una crítica frente a dichas modificaciones; tan solo busco indicar que así se activa, y opera, la omnipotencia terapéutica frente a la impotencia vital que experimentamos en las situaciones de trauma y vulnerabilidad de nuestros pacientes o grupos de trabajo. No se trata de pretender anular dicha identificación y encarnación del rol mesiánico, sino de darnos cuenta de cómo estos dos mecanismos nos poseen al trabajar con personas en situación de vulnerabilidad.

Estas acciones operan en las diferentes aristas de nuestro marco de trabajo. Como ya he ido señalando de manera reiterativa, la primera reacción es luchar contra la finitud del tiempo, tal vez porque dicha finitud representa o simboliza el fin de la vida; por ello nuestro deseo mesiánico intenta sostener ese hilo del tiempo. A la manera de las Moiras, que tejen, extienden y cortan los hilos de la vida, nosotros intentamos identificarnos con la primera Moira, Cloto, la que hilaba las hebras; y, en contraposición, intentamos deshacernos de los ropajes que encarnarían la figura de Átropo, la Moira fatal que cortaba el hilo.

El hilo finito del tiempo simboliza a la muerte, a la que el deseo de salvar vidas por parte del terapeuta conlleva acciones que se resuelvan en una extensión espacio-temporal del tratamiento. Realizando esto, tendríamos la ilusión de que logramos vencer con nuestro esfuerzo protector a las fatalidades que se representan en las vulnerabilidades y fragilidades de lo humano.

Siempre que notamos que algún paciente está a punto de terminar su proceso, y sentimos que su padecimiento necesita un poco más de nuestra atención, pensamos cómo estirar esa línea de atención, cómo aumentar el número de sesiones. “Es muy poco el número de sesiones para poder atender a sus necesidades” es la frase que emerge en cada presentación de un caso donde vemos que el sufrimiento y el daño siguen haciendo presencia en la vida de nuestros pacientes sin que nuestra atención haya logrado mitigar ese dolor.

La realidad, creo, es que tal vez siempre necesitaremos de más tiempo, porque todo proceso terapéutico es incompleto. Toda acción terapéutica es una intervención transitoria en medio de un ciclo vital de personas o comunidades que están en un perpetuo devenir, aunque nuestros deseos mesiánicos no concuerden con este hecho.

Una segunda reflexión gira en torno al tipo de demandas o motivos de consulta que observo en nuestro grupo de interlocución sobre los casos clínicos. No es una situación de vulnerabilidad general la que nos refiere el grupo poblacional que atendemos en el CAPS. Esta comunidad que nos consulta tiene una característica particular: está conformada por personas migrantes que se ven obligadas a desplazarse de su lugar de origen para deambular por territorios diversos en busca de una oportunidad de anclaje, de la ilusión de una tierra nueva donde asentarse. Pero en medio de este deambular siempre se viaja con la nostalgia de retorno a una tierra prometida que habita en el pasado de cada desplazado: los migrantes sufren de nostalgia, de anhelo de retorno. Esto imprime en ellos una dinámica singular, pues de alguna manera perder el centro de su territorialidad, tanto externa como interna, los puede llevar a vivir en una especie de movimiento centrífugo permanente, en un migrar perpetuo cual “judío errante”, que no les permite habitar la tierra nueva porque siempre se estará añorando el territorio perdido. El espacio-tiempo anhelado está en el pasado; el presente se vive con el dolor de no ser el espacio anhelado.

Los migrantes venezolanos parecieran desplazarse sobre líneas de fuga que se imponen en sus vidas como destino obligado, frente a líneas de retorno a la tierra original que operan con dejos de nostalgia y melancolía. Los pacientes que estudiamos y atendemos desde el CAPS viven los

dolores del desarraigo y viajan con el duelo entre su equipaje; hoy están en cualquier distrito limeño, pero mañana pueden estar en un distrito distinto o en otro lugar del Perú, si es que no han decidido seguir el periplo sudamericano. De igual manera, hoy laboran en algún lugar que no necesariamente implica que mañana permanezcan ahí y sus relaciones amorosas y familiares también sufren, se rompen y se intentan reconstruir en la dinámica de una movilidad que no cesa y que no logra, si ese es el fin, un asentamiento seguro y permanente.

Frente a esa dinámica, frente a esa movilidad, me pregunto si la institucionalidad no entra de nuevo en el deseo de intentar brindar lo que el migrante no puede obtener. Otra forma de agregar a los sujetos superpuestos es que somos la supuesta posibilidad de una estabilidad emocional y espacial.

.....

En ocasiones, no siempre, observo una actitud de búsqueda para que los pacientes no se pierdan en medio de su deambular vital: la institución intenta apegarlos, adherirlos, a un proceso que les represente una sensación de estabilidad espacial frente a la inestable relación que pueden entablar algunos de ellos con el tratamiento. En esa situación de migración intentamos tejer redes que les permitan anclarse emocional y espacialmente.

.....

De alguna manera intentamos alojarlos como se hacía en la antigüedad con los rituales de la hospitalidad. El desarraigado, el exiliado, el migrante, es un extraño para nosotros, un extranjero; portan en su migración huellas diversas, formas de sentir y percibir que posiblemente ya no puedan reconstruir, modalidades de interacción o vínculo que tienen que desaparecer para que emerjan nuevas maneras de relacionarse. ¿Cómo alojamos a ese otro? ¿Qué podemos brindarles para calmar el desasosiego del desarraigo?

En la antigüedad griega existía el ritual denominado la Xenia, donde se recibía al extranjero, se le brindaba la posibilidad de un baño, de una cena en donde este contaba la historia de sus dichas o de sus infortunios, y luego se le daba algún regalo que conservara como recuerdo de ese momento de hospedaje. ¿Qué podemos hacer hoy frente a ese otro que porta el signo de la extranjería y el desarraigo? Brindar un espacio potencial donde alojar su sufrimiento, solo eso, que no es poco; aunque para los deseos de poder acoger hospitalariamente su dolor, en ocasiones nos parece una mínima acción. Al menos la escucha institucional brinda algún referente espacial, donde la estabilidad anhelada encuentre una satisfacción transitoria.

Dentro de esta noción de búsqueda de un centro espacial y/o emocional hay una vicisitud que llama mi atención: me refiero a la dificultad que tienen algunos pacientes de encontrar un espacio de intimidad; lo que se hizo más evidente en medio de la situación de pandemia que se vivió en los últimos meses. Algunos pacientes tienen por espacio tan solo una habitación en la cual se hacina toda la familia o tienen que compartir un único aparato celular.

Se pierde el espacio de origen –Venezuela–, se pierden relaciones familiares, se pierden referentes identitarios espaciales, geográficos, sensoriales, profesionales. Pero al habitar el mínimo espacio de hacinamiento que han podido construir en el nuevo territorio peruano también se pierde la construcción del espacio de intimidad necesario para el proceso de diálogo terapéutico.

Una tercera reflexión ronda por lo efectos contratransferenciales que vive el equipo de atención del CAPS. Esa misma dinámica de transitoriedad del migrante venezolano que acude a consulta se refleja en el espacio de supervisión de casos, ya que en la mayoría de las ocasiones oímos de ellos una sola vez, como si también pasaran de forma efímera o transitoria por nuestra red de estudio y, con cierta frecuencia, con un matiz de urgencia vital. Nos llegan de manera urgente y se disipan de nuestra memoria con la misma velocidad. Esto no siempre es así, empezando porque la institucionalidad a través de sus dos frentes de atención, trabajo social y psicoterapia, da seguimiento; me refiero en particular al espacio de supervisión.

Un matiz de esta atención grupal que también me abre una reflexión lo constituyen los aspectos contratransferenciales que la situación de melancolía de esta comunidad desarraigada deja en el grupo de trabajo institucional; en muchas ocasiones tras la presentación del caso, el silencio nos posee. Y esto porque no tenemos necesariamente una respuesta frente a toda demanda, como el deseo omnipotente pudiera generarnos; otras veces, creo que algo de la sombra de ese dolor y de esa impotencia de nuestros consultantes nos habita; y ese sentir se expresa en el silencio contratransferencial. Muchas veces tendríamos que pensar cómo la dinámica de una relación grupal refleja el sentir de los casos clínicos que estamos analizando.

Una cuarta reflexión interrogaría sobre qué hacer con ciertas reglas de la práctica psicoanalítica, las cuales se han manejado históricamente de manera incuestionable. Me pregunto: ¿Qué implica ser neutral, o no gratificar a los pacientes, en estos contextos de desarraigo o vulnerabilidad? ¿Es posible sostener esa normatividad? Mi respuesta inmediata es que no es posible sostener este tipo de regulaciones; estas normas deberían entenderse dentro de una dinámica dual que da movimiento al proceso, nos movemos entre simetrías y asimetrías, entre neutralidades y tomas de posición valorativas, entre abstinencias y gratificaciones de deseos.

Por último, como quinta inquietud, me interrogo sobre esta labor denominada supervisión de casos clínicos. Primero que todo, quisiera hacer una crítica a la palabra supervisión, la cual tiene una connotación de algún ente superior que mira desde algún lugar de autoridad y desde ahí emite una opinión sensata y racional; en ocasiones pienso que lo que busca este proceso es sostener una noción de asimetría que se ha venido confundiendo en el campo Psi con el ejercicio del poder del saber. Creo que estos espacios de trabajo sobre los casos clínicos podrían

encontrar palabras más adecuadas a la labor que se opera entre colegas, representando una función más simétrica. De hecho, esta idea de “entre colegas” me sugiere que una mejor manera de nominar a este espacio sería el de interlocución. Porque lo que observo es un espacio donde ninguna voz se autoriza por encima de otra, sino que el equipo, la red de atención, busca un diálogo que le permita analizar una situación-caso de un paciente, desde una diversidad de puntos de vista.

Entre otras, esta diversidad de puntos de vista se constituye en una ventaja de este tipo de interacción sobre el espacio de supervisión individual donde la superioridad de uno de los elementos de la pareja, y por tanto la unidimensionalidad de la comprensión, tienden a destacarse sobre una simetría analítica y multidimensional.

.....

Un equipo que piensa en comunidad a sus pacientes permite un pensamiento diverso, un intercambio de diferentes puntos de vista que nos dan una lectura y un ámbito de intervenciones más amplio y donde el cruce de saberes diversos permite abordar la complejidad de lo humano.

.....

En este sentido, toda atención comunitaria debería tener espacios de intercambio grupal que sirvan no solo como espacios de comprensión de los pacientes, sino que permitan a los terapeutas tener una institucionalidad donde se pueda contener el impacto emocional que nos genera este tipo de atención en situaciones de vulnerabilidad.

Por último, como interrogante final, quisiera preguntarme por los fines u objetivos del trabajo y/o la atención frente al sufrimiento humano de los migrantes venezolanos. Cualquier atención que podamos realizar siempre tendrá el signo de la insuficiencia o la incompletud. Por ello no podríamos pensar que el objetivo es limitar el sufrimiento humano, en ocasiones el objetivo tendría que ver con eso que Freud llamó análisis didáctico en *Análisis terminable e interminable*, pensando en las personas que estaban interesadas en ejercer la labor como psicoanalistas. Para Freud, esta propuesta tenía como fin que las personas lleguen a entender cómo los elementos internos de la vida afectan y construyen, de alguna manera, la situación que están viviendo, o también cómo algunos de estos elementos soportan el sufrimiento vivido. Es permitirles entender que cada uno de nosotros es causa de su propio sufrimiento o al menos aporta algo en el sostenimiento de esa situación dolorosa. Lo otro, lo que se refiere a las causas externas, que muchas veces se presentan como insalvables, son condiciones de hecho, generadas por la situación de migración que aqueja a las personas que el CAPS atiende.

## DESARROLLO DE CASOS

**Aída**

Terapeuta  
**Andrea Lerner Kogan**

Se trata de una mujer de 32 años, de contextura y altura mediana, tez morena y ojos grandes. Luce un poco mayor para su edad, su aspecto es agradable y su lenguaje articulado. Las sesiones se realizaron a través de la cámara de WhatsApp.

Ella y Carlos, su pareja actual, migraron de Venezuela en busca de mejores oportunidades, estuvieron una temporada en Brasil para luego establecerse en Lima. Recuerda su paso por Brasil como muy duro, la vida era demasiado cara y el hecho de separarse de sus tres hijos muy difícil. Los dejó con sus abuelos maternos. Después de cuatro años pudieron reunirse. Los dos mayores (15 y 13 años) son hijos de un primer compromiso y su hija menor (11 años) de otro. Actualmente vive en Ventanilla, en un departamento bastante pequeño, con sus tres hijos y dos de Carlos, que arribaron recientemente a Lima. Ella llega al CAPS por derivación de ACNUR.

### *Motivo de consulta*

Aída y Carlos tienen aproximadamente tres años en Lima. Es cuando llegan sus hijos que decide buscar ayuda psicológica. Ellos no se adaptaban a las normas de la casa, se mostraban rebeldes, agresivos, por ratos los dos mayores no hablaban con su mamá, generando que la convivencia fuera complicada. Ni Aída ni Carlos sabían cómo manejar la situación. Ella se angustiaba, se llenaba de rabia e impotencia, solía encerrarse en su cuarto a llorar, lo que generó problemas en su relación sentimental. Aída sentía vergüenza frente sus vecinos, los gritos e insultos en las discusiones eran frecuentes.

### *Historia personal y familiar*

El padre de Aída falleció cuando ella tenía 6 años, lo mataron por “venganza” (al parecer por un problema de infidelidad). Ella se cría con su mamá y con su padrastro con el que tiene una buena

relación. Recuerda que su madre no era cariñosa con ella, al parecer creció en un ambiente donde los afectos no estuvieron presentes. La describe como distante afectivamente, los abrazos y las caricias solo se daban en ocasiones especiales, como en navidades o cumpleaños. Su abuela materna vivía en casa con ellos, Aída comenta que la relación con ella era “un poco mejor” que con su madre. En su época escolar se describe como una persona poco amiguera, se recuerda como tranquila y como alumna promedio. Tenía algunas amistades, pero no llegaba a hacer vínculos profundos. A sus dos primeras parejas las conoce porque vivían cerca de su casa. Cuando salió embarazada de su segundo hijo, descubrió que el padre del niño le era infiel y que “la otra” mujer también estaba embarazada; decidió abortar, se sentía muy triste, sola y defraudada. No le contó a nadie, según comenta no tenía a quién hacerlo. “No confiaba”. Tomó una de las dos pastillas que le aconsejaron. El embarazo continuó.

Aída se separó de los padres de sus tres hijos, por infidelidad y por haber sufrido violencia emocional y física por parte de ambos (en Venezuela). Empezó una relación con Carlos, quien acababa de separarse, y a ella le costaba confiar en él. Insiste por varios meses y logra ganarse su confianza. En alguna ocasión ella habló con la expareja de Carlos, comprobando que no seguían juntos. Comenta que fue su perseverancia y sus atenciones las que hicieron que se enamorara.

Decidieron emigrar en busca de una mejor situación para ellos y sus familias. Sus hijos se quedaron con su madre en Venezuela, situación que le causaba sentimientos ambivalentes: por un lado, agradecimiento y gratitud; y, por otro, celos y envidia hacia su madre. Si bien le está agradecida por haberlos cuidado y atendido en su ausencia, también llegaba a sentir rabia por el hecho de que ella los educaba y disfrutaba de su compañía; sentimientos que, podríamos decir, se reviven con el hecho de la migración.

Carlos tiene dos hijos que se quedan con su madre biológica en Venezuela. Llegan a Lima a finales del 2021.

### *Comprensión del caso*

Aída y Carlos salieron de Venezuela por problemas económicos, decidieron emigrar para poder darles una mejor calidad de vida a sus familias. Como se mencionó, ambos llegaron primero con la idea de que sus hijos se reunieran después con ellos. Pasan cuatro años, logrando reunir dinero y traer primero a los hijos de Aída.

En las primeras sesiones se le sugiere a la paciente que sus hijos también reciban ayuda psicológica, ya que el proceso adaptativo es de ambos lados, tanto de Aída y Carlos, como de sus tres hijos que han llegado hace escasos meses. A las pocas sesiones de la terapia vincular, ella recibe la noticia de que su hijo de 13 años tiene un leve retardo. La información me sorprende tanto a mí como a la psicóloga vincular que ve a la familia. Estos datos nos dan cierto indicio de que la distancia con sus hijos no solo ha sido física –ellos en Venezuela y ella en Lima–, sino también emocional. Podríamos inferir que Aída no ha estado “tan presente” en el desarrollo de

sus hijos que asistían al colegio en su país. Llama más la atención que en los 13 años de vida del niño, ni ella ni la abuela (con la que estuvo los últimos cuatro años), ni los profesores hayan notado algún indicio de su leve retardo.

Carlos es el único sustento económico fijo, ella trabaja esporádicamente. Los dos envían dinero a sus familiares en Venezuela. Con la llegada de sus hijos los trabajos de Aída se hacen aún más esporádicos.

### *Proceso psicoterapéutico*

Hasta la fecha, el proceso ha sido continuo. Empezó a principios de abril del 2021 y son muy pocas las ocasiones en que Aída ha cancelado las sesiones.

En un inicio, ella hablaba casi sin parar, haciéndose muy difícil poder intervenir; necesitaba ser escuchada. Requería un espacio para poder expresar todo lo que le estaba pasando: haber llegado a un país que no es el suyo y la dificultad de adaptarse a ello; tener que ir incorporando normas, leyes y costumbres de un nuevo territorio aún ajeno para ambos. Todo esto en un contexto de plena pandemia, cuando el miedo se apoderó de todos, como si el temor de estar en un lugar “desconocido” no fuera suficiente. A todo ello se le suma el hecho de haber estado alejada de sus hijos, el reencuentro luego de cuatro años, las dificultades de adaptación de ambos lados, los encuentros y desencuentros frente a los cambios sucedidos en este período y los sentimientos que todo este complejo proceso adaptativo conlleva.

Aída se resiste a aceptar la condición de su hijo, ahora de 14 años. Se pone violento, no hace caso; ella y Carlos no saben qué pueden hacer para que esto mejore. Considero que la contención durante el proceso (sobre todo en la primera etapa) fue fundamental. Ella hablaba casi sin parar, había una clara necesidad de ser escuchada y contenida. El despliegue de emociones, frustraciones y pensamientos desbordados, muchas veces expresados sin detenerse, demuestra la gran necesidad de orden tanto interno como externo.

Cuando llegan sus hijos ella se empieza a comportar como una niña más, haciendo bromas muchas veces pesadas, burlándose de los comentarios y actitudes de su hijo que en ese momento tenía 13 años; quizá esta manera de actuar podría estar reflejando cierta defensa ante la difícil noticia de su leve retardo. La dificultad de aceptación generaba que Aída utilizara el mecanismo de defensa de negación. Por otro lado, es importante mencionar que ella quiso interrumpir el embarazo tomando la mitad de la dosis de pastillas aconsejada, hecho que podría estar relacionado con un sentimiento de culpa que reforzaría la negación de la condición del adolescente. A medida que avanzó el proceso con Aída, a la vez que continuaba la terapia vincular / familiar, ella pudo ir aceptando la condición de su hijo y adoptando ciertos comportamientos que fueron ayudando en la dinámica familiar. Poco a poco pudo incorporar sus roles como mujer adulta y responsable de la casa, como madre que aunque tuvo que alejarse de sus hijos los siguió queriendo, y pudimos trabajar la dificultad que le costaba recibir y brindar afecto a sus hijos.

Después de algunos meses de haber llegado los chicos a Lima, no asistían al colegio haciendo que la convivencia fuera más complicada aún, ya que todos (menos Carlos), incluida ella, se quedaban en casa en un ambiente pequeño. Se fueron instaurando las normas de convivencia, como roles para la limpieza del hogar, y se logró que Aída entendiera la importancia de que sus hijos estudiaran. El hijo mayor no fue constante, a los pocos meses se dedicó a ayudar a un vecino en trabajos de mecánica; el hijo del medio empezó a asistir a un colegio especial; y la menor ha sido responsable y constante con sus actividades académicas.

Durante varias sesiones se trabajó el vínculo que tiene con ellos, se pudo observar que Aída presenta gran dificultad en demostrarles cariño y que responde muchas veces con frialdad y hasta con rechazo cuando alguno de ellos se acerca con alguna caricia o con algún comentario cariñoso. Tiene miedo a sus sentimientos y a demostrarlos, no sabe cómo ubicarse como persona adulta y responsable. Tuvimos varias sesiones en donde exploramos de dónde podrían venir estas dificultades, recordando ciertas situaciones de su niñez cuando ella buscaba a su madre para un abrazo o una caricia y no tenía respuesta, los momentos de encuentro casi no contenían afecto.

Empieza a sentir rabia hacia su madre, me pregunto si es la misma rabia que sienten sus hijos cuando le demuestran afecto y este no es recíproco. Percibo también que esta rabia está relacionada con la condición de su hijo, rabia hacia sí misma por tomarse media dosis de la pastilla sugerida y rabia hacia su mamá por no haber cuidado de una “mejor manera a su hijo”. Esta fue una “creencia” o más bien una defensa cuando le dieron el diagnóstico. Podemos observar que hay ciertos impases en el cuidado en la línea materna que han generado ciertas rupturas. Como se mencionó, Aída y su madre no han tenido una relación cercana, ha crecido en un ambiente en donde su padre le fue infiel a su madre (ese es el recuerdo de la razón por la cual a su padre lo matan inesperadamente, no hay mucha información sobre este tema).

En su relación actual se pueden apreciar ciertos patrones que se repiten en otros ámbitos, como la dificultad de expresar afectos. Así como le cuesta expresar cariño y atención hacia sus hijos, también le cuesta demostrárselo a Carlos. Los roles y el lugar que ocupa cada uno también son un factor que se observa en el ámbito de la relación. En algunos momentos de discusión, ella simplemente se encierra en su cuarto, llora de rabia y frustración, impidiendo un espacio para la comunicación y entendimiento. Son comunes las veces en que ella “amenaza” a Carlos con separarse.

Poco a poco logró entender la importancia de poder dialogar, de tener un espacio para expresarle sus sentimientos a su marido, la relación entre ambos mejoró. Se le sugirió que intentara que estas conversaciones sean fuera de casa, ya que el espacio es pequeño y sus hijos podrían escuchar. Muchas veces, cuando uno sale de su espacio, de su *status quo*, cambia de ambiente y las conversaciones pueden llegar a tener otro rumbo. Poco a poco los roles y funciones se fueron acomodando, las relaciones en casa mejoraron notablemente, Aída logró, en cierta medida, expresar afecto tanto a su pareja como a sus hijos.

Hace unas semanas, llegaron a Lima los dos hijos de Carlos, uno de 10 años y otro de 7. La familia creció: de ser cinco ahora son siete miembros. Nuevamente los roles se descomponen. Nos vemos otra vez frente a un proceso de adaptación de ambos lados, tanto de los dos niños que arriban a Lima a reencontrarse con su padre y con la familia que él ha formado como de la familia ya establecida aquí. Se origina un acomodo físico (piensan mudarse más adelante a un lugar más amplio, aunque sus hijos tendrán que compartir su cama) y emocional. Los hijos de Carlos llegan con sus normas, cultura y reglas a un hogar donde Aída tiene las suyas. Ella reincide, han regresado el llanto y la desesperación, pasa tiempo en su cuarto llorando, no tiene ganas de hacer nada. Empiezan a aparecer celos ante la presencia en Lima de la madre de los hijos de Carlos, los pleitos regresan. Como terapeuta del caso yo también me frustró. La terapia vincular termina.

### *Reflexiones*

Aída llegó a las sesiones con una gran necesidad de ser contenida, muchas veces solo podía escucharla, haciéndose muy difícil poder intervenir. La escucha y contención fueron fundamentales. Poco a poco se fue abriendo un espacio para lentamente poder intervenir, un espacio para la escucha y que esa escucha tenga resonancia en Aída. A las pocas sesiones de la terapia vincular, me pareció oportuno poder conversar con la terapeuta que veía al grupo familiar, hecho que fue fundamental para estar alineadas y cada una pudiera realizar su trabajo partiendo de la misma base. Los roles de esa casa estaban muy desordenados y el diagnóstico del segundo hijo de Aída había caído como un baldazo de agua fría.

Este fue un proceso lento y frustrante, a ella le costaba aceptar la condición de su hijo. Su negación la llevaba muchas veces a hacerle bromas pesadas, a minimizarlo y ponerlo en ridículo en público. Aída se defendía y yo me frustraba, me dolía observar el "maltrato" que me era relatado. Poco a poco la situación fue tomando forma. Se empezó a generar un espacio en donde yo podía llegar a intervenir, mis intervenciones empezaron a tomar forma y en su gran mayoría eran bien recibidas por la paciente. Se podría decir que el vínculo terapéutico creado entre ambas fue el vehículo que abrió la posibilidad de nuevos encuentros. La relación de pareja mejoró, igual que las relaciones de Aída con sus hijos.

Con la llegada de los hijos de Carlos, nos vemos nuevamente frente a un proceso de reacomodo que estoy segura arribará pronto a buen puerto.

## Alejandra

Terapeuta

**Patricia Castañeda Donayre**

Es una joven venezolana de 20 años, soltera. Delgada, de cabellos oscuros, mirada expresiva, su arreglo personal es sencillo, pero cuidado. Vino con sus padres y hermana menor hace cinco años aproximadamente y se instalaron en Lima. La idea de migrar fue de su madre, ni el padre ni ella estaban de acuerdo, pero finalmente él aceptó.

Alejandra considera que vino “forzada”, “castigada”. Terminó sus estudios secundarios acá, se independizó de los padres a los 17. Nuestros primeros contactos fueron telefónicos. Por su voz, el contenido de su relato y la seguridad en sus afirmaciones me daba la idea de que era una persona mayor. Meses después de iniciada la atención, cuando pude ver su rostro, percibí a una chica que sí aparentaba su edad, con un rostro expresivo, que podía transmitir fragilidad, profunda tristeza, pero también entusiasmo, picardía. Al principio su discurso me resultó bastante confuso por los saltos en el tiempo al narrar hechos, nombrar personas, lugares; un discurso fragmentado. Llegó a terapia derivada por Encuentros, donde fue atendida durante aproximadamente seis meses, después de un intento de suicidio, tres años antes de solicitar atención en el CAPS.

### *Motivo de consulta*

Aproximadamente seis meses antes de esta solicitud, Alejandra había vuelto a sentirse emocionalmente afectada, esta vez por problemas en la relación de pareja. Las peleas eran frecuentes, ambos podían ser ofensivos, hirientes. Los fines de semana él salía, tomaba, ella se sentía muy sola, no podía dormir; en los momentos de mayor angustia llegó a pensar que iba a enloquecer, creía escucharlo llegar, tenía “visiones” en las que lo veía drogándose o veía a una amiga muerta por sobredosis, sabía que no era real. Tenía deseos de morir, se autolesionaba. Queriendo encontrar alivio, pero en un acto impulsivo viajó al interior del país para hacer un voluntariado en un albergue para gatos. Pero ahí sintió que todo empeoraba, comenzó a tener la sensación de que por las noches alguien la tocaba y no había nadie. Al cabo de aproximadamente un mes regresó y se volvió a instalar con su pareja. Después de algo más de dos años juntos, él decidió terminar cuando descubrió que ella –incumpliendo con la promesa que le hizo– había vuelto a atender clientes. Siguieron conviviendo unos meses más,

mientras conseguía a dónde mudarse. Alejandra volvió a contactar con la profesional que la había atendido tiempo atrás y ella la derivó al CAPS. Al momento de la consulta la pareja aún convivía en la casa familiar de él, en un espacio independiente que él tenía.

Alejandra manifestaba sentirse ansiosa, estresada, triste, con sensación de vacío y la idea de ser una mala persona. Las actitudes de él la confundían, a veces se ilusionaba pensando que él quería retomarla y luego se hacía evidente que no. Tenía dificultad para conciliar el sueño, muchas veces recién lograba dormir al amanecer. Podía comer, tomar o fumar en exceso, se autolesionaba realizándose cortes en los brazos. Presentaba frecuentes dolores de cabeza. No tenía ganas de hacer nada.

### *Historia personal y familiar*

Alejandra es la mayor de dos hermanas. Su madre salió embarazada durante el último año de secundaria, “no estaba preparada para ser mamá”. Ambos padres, profesores, se casaron cuando su madre tenía 20 años aproximadamente. Se separaron durante algunos períodos, hace diez años se divorciaron, pero luego se reconciliaron hasta mediados del 2020, cuando se separan al parecer definitivamente porque la madre establece otro vínculo amoroso.

De su infancia, Alejandra recuerda a una madre impaciente, que se alteraba con facilidad, gritaba, insultaba, en ocasiones le pegaba o le lanzaba objetos. En aquella época estudiaba y trabajaba, estaba siempre muy ocupada. Tenía cambios de humor que desconcertaban a Alejandra: podía estar bien y de pronto se enfurecía, dejándola confundida y triste.

Su padre, por otro lado, también era impaciente, se exasperaba cuando Alejandra no entendía sus explicaciones de temas escolares. Se recuerda poco sociable, no sabía cómo expresarse cuando tenía un problema, en casa no se conversaba sobre cómo se sentían. Hasta los 11 años era tranquila, no tenía muchos amigos, solía juntarse con los que veía solos, desprotegidos. Afirma que le gustaba leer, amaba a los animales, recuerda a sus mascotas, también ellas, poco cuidadas, se perdían, morían.

La vida escolar de Alejandra estuvo marcada por frecuentes cambios de colegio, debidos a veces a la situación económica; otras, a mudanzas. A partir de los 12 años los conflictos con la madre se agudizaron: se recuerda rebelde, no soportaba sus actitudes cambiantes y la encaraba, peleaban constantemente. En una oportunidad le pidió que la dejara ir a una fiesta fuera de la ciudad, se fue el fin de semana y ahí tuvo lugar un primer abuso sexual. A los 14, Alejandra escapaba de casa, se iba a fiestas, consumía marihuana y alcohol. En la reunión de un supuesto amigo tuvo lugar otra situación de abuso que para ella fue particularmente traumática. Amenazada, calló por años lo sucedido. Recién estando en Perú se lo contó a la madre, pero esta osciló entre culpabilizarse y posteriormente negar los hechos, acusándola además de una tendencia a hacerse la víctima. Al padre no se lo contó porque lo veía muy sensible, “se volvería loco”.

Estando en segundo de secundaria nació su hermana, recuerda que la cuidaba, que a veces no podía salir por ese motivo. El trato con ella es ambivalente: si bien la defiende cuando observa algún maltrato de la madre, ella misma la trata toscamente o le exige tener un comportamiento adulto.

Ese año sus padres decidieron migrar a Perú. Durante su primer año de colegio acá conoció a la que consideraba su mejor amiga y con la que pensaba tendría una amistad de largo plazo; sin embargo, ella falleció de sobredosis. En ese momento Alejandra, de 16 años, intentó suicidarse lanzándose de un acantilado; la policía lo impidió y a raíz de este hecho la madre contactó a Encuentros en busca de ayuda. El día que su amiga murió, Alejandra no había aceptado acompañarla a una fiesta, pues se sentía triste por su reciente ruptura; en esa fiesta falleció la amiga. Enterada del hecho intentó buscar apoyo en su pareja, pero él no le respondió; ella se encerró en su cuarto, sin comer ni dormir. Al cuarto día intentó suicidarse. A los 17, frente a la vida de excesos que llevaba, había días en que llegaba tarde, embriagada o no aparecía a dormir, sus padres le dijeron: “Adentro o afuera”. Ella eligió “Afuera”.

A los pocos meses de haber llegado al país había empezado a trabajar en una panadería, luego fue desempeñando diferentes actividades: trabajó en *call centers*, como promotora de ventas, anfitriona, modelo, entre otras cosas. En algún momento conoció personas a través de las cuales se fue adentrando en el mundo de la prostitución. Ya en Venezuela, después de los hechos traumáticos vividos, se había vinculado con hombres mayores que le ofrecían dinero a cambio de sexo.

Su vida sentimental se dio inicialmente con chicos y chicas de su edad, luego principalmente con hombres mayores. En Perú, los nexos que consideró de pareja fueron con hombres a los que había conocido haciendo servicios sexuales. Uno de ellos en particular fue posesivo, celoso con ella, hubo muchos conflictos y tuvo un episodio de violencia física. Si bien ya no lo considera pareja, mantiene el contacto y lo ve como un buen amigo que la apoya económicamente, le aconseja, pero con quien también tiene sexo.

Respecto a los estudios, terminó su secundaria y empezó a asistir a un instituto superior. Le gusta estudiar y se describe como buena alumna; sin embargo, a veces dejaba de hacerlo por motivos económicos. Durante la terapia los culminó.

### **Comprensión del caso**

Cuando Alejandra llegó al Perú con su familia ya había pasado por una serie de vivencias tempranas de maltrato, hechos traumáticos, había crecido con vínculos poco sostenedores. Los padres se fueron constituyendo como figuras poco confiables en cuanto a sus posibilidades de hacerse cargo de ella, de la relación de pareja, de la vida familiar. En su discurso, los padres aparecieron como desorientados respecto de sus propias vidas, con poco control de sus emociones, de sus impulsos. Ella a su vez no sabe cómo cuidarse, aunque por momentos lo intenta. Se ha involucrado en diferentes situaciones de riesgo.

En general los padres no muestran la suficiente solidez como para recurrir a ellos cuando está en problemas o se siente abatida. Es ella más bien la que intenta protegerlos y a la que recurre principalmente la madre cuando necesita que la ayude en algo. Alejandra oscila entre la autosuficiencia, una suerte de orgullo triunfante por lo que ella sí es capaz de hacer y la chica temerosa, confundida, que parece necesitar amparo, protección, compañía; y un vínculo confiable del que pueda depender para salir poco a poco hacia la independencia.

Cuando ha intentado recurrir a su mamá, mudarse cerca de ella, de manera directa o indirecta ella le ha hecho saber que no la quería cerca. Alejandra lo atribuye al estilo de vida que lleva y que, para su madre, una persona de hábitos muy tranquilos, le resulta el “desmadre total”.

Tiene la penosa sensación de que la madre la contacta para su propio beneficio; por ejemplo, para que le cuide al gato, para que la acompañe cuando el marido sale de viaje y no soporta su propia soledad o para que viaje a Venezuela con el fin de tramitarle algunos documentos que necesita, viaje que por otro lado sería por tierra afrontando una ruta larga y peligrosa.

En el caso del padre la imagen es la de una persona muy sensible, depresiva e impulsiva, que durante mucho tiempo vivió frustrada tratando de satisfacer a su mamá, añorante de retornar a su país, sin poder organizar su propia vida. Desde la reciente separación de la esposa, el trato con Alejandra mejoró, se hicieron más “amigos”. El padre sí la acogió y llegaron a vivir juntos por ciertos períodos hasta que él regresó a Venezuela. Alejandra hubiese querido poder retenerlo, pero eso la hacía sentir egoísta y además no quería ser responsable de verlo frustrado por no hacer lo que quería.

Por otro lado, a partir de los hechos traumáticos de su adolescencia, Alejandra construyó una coraza a la que llamó con un nombre diferente al suyo: “Rebeca”. Bajo ese ropaje se sentía fuerte, capaz de muchas cosas; con esa careta podía prostituirse. Sin embargo, en ocasiones, esta defensa disociativa fallaba, se sentía mal y recurría a las drogas. Esta faceta suya, “Rebeca”, era descrita como fría, calculadora, de vestimenta osada, sin miedo a los hombres; en contraposición con Alejandra, quien era más bien sensible, se preocupaba por los demás y sí tenía miedo. Cuando la que aparecía en escena era “Rebeca”, Alejandra quedaba expuesta a situaciones que se considera serían una repetición de experiencias de abuso sexual. La paciente sentía que esa era la vida que merecía, como una especie de condena. Cuando intentaba salir de eso y tenía dificultades las tomaba como una señal de la vida que le indicaba que lo bueno no era para ella.

Desde chica quería una realidad distinta a la que había vivido en Venezuela, veía a sus padres siempre cerca de la abuela, vivían en una zona sencilla, no quería conformarse con lo que le daban ellos y por eso, entre otros factores, empezó a trabajar en el mundo de la prostitución; uno de los motivos por los que le resultaba difícil dejarla era porque obtenía una buena suma de dinero en poco tiempo, dinero que gastaba rápidamente y volvía a verse en apuros.

Se había iniciado en la prostitución luego de los abusos sexuales en su temprana adolescencia. Estas experiencias traumáticas parecen haber consolidado una imagen denigrada de sí misma, de poca valía; originada probablemente en una infancia con maltratos y carencias afectivas.

A través de la prostitución no solo obtiene ingresos, sino que cree encontrar una forma de obtener cariño, de sentirse “especial” para alguien. Cuando percibe indicios de eso que ansía, establece nexos que en ocasiones han devenido en vínculos de pareja. Con algunos de los clientes llegó a entablar afinidades largas en las que sentía que se preocupaban por ella, que eran personas a las que eventualmente podía acudir en busca de apoyo.

En estas vinculaciones confusas, a veces parecía tener una sensación de control y en ocasiones hasta de venganza; a diferencia de lo vivido en los abusos. Alejandra describió escenas de hombres perdiendo los papeles por estar con ella, devastados frente a su negativa de una relación seria. Si bien con la careta de “Rebeca” podía sentirse triunfante, para Alejandra significaba el retorno de una imagen de sí que la abrumaba, se sentía “mala persona”, “basura” y entonces poco merecedora de una vida diferente. Confluían lo utilitario, la necesidad de afecto, lo traumático; quizás por eso mantuvo esta actividad incluso teniendo trabajo o volvía a ella aun estando en pareja, cuando en medio de una crisis se sentía poco querida, sola. Era un círculo vicioso del que le costaba mucho salir de manera definitiva.

Su vida ha estado marcada por la inestabilidad, desde la vida emocional de sus padres y el impacto sobre la relación de pareja y la vida familiar, hasta el hecho de una escolaridad desarrollada en tantos colegios distintos que fue muy difícil para ella lograr un sentido de pertenencia, conservar vínculos significativos a lo largo del tiempo. Ahora de adulta cambia constantemente de trabajos, de vivienda, de planes; su vida emocional transcurre en vaivenes que van definiendo momentáneamente su actuar. Las posibilidades de cuidar de sí también van y vienen con períodos de mayor calma en los que por ejemplo es muy cumplida con la medicación, y otros de mucha irregularidad cuando olvida tomar sus pastillas, consume alcohol y desordena sus rutinas.

Alejandra parece tener una confusión respecto de lo que es una relación sentimental, de amistad y de trabajo / servicios. Es como si no existieran para ella límites diferenciadores entre un tipo y otro de vínculo. Su gran amigo podía ser el mismo que le proveía de clientes, un cliente podía deslizarse para ella hacia una relación que consideraba de pareja. Tal vez esta confusión parte de sentirse utilizada por la madre, poco querida. A pesar de eso, cada cierto tiempo, Alejandra se acerca a ella con la ilusión de encontrar amor, amparo; pero vuelve a frustrarse. Bajo este modelo de conducta, parece haber aprendido que las relaciones, más que vínculos de afecto, son “transacciones” en las que cada quien obtiene algún beneficio.

### *Proceso terapéutico*

Iniciamos la atención a fines de 2020 con una frecuencia de una sesión por semana. La modalidad de contacto fue en un comienzo por llamada telefónica, hasta que luego de algunos meses expresó la paciente deseo de cambiar a videollamada. “Quiero ver su cara”, expresó en aquel momento. En adelante nos manejamos alternando modalidades en función a sus posibilidades de vincularse con esta terapeuta. Desde el primer mes, viendo su estado, se

dejó abierta la opción de que me contactara por mensajes entre una sesión y otra si llegaba a necesitarlo. A lo largo del proceso recurrió a ello eventualmente. Durante esta primera etapa en ocasiones se quedaba dormida y no respondía o lo hacía poco después de mi llamada. Más adelante expresó que solía acordarse de las sesiones en los días previos, pero el mismo día lo olvidaba hasta que yo la llamaba. Quizás era una forma de dar cuenta del conflicto entre sentir que el espacio y la relación con la terapeuta comenzaban a ser importantes para ella y el miedo a depender, el rechazo a sentirse vulnerable.

Cuando se le planteó aumentar la frecuencia a dos veces por semana hasta que se estabilizara, prefirió mantenerse en una; en aquel momento, aunque había pedido la ayuda y podía describir lo mal que se sentía, sonaba autosuficiente. Tal vez, como le sucedía con los padres, todavía no confiaba lo suficiente en la capacidad de la terapeuta para sostenerla. En la tercera sesión se la derivó a psiquiatría, tratamiento que aceptó y se mantuvo durante todo el proceso terapéutico. Alejandra fue diagnosticada con un trastorno límite de personalidad.

Meses después acordamos tener dos sesiones por un período limitado, debo mencionar que se sintió la diferencia en el fortalecimiento del vínculo.

El proceso estuvo marcado por períodos de vorágine, donde se sucedían hechos con rapidez, tomaba decisiones impulsivamente, aparentemente segura de lo que estaba haciendo. Se embarcó, por ejemplo, en viajes repentinos con personas que recién conocía, y a veces, por las situaciones que se daban, terminaba sintiéndose muy angustiada, sin saber cómo seguir, o llena de ira. Al comienzo no parecía tener mayor registro de las consecuencias, de los riesgos, etc.; poco a poco fue siendo más consciente de ello. A veces la terapeuta se sentía sorprendida por los cambios abruptos, preocupada, en ocasiones triste al observar su vulnerabilidad, su soledad, el maltrato a sí misma.

Esta dificultad para cuidar de sí planteaba a la terapeuta la necesidad de implementar un rol más activo; por ejemplo, cuando recién empezaba la atención, llegó el día de Navidad y Alejandra estaba en medio de una crisis por la confusa convivencia que mantenía con su expareja. Una crisis en la que se pusieron de manifiesto síntomas físicos, una gran angustia e ideación suicida. Parecía muy riesgoso que se quedara, como pensaba, en casa de la expareja. Luego de algunas intervenciones pudo considerar al padre como una opción. Ese día, más tarde, se volvió a comunicar para decir que estaba rumbo a casa de él y se quedaría ahí esa noche. Este tipo de situaciones las repetía también con su mascota, una perrita a la que había adoptado y a la que se sentía muy unida; sin embargo, y probablemente identificada con los padres y su inestabilidad y negligencia, podía dejarla con personas que apenas conocía o que la descuidaban. En cuanto al espacio terapéutico tuvo también un período en el que contestaba tarde o pedía cambios de última hora poniendo en riesgo la posibilidad de ser atendida.

Fue un logro cuando con sentido del humor dijo: "Moraleja de Marzo: no tomes decisiones impulsivas". Poco a poco pareció lograr una relativa estabilidad, expresaba sentirse contenta trabajando en la tienda de la amiga, después de haber pasado por varios empleos o dejar procesos a medias. Hizo explícito el deseo de dejar de prostituirse. Comenzó a restringir el

contacto con clientes, manteniendo solo a los conocidos y aun a estos los fue eliminando de sus contactos. Hacerlo le producía temor, quedaría desamparada, sin tener a quién recurrir ante alguna eventualidad. Dejó de vivir con la expareja, aceptando con dificultad la separación, tuvo momentos en que volvía a tener la expectativa de retomar, momentos en que sentía que la culpa de la ruptura era suya: en otros podía reconocer que él también tenía sus dificultades, entre otras el consumo de alcohol y drogas. Su adicción a la cocaína era algo que la perturbaba mucho porque la conectaba con la muerte de la amiga.

Por otro lado, retomó el contacto con un excompañero de colegio al que consideraba su amigo y que parecía serlo realmente. En un momento de mucha tristeza se volvió a comunicar con la abuela paterna, una figura importante para ella, pero de la cual se había alejado cuando sus padres se separaron.

El regreso del padre a Venezuela fue muy doloroso para ella, anticipando lo sola que se sentiría. Acompañarlo en sus idas y venidas respecto a la decisión de retornar y la posibilidad de trabajar en terapia le permitió ir lidiando con sus miedos y penas. Para cuando la decisión estuvo tomada, Alejandra acompañó a su padre a hacer las maletas, fue a despedirlo al terminal. Volver a la vivienda que venían compartiendo fue muy duro, tuvo unos días en que dejó todo revuelto como había quedado, la ausencia del padre era difícil de tolerar. Sin embargo, como ella misma reconocía en las sesiones, era una tristeza diferente, que no la llevaba a salir y emborracharse o algo similar, sino que la dejaba pensativa recordándolo, pensando cómo quería orientar su vida. Para ese momento, el vínculo terapéutico era fuerte, creo que la constancia de las sesiones, el sentirse acogida, acompañada, le permitieron confiar y sentir que era un vínculo seguro en el que no necesitaba de la actitud soberbia, omnipotente de “Rebeca”, sino que podía dejar salir a Alejandra y permitir que empezara a hacer el duelo por la partida del padre.

En la etapa final de la terapia, Alejandra se mantenía estable en el trabajo y en paralelo había comenzado a vender por Internet. Expresó sentir que estaba tratando de buscar su vida, una que fuera suya, con la que se sintiera cómoda.

Cuando se habló del término de las sesiones confesó haberse sentido angustiada. Más adelante preguntó por la posibilidad de continuar, quería seguir trabajando en ella, se venía sintiendo mejor, pero pensaba que todavía le faltaba, tenía miedo de recaer en lo que llamaba su vida anterior. Se hizo la consulta y se le dio la opción de continuar a través del programa “CAPS te atiende”. Acordamos que el dinero provendría específicamente de su trabajo y no de los servicios sexuales si los continuaba. Las sesiones serían cada 15 días. Llegamos a tener algunas sesiones hasta que explicó que estaba reemplazando al padre en el trabajo que él tenía y debía hacer una pausa por falta de tiempo.

## *Reflexiones*

Trabajar con Alejandra fue intenso, pero emotivo. Se trata de una persona sensible, inteligente, capaz de capturar mi atención y de generar deseos de ayudarla. Diría que en general se comprometió e hizo suyo el espacio, que pudo establecer un vínculo en el que se fue sintiendo progresivamente segura. Pienso que quizás en parte el deseo de verme estuvo asociado a la necesidad de saber cómo era, qué le generaba, si podría cuidarla. La primera vez que nos vimos expresó con sorpresa que mi imagen no se correspondía con la que había imaginado durante el período de llamadas. Por mi voz me había imaginado como una “persona mayor, gordita y con rulitos”; lo único que para ella se conservó fue la percepción de una voz que le resultaba “dulce”. Se tomó el tiempo para confiar, lo cual era bastante razonable con todo lo vivido. Considero que si bien puede haberse fortalecido, como ella misma era consciente, todavía requería de un mayor tiempo de terapia.

La decisión sobre la procedencia del dinero para el pago de las sesiones generó un dilema en la terapeuta. Por un lado, no quería que se sintiera censurada o rechazada en su lado “Rebeca”, pero por otro me parecía que no marcar ese límite era descuidar a Alejandra, y más aún, convertirme en cómplice de su maltrato, sabiendo de primera fuente lo que prostituirse implicaba para ella. ¿Hacerme la desentendida o no darle importancia al tema de la procedencia del dinero no me hubiera transformado en otra de esas figuras confusas? La madre, por ejemplo, que le pedía invertir en su negocio y sobre lo cual Alejandra decía: “Ella sabe en qué ando, que salgo con chicos y puedo conseguir dinero”, o el amigo que le proveía de clientes VIP cuando ella estaba en apuros económicos. Considerando lo mencionado anteriormente, que venía sosteniendo un trabajo estable y el vínculo que ya habíamos construido, opté por lo ya señalado y establecimos una frecuencia inicial que ella consideraba que podía manejar. Trascurrido el tiempo me pregunto si no terminó sintiéndolo como una exigencia difícil de cumplir.

Continuar la terapia seguramente le hubiera permitido lograr una mayor integración de las identidades con las que enfrentaba la vida. Si bien “Rebeca”, surgida defensivamente frente a los hechos traumáticos vividos, había hecho posible que sobreviviera emocionalmente, también sometía a Alejandra a permanecer en el mundo de la prostitución, y con ello, la alejaba de la posibilidad de tener una imagen menos devaluada de sí misma, de desarrollar la carrera que había estudiado, de establecer vínculos confiables y no de control y maltrato.

## Dubraska

Terapeuta

**Martha Laberiano Agüero**

Venezolana, tiene 34 años, rostro ovalado, tez clara, cabello lacio y de color castaño claro. Su apariencia denota cuidado y arreglo personal, se viste con atuendo juvenil y a la moda. Contextura y altura medianas.

De mirada seria y atenta, mantiene el contacto visual frente a la pantalla, de vez en cuando asoma una sonrisa complaciente que transmite tristeza y angustia. Su lenguaje está centrado en lo verbal, con escaso movimiento del cuerpo. Expresa coherentemente sus ideas y sentimientos, con facilidad para verbalizar lo que siente con un tono de voz suave y pausado, aunque otras veces acelerado, cuando manifiesta sus angustias. Tiene una actitud amable y colaboradora.

Fue la primera de cinco hermanos en dejar su país para mejorar las condiciones de vida de su familia y de su pequeña niña. Primero llegó a Colombia (finales del 2016), donde trabajó durante un año y dos meses; en el 2018 arribó a Perú y permanece aquí hasta hoy. Estuvo separada de su hija por seis meses, actualmente vive con ella en Lima Norte. Migró sola y sus viajes fueron por vía terrestre, para reducir costos.

### *Motivo de consulta / Sintomatología*

En marzo del 2021, Dubraska solicitó atención terapéutica por encontrarse deprimida, refiriendo que desde hacía dos meses se sentía desmotivada, con llanto permanente y dificultad para conciliar el sueño. A la vez, su apetito había disminuido, se le caía el cabello y su respiración se le aceleraba.

En algunas ocasiones no ha podido permanecer de pie porque sentía malestar corporal, se preocupó y acudió a un médico general, quien le diagnosticó estrés. Manifestó sentir rabia consigo misma porque mantuvo una relación violenta de tres años con su ahora expareja. En sus palabras, fue la situación más difícil que le tocó vivir, porque a pesar del dolor por su maltrato e infidelidad no podía separarse de él. Esto le generó mal humor, escaso ánimo para trabajar y la sensación de que no tenía a nadie.

Su dificultad para separarse se agudizó porque recibió apoyo económico de él para cubrir algunos servicios de su casa. Sumado a ello, manifestó gran preocupación y angustia de no

poder seguir enviando remesas a su mamá y a su abuelo materno, quienes viven en situación precaria en Venezuela.

### *Reseña de historia personal y familiar*

Como se ha mencionado, Dubraska, penúltima de cinco hermanos, fue la primera en emigrar de Venezuela, primero a Colombia y de ahí a Perú. Posteriormente sus hermanos se trasladaron a diferentes países. El mayor (45) y el tercero (38) se encuentran en Chile; la menor (28) está en Colombia. La segunda hermana (42) es la única que continúa en Venezuela con su pareja e hijos, igual que su mamá y su abuelo materno que viven juntos.

Recordó su niñez, con mayor cercanía hacia su padre, quien a pesar de sus largas jornadas de trabajo estaba pendiente de su alimentación, salud y educación. Él era militar, pero se dedicaba al servicio de taxi. Cuando jugaba con sus amigas y veía a su padre llegar a casa iba corriendo a sus brazos, siendo correspondida en el gesto de afecto. A su mamá la describió como fría, distante y ausente; su jornada laboral como trabajadora social para el gobierno de la alcaldía la mantenía ocupada todo el día y cuando tenía algún evento llegaba de noche a su casa.

Cuando Dubraska tenía cuatro años, sus padres se separaron por infidelidad y violencia del padre. Veía triste a su mamá y muchas veces llorando. Cuatro años después, ella se comprometió con otra persona, con quien también vivió una relación conflictiva, ya que él consumía licor. La niña se sentía sola, abocada a la escuela y a sus deberes. Su hermana mayor la descuidaba, la recogía tarde del colegio y no estaba pendiente de sus tareas. Se acuerda con nostalgia de que su papá iba todos los fines de semana a visitarla y los miércoles le llevaba la comida. Cada vez que llegaba, ella le decía: "Llévame contigo".

A los 9 años, su padre la llevó a vivir a la casa de su tía materna, porque Dubraska no se sentía cómoda con su padrastro. Vivió allí hasta los 12. Lloraba porque sus primos la fastidiaban, no cumplían con las tareas domésticas que les asignaban y ella las tenía que hacer; pero evocó gratamente a su tía, quien con mucha paciencia le ayudaba en sus tareas escolares. Luego le pidió a su papá que la llevara a vivir con él, a raíz de que su primo mayor, de 20 años, le realizó tocamientos indebidos mientras dormía. A partir de esa experiencia, sintió gran desconfianza hacia sus primos, manifestando que nunca se acostumbró en dicha casa y que siempre quería estar con su papá.

Fue así como su padre la llevó a vivir a su casa, con su madrastra y sus cinco hijos. Estuvo con ellos desde los 12 hasta los 15 años. Se dio cuenta de que sus hermanastros tenían edades cercanas a sus propios hermanos, deduciendo que su padre había tenido una relación paralela con su madre. Se sentía feliz al estar junto a él, pero cuando la dejaba sola se quedaba con un gran dolor y tristeza; su único consuelo era verlo volver.

Le daba mucha rabia cuando su madrastra le decía que su mamá era "la amante". Asimismo, una de sus hermanastras la molestaba escondiéndole los zapatos para que no saliera a jugar

y le advertía que no se quejara con su papá porque le podría dar un infarto (él sufría del corazón). Dubraska sentía que no era su casa, pero se quedaba por su papá, que siempre estuvo pendiente de ella, que nunca le alzó la voz porque era su engréida. En su ausencia se enfocó en sus estudios, prefería quedarse más tiempo en el colegio y en la biblioteca. Una de las nietas de su madrastra tenía su misma edad y llegó a ser su mejor amiga cuando vivieron juntas. A los 15 años, frente a las dificultades que tenía con su madrastra, le pidió a su papá regresar a la casa de su madre, con quien vivió hasta los 28 años.

Ya siendo adulta, rememora con tristeza que su madre fue agresiva con ella, la descalificaba diciéndole “impulsiva”, “indecisa”, “si no tienes dinero para enviarme, mejor prostitúyete”. Le causaba gran dolor, pero no le hacía caso; solo escuchaba el mensaje, que siempre era el mismo.

Hace cuatro años, cuando Dubraska se encontraba en Colombia, falleció su padre. Al enterarse viajó ese mismo día a Venezuela. Le dolió mucho su pérdida, pero luego se tranquilizó, señala que estaba como preparándose para el día de su muerte. Siente que fue una de las hijas que más disfrutó de su compañía: la llevaba a comer a centros comerciales y jugaban mucho juntos. Sin embargo, aún no supera el duelo, a veces llora, sueña con él, y le pide a Dios que su papá la cuide.

A los 24 años tuvo a su única hija, conviviendo nueve años con el padre de la niña. Se separó de él porque lo veía conformista, no se esforzaba para mejorar las condiciones de vida de su familia. Estaban separados y él vivía con su hija en casa de su mamá. Siempre andaba molesto y no le gustaba salir con ella, refirió que, si hubiera sido un hombre trabajador, si le hubiera comprado una casa, continuaría con él. Ante la grave situación en Venezuela, compró dos pasajes para que le trajera a su hija a Perú. Actualmente él vive en otro distrito y mensualmente aporta 50 soles para la manutención de la niña.

Comenta que era dedicada en sus estudios de primaria y secundaria, compartía con sus amigas, pero siempre se sentía sola. En el bachillerato se sentía aún más sola, realizaba sus actividades, tomaba el bus para el colegio y en casa lavaba su ropa. Inició estudios de enfermería a los 18 años, pero no pudo continuarlos por encontrarse deprimida, porque su padre enfermó y por no contar con recursos económicos. Cuando su hija cumplió 3 años, comenzó estudios universitarios de educación en ciencias sociales, pero se quedó en el séptimo semestre debido a la situación crítica de su país.

A los 21 años, Dubraska consiguió su primer trabajo en Venezuela, en una cabina de Internet. Luego fue recaudadora de peaje por tres años. Posteriormente viajó a Colombia, a los 28 años, y se desempeñó como auxiliar de cabina de masajes durante un año y dos meses. Contaba con buenos ingresos económicos, que le permitían visitar a su hija cada dos meses. Al no obtener permiso de trabajo en Colombia por sus altos costos, la dueña del negocio prescindió de sus servicios. Debido a ello, migró a Perú por la cercanía a su país y porque le dijeron que estaban otorgando los documentos migratorios con menos dificultad.

Llegó sola a Perú, pero en el camino conoció a varias mujeres venezolanas con las que formó un grupo y alquilaron un cuarto. Estuvo tres días vendiendo refrescos en las calles, pero por la insolación dejó de hacerlo. Luego trabajó como manicurista en salones de belleza y en su propio local alquilado. En el primer año de la pandemia quedó desempleada tres meses, lo que le produjo un retraso de dos meses en el pago del alquiler de su departamento. Tuvo que vender café y queques, logrando reunir quinientos soles para alquilar un local en el mercado, pero la ubicación no fue muy propicia, por lo que tenía pocas ganancias. No lograba ahorrar para pagar la deuda de su local y enviar remesas a su mamá.

A los seis meses de haber migrado a Perú inició una relación con un peruano de 56 años; relación que ha estado atravesada por la violencia y la infidelidad, además de un constante daño emocional. Él era celoso, controlador, la humillaba y una vez le dio un manotazo en la cabeza estando ebrio.

Lo que la atraía de él era que siempre estaba pendiente de ella, de la comida; cuando se sentía mal le llevaba medicinas, le hacía favores, le mostraba sentimientos de protección. Sin embargo, luego de tres meses, se alejó de él porque sentía que no la ayudaba económicamente. La separación no la afectó porque estaba concentrada en reunir dinero para cubrir las necesidades de ella y de su hija, y poder enviar remesas a su mamá.

En una fiesta conoció a un hombre al que define como bueno y amable, era evangélico y empezó a salir con él. Cuando su expareja lo supo, se volvió como "loco". Durante cuatro meses le envió cartas de amor, prometiéndole comprarle una casa y artefactos, con la condición de que se alejara dicha persona. Convencida por estas promesas, decidió retomar la relación, pero luego de veinte días se enteró de que él había contraído matrimonio con la mamá de sus hijos, ocasionándole un gran impacto emocional porque él no decidió formalizar con ella, sino con otra mujer. A partir de esta experiencia, sintió que el apego hacia él se iba haciendo más fuerte, sentimiento que nunca experimentó con otros. Él iba y venía a su casa, a veces no la visitaba. Cuando ella le reclamaba, él sostenía que era por sus hijos, que debía pasar más tiempo con ellos. Esos argumentos le generaban culpa, mientras que la esposa viajó a Italia.

Recuerda con mucho enojo la primera vez que recibió violencia física del marido, al que encontró ebrio cuando llegó a su casa. Luego de preguntarle de dónde venía le propinó un manotazo en la cabeza. Cada vez que ella le pedía terminar la relación, él iba a buscarla y la amenazaba con llevarse los artefactos que había comprado, incluso que la iba a deportar, diciéndole: "Tú no me conoces". En una oportunidad él le quitó el pasaporte y no la dejaba tranquila. Sin embargo, continuó con él por el apoyo económico que recibía.

Sostuvo que le fue difícil cortar esa relación que la hacía sentir cada vez más débil y dependiente. Refirió que él la usó, enfermó su mente, que se sentía horrible y fea; incluso empezó a tenerle miedo, lo que la llevó a alejarse de sus amistades para evitar sus celos. Y llegó a pensar que la única manera de alejarse de él sería huyendo hacia Colombia.

## *Comprensión del caso*

Como ya se ha dicho, la inestable relación de Dubraska está atravesada por la violencia y la infidelidad desde hace tres años. Su dificultad para desligarse de dicha relación, se ha tornado en un círculo vicioso, cuya violencia va en aumento. Lo que le provoca rabia contra él y contra sí misma es que ya no se reconoce como aquella mujer independiente y segura que era antes de conocerlo.

Al enterarse de que él se había casado con la mamá de sus hijos en medio de su relación, ella sintió un dolor intenso que nunca había sentido. A partir de esta experiencia, en vez de alejarse desarrolló una mayor dependencia hacia él, pero a la vez con deseos de desligarse. El apego que siente estaría recreando el vínculo inestable con sus figuras parentales durante su infancia, experimentando angustia de separación y temor a ser nuevamente abandonada. Los síntomas se agudizaron desde hace dos meses, y están asociados a los conflictos maritales, afectando su salud, su funcionamiento laboral y social.

A nivel de su salud señaló que no podía dormir, que su sueño era ligero, que se sentía cansada, con escaso apetito y con pensamientos recurrentes sobre su situación sentimental causándole mal humor y desmotivación; lo que la llevó a buscar ayuda profesional.

A nivel de su sociabilidad, la relación con sus amigas era distante, más desconfiada, se fue alejando de ellas para evitar los celos de su marido de entonces. Sentía que él ejercía control y dominio sobre ella. Simultáneamente, la situación fue afectando los vínculos con su hija, quien le exige mayor atención cuando la ve conectada al teléfono, atenta a la llamada de él o distrayéndose en Internet.

A nivel laboral había perdido la motivación, llegaba tarde a su trabajo, no podía sostenerse mucho tiempo de pie, se sentía agotada, le faltaba el aire. No lograba ingresos suficientes, más aún en el contexto de la pandemia.

Al no poder reunir el monto mensual para cubrir el pago de sus servicios, continuó dependiendo económicamente del marido, quien pagaba la mitad del alquiler de su casa. Asimismo, le llenaba de angustia y frustración no poder seguir enviando remesas a su mamá y abuelo materno. Se sentía estancada respecto a sus proyectos personales, desde que volvió con su expareja estaba más pendiente de él, necesitaba sentir su protección. Lamentaba no haber ahorrado dinero suficiente para construir una casa de Venezuela e invertir en un negocio.

## *Proceso psicoterapéutico*

Se le ofreció, inicialmente, un espacio de escucha, con actitud empática y comprensiva, para favorecer la catarsis y contención de las emociones y sentimientos vinculados a la situación de violencia a la que está sometida. Se validó su sentir, se resaltaron sus recursos y se fortalecieron sus redes de apoyo. Dado que estábamos frente a una relación atravesada por la violencia, se brindó psicoeducación para incrementar su capacidad de darse cuenta sobre los patrones,

ciclos y escaladas de esta violencia, y su afectación en diferentes aspectos de su vida y en las relaciones.

En las primeras sesiones, Dubraska describía con voz decaída las emociones ambivalentes que le suscitaba su relación. Verbalizó sentimientos de rabia e impotencia: ha convertido su vida en un desorden, antes estaba feliz con su hija. También siente rabia consigo misma por permitir que la violenten y, al mismo tiempo, por seguirlo extrañando y sentirse desprotegida cuando él no llega a su casa.

Se siente muy sola, no tiene amigos cercanos. Incluso cuando le solicitó un favor a su mamá para la compra de un terreno, ella le dijo que estaba ocupada, su dinero se devaluó y al mes ya no pudo comprarlo. La llenó de impotencia lo que estaba viviendo. Le pedía a Dios que al menos le diera una amiga.

Las primeras sesiones estuvieron encaminadas a establecer un vínculo de confianza con Dubraska. Se le informó sobre una red de mujeres venezolanas, a la que se integró para contar con un grupo de pertenencia y sentirse acompañada. Progresivamente ha ido reconociendo el modo en que la violencia ha afectado diversas áreas de su funcionalidad, explorando en detalle el patrón del ciclo de la violencia y cómo este ha ido escalando, poniendo en riesgo su salud física y mental. Señaló que tenía discusiones recurrentes que se expresaban en violencia psicológica, física y económica, que se desarrollaba cíclicamente. Él le pedía perdón, ella aceptaba y retornaba la “tranquilidad”; luego nuevamente la agredía, y lo que inicialmente eran humillaciones, terminaba en golpes y violencia económica. Se va percatando de las estrategias de control, dominación y sometimiento del agresor. Cuando ella le expresaba su intención de dejarlo, él le respondía que le tendría que devolver todo lo que había invertido en ella, o que la deportaría, incluso en una ocasión le sustrajo su pasaporte.

En la terapia se originó un diálogo sobre lo que significaban los regalos para ella y el apoyo económico de él, que le ha generado mayor dependencia emocional y sometimiento. Esto sucedía cuando ella le pedía dinero para pagar el alquiler de un local en el mercado, o cuando retomó su relación luego de que él le prometió comprarle un departamento, o cuando resaltó que si el papá de su hija le hubiera comprado una casa hubiera continuado con él. Va asociando esta conducta con los vínculos que sostenía con su padre y el valor afectivo que cobraba cuando él la complacía con regalos, la llevaba a pasear y cuando llegaba con comida durante sus días de visita. Era como reeditar su experiencia con el vínculo más cercano que sostuvo en su vida: el de su padre.

Frente a la intensidad de sus temores y percepción de desprotección, llegó a considerar que la única manera de salir de este círculo de la violencia era huyendo hacia Colombia –el primer país al que migró–, al referir que no tenía a nadie en Perú. Ante ello se exploró la red de apoyo con la que contaba, siendo los miembros más cercanos su amiga peruana y el papá de su hija; sin embargo, sentía que ellos no le proveían de un apoyo suficiente. Se le informó sobre el sistema de protección contra la violencia basada en género que se activa ante una denuncia. Se

le enfatizó que estaba siendo acompañada de manera sostenida por el CAPS, desde el espacio psicoterapéutico y del área social.

En el proceso de las sesiones fue reconociendo que su relación la iba dañando progresivamente, que la violencia iba en aumento y que, simultáneamente, iba perdiendo la ilusión de que algún día su agresor cambiaría. Cobró mayor fuerza su deseo de separarse y no tolerar más la violencia, expresando que le gustaría separarse y no volver a verlo, que le gustaría decirle que ya no la busque más.

Asimismo, tomó mayor conciencia de cómo la violencia ha ido afectando la relación con su hija, que su estado de ánimo no le permitió conectarse y atenderla suficientemente, estaba muy distante de ella al mantenerse ligada al celular. No deseaba que su hija sufra o repita lo que ella vivió. El amor por la pequeña y su fe en Dios eran sus fuentes de empuje para seguir afrontando las vicisitudes de su vida.

Se produjo un diálogo resaltando la importancia del autocuidado, y cómo la violencia estaba atentando contra su dignidad humana y a su derecho a vivir saludablemente.

### *Denuncia al agresor*

Luego de seis sesiones de terapia, surge un proceso distinto. Dubraska tomó con firmeza la decisión de denunciar a su agresor, tras una situación de violencia que se suscitó esta vez en presencia de su hija.

Señaló que después de una semana de haber estado ausente, él volvió y ella le revisó el celular, descubriendo mensajes amorosos dirigidos a otras mujeres, lo que la hizo suponer que cuando no llegó a su casa él había estado con alguna de ellas. Esta situación le produjo mucha ira, le reclamó y le exigió la separación. Ante ello, él reaccionó violentamente, tiró la lavadora, golpeó la pared, lanzó su celular, agarró los cables de la refrigeradora y de la Internet, cortándolos con un cuchillo; todo esto, delante de su hija por primera vez. Frente a este nuevo episodio de violencia, Dubraska se armó de valor y decidió comunicarse con la línea 100 para denunciar a su agresor.

Se inició el proceso de atención por parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) a través del Centro de Emergencia Mujer (CEM) ubicado en la jurisdicción del distrito de Dubraska. Fue evaluada psicológicamente y se interpuso la denuncia ante las instancias correspondientes. El CEM determinó un nivel de riesgo severo dado el perfil del agresor y que al ser policía portaba arma de fuego; por lo tanto, le sugirieron alojarse en uno de los hogares refugio del MIMP. Se le acompañó en este proceso, reforzando su decisión y su actitud de confianza hacia las instituciones que se activaron para protegerla. Ella se albergó con su hija de 8 años en el hogar refugio, cumpliendo los requisitos para su ingreso, como la prueba de detección del COVID-19.

Señaló que desde que puso la denuncia se dijo a sí misma: “Por fin lo hice”, que se sintió bien, que no es una tonta, ni ignorante, pero también le preocupaban las consecuencias que podría ocasionar la denuncia en el centro de trabajo de su exmarido. Asoció este sentimiento que lo asoció con el afecto a su padre, que la llevaba a evitar cualquier regaño para que no le diera un infarto. Recordó cuando sus hermanastras la molestaban y la amenazaban con que, si se quejaba ante su papá, él se podía morir.

Desde tiempo atrás quería separarse, pero su apego por él era muy fuerte, temía no volverlo a ver, siempre esperando que cambie, llegando a tolerar, normalizar y justificar la violencia. Sintió la separación como si le hubieran arrancado el corazón, asociándola a la que vivió con su padre. Tenía mucho miedo de que se muriera, sufrió un accidente cerebrovascular que lo dejó con el cuerpo paralizado y cada vez lo veía más debilitado. De imaginarlo morir, lloraba y se decía: “Cuando él se muera, yo moriré también”. Se generó un espacio para contener los sentimientos hacia su padre, en un proceso de ir elaborando el duelo. Del mismo modo, fue esclareciendo sus sentimientos respecto a su expareja en el sentido de que no era su padre y cuánto de lo que sentía podría estar respondiendo más a experiencias pasadas que del presente.

Con el fin de fortalecer su red de apoyo social, se le brindó información del grupo de ayuda mutua Mamas Venezolanas. Logró incorporarse a dicho grupo y una de sus integrantes le ofreció su apoyo solidario, incluyendo un espacio temporal en su casa.

Durante su permanencia en el hogar refugio del MIMP manifestó su gusto por el orden y organización, tanto en los roles domésticos como en la estructura de los horarios para las diferentes actividades: “Me gusta este orden, no estuve en un ambiente familiar, he estado generalmente trabajando. Poner el mantel, armar la mesa es bonito. Al irme me va a mover un poco”. Experiencia que la llevó a añorar tener su casa, retornar a Venezuela, los vínculos familiares fueron cobrando mayor peso. Surgió su deseo de formar un hogar, aunque expresó su temor de que no funcionara, de que ella fuese la que lo abandonara y que mejor era estar sola. Pero sentía que hace falta una compañía.

Trajo a la sesión las reflexiones grupales en torno a los videos de los talleres psicológicos que le brindaron en el hogar refugio y que le han permitido identificar su miedo a crecer, siente que ha sido como una niña que necesitaba ser protegida por no haber recibido el cuidado y atención suficiente de sus padres. Que a su exmarido lo ha sentido como a su padre: “Él se parecía a mi papá y estaba pendiente de mí como mi papá”.

Valoró los talleres grupales y la atención que el hogar refugio les brindó tanto a ella como a su hija, en la parte psicológica. La organización humanitaria HIAS se comunicó con ella para el apoyo económico que posteriormente le brindó para pagar el alquiler retrasado de su casa. Le angustiaba que los días iban corriendo y la deuda se iba incrementando.

Surgió el dilema sobre el cambio de domicilio que ella debía hacer para evitar el riesgo de ser ubicada por el agresor, recomendación que le fue sugerida por el CEM, por el hogar refugio y por HIAS. No había tenido tiempo de desconectar la tubería del gas, no consiguió un lugar adonde

trasladar sus cosas, le da pena dejar esa casa porque vive ahí desde hace tres años. También adujo que no le convenía cambiar de domicilio porque en la zona contaba con amistades y clientes a quienes brindaba sus servicios como cosmetóloga. Sentía apego por su casa como si fuera propia, salir de ella significaría volver a comenzar. Expresó con tristeza que su expareja le había ayudado a elegirla y tuvo la ilusión de formar un hogar con él, que esperaba su llegada como cuando esperaba a su padre.

Desde el hogar refugio enviaba su *curriculum vitae* a diversos negocios, el tema de la responsabilidad económica estaba muy presente en ella, sobre todo porque es la proveedora principal de su familia. De todos modos, va conectándose más con su hija, dialoga y está más atenta a sus necesidades. Se afirmó en sus fortalezas, ha recuperado su seguridad, su confianza y su motivación. En sus palabras, ha vuelto en sí y no debe permitir que le hagan daño ni ejerzan poder sobre ella. Van surgiendo sus deseos de estudiar, de retomar sus proyectos académicos, como sus estudios de enfermería cosmiátrica.

### ***Retornando a casa***

Luego de la salida del hogar refugio, motivada por la necesidad urgente de trabajar, Dubraska retornó a su casa. No logró trasladarse a otro lugar por no contar con los recursos económicos, siendo su objetivo inmediato conseguir un trabajo.

En esta etapa de la terapia, se le acompañó en su proceso de ir aceptando la realidad de la separación, que implicaba el trabajo de las emociones y el dolor de la pérdida, ir adaptándose a la ausencia de su exmarido, ir recolocándolo emocionalmente y continuar con su vida y sus proyectos.

Se le brindó apoyo en la resolución de problemas inmediatos, sobre la base de preguntas como: ¿cuáles son los problemas que sería prioritario atender en estos momentos?, ¿cómo resolvió antes problemas similares? ¿qué fue lo que más le resultó?, ¿qué más podría hacer?, ¿con todas las cualidades que posee cómo podría resolver sus preocupaciones?, ¿qué le falta para concretarlo? Se presta la mente del terapeuta para que ella se organice.

Decidió que su hija estuviera al cuidado de su padre hasta que logre instalarse en un trabajo. Acordó ir a visitarla de manera interdiaria. Sintió tranquilidad de que el padre de su hija estuviera trabajando y pudiera cubrir sus clases particulares. La pequeña es protectora de su papá y disfruta cuando está con él.

Le produjo gran entusiasmo la información de que el HIAS le había depositado el dinero para pagar su deuda de alquiler. Asimismo, se inscribió en el taller para emprendimiento de capital-semilla, participó de las clases y fue calificada. El capital-semilla que recibió le permitió implementar su salón de cosmetología y pudo contar con un trabajo independiente. A la vez, coordinó con la trabajadora social del hogar refugio, que la venía apoyando con el trámite del centro estudiantil para su hija, logrando obtener una vacante.

Por otro lado, mantiene comunicación permanente con el CEM, que le informa periódicamente acerca del proceso legal de la denuncia que interpuso por violencia basada en género. Ha recibido la visita de la policía que efectúa el patrullaje de su zona para constatar que no se encuentra en riesgo. En medio de las actividades que va realizando, expresó sentimientos de nostalgia por su familia de origen y surgió su deseo de regresar a Venezuela para terminar de construir la parte de la casa que su madre le cedió e instalar allí un negocio.

Fue así como Dubraska asumió el reto de afrontar la soledad, estando dispuesta a manejarla y no apoyarse en otras relaciones: “Me siento sola, quisiera compartir con alguien, pero no quisiera tener una relación por un tiempo, por lo que he vivido”. Fue confrontando sus deseos con la realidad, recordaba sus experiencias sentimentales que han estado marcadas por la violencia, el abandono y la infidelidad, junto al impacto en su salud y relaciones. Emergieron sentimientos de rabia y autorreproche: “No he logrado mi objetivo de construir mi casa en Venezuela por estar pendiente de mi expareja”.

También ha ido afrontando su temor de dormir sola, que le generaba ansiedad y la llevaba a hacerlo con la luz prendida. Una vez sintió que daban golpes fuertes en su ventana, por ambos lados, pero la ventana era un tragaluz. Recordó experiencias similares que sucedieron cuando estuvo embarazada, que solo ella percibía, como los golpes en la puerta de su cuarto, no habiendo nadie detrás de ella. Otro de sus temores es que su expareja se llevó una prenda y nunca la devolvió, piensa que la puede haber utilizado en alguna brujería; sin embargo, expresa su fe en Dios y pone en duda dichas creencias.

Fue ordenando su casa y aliviando su dolor: “Lo extraño, pero me pongo arreglar algo en la casa, y al ver todo arreglado me siento mejor”. Señaló que el orden y la organización que vivió en el hogar refugio la han motivado a acomodar su propia casa. Añorando su pasado, ha ido identificando los recursos y fortalezas que desplegó cuando vivía sola, tanto en Colombia como en sus primeros meses en Perú. Ella era independiente y segura de sí, su mayor atención estaba centrada en su trabajo para enviar dinero a su familia e hija que se encontraban en Venezuela.

Cuando empezó a trabajar en un salón de belleza recuperó la tranquilidad, la motivación y se sentía bien. Se trazó objetivos para ahorrar dinero e implementar su propio negocio de cosmetología. Luego de varios meses de ahorro, más el apoyo económico que recibió del emprendimiento de HIAS, logró alquilar un local y concretar su proyecto. Estuvo trabajando tres meses, la ubicación no favoreció contar con muchos clientes. Actualmente está evaluando instalar su negocio en un lugar más estratégico, mientras tanto sigue atendiendo en su domicilio.

Para relajarse escucha música de su agrado, hace ejercicios, disfruta de imágenes de paisajes de otros países, que le hacen sentir como si tuviera compañía. Fue aprendiendo a sentirse cómoda consigo misma, retomó actividades que dejó de hacer. Se enfocó en nuevos objetivos, se ha planteado estudiar cursos y carreras que le permitan ingresos económicos.

Resaltó que las sesiones terapéuticas le han permitido desahogarse, contar con alguien que la escuche atentamente y con empatía, que ha ido fortaleciéndose emocionalmente, sintiéndose

acompañada, más segura y con fuerza para distanciarse de la violencia. Fue aplicando las herramientas y pautas de autocuidado, de respiración profunda y consciente, así como de higiene del sueño.

Expresó haberse dado cuenta de la forma en que se ha venido vinculando con personas agresivas y manipuladoras, y cómo ella ha buscado inconscientemente dichos perfiles, que se asemejan a lo familiar. Aprendió que recibir regalos o apoyo económico de sus parejas no necesariamente implica un contrato o promesas. Con mayor noción del riesgo al que se expone, identifica indicadores de violencias, percibe que ahora cuenta con redes de apoyo amical e institucional. Se siente capaz de emprender nuevos proyectos. Va comprendiendo que muchos de sus temores y sentimientos actuales responden más a vivencias del pasado y desea continuar trabajando sus duelos presentes y postergados.

### *Reflexiones*

Acompañar a Dubraska ha sido muy gratificante e inspirador, la disposición y compromiso que le puso al proceso le han permitido afrontar uno de los mayores flagelos que sufren las mujeres: la violencia de género; más aún al ser mujer migrante, depositaria de otras violencias como la xenofobia y la discriminación.

En el acompañamiento terapéutico, Dubraska encontró el soporte y la confianza para decidir hacer frente a la violencia, denunciando a su agresor. A pesar del temor ante sus amenazas y ante la relación de poder que ejercía desde su posición como hombre peruano y representante de la autoridad, del orden y de la seguridad, ella se mantuvo firme en el ejercicio de su derecho a una vida sin violencia y al respeto a su dignidad humana.

Su situación de vulnerabilidad como mujer migrante en contexto de pandemia y su historia personal y familiar, de escaso cuidado parental durante la infancia y la niñez, la predispusieron a establecer vínculos de pareja desde sus necesidades afectivas y económicas con personas agresivas, que la colocaron en situación de alto riesgo.

La angustia de separación, sensaciones de abandono y desprotección vivenciadas en la infancia, se reeditaron en el presente ante una ruptura. Sentimientos que la mantuvieron vinculada al agresor, en el círculo vicioso de la violencia.

Ahora, su capacidad de afronte le permite asumir responsabilidades como proveedora económica de su familia nuclear y de su única hija sin someterse a una relación de poder, y continuar resistiendo las vicisitudes de la vida.

La activación de las redes de apoyo interinstitucional frente a la violencia de género y la respuesta oportuna del CEM y del hogar refugio ante la denuncia generaron confianza y seguridad en Dubraska, le devolvieron una mirada distinta de sí misma, como sujeto de derechos. Asimismo, el apoyo social brindado por HIAS fue un gran aporte que redujo sus preocupaciones y angustias debido a sus necesidades económicas. Su integración al grupo de autoayuda Mamas Venezolanas, contribuyó a incrementar sus sentimientos de seguridad y confianza en sí misma.

Se estableció un vínculo terapéutico que le brindó constancia en las relaciones y está dispuesta a seguir fortaleciendo su mundo interno e ir procesando pérdidas que estarían asociadas a experiencias vivenciadas como abandono durante su infancia y niñez.

## Gabriela

Terapeuta  
**Iván Luna Baldarrago**

### *Breve presentación del caso*

Se solicitó la atención psicológica para Gabriela debido a las autoagresiones e ideas de daño que viene padeciendo. Fue atendida de emergencia en el hospital curando sus heridas. En las primeras sesiones se siente dopada y tiene dificultades para hablar por el efecto de la medicación psiquiátrica.

Según las circunstancias, ella ha vivido con la tía o con la abuela, y en otros momentos de crisis con la hermana o con su padre, dependiendo de quién podía hacerse cargo.

Las sesiones se realizaron de manera virtual (videollamadas), Gabriela tiene un aspecto apacible y se muestra colaboradora. Se encuentra en el Perú hace tres años, la familia tuvo que migrar de Venezuela en busca de mejores oportunidades de desarrollo, ante la escasez de trabajo y los problemas políticos, sociales y económicos de su país. Hoy vive en Lima Sur.

Es una adolescente (16) de trato agradable, contextura media, rasgos delicados, piel clara, ojos pardos y tristes, que denotan una actitud sumisa y frágil. Usa lentes grandes y lleva el cabello corto, de color rubio; a veces cambia de *look* por otros colores, como el verde o púrpura, describe con detalles cómo se tiñe diluyendo en agua el color del papel crepé y luego se lo aplica. Viste polo manga larga.

### *Motivo de consulta*

Gabriela manifiesta: "Me siento una carga, soy un poco floja, trato de mejorar, pero el cambio es difícil y me siento mal". Su estado de ánimo es inestable, tiene dificultad para autorregular sus emociones e impulsos, lo que la lleva a autolesionarse. Por su ideación suicida ha ingerido pastillas o lejía y ha subido a la baranda de un edificio alto amenazando con lanzarse.

El fin de semana previo a la primera cita, su hermana la encontró con cortes en los brazos, había dejado un mensaje por celular despidiéndose de su mamá, de su papá y de ella. De inmediato hizo un torniquete y la llevó de emergencia al hospital. Atendida por psiquiatría, se le recetó Risperidona y Valproato por 10 días, le curaron las heridas y la enviaron de regreso a casa.

Sobre sus relaciones interpersonales Gabriela se siente más cómoda hablando con hombres mayores, tiene un sentimiento de inadecuación al interactuar con mujeres o grupo de pares, se aburre de lo que piensan, los califica de inmaduros.

Tiende a conversar poco, por momentos comparte, prefiere permanecer encerrada en su habitación viendo series en su celular.

A los 10 años fue víctima de abuso sexual por parte de su hermanastro paterno, se sentía sucia. Mencionó este hecho en la primera sesión de psicoterapia y en la cita con la psiquiatra.

Posteriormente empieza a fumar y a inferirse los cortes en la barriga, haciéndose unas rayitas con una cuchilla.

Su puntaje de admisión en la Escala del SRQ-18 fue de 15 puntos. La presunción diagnóstica de la psiquiatra del CAPS fue episodio depresivo moderado.

### *Reseña de historia personal y familiar*

Gabriela vivió con su familia unida hasta antes de la migración, después siente un choque brusco al ser despojada de su entorno y adaptarse a una nueva configuración social y familiar. Tuvo dificultades para continuar sus estudios escolares, cursa el tercer año de secundaria. Le gusta dibujar y ver animés, para ella es como vivir en un mundo paralelo, se identifica con los personajes de las historias y son como sus referentes. Recuerda como única amiga a una compañera de colegio, le gustaba su forma de ser, pero temía pedirle permiso a su padre para salir a hacer una tarea o visitar su casa, ya que siempre andaba molesto y renegaba mucho.

Gabriela es la menor de tres hermanos, en una familia conformada por su padre (47) y su madre (45). Su hermana mayor tiene 29 años y su medio hermano paterno, que los frecuentaba por temporadas, tiene 20.

El entorno familiar fue disfuncional. La madre descubre la infidelidad de su esposo, le reclama y se tratan mal, viviendo un ambiente tenso por las constantes discusiones, que confundían a Gabriela. La migración se hizo viajando por separado, trataron de volver a vivir juntos, pero tuvieron dificultades.

Cuando la mamá viajó a Perú conoció a una persona con la que después formó pareja. Gabriela fue a vivir con ellos el tiempo que duró la relación, se sintió tranquila, sin problemas. Cuando su padre se enteró, en la percepción de Gabriela este hecho fue devastador para él. Se le veía impresionado, triste, con la mirada en el vacío, al inicio no reaccionaba, se había deprimido. Ahora se han reconciliado. Un mes antes del inicio de la pandemia, la madre tuvo que volver a Venezuela para cumplir unos trámites y su retorno se dificultó, permaneciendo en su país. Gabriela fue a vivir a casa de su papá y después con su hermana mayor y su cuñado.

## *Comprensión del caso*

Gabriela presenta una desregulación emocional, se siente inútil, tiene baja autoestima, apatía y depresión. Le es difícil conciliar el sueño, se torna ansiosa, ha tenido ataques de pánico, ideación suicida y autoagresiones, de las que la familia se percató en Venezuela al descubrirle cortes en los brazos, piernas y nalgas. Estos síntomas se han ido manifestando por el efecto postraumático sufrido desde la violación sexual incestuosa en su niñez.

Las relaciones interpersonales con su grupo de pares han sido vividas con un sentimiento de inadecuación, desinterés o aburrimiento, los encuentra inmaduros. Tiende a buscar y repetir relaciones de pareja con personas mayores. Opta por aislarse y permanece viendo series de animé, muchas veces se imagina vivir en la historia, se identifica con los personajes. Estas series son su refugio y las disfruta, le permiten evadir la soledad u otros sentimientos desagradables.

Gabriela pasa por una conflictiva intrapsíquica compleja, tiene estados emocionales en contradicción. Una parte de sí internalizada (superyoica) es muy severa, opera haciéndola sentir devaluada, que nada de lo que hace está bien, que no sirve. Por otro lado, está un yo frágil: se siente impotente, golpeada y triste, recibe de manera masiva la parte crítica, que la ataca y la persigue. Frente a la tensión de ambas partes surge en su diálogo interno como una voz nihilista de derrota y de acabar con todo; cuando esta voz interna predomina, en su mundo subjetivo las cosas ya no tienen sentido, no hay razón para continuar, sobreviniéndole la sensación abrumadora de abandonarlo todo, con ideas suicidas y autoagresiones, dejándose llevar y actuando con impulsividad.

## *Proceso psicoterapéutico*

El tratamiento fue planteado como un espacio en donde pudiera expresar, ordenar, diferenciar sus pensamientos y sentimientos, con comprensión y empatía, buscando ayudarla a darse cuenta y sostenerse sintiendo bienestar.

Acordamos dos sesiones por semana, en la modalidad de videollamada. El programa de ayuda emocional con ACNUR nos permite brindar hasta 40 sesiones. Durante el proceso, le cuesta mantener la continuidad, alguna vez pide un cambio de horario o no asiste.

## *Etapa inicial del tratamiento*

En las primeras sesiones, Gabriela estuvo un poco sedada, no había sido internada, el psiquiatra del hospital prescribió la medicación en casa a modo de cura de sueño. Esta indicación se dio por el intento de suicidio y los numerosos cortes en los brazos. Expresa sin palabras hasta dónde puede llegar la rabia vuelta hacia sí misma, la frustración, la tristeza, el grado de dolor que conlleva: "El primer corte duele y los siguientes son rápidos, ya no duelen". "Mi tristeza la expreso como molestia o amargura". En Gabriela el dolor físico aplaca el dolor emocional.

En el tratamiento se incluyó la psicoterapia de familia con una sesión a la semana e interconsultas psiquiátricas para el manejo de la medicación. El área de trabajo social también ayudó a monitorear el caso, creándose una red soporte.

Se tomaron medidas para el cuidado en casa: guardando objetos punzocortantes, pastillas o líquidos de limpieza como ácido muriático y cloro, con los que pudiera hacerse daño. Gabriela permaneció acompañada, funcionó como un apoyo para prevenir y evitar que se lesionara de nuevo. Esta estrategia de abordaje se llevó a cabo a través de videollamadas y llamadas directas al celular, en vista del contexto de pandemia y distanciamiento social.

Después del malestar de ánimo, Gabriela reveló que fue abusada sexualmente por su hermanastro a los 10 años. "Pasó cuando él iba de visita a mi casa. Me hizo sentir confundida, tenía miedo, estaba nerviosa y triste". Estos recuerdos son reiterativos, como *flashbacks* desagradables, se siente ansiosa y la perturban.

La siguiente sesión se realizó con la hermana de Gabriela, la que la encontró desangrándose por los cortes en los brazos: veintitrés, los contó cuando la lavó. Ella narró varios eventos en la historia de la paciente, duda si el abuso sexual fue real o imaginario, los padres no hicieron nada. El año pasado se enteró de la relación que tenía su esposo con Gabriela por unos mensajes en su celular; su esposo dijo que solo fue un beso, pero después continuaron las llamadas, habló con ella y tomó un poco de distancia.

Gabriela se preocupa por su hermana, está pasando un mal momento tratando de salvar su matrimonio y se siente culpable. "La familia le ha hecho un cargamontón y me gustaría poder ayudarla". Ejerce una actitud protectora con el agresor para no desestabilizar a la familia.

En esta etapa del tratamiento se buscó un internamiento más prolongado por el riesgo de hacerse daño, pero por el contexto de la pandemia las instituciones de salud no reciben a pacientes menores de edad, solo brindan atención por consulta externa.

En el transcurso de las sesiones, Gabriela va contando aspectos de su sexualidad. Desde pequeña se unió a grupos de animés en redes sociales y "chateaba" con frecuencia, intercambiaba fotos íntimas, pero más allá de una reprimenda no sucedió nada. Tiene una relación afectiva y sexual con una persona de 23 años, no teme ser manipulada, ella siente tener el control y argumenta que es de mutuo consentimiento.

Gabriela se entusiasma por otro chico, su papá se da cuenta cuando la ve conversar seguido. Decide terminar la relación con su anterior enamorado para iniciar una nueva. "Espero hacerlo mejor, con calma y sin sentirme promiscua, él fue enamorado de una amiga".

### ***Etapa intermedia del tratamiento***

Los intentos de suicidio han sido recurrentes: tomó pastillas (Sertralina, aproximadamente ocho), avisó con su enamorado que se cortaría con un cuchillo, también escribió una carta de

despedida. Se evalúa el internamiento y la paciente está de acuerdo, tiene un sentimiento de desesperanza y culpa por la preocupación ocasionada a su familia.

En otra crisis se hace cortes en los brazos. Reconoció que había escuchado voces gritándole que se corte, se llenó de ansiedad y lo hizo, pero logró detenerse en el segundo brazo; se encontró asustada y sorprendida, no entendía qué pasaba, tuvo temor a perder la razón. Estuvo acompañada por su tía y por su primo, quienes le reprocharon duramente su comportamiento. El padre estaba en camino muy enojado, conversé con él para calmarlo.

Gabriela pasó a vivir con su padre, se ha sentido más calmada, duerme mejor por las noches. Entre las actividades diarias retomó las clases virtuales, temió sentir la presión y no poder resolver las tareas a tiempo. Lo intentó, pero se torna ansiosa y no logra manejarlo.

Me envía un mensaje, había quedado inmovilizada, tuvo un sueño con la violación y estaba ansiosa, lo sintió real y temía lastimarse; adelantamos la sesión ante el pedido de ayuda. Narra que en la pesadilla su mamá había muerto y las personas a su alrededor la acusaban poniéndose en su contra. Sintió mucha culpa y confusión por el abuso sexual incestuoso, la madre en su sueño desaparece, no está para protegerla, se encuentra ausente. La extraña, siente rabia, soledad y pena, está lejos en Venezuela.

Gabriela envía un audio a su mamá, estuvo triste y sintió un vacío. Contó que escuchaba voces, pero lo negaba para que no pensarán que se estaba volviendo loca. Se criticó y culpó, pero no mejoró, a pesar de que lo intentó. Expresó su deseo de trabajar y ahorrar para comprar el pasaje de su madre, desea que regrese pronto.

Otra de las preocupaciones que le causan ansiedad es que no ha tenido su período de menstruación, duda si es un retraso y rechaza la posibilidad de embarazo, podría abortar. Se tranquiliza cuando la ginecóloga le explica el efecto secundario de los medicamentos: aumentan la prolactina y reducen el ciclo menstrual.

Ha observado a su padre cansado y envejecido, se siente culpable al preocuparlo por su salud. Tuvo una fantasía: se imagina a los 30 años comprando un terreno para sus padres, estudiar arquitectura o informática, no casarse y vivir en un departamentito. Si no cumple acabaría con su vida. Comprende que los sueños pueden cambiar con el tiempo, desearía gratificar a sus padres y que se sientan orgullosos de ella.

Gabriela aceptó participar en un grupo de autoayuda para víctimas de abuso sexual del hospital psiquiátrico en la modalidad virtual. Estuvo dispuesta a revisarlo en las sesiones individuales en caso de que tuviera alguna inquietud o ansiedad.

### ***Etapas de cierre del tratamiento***

Se fue preparando la despedida conforme se iban terminando las sesiones del programa de atención emocional del CAPS a través del proyecto de ACNUR. Se concretó el traslado de

atención especializada a un hospital psiquiátrico estatal, donde continuaría las sesiones con otro psicólogo.

Gabriela estuvo de acuerdo, pero dejó de asistir a unas sesiones, actuó su malestar y no verbalizó, evitó y se negó a conversar. Ahora le toca dejar y no ser a quien dejan. Se encierra en su habitación viendo animés con contenido de combate y no los románticos. Necesitó sentirse fuerte y firme expresando sus sentimientos.

Tuvo una discusión con su enamorado, en un impulso le dijo para terminar basándose en la letra de una canción: "Lo nuestro no podía ser y vete antes que sufras más". Se sorprendió con la respuesta: "Si es lo que quieres está bien". Después de rogarle que no lo haga, él se quedó, pero estaba apagado.

Gabriela no pudo retener a su enamorado, al final se fue y ella se sintió triste y culpable. Las separaciones movilizan sentimientos de soledad, rechazo y abandono; de nuevo se replegó a ver animés como una válvula de escape.

En la última sesión, Gabriela manifestó haber conocido a un chico en casa de su amiga, fue su nuevo enamorado, buscó en una nueva relación dejar de sentirse triste, le resulta difícil elaborar o pasar por un proceso de duelo y cambios, como el término de la terapia, la noticia del retorno de su madre. Es como si estuviera pasando por un carrusel de emociones.

En la sesión de cierre con la hermana y el padre se recordó el motivo de consulta, el abordaje integrado y la participación de su entorno familiar para ayudar a contener y manejar las crisis. Se recomendó continuar con su proceso terapéutico.

### ***Reflexiones***

Gabriela se encontraba en crisis por efecto del estrés postraumático de la violación sexual infantil incestuosa, los síntomas se fueron desarrollando y agudizando conforme aparecían los factores de riesgo: disfunción familiar, condiciones de inestabilidad emocional, sentimientos de abandono e inseguridad.

El abordaje del tratamiento es integral, virtual y articulado a través de la psicoterapia individual, familiar, consulta psiquiátrica, tratamiento psicofarmacológico y monitoreo por trabajo social, formando una red de soporte.

Frente al desborde continuo y desestructuración psíquica que pone en peligro su vida, se recomendó a la familia su internamiento en un centro de salud, pero por el contexto de pandemia y ser menor de edad se dificultó su admisión.

El tratamiento brindó a Gabriela un espacio para expresar e identificar sus sentimientos y, promoviendo el *insight*, para que la ayude a ordenar e integrar sus emociones.

Las vivencias traumáticas incestuosas tuvieron un impacto en la estructura de su personalidad en formación, dejaron diversas huellas que la exponen a repetir de manera compulsiva experiencias con características similares en nuevas relaciones.

Los intentos de suicidio y las conductas autodestructivas se van formando con las personas representativas a su alrededor y refuerzan lo que va sucediendo. Cuando entra en crisis, tiene sentimientos de desvalorización, tristeza, ansiedad, actúa con impulsividad, la rabia sentida se dirige hacia sí misma, pero aparece alguien que la salva y la ayuda a contenerse de hacerse daño a sí misma y se hace cargo del problema, logra tener la atención y preocupación de la familia.

Los cortes en el cuerpo han sido una manera de mitigar el dolor psíquico temporalmente, se repiten en forma compulsiva buscando la misma sensación de alivio, pero es un manejo deficiente del dolor.

Gabriela requiere continuar el tratamiento psicoterapéutico integral en una institución pública que pueda brindarle un soporte de largo tiempo de manera ambulatoria y con la posibilidad de internamientos que logren estabilizarla cuando su vida esté en riesgo.

## Mariana

Terapeuta

**Yovana Pérez Clara**

### *Presentación*

En enero del 2021, cuando Mariana inició su proceso terapéutico tenía 17 años. Se trataba de una adolescente tardía, de voz amable y bien timbrada, modales suaves, pero de actitud resuelta y expresión decidida. Su contextura era ligeramente gruesa, su tez morena y su cabello muy largo y ondulado. Su apariencia, cuya belleza era destacable, hacía evidente su interés por el cuidado personal, el aseo y la ornamentación. En las primeras sesiones, realizadas a través de videollamadas, siempre se presentó prolijamente arreglada y maquillada, pese a que en esa época ni ella ni los miembros de su grupo familiar salían mucho de la casa debido a la pandemia.

Las dificultades para mantener una conexión de calidad determinaron que el resto de las sesiones tuviera lugar solamente mediante la llamada directa, sin cámara. La familia de la paciente se había instalado en la ciudad de Tumbes desde su llegada al Perú –ocurrida en el año 2019–, por lo que la distancia complejizaba aún más la posibilidad de contar con una señal estable de Internet.

Mariana y su familia migraron a nuestro país por vía terrestre, con la esperanza de encontrar una mejora en sus condiciones de vida. Los padres, ambos docentes, no contaban con los recursos suficientes para hacerle frente a la compleja situación socioeconómica que existía en Venezuela; por tanto, el viaje fue planificado con anticipación. Todos, padres y tres hijos –la paciente es la mayor de dos hermanos varones–, arribaron al Perú de manera conjunta.

Sin embargo, pocos meses después de la llegada se inició la emergencia sanitaria y las condiciones de vida empezaron a precarizarse. La madre de la joven comenzó a presentar una sintomatología depresiva asociada, tanto al duelo migratorio como a las dificultades para hacerle frente al impacto económico que produjo el contexto pandémico del momento. Fue por este motivo que la ONG Encuentros la derivó al CAPS para que recibiera atención psicológica especializada.

La madre solicitó que su hija mayor fuese también atendida pues, poco tiempo antes, les reveló a sus padres que dos años atrás, cuando aún vivían en Venezuela y teniendo ella 15 años, había sido violada por dos desconocidos en la calle.

### ***Motivo de consulta***

Para Mariana, comunicar lo sucedido no fue solo una manera de liberarse de un secreto que la agobiaba y que nunca había compartido con nadie, sino también una manera indirecta de solicitar ayuda, pues las secuelas del evento violento no habían dejado de manifestarse nunca. Poco después de ocurrido y hasta la fecha de inicio del tratamiento la paciente tenía pesadillas con una temática recurrente: “Era perseguida y/o atacada por uno o varios hombres”. Además, meses antes de empezar la psicoterapia, había comenzado a sentir mucho temor de salir a la calle con ropa corta o llamativa, se había tornado muy hostil con su segundo hermano, y no podía evitar autorreprocharse por lo sucedido. Al principio, los que la atacaron buscaban robarle solamente. Ella se defendió golpeándolos y los delincuentes la redujeron físicamente para luego ultrajarla. El sentimiento de culpa aparecía ya sea asociado a la idea de no haber sido lo suficientemente fuerte como para vencerlos en la pelea o al hecho de haber respondido con furia. Para ella, tanto en uno como en otro caso, fue su hostilidad –la que mostró o la que no logró mostrar– lo que provocó la violación.

No obstante lo anterior, en la primera sesión Mariana refirió que otros aspectos de su vida funcionaban de manera satisfactoria. Estaba cursando estudios de contabilidad en un instituto y su desempeño era eficiente, tenía algunos amigos y había logrado establecer una primera relación de pareja, la que había concluido menos de un mes antes de iniciarse el tratamiento.

### ***El inicio del proceso. La primera intervención***

La ruptura de su vínculo amoroso tuvo una importante incidencia en el recrudecimiento de la ansiedad y de la perturbación que la joven había estado experimentando desde hacía dos años. Más allá del dolor que dicha ruptura le causó por sí misma, actualizó las angustias que la figura masculina movilizaba en ella. Angustias vinculadas en parte al evento violento, aunque, como se verá en el transcurso del texto, vinculadas también a otros aspectos de su dinámica emocional e inconsciente.

Su exenamorado era un chico muy celoso que, además, vivía en la capital, por lo que las sospechas acerca de una posible infidelidad de Mariana adquirirían, para él, mayor consistencia debido a la distancia. El joven, en una discusión, terminó abruptamente la relación, acusándola de tener un romance con uno de sus amigos. Mariana, a su vez, lo tildó furiosamente de maltratador, violento, casi un feminicida. Intervine entonces para decirle que ella le había hablado desde la angustia que la violación le había dejado, que se había dirigido a él como si fuera uno de sus agresores, sin poder reconocer que, realmente, solo se trataba de un joven temeroso e inseguro.

Con esta intervención, realizada en la segunda sesión, se abrió paso a un tratamiento de 22 sesiones que se caracterizó por un importante trabajo elaborativo y por la emergencia recurrente de *insights*. Por otro lado, el proceso tuvo también un componente de contención y apoyo, no solo en lo referido a sostenerla en sus ansiedades vinculadas al evento violento, sino también en la elaboración del duelo que suscitó la separación amorosa, así como en acompañarla en algunos descubrimientos que iba haciendo acerca de su vocación e intereses vitales.

### ***Primera parte del tratamiento. La violación y sus efectos. El rechazo a los hombres***

Luego de la mencionada intervención, la paciente conversó con su expareja y se despidieron de manera más tranquila y amable. La narrativa que comenzó a desplegarse acerca de su relación cambió sustancialmente. Ya no se trataba solo de que fuese un joven muy celoso, Mariana reconoció que esta no fue la única causa del deterioro del vínculo. Ella, de manera precisa, localizó un rasgo de su carácter que con frecuencia dificultaba sus interacciones cercanas, en particular con los hombres: su extrema exigencia, acompañada de una verbalización hiriente.

En efecto, la relación se fue complicando porque la paciente comenzó a sentir de pronto cierto alejamiento afectivo por parte del joven, lo que derivó en duras críticas por su falta de atención. A lo largo del tratamiento, esta actitud también se fue haciendo visible en el vínculo con su hermano menor y con algunos amigos.

Muy pronto, específicamente en la cuarta sesión, Mariana narró la siguiente pesadilla: está corriendo, hay dos sombras detrás de ella, son siluetas de hombres, sin rostro. Las siluetas se le acercan, ella hace un gesto de rechazo con las manos y cae en un hueco negro.

Esta pesadilla era diferente a las que se le habían presentado de manera recurrente desde hacía dos años, en las que era atacada por uno o varios hombres. Luego de algunas asociaciones, el sueño adquirió la siguiente lectura: "Esta vez los hombres no me persiguen, soy yo la que huye de ellos, soy yo la que corre. Además, rechazo algo que ellos podrían ofrecerme, por estar en el agujero negro del miedo".

Con esta interpretación se produjo un movimiento importante en la dinámica del trabajo, a partir de esclarecerse para ella algo en lo que no había reparado con mucha claridad. La figura del hombre al que hay que rechazar por agresor quedó matizada por la siguiente constatación: es ella quien rechaza algo que ellos sí podrían darle, por ser siempre insuficiente. Y los rechaza, de una manera muy particular: descalificándolos. Cualquier cosa que proviniese de ellos era desdeñable. A los varones de su entorno cercano, y con los que solía relacionarse de manera estrecha, les dirigía por lo general una exigente demanda de perfección, imposible de cumplir, y ante la cual todos le parecían de poca valía. Entonces, la figura del hombre agresor coexistía (y también se enmascaraba) con una exigencia férrea de la joven, cuyas consecuencias eran la denigración y la marcada hostilidad.

Como ya se mencionó, esta posición se veía de manera clara en la actitud que Mariana comenzó a asumir en algún momento hacia su expareja, cuando aparecieron de manera constante las exigencias de mayor atención, presencia o pruebas de interés, que siempre resultaban siendo muy pocas en relación a sus expectativas. El joven, entonces, terminaba siendo tildado de inmaduro, poco expresivo, poco empático, tonto, infantil, etc. No le fue difícil reconocer luego que esta actitud incidió en el alejamiento afectivo del chico, ante lo que ella respondía con más reclamos e insultos.

En la relación de Mariana con su segundo hermano, un adolescente de 14 años, ocurría algo similar. La dureza con la que ella lo trataba complicaba bastante la convivencia. Ante él asumía una postura pedagógica que buscaba siempre corregirlo o educarlo: le demandaba que mejorara sus modales, que controlase sus exabruptos, que puliese su forma de hablar, que participase de manera más activa en la dinámica doméstica. Cualquier proceder del chico era rigurosamente criticado por ella, lo que generaba no pocas peleas. Posteriormente, las reacciones de rechazo del menor eran nuevamente criticadas en nombre de un ideal de corrección o sensatez al que el hermano, menos siendo aún un adolescente, no estaba en condiciones de acercarse.

Un último y llamativo ejemplo es el siguiente. Luego de haber obtenido un importante alivio sintomático y haberse verificado cierta suavización de su posición exigente y hostil, se constata un retorno de la misma en la sesión 16, en la que la joven narró:

*El día que abusaron de mí yo estaba con unos amigos mirando una película en la casa de uno de ellos [Mariana, paradójicamente, siempre gustó mucho de la compañía masculina]. Cuando ya me iba, dos amigos del grupo me dijeron que me acompañarían. Lo hicieron, pero casi al final del camino decidieron cambiar de rumbo para comprar algo. Poco después me violaron. Dejé de hablarles para siempre, hasta el día de hoy los culpo por lo sucedido. Incluso le he dicho mi primo que está en Venezuela que no se junte con ellos. Los veo como unos malos, unos monstruos, me prometieron algo que luego no fue cumplido, no me protegieron. En realidad, sé que no son así, pero no puedo evitar criticarlos.*

Es importante destacar que esta actitud hostil hacia los hombres está doblemente determinada; por un lado, la brutalidad del evento violento que padeció siendo aún muy pequeña marcó la impronta de una posición angustiada ante un posible nuevo ataque, quedando asociada la figura masculina a la del agresor despiadado del cual hay que huir y al que hay que temer y despreciar. Sin embargo, el contenido que fue emergiendo en las sesiones permitió constatar que el rechazo hacia los hombres se encadena también a cierta lógica de funcionamiento de Mariana, a la dinámica propia de algunas de sus identificaciones, vinculadas, de manera específica, a la figura materna.

Mariana siempre describió a su familia como muy unida, protectora y comprensiva. De hecho, fueron pocos los datos que reportó acerca de su vida infantil, y ninguno de ellos estuvo relacionado con conflictos domésticos severos o mayormente perturbadores. En todo momento se refirió a sus padres como figuras amables con las que siempre había podido dialogar.

Mencionó varias veces, además, el gran apego que existe entre ella y su madre, referente afectivo importante y cuyas expectativas Mariana se esmeraba por cumplir ansiosamente. De hecho, la paciente no les había comentado lo sucedido a sus padres, pues con la violación perdió la virginidad y ello, según supuso, significaría una inmensa decepción para su madre, que concebía al matrimonio como el espacio único en el que el coito podía tener lugar.

La joven siempre intentaba responder como una chica “modelo”, tanto en lo académico como en su vida social, ante cualquier preocupación o tristeza que su madre pudiera experimentar, Mariana intentaba calmarla, sostenerla, y se agobiaba mucho si no lo lograba. La rígida actitud pedagógica o regañona que asumía muchas veces con los chicos, en particular con su hermano, revelaba su identificación con la “maestra” o la “docente” que enseña o indica cuáles son los comportamientos esperados o correctos.

La demanda de perfeccionismo, con el correlato de insuficiencia que una y otra vez aparecía en sus juicios acerca de los varones, era un reflejo de algo que le concernía de manera íntima. Ella misma estaba atrapada en sus expectativas de perfección, al buscar satisfacer los ideales maternos. Ante la rigidez de esta posición, los hombres no podían sino decepcionarla, así como más de una vez se había sentido ella misma: una gran decepción para su madre. A la vez, tal y como indicaba la pesadilla, lo que sí era posible que un hombre le diese (por ejemplo, el afecto que recibió de su exenamorado) sería siempre rechazado por insuficiente. “Sí, es cierto, a mí me han violado y me han hecho daño, por eso odio, pero yo también tengo que ceder un poco, soy muy dura con ellos” (sesión 7).

El trabajo en las sesiones permitió, también, aligerar un tanto su aspiración de colmar las expectativas maternas: “La verdad es que siempre me he esforzado mucho para que mi madre esté bien, que no sufra, que no llore, pero ahora veo que eso es imposible, ella puede sola. Lloro mucho por lo que me pasó y eso me desespera. Pero ella tiene su psicóloga, yo no puedo hacer más” (sesión 12).

Ahora bien, la figura del padre siempre se mantuvo un poco opaca en el trabajo terapéutico. ¿Se trataba de un padre desvalorizado por la madre? ¿De un padre percibido como débil o carente? Nunca se pudo situar muy bien el estatuto de la instancia paterna, pues Mariana casi nunca lo mencionaba y al indagar acerca de él respondía de manera muy poco específica o general. La naturaleza breve del tratamiento, y también las resistencias de la paciente, no favorecieron una mayor exploración sobre este importante punto.

### ***Segunda parte del proceso. El trabajo de duelo. “Más amiga de los hombres”***

Como ya se señaló, la separación de su exenamorado detonó indirectamente que Mariana pudiese hablar con sus padres acerca de lo sucedido dos años atrás. El malestar y la furia que este hecho le produjo reactivaron la angustia por el evento padecido en el que, previamente, otros hombres le habían hecho daño.

Una vez que la paciente iba alcanzando un mayor esclarecimiento acerca de cómo ella misma se ubicaba ante los hombres, el trabajo de duelo comenzó a desplegarse en su verdadera dimensión: había perdido a alguien con quien se había implicado amorosamente por primera vez, a alguien que había mostrado, pese a todos los problemas que hubo, un verdadero afecto e interés hacia ella. A la hostilidad y la rumia recriminatoria dirigidas al joven le siguieron la pena y el dolor que inevitablemente se presentan en un trabajo de duelo.

Se trató de un proceso no muy largo, pero doloroso. Mientras estuvo triste, se apoyó en sus padres, fundamentalmente en su madre. Luego de algún tiempo comenzó a sentirse un tanto mejor, contactó nuevamente a sus amigas y amigos, y conoció a algunos jóvenes en las redes que intentaban acercársele. No tenía intenciones de iniciar otra relación, pero le halagaba que los chicos la buscasen o la pretendiesen. Por otro lado, el miedo a salir a la calle vestida con ropa corta fue desapareciendo, dejó de sentirse intimidada o asustada ante la mirada del sexo masculino y, en muy buena medida, la hostilidad que manifestaba hacia su hermano adolescente también fue disminuyendo. “Ya no lo regaño tanto, no le exijo ni lo critico. Soy más como una amiga (*ríe*). Creo que soy más amiga de los hombres ahora” (sesión 15).

### ***Tercera parte. El cierre. Un plan para el futuro***

Hacia el cuarto mes de tratamiento, podría decirse que se inició la etapa de cierre del proceso. El efecto depresivo del duelo fue cediendo hasta desaparecer. Simultáneamente, las angustias iniciales vinculadas al evento de la violación ya no se presentaban.

En la sesión 17 comentó haber tenido la siguiente pesadilla: “Una camioneta estuvo a punto de atropellarme, desperté cuando el vehículo estaba muy cerca de mi nariz. Dice mi madre que desperté llorando, pero yo no lo recuerdo”.

Mariana no logra asociar nada en particular con esta pesadilla, pero sí remarcó con alegría que se trataba de una que suelen tener las personas “normales”, y que, por primera vez en muchos meses, un sueño de angustia no aludía a la temática de la violación [al menos abiertamente]. Luego de ello, la paciente no narró ningún otro sueño.

Esta sesión también marcó el fin del trabajo elaborativo o de exploración del inconsciente, pues más allá de constatar el carácter “normal” de la pesadilla, la paciente manifestó indirectamente, al no asociar acerca del sueño [que sí indicaba la presencia de algún tipo de angustia], que para ella la búsqueda de nuevos sentidos no era ya necesaria y que no estaba interesada en continuar un trabajo de esclarecimiento; posición por lo demás válida y respetable, pues se trataba de un tratamiento breve y focalizado, que no apuntaba a alcanzar mayores cambios estructurales y que ya había arrojado resultados o efectos importantes, por lo que es legítimo que el paciente decida, aunque no lo diga claramente, hasta dónde desea llegar en su autocomprensión.

El último mes del trabajo se concentró en el relato sistematizado, por parte de Mariana, de los logros y bienestar que progresivamente iba alcanzando y, por parte mía, en acompañar de manera sostenedora lo que ella iba narrando.

Como la situación pandémica, en esas fechas, había comenzado a experimentar una suerte de mejora, Mariana, cuando no estaba en casa ayudando a sus padres a preparar sus clases, se reunía con los amigos de la secundaria y con los que había logrado conocer en el instituto en el poco tiempo que pudo asistir de manera presencial. Retomó poco a poco su vida social luego de haber estado mucho tiempo confinada en su casa.

Comenzó a hacer deportes y a pensar en buscar algún tipo de empleo u ocupación de pocas horas. Fue entonces que la ONG Plan Internacional la contactó para que ingresara a uno de sus programas de capacitación y se entrenase como acompañante emocional de otros venezolanos que recién llegaban al Perú. Quedó muy impresionada con las historias que comenzó a escuchar, y fascinada con la posibilidad de ayudar a otros que habían transitado por situaciones tan difíciles como las que a ella le tocó, o más. Asumió con mucha responsabilidad la capacitación, espacio en el que vio la posibilidad de darle curso, con un matiz más empático y afectuoso, a su disposición –otrota muy rígida y hostil– de orientar y educar a otros.

Si hubo alguna angustia en esta etapa final del tratamiento, esta estuvo vinculada a la proximidad de sus 18 años, la mayoría de edad; angustia natural y muchas veces esperable una vez que se inicia una nueva etapa vital. Se trataba entonces de visualizar una vida independiente, separada de la protección de sus padres.

Fue en esa época que emergió, inspirada por el trabajo que hacía en Plan Internacional, la idea de convertirse en trabajadora social, una vez que culminase sus estudios de contabilidad. Comenzó a buscar información sobre universidades: costos, currícula, etc. Le parecieron interesantes tanto la Universidad de Ayacucho como la Universidad de San Marcos, y trazó una tenue línea de acción: estudiar para ingresar, comenzar sus estudios primero de forma virtual, hasta que encontrase el modo, posteriormente, de mudarse a la ciudad en la que decidiera instalarse.

A la sesión número 22 acudió manifestando tener muy buen ánimo, muchos deseos de emprender actividades diferentes, de estar activa. De inmediato me dijo que ya no consideraba necesario continuar el proceso terapéutico. “Llegué con muchas angustias, pero me voy con un plan para el futuro”. Me agradece y me pide que converse con su madre, quien siempre ha deseado saber cómo ha sido el tratamiento; ella no había querido contarle nada de lo que conversábamos por tratarse de un espacio muy privado y personal.

## Reflexiones

Podría decirse que el de Mariana es un caso particular, aunque no único, en el contexto de nuestro proyecto. Se trató de una paciente que únicamente requirió de atención psicoterapéutica, pues no fue necesario derivarla a ningún otro servicio institucional. En el marco del trabajo clínico se ubicó la mayor parte del tiempo en una posición muy abierta a escuchar la dinámica de su inconsciente, de lo cual se extrajeron importantes aprendizajes y se derivó la mayor parte de los efectos terapéuticos. Se trató de un caso que transitó por una psicoterapia de corte psicoanalítico fundamentalmente, cuya demanda de atención muy pronto se vio circunscrita por un deseo de saber acerca de sus conflictos internos, y que mantuvo una verdadera alianza de trabajo inmersa en la transferencia positiva.

Lo anterior demuestra que, pese a que muchos de nuestros pacientes se encuentran atravesando situaciones de urgencia psicosocial, que no pocas veces afectan sus condiciones elementales de sobrevivencia (problemática que no era propiamente la de Mariana, aunque su familia tenía serias dificultades económicas cuando se inició el tratamiento), es posible en buena medida y muchas veces establecer exitosamente un dispositivo de atención de orientación psicodinámica. El trabajo con ella, además, es una muestra de que la atención no presencial (incluso sostenida únicamente por la voz, pues con Mariana apenas se usó la videollamada) también induce importantes efectos de alivio y favorece la elaboración psíquica.

El caso, a nivel de su propia dinámica interna, permite constatar de manera muy interesante cómo el impacto de un evento de naturaleza tan violenta como una violación sexual se inscribe de una forma particular y diferente en cada víctima; articulado, en última instancia, a la lógica personal de las identificaciones y huellas psíquicas ya presentes en cada subjetividad. Al analizar los efectos que dejó en ella el abuso sexual, Mariana se puso en contacto no solo con las consecuencias de la violencia vivida, sino con su propia violencia, con una posición que la hacía sufrir, pero que a la vez la *des-victimizaba* subjetivamente. Ella no solo padecía por haber sido víctima de un ultraje, sino que, en su relación con el sexo masculino, padecía también por la ferocidad de sus propias exigencias.

Esclarecer estos aspectos –aunque ya hemos visto que el trabajo terapéutico dejó otros sin abordar, como la relación de la joven con la figura paterna– le permitió a Mariana modificar en alguna medida la pauta con la que solía vincularse con los hombres y facilitarle un mejor acceso, en una etapa tan difícil como la adolescencia, a la compleja dimensión que significa para todos, tanto hombres como mujeres, lidiar con las angustias que implican los vínculos con el sexo opuesto.

## Matías

Terapeuta

**Almendra Carranza Martínez**

Se trata de un niño venezolano de 7 años. Su familia está conformada por el padre Luis, (50), la madre Sonia (43), el hermano mayor Manuel (19) y la cuidadora Ana (30). La familia llegó al Perú en el 2019, ambos padres trabajan en restaurantes y Ana se queda al cuidado del pequeño. De primera impresión, Sonia se ve muy agotada física y mentalmente, su tonalidad de voz es baja, su mirada es melancólica y con poca movilidad corporal. Por su lado, Luis se muestra poco conectado con la situación de su hijo. Ana también aparece en la escena, pero se mantiene callada y pasiva. Por el contrario, Matías es muy activo, sonriente, se mueve constantemente y le es difícil seguir un diálogo. Físicamente se parece mucho al padre, es de tez morena, ojos cafés y de textura gruesa como la madre.

### *Motivo de consulta*

Su caso llega por derivación del equipo de salud mental de HIAS. La madre reporta a trabajo social que su hijo manifiesta irritabilidad, dificultad en el control de impulsos y agresividad. Constantemente golpea tanto a la madre como a la cuidadora sin ninguna explicación. Espera que, mediante la atención, él mejore su conducta y su concentración, ya que actúa como un niño mucho menor de lo que corresponde a su edad cronológica.

En la consulta, la terapeuta entrevista a la madre, quien reporta que a los dos años y medio su hijo fue diagnosticado con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y TEA (trastornos del espectro autista) por un neurólogo en Venezuela, quien le prescribió el medicamento Risperidona. El menor presenta dificultad para concentrarse en sus clases y tareas, le cuesta acatar las normas de la casa y cuando se le pide que haga algo se molesta. Tiende a reaccionar de manera agresiva con los pequeños de su edad, y si no le dan algo que quiere puede llegar a golpear a la persona con quien está. Además, tiene una "obsesión" con el celular y con determinados juegos con los que quiere jugar todo el tiempo.

## Historia

Sonia tenía 22 años cuando se casó con Luis de 29, al año tuvieron a Manuel. La familia vivía cerca de una zona de selva en Venezuela y la madre trabajaba en un colegio próximo a la frontera con Colombia. Ahí conoció a Ana, una muchacha humilde a quien invitó a vivir a casa.

La madre deseaba tener un segundo hijo y después de muchos años tuvo un embarazo ectópico. Es entonces cuando le descubren un quiste en la hipófisis, que era lo que no le permitía salir embarazada, además de producirle convulsiones y desmayos. Desde la perspectiva de Sonia, por la crianza que había recibido, estas dificultades eran sentidas como un castigo de Dios. Posteriormente siguió tratamientos de fertilidad y salió embarazada de Matías.

A los dos meses de gestación, su esposo cayó enfermo de diverticulitis en el colon y requirió de una intervención quirúrgica. Ella se angustió mucho porque le dijeron que podía morir, aunque meses después logró recuperarse. Cuando Matías tenía un año, llegó la fiebre de la chikungunya a Venezuela, el abuelo materno se contagió y no logró sobrevivir. Al mismo tiempo, Sonia recibió la noticia del fallecimiento de su abuela. A raíz de ello, cayó en crisis depresiva y la pusieron en cura de sueño, quedándose Ana al cuidado del niño.

La madre refiere que desde muy pequeño su hijo se mostró activo, abrió los ojos rápido y se movía mucho. A lo largo del desarrollo, ella tuvo dificultades para entender lo que le pasaba al menor. Durante la lactancia, lloraba mucho sin razón aparente, vomitaba y tenía reflujo, el pediatra le dio a probar varias fórmulas hasta que una le funcionó. Después no presentó problemas para comer, en la actualidad solo ha reportado que se demora mucho tiempo para terminar sus alimentos.

Asimismo, presentó dificultad para comunicarse, lo estimulaban pidiéndole que repitiera palabras, pero él balbuceaba y recién a los 5 años, edad en la que llegó a Perú, comenzó a hablar, incluso hay palabras que aún no sabe. La abuela materna decía que ella tampoco habló hasta esa edad, pero Sonia sentía que algo no iba a bien. A los 3 años asistió a algunas sesiones de terapia de lenguaje en Venezuela y le dijeron que su hijo tenía dislexia. Actualmente, en algunas ocasiones, habla en tercera persona y la mamá lo corrige.

Todas estas dificultades para comunicarse le trajeron a Matías problemas en las interacciones sociales con otros niños de su edad. En Venezuela, al estar más pequeño, las profesoras podían manejarlo. No presentó problemas en la coordinación motora gruesa, pero sí en la fina; por eso a veces se tropezaba, no calculaba bien y se le caían las cosas.

Al llegar a Perú la madre sintió que maltrataron a su hijo, ya que lo sacaban del salón cuando le pegaba a un compañero, los padres se quejaban y decían a sus hijos que no se juntaran con él. Fue etiquetado como "raro" por presentar estereotipias (movimientos repetitivos y peculiares de manos y dedos), así como un ligero aleteo. Ella siente mucha angustia de no saber cómo ayudarlo, tiene miedo de que empeore y que él no pueda llevar una vida "normal".

Sonia refiere, fue muy difícil para el pequeño dejar el pañal, recién lo hizo a los 4 años; lo llevaban al baño en la noche antes de dormir, pero en la madrugada defecaba y se orinaba. Le tenía miedo a la bacinica, se quitaba el pañal y lo rompía, le ponían un *short* bien sujeto para que no se lo saque. Frente a esta situación el padre renegaba, le decía que ya era un hombrecito, lo veía como “malcriado”.

En la actualidad, Matías se ha acostumbrado a tomar sus pastillas, su madre le ha dicho que son vitaminas para estar fuerte y sano. Con la pandemia tuvo que aprender a leer en forma virtual, le cuesta mucho la escritura, pero Ana lo apoya en todo lo que puede ya que estudió educación especial en Venezuela. Para la familia es difícil contenerlo, muchas veces lo dejan jugar con el celular y él no lo quiere devolver; se molesta cuando le dicen que debe guardar sus juguetes, bañarse y tender su cama. Ana intenta compartir tiempo de juego con él, lo invita a dibujar, pintar, escuchar música, pero se distrae con facilidad.

### ***Diagnóstico / Síntomas / Reacciones iniciales / Afectación***

Desde pequeño Matías mostró gran actividad motora y fuertes llantos que llamaron la atención de su madre. Presentó retraso en la adquisición del habla, no mostró interés en la socialización, aunque sí podía fijar la mirada. Cuando juega con algo se “obsesiona”, le cuesta pasar de una actividad a otra, seguir pautas, controlar sus impulsos y a veces tiene conductas de riesgo hacia él y hacia otros. En cuanto a sus relaciones, quiere ser él quien decide todo sin tomar en cuenta al otro; además, cuando se apega a alguien se torna posesivo, muestra gran frustración si se le pide separarse. En la evaluación se observó que sus dibujos se acercan a la intención de representar una figura humana mediante un círculo en el lugar de la cabeza, con trazos horizontales que salen de esta y que serían los brazos. Se puede inferir que el niño se encuentra dentro del espectro autista, un trastorno del neurodesarrollo que provoca problemas en la interacción social, la comunicación y la conducta.

### ***Proceso terapéutico***

La terapia vincular que recibió Matías abarcó 40 sesiones, realizándose un trabajo psicosocial. Como parte del proceso, la labor de trabajo social fue de gran ayuda, ya que orientaron a la madre para que pueda solicitar una carta de refugio y la ayudaron a obtener el Seguro Integral de Salud (SIS).

Asimismo, se elaboró un informe psicológico, firmado por el director del CAPS, para que Sonia pueda hacer valer los derechos de su hijo y recibir la atención necesaria en el colegio. Al final del proceso, ella solicitó una extensión de las sesiones, agradeciendo la ayuda que había recibido en la terapia. El caso se evalúa con el director del CAPS y trabajo social, sugiriendo que el paciente podría ser derivado al Centro de Salud Mental Comunitario, para lo cual se requirió de otro informe que diera cuenta de las terapias recibidas.

En un inicio, cuando la terapeuta recibió el caso, la madre reportó que estaba en terapia individual y que ya había solicitado cita con psiquiatría para su hijo, quien le indicó tomar Risperidona y otro medicamento que no cubría CAPS por ser de alto costo.

En la primera parte del proceso, la terapeuta trabajó de manera vincular con madre e hijo, ayudándolos a crear un ritmo de interacción y juego, ya que el menor en repetidas ocasiones mostraba un aceleramiento en su conducta y la madre no podía abordarlo. Asimismo, se incentivó que esta reconociera la presencia del niño y validara sus emociones. La terapeuta observaba y acompañaba describiendo los cambios en la mirada, postura corporal, conducta, palabras, afectos que iban surgiendo en cada uno.

Durante las sesiones, el pequeño participaba en los juegos que proponía la terapeuta como cantar canciones acompañadas de movimientos del cuerpo que iban de lento a rápido para regularlos. La madre registra que su hijo, durante la semana, tarareaba las canciones que se cantaban en las sesiones, luego se lo contaba a su papá y a su hermano. La terapeuta le sugiere a Sonia practicar con Matías lo que se hacía en la terapia y ella acepta; sin embargo, en la siguiente sesión comentó que se sentía cansada y no tenía tiempo.

A dos meses de haberse iniciado el proceso, la madre encontró un empleo que duraba todo el día, por lo cual las sesiones se continuaron con Ana. La terapeuta le preguntó por su historia de vida y sus vínculos; ella respondió que nació en la amazonia de Venezuela y que desde niña ayudaba a su madre y a su padrastro con trabajos que eran “para hombre” (cargaba peso, recogía leña, traía agua en el balde, etc.). Nunca conoció a su papá, pero su figura paterna fue su abuelo materno, sentía que él sí la quería. A pesar de que sus padres la castigaban duramente, ella describe que tuvo una infancia bonita, porque vivía en el campo y con animales. En su adolescencia conoció a Sonia, quien la acogió con permiso de los padres y le pidió irse a vivir con ella. Ana decidió aceptar, porque ellos la castigaban mucho.

La terapeuta trabajó con la dupla el manejo de la agresión que Matías puede llegar a mostrar y cómo remueve en Ana sus experiencias pasadas. Hay un impulso agresivo en él, lo divertido que puede ser jugar a destruir, que no es lo mismo que destruir; esto todavía no lo acepta Ana. Señala que la respuesta ante sus gritos es una palabra amorosa, pero rápidamente pasa a un golpe, un grito, o a una desvalorización hacia él. Durante el proceso se enfatizó en enseñarles nuevas maneras de expresar lo que sienten y cuál es el efecto que esto produce en la otra persona. Asimismo, en muchas sesiones, el paciente no quería estar frente a la pantalla y mostraba su rostro por partes. La terapeuta tomaba lo que él traía y lo transformaba en un juego que tenía la estructura del Fort-Da, el cual consiste en desaparecer-volver del objeto, y así instaurar la diferencia entre la ausencia y la presencia.

Una parte importante del proceso fue el manejo de la tolerancia a la frustración del niño, ya que en sus estallidos lloraba, pateaba e intentaba conductas de riesgo como lanzarse del camarote. La primera reacción de Ana era mostrar pasividad frente al gran caos que Matías generaba y luego decir: “¿Ves lo que hace?”, como si esperara que la terapeuta pusiera el límite. Se le señalaba que con su mirada y acercamiento ella podría hacer que él aumentara o bajara sus

defensas. Cuando Ana insiste y se muestra ansiosa, el pequeño siente demasiada presión y explota gritando, pero en momentos de reflexividad y contención emocional de la cuidadora hacia sí misma, él logra calmarse después de un tiempo de acompañamiento emocional.

La terapeuta pedía a Ana que primero mirara el juego de Matías para luego poder acompañarlo, además de preguntarle qué se le ocurría a ella para jugar. Se observó que era muy creativa, utilizaba cosas de la casa para armar juegos; por ejemplo, encestar un globo en la olla, armar muñecos con cosas recicladas.

Una de las limitaciones del proceso fue trabajar detrás de una pantalla, donde solo se puede tener acceso a una parte de la escena, sumando las fallas en la conexión de Internet y no contar con un espacio físico delimitado que ayude a contener la angustia infantil y la de su cuidadora. La terapeuta le mostraba a Ana cómo podía abordar al menor: por ejemplo, señalar la emoción (frustración, enojo) que estaba sintiendo Matías sin caer en muchas explicaciones, ya que eso lo exacerba más; comunicarle al menor que se estará con él hasta que se sienta más tranquilo para conversar y durante ese tiempo permanecer en silencio, cuidando a la vez de que no se lastime o lastime a otros; de preferencia evitar el contacto físico o darle otras cosas “para distraerlo”; ya que en ese estado responde con golpes o negativas. Hay que darle su espacio y respetar su ritmo.

En la última parte del proceso, Ana lograba por momentos contener un poco más su ansiedad, lo que le permitía tolerar los episodios de crisis del niño. Antes intentaba rescatarlo, darle lo que quería o le hacía muchas preguntas y él se molestaba más. Aún se muestra nerviosa ante la situación, pero ahora procura guardar silencio, pensar en lo que le está pasando a Matías y no ceder al primer grito.

Por último, cabe señalar que durante el proceso la terapeuta convocó a los padres y a la cuidadora para darles pautas en psicoeducación sobre el TEA que los ayuden a comprender la condición de Matías y cuáles son sus limitaciones; además de recomendaciones en las áreas de lenguaje, cognición, autocuidado y relaciones interpersonales. Todo con el fin de mejorar el trato y la comunicación con él, ya que en el proceso fue una de las mayores dificultades observadas.

### *Reflexiones*

Mi labor como terapeuta fue cumplir una función mediadora, siendo el puente entre el paciente y la familia. Ayudar a dar sentido a las reacciones del menor, delimitando los espacios de padre, madre y cuidadora. Estos filtros en la lectura del comportamiento del pequeño ayudaban a Ana a ubicarse y no confundirse con aspectos de su historia. El mediar implica marcar un espacio y un tiempo que promuevan el pensamiento y la reflexión, previniendo el pasaje al acto, lo cual ocurría a veces cuando ella se angustiaba.

Como terapeuta, Matías despertaba en mí el deseo de entenderlo y de darle voz, ya que depositaban en él aspectos negativos como ser “el agresivo”. Me planteaba la pregunta de la agresividad que también implica el hecho de que un niño como él quede invisibilizado, ¿a qué estará respondiendo su síntoma? Desde la visión de los padres se transmitía la sensación de estar frente a “una no persona”. Tomó tiempo que ellas y la cuidadora pudieran mirarlo como persona y no quedarse en el diagnóstico del autismo. En la primera parte del proceso la madre quería un nuevo diagnóstico, tener un nombre que explicara quién es su hijo; no obstante, parte del trabajo fue que aprendieran a conocerlo.

Algunas preguntas para reflexionar en estos casos son: ¿qué mirada se le devuelve al niño?, ¿cómo es el trabajo con los padres en relación a su hijo con autismo?; además de brindarles información psicoeducativa que, hasta cierto punto, calma sus angustias. Sin embargo, lo importante no es resumirlo a pautas que queden en un papel, sino realizar el trabajo de expresar en el espacio terapéutico qué les removía su hijo, cómo interpretaban lo que Matías hacía; es decir, ¿qué sentido le daban a su comportamiento?, ¿cómo podían empatizar con él?

Durante el proceso, los padres daban ejemplos a través de su experiencia de lo que es tener un hijo dentro del espectro autista. Cada uno contaba sus dificultades con Matías y cómo se sentían frente a eso, pedían recomendaciones de cómo tratarlo, ya que muchas veces no sabían en qué forma relacionarse con él, por lo que terminaban gritándole y dándole órdenes.

Por último, comprender que los niños con autismo desconocen su dependencia de otros, lo cual era leído por la familia como un comportamiento “desobediente y grosero”. Ello me hacía preguntarme acerca del trabajo que se requiere hacer con las personas que conviven con él; por ejemplo, los vecinos, otros niños, la maestra, familiares. Quizás con una mayor claridad de quién es Matías ante sus padres y la cuidadora se podría proveerlo de experiencias que lo ayuden a desarrollar habilidades para desenvolverse en el mundo.

**Nelly**

Terapeuta

**María del Pilar Raffo de Lavalle**

### *Breve presentación del caso*

Nelly es una niña de 10 años, de tez blanca y cabello negro lacio, bien formada, muy bonita. Vino al Perú hace tres años, por vía terrestre, siguiendo a la abuela materna. Vive en Lima Norte con sus padres y una hermanita de dos años. Poco antes de la pandemia, la familia tenía planeado regresar a Venezuela, para lo cual vendieron sus cosas con el fin de poder comprar los pasajes. Cuando estaban a punto de irse empezó la pandemia y se gastaron todo el dinero para sobrevivir. Tuvieron que empezar de cero. Solo la abuela logró regresar y la pequeña se quedó muy triste porque la quería mucho. Ella llega a consulta a raíz de que sus padres están realizando una terapia de pareja con otra especialista del CAPS, quien envía a la niña a terapia individual por tener conflictos con la madre “por su manera de ser”. Las sesiones se han dado en diferentes modalidades: Zoom, llamadas, videollamadas y audios.

### *Motivo de consulta*

La primera consulta fue con la madre, quien reportó dificultades en la relación con su hija: “Chocamos demasiado, es muy cambiante: de repente está feliz y de repente todo le parece mal. Vive molesta”. Y añade: “En verdad, es muy amorosa y sincera. Ella me protege, pero a veces tiene actitudes malas. No es como yo quiero que sea”. Estos cambios de humor se dieron un año después de haber llegado al Perú y se acentuaron con el regreso de la abuela a Venezuela. “Es lo peor que me pudo haber pasado”, dice Nelly.

La madre reconoce que es muy dura con su hija: le dice palabras que la hieren, le baja la autoestima, y luego se arrepiente y le pide perdón. Al mismo tiempo la sobreprotege mucho. “Siempre quiero que sea feliz”. La madre se autocalifica como “volátil”: “La pago con mi esposo o con ella”. Se refiere a su pareja como “muy comprensivo, me entiende muchísimo, él me sostiene. No quisiera repetir el patrón. Yo no quiero estar acá como estamos en este momento y que se le vaya su niñez así”.

La madre continúa diciendo que, en Venezuela, la niña disfrutaba mucho de su casa, del colegio y de sus amigos, pero que acá en el Perú ha tenido que trabajar con los padres vendiendo

golosinas en los ómnibus y en las calles; y que, al parecer, con este cambio de vida se había amargado. Además, ha sido víctima de acoso por parte de algunos peruanos y no puede ni salir a jugar porque la insultan y vive encerrada. “¡Veneca, no te queremos!”, le gritan. La madre la defiende. “Hay gente que no nos quiere”. A propósito, y para incomodarla, le preguntaban a la niña qué hacían su mamá y su papá. Esto la afectaba mucho, por lo que se mudaron a un lugar donde Nelly se sintió más libre.

Por último, la madre relata que dos meses atrás, a raíz de una discusión por un permiso que no se le concedió a la menor para salir donde la vecina, le explicó que tenía tanto cuidado porque cuando ella era una niña fue abusada por el hijo de una familia de amigos muy cercana. Al narrarle este episodio, la madre rompe en llanto y, a su vez, Nelly cuenta que, a los 5 años, un primo de 13 le había realizado tocamientos indebidos cuando la madre estuvo trabajando en Colombia y ella se había quedado a solas con el padre. La reacción de los padres ante su relato produjo un estallido de llanto emocional en ambos. Ella detalló que el primo se le montaba encima, le tapaba la boca y la amenazaba que si decía algo iba a matar a su papá con un cuchillo. Mientras hablaba, Nelly sudaba y se mordía las uñas, luego se desplomó. También les dijo que a ella le gustaba lo que el primo le hacía y que después de un tiempo se dejaba. Notaron ellos que a partir de entonces se había cohibido de decirles cosas, se la pasaba más en su cuarto y casi no hablaba, a pesar de que le dijeron que ella no era culpable de nada y que le iban a buscar ayuda. “Si usted es madre, entenderá cómo me ha afectado”, finalizó la madre.

El padre añade que el comportamiento de la menor se había hecho más irritante de lo usual, cualquier cosa que uno le decía o que no le gustara se molestaba. “Ella era una niña demasiado tranquila, demasiado débil”. Les preocupaba más debido al “episodio”, pero sin este también les preocupaba.

### ***Reseña de historia personal y familia***

El padre de la paciente tiene alrededor de 45 años. Impresiona en un primer momento por ser una persona sensible, calmada y querendona. Relata que creció en un ambiente familiar estable y feliz. Es el menor de seis hermanos y lo consentían mucho, ya que los mayores le llevaban entre 10 y 12 años. El hermano mayor y su papá murieron de cáncer al cerebro con una diferencia de dos a tres años cuando él tenía alrededor de 7. Sus padres se separaron, pero vivían en la misma casa, se llevaban bien. “Lo único que no tenían era sexo. Yo no le vi mayor problema. Nunca hubo ofensas ni peleas. Nunca supe mucho, ni indagué, ni me preocupé. Todo marchaba bien”. Su mamá sufrió mucho por un cáncer al seno; además, le hicieron una histerectomía radical y la operaron de otras cosas.

“Mi papá era chofer y se iba temprano. Mi adolescencia estuvo muy bien, nunca tuve problemas ni peleas, ni inconvenientes. Bastantes novias en el colegio”, relata. Terminó la secundaria. Su hermano mayor lo ayudaba mucho y estaba pendiente de sus estudios y de su ropa. A los 28 años, mientras trabajaba en una fábrica, conoció a su futura esposa. Estudió un semestre la

carrera de docencia, pero no pudo terminar por falta de recursos económicos y se concentró en trabajar para ganar dinero. Se arrepintió de ello. Durante tres meses estuvo saliendo con la mamá de Nelly en una relación formal como novios y luego de allí estable “hasta el sol de hoy”. Tienen 13 años de casados. El padre considera que son una pareja sólida, donde hay amor y afecto, y en donde lo primero son sus hijas. “Queremos que estén alegres y tranquilas. Nos afectan mucho las cosas a ambos. Mi hija tiene sentimientos muy lindos, es alegre, siempre echando broma, riéndose, hermosa en todos los sentidos”. Le preocupan los cambios y las circunstancias que ha vivido. “Yo me decaí mucho por lo que le había pasado, sentía mucha rabia y dolor (*llora*) y ella nos vio así, demasiado afectados a los dos, y lo sintió y removió muchas cosas”. En Venezuela tenía un buen trabajo en una fábrica de pintura.

La madre tiene 28 años y es estilista profesional. Califica su infancia como “mala”, pues su madre se iba a trabajar y la dejaba al cuidado de su hermano mayor, quien le llevaba 12 años.

*Él era malo. Me pegaba. Si yo me pintaba las uñas, me daba patadas en los senos. Yo me defendía, mi mamá le creía a él. Luego me dejaban al cuidado de una prima que también era mala. Siento que no tuve infancia, que sufrí mucho. Mi abuela era todo para mí. Cuando yo tenía 13 o 14 años mis padres se separaron. Yo era cercana a mi papá, lo amaba, era muy apegada a él. No me pegaba ni me regañaba, mi mamá sí. Yo era la menor de tres hermanos, dos hombres mayores, y luego de cuatro años nació yo. Mis hermanos siempre han sido salvajes conmigo. Siempre los han defendido a ellos. Mi familia materna era “mala”. Yo me orinaba en la cama. Hasta ahora.*

El padrastro y su mamá la quemaban cuando se orinaba y ella guarda ese rencor. Ha sido una niña tranquila, nunca se escapó de casa. A los 12 años ya era grande, desde esa edad trabajó. Comenta: “Dejé de estudiar. Solo en vacaciones he tenido momentos bonitos. Todos los días hablo con mi mamá. Lo que no fue conmigo fue con sus hijos”.

Su embarazo fue bueno, Nelly nació a término con una cesárea programada y la amamantó hasta los dos años. A los nueve meses, después de cada comida le daba una fruta, un día la niña no pudo con el peso de una naranja. La llevaron a un neurólogo-pediatra privado, pues estaba como “ida”; aparentemente, había tenido un síndrome atáxico. Comenzaron las resonancias, varios exámenes y hubo junta de médicos neurólogos. Fue algo que le afectó el Lóbullo Pallodium y que se presenta cuando alguien se queda en un sitio cerrado con aire acondicionado, y al parecer había inhalado mucho monóxido de carbono. Los médicos no se explicaban cómo le había pasado algo así. Estuvo en un centro especializado en enfermedades raras y le hicieron estudios genéticos. Al año le mandaron hacer una nueva resonancia. En una nueva conferencia médica les dijeron que lo que le había pasado a su hija era como para tener secuelas, pero que el cerebro se veía intacto y todo había salido perfecto. La madre dice: “Los milagros existen. No tenemos explicación”.

Señalan que Nelly es una niña inteligente, que no se enferma de nada. Se pega más al padre, a quien le solicita mucho amor y afecto. “De pequeña siempre he estado con ella. Iba al supermercado y me la llevaba. Su mamá trabajaba”, dice él. La menor tiene mayor confianza

con su abuela materna, a la que le dice mamá. En Venezuela todo le iba excelente: educada, estudiosa, los profesores la querían. Cuando nació su hermanita ella tenía ocho años, todo era ella, y quería hacerle de todo, cargarla, etc. Pero se puso recelosa a medida que la hermanita fue creciendo, pues a veces la mira y le habla mal. Quizás siente que le dan más amor, ya que aún toma pecho y no permite que su hermana mayor la abrace.

Antes de venirse al Perú, cuando Nelly tenía cinco años y medio, la madre se separó de ella por ocho meses ya que las cosas se pusieron difíciles en Venezuela y se fue a trabajar a Colombia. Por teléfono le decía a su mamá que la extrañaba. “Quiero que estemos juntos, ya quiero que te vengas, quiero que me des una hermanita. Cuando me volvió a ver fue el mejor día de nuestras vidas”, cuenta la madre, cuya meta era reunir dinero para poder migrar al Perú. En un principio, la pequeña se había quedado con su padre y su abuela materna. Pero hacia el final de la temporada de la madre en Colombia, la abuela materna fue a reunirse con ella, quedándose solo con el padre y la abuela paterna. Fue en ese lapso que pasó lo del abuso del primo. Sin embargo, la madre señala que Nelly no cambió en nada su conducta en la vida cotidiana, “fue una niña normal como siempre”. “Le mandaba cartas y ella estaba pendiente de cuándo yo regresaría. Tenía una amiguita frente a la casa con la que se compenetró y se apoyó”.

La madre relata que le iba excelente en su profesión en Venezuela, pero que se vino al Perú por su familia y por seguir a su mamá, papá y hermanos. “Me arrepiento, pero no me quiero regresar. Era feliz y no lo sabía. Solo por el tema económico, ese calor de hogar, lo que uno tiene en su tierra. Nosotros nos vemos con expectativas: trabajo fuerte, ganar buen dinero y estar tranquilos, no voy a desistir”.

En el momento de la evaluación, sus planes eran irse del Perú hacia otro país al norte, lo más pronto que pudieran. Su hija no tenía pasaporte, estaba en condición de ilegal, ya que entre las maletas y el viaje se le perdieron a la madre todos sus documentos. “Para estar acá y vivir al día (...) estoy agradecida con el país, no todo ha sido malo, pero prefiero irme. Mi esposo iría aparte. Yo quiero darles un buen futuro”.

### *Situación actual*

Los padres venden golosinas en la calle y en autobuses. Nelly va con su papá y la madre con la hermanita. Él se retiró hace dos meses del trabajo, pues con lo que le pagaban no lograban sustentar la casa, pero también porque la madre no podía sola con las dos niñas. Los planes de emigrar son siempre cambiantes. Al principio de la evaluación, como lo he dicho, ellos deseaban irse a un país del norte, luego eligieron quedarse en Perú. Sin embargo, tras ocho meses de terapia y dadas las condiciones de poco trabajo, están pensando regresar este verano a Venezuela. Nelly no estaba yendo al colegio, pero desde el segundo semestre de iniciado el tratamiento acudió virtualmente a uno.

## Evaluación

Las dos primeras sesiones fueron con los padres por separado, quienes me dieron el motivo de consulta arriba mencionado. Recién en la tercera sesión conocí a Nelly, una niña muy conversadora y con mucha personalidad. Me impresionó su desenvoltura. Comenzó contando lo mal que le fue en el primer día de colegio en Perú. Los profesores no le creían y ella se sentía injustamente tratada, hasta que los padres la sacaron. Para cuando terminamos la hora me olvidé de hablarle del encuadre temporal y simplemente le comenté que nos veríamos la siguiente semana.

Inmediatamente después de la sesión, la madre me escribió preguntándome qué había pasado porque la niña estaba muy molesta y no quiso contarle nada. Yo le dije que no se preocupara, que eso que me estaba señalando servía para conocerla mejor. Le expliqué que, en realidad, su hija no tenía que detallarle lo que pasaba en cada sesión, que su terapia era privada, igual que la suya, y que sería mejor no estarle preguntando al respecto; aunque yo siempre agradecería sus comentarios sobre lo que estaba pasando con ella.

Pienso que este fue un primer indicador que podría explicar los cambios bruscos de humor de la paciente, ya que había empezado con una muy buena disposición y gracias a mi olvido terminó molesta. En la siguiente sesión le comenté lo que su mamá me había dicho, y que tenía la impresión de que ella se había desconcertado por el abrupto final de la sesión, en medio de lo que ella me estaba contando. Le dije que el error había sido mío por no decirle desde el principio y de manera clara que nuestras sesiones durarían siempre 45 minutos y que serían a la misma hora todos los martes. Que era comprensible su mal humor, pues se había sentido sorprendida por la despedida. Ella confirmó esta hipótesis y comenzó a hablar enseguida de todo lo que le había pasado.

En las siguientes dos sesiones continué la evaluación, donde resaltaban los gráficos y su figura humana; se esmeraba para que le salieran perfectos y bonitos, y en ellos uno podía observar sus inseguridades. Escoge la figura masculina como la que más le gusta y en la historia cuenta las vivencias de su padre de manera abierta:

*Tiene 38 años, sabe mucho. Quería tener su profesión, pero no pudo porque no se la podía pagar. No terminó el colegio. Antes el hermano mayor le pagaba todo a él, pero no pudo más porque tuvo un hijo que mantener y mi papá tuvo que trabajar. Trató de tomar clases en las noches, pero nunca pudo, pero él sabe mucho, aprende rápido. Puede arreglar cosas. Su comida favorita son las arepas fritas. A veces le pregunto qué le gustaría cambiar si retrocediera el tiempo y me responde: "Hija: hubiera estudiado una carrera".*

Nelly me contaba diversas cosas: "Cuando cumplí nueve me empezó el mal humor, ya estaba en la pandemia en Lima y no podíamos salir y todo eso". Se colocaba en el lugar de enseñarme: "porque el arcoíris sale justo cuando llueve". Y también relataba los problemas con compañeras de colegio y lo que ella hacía:

*Una niña se enteró de lo que hacía mi papá y yo le dije: “Yo no estoy robando ni matando, ¿por qué te quejas si no estoy robando?”. La empujé, ella me rasguñó y yo le metí un golpe. Soy de esas que puede pegar, pelear. A las personas les parece extraño que yo trabaje con mi papá. Piensan que me está alquilando. Ahora trabajo con mi mamá y mi hermanita. Mi mamá no sabe las rutas. A ella la botan para otra ruta y me da miedo que se pierda, yo sí conozco. Fue muy doloroso cuando mi mamá se fue a Colombia. Yo le digo mamá a mi abuela. Ella es la mamá de mi mamá.*

Me dice que su problema es que los dibujos le salen muy grandes y siempre me pregunta cómo tiene que hacerlos. “Pilar, es que necesito opiniones”, anunciándome su necesidad de que yo haga una función paternal y de guía con ella. También me comentó que no iba al colegio porque se le hacía difícil. “Yo soy de entender, pero no entiendo nada. Me atraso con las tareas y las repito con mi mamá. Yo vivía con rabia allí (...) Cuando llego de trabajar me cambio. No tengo horario. Me levanto a las cinco de la mañana para despertar a mi mamá, bañarme, me gusta organizar mis cosas. A veces vamos a un parque, jugamos y luego trabajamos”.

Para entonces ella ya había elegido la carrera que seguiría: “Voy a ser doctora para salvar a las personas. Yo soy así: veo a un señor en la calle y me gusta ayudarlo dándole comida. Y a mi mamá le gusta la idea. Le fascina y también que sea veterinaria. Mi mamá no terminó su carrera. Yo puedo expresar con música mis sentimientos, lo que siento o no siento”.

Me pareció una niña hermosa, inteligente, deliciosa, pero inundada y sobrepasada por la historia de los mayores, siempre protegiendo a los padres en lugar de ser al revés. La evaluación se interrumpió durante dos semanas seguidas sin ningún aviso por parte de la madre y no retomamos hasta en tres semanas. Intentamos comunicarnos a través de la trabajadora social y otros, pero no se pudo. Así que en la tercera semana de no verla le escribí temprano a la madre diciéndole que si no sabíamos nada de ellas tendríamos que dejarlo. La madre respondió que su hija estaría allí y que había estado enferma, razón por la que no había asistido a las sesiones. Le comenté que si ese era el motivo yo lo tendría en consideración pero que solo me habían avisado por una semana.

Cuando hablé con Nelly y le pregunté sobre su salud no supo decirme nada. Tuve la impresión de que la supuesta enfermedad no era tal. Faltaban dos sesiones de evaluación y una devolución a los padres. Yo sentía a la niña preocupada por si seguiríamos con la terapia o no. Le preguntaba directamente si era lo que quería y me respondía: “Es que tú tienes otros pacientes y no tienes espacio”. Me desconcertaba que me dijera eso tanto como su desaparición y la supuesta enfermedad, y me preguntaba si los padres pensaron en retirarla y luego se arrepintieron, y el pretexto que le pusieron fue el que ella me dio y a mí me hablaron de una enfermedad.

Le dije que yo sí tenía espacio para ella si así lo quería. Me respondió afirmativamente. Pero sentía que no había lugar para la intimidad en ese espacio. Se habían mudado a un solo cuarto y comencé a pensar que sería difícil una terapia a solas. Le envié un Zoom para poder tener intimidad, aunque sea al momento de hacer el dibujo. Dibujó dos burbujas juntas que ella cerraba. No enganchaba mucho con los juegos comunes de otros chicos: ni “ahorcado”, ni

“michi”. Y fue entonces cuando me preguntó si la podía ver de manera presencial. “Por favor, por favor, quiero ir a tu casa”. Parecía un grito desesperado de tener intimidad conmigo. Me mandaba caritas de molesta al responderle que no podía. Cuando le preguntaba por qué tanta desesperación de verme en forma presencial me decía: “Es mejor ¿no?”. “¿Por qué sería mejor, Nelly?”, le preguntaba. “Podríamos conversar tranquilas y a solas”. Al mismo tiempo me rogaba que por favor no les dijera a sus padres sobre este pedido. Percibía una especie de SOS de su parte. En mi imposibilidad de verla presencialmente y reconociendo su necesidad, le comenté que la podría derivar con alguien que la pudiera atender de modo presencial. Pero ella decía: “Yo no quiero más que contigo”.

Se les hizo a los padres una devolución hablándoles de la sobreadaptación de la niña, cómo vivía preocupada por ellos y cómo estaba invadida por las historias infantiles y problemas presentes de ellos; demasiada carga para una niña de su edad que, por sus características personales, intentaba resolverles la vida de manera omnipotente. Que lo que le correspondía no era trabajar en la calle, sino ir al colegio y socializar con niñas de su edad. Que tenía muchas pérdidas encima: migración, abuso, viaje de la madre, etc. y se les recomendó, además de su terapia de pareja, una terapia individual para cada uno, con el fin de no recargar a su hija con sus propios problemas no elaborados ni resueltos. Los padres lo aceptaron y me pidieron que fuera yo quien me ocupara de la terapia de Nelly. Entonces hablamos de la intimidad necesaria para poder tener las sesiones. Al padre lo que más le preocupaba parecía ser el abuso sexual del que había sido objeto su hija.

### *Proceso psicoterapéutico*

Al empezar la terapia, la madre quiso adelantar la sesión con su hija porque ella estaba de mal genio. Le dije que esperaríamos a su hora. La madre no parecía querer ni poder tolerar los malos humores de la niña y pretendía cambiar el mundo para evitar su furia. Nelly aparecía con el micrófono toda envuelta en una frazada en medio de un patio. No quería que los padres me escucharan. Parecía asustada por cualquier persona que pudiera entrar y oírla. Insistió con el tema presencial y en que las sesiones fueran dos veces por semana, pero cuando la animaba a que la vea alguna otra colega, me decía: “Y si no me gusta, ¿voy a poder regresar?”. Yo parecía representar esa tierra venezolana y el Perú esa tierra lejana con la que tenía tanta ambivalencia.

Intenté jugar con ella por todos los medios, pero parecía no entusiasmarse con ningún juego. No aceptaba ninguna propuesta. Le costaba mucho recurrir a su fantasía para jugar. Solo quería que nos viéramos y conversáramos. Era lo que más le interesaba. Que la vea, que la escuche. Cuando le anunciaba que faltaban cinco minutos para el fin de la sesión, me decía que tenía más cosas para contarme. Yo sentía que si bien podía ser verdad era una estrategia para mantenerme con ella más tiempo. Muchas veces le pasaban la voz a las nueve de la mañana, hora de su sesión, y ella se demoraba en despertar como 15 minutos. Le ponía de mal humor que la sesión terminara cuando ella recién iba “calentando”.

Otras veces me decía que ella ahora podía quedarse hasta las 10. Igual que la madre, no parecía tener en cuenta al otro y funcionaba acomodando la realidad a sus deseos y necesidades. Yo consideraba que no era posible transar con esto, lo que le daba cólera, pero finalmente comenzó a llamarme a las nueve en punto y a despertarse 15 minutos antes. Luego me pasaba TikToks bailando con los tíos y fotos de cuando ella era niñita, con la madre besándose con el padre en la cama y con el torso todo desnudo, casi como enseñándome la erotización a la que había estado expuesta desde pequeña. Le decía que ella me estaba mostrando cómo sabía muchas cosas de la vida, pero lo que necesitaba era más minutos y días conmigo, que ella sentía que lo que yo le daba era poco.

Algunas veces, a través de los dibujos compartidos en el Zoom, me hablaba del triángulo de los Illuminati: "Aquellos malos que le quieren hacer daño a los niños, que eran de una secta secreta". Llamaba la atención que leyera junto con el padre sobre estas cosas que no parecían apropiadas para una niña de 10 años. Igual pasó con *El juego del calamar*. Ella me decía que no le daba miedo en las comiquitas, pero sí en la vida real. Le molestaba que la madre me hubiera contado sobre el abuso del primo, nueve años mayor que ella, pero no quería hablar de eso. Le decía que tal vez los Illuminati tenían que ver con ese secreto sobre este daño que siente que le hicieron y por el que tiene miedo.

En la siguiente sesión, mientras dibujaba, se puso a cantar diferentes canciones y hubo una que me conmovió: trataba del sufrimiento escondido. La mamá me escribió un *chat* contándome que Nelly le había dicho que yo le hacía recordar a su abuela y que era lo mejor que le había pasado. Me convertí rápidamente en un personaje muy importante en su vida. Quizás era la abuela que se había ido a Venezuela y con la que ella tenía un vínculo; quizás sintió que yo capté su problema rápidamente y eso la hacía sentir segura. No me molestaba si ella estaba con cara larga o refunfuñando, más bien trataba de entender qué la había molestado. La dejaba estar conmigo como quisiera y eso ya era una novedad para ella. Se daba cuenta de que a veces yo no estaba de acuerdo con algunas cosas.

Creo que me instalé o ella me instaló pronto en el lugar de los padres que necesitaba: alguien que regule, que ejerza un rol parental, que si me cuenta algo no me ponga a llorar y que siga en función sin sentirme débil. Sabía que yo les había dicho a sus padres que ella estaba instalada en un rol que no le correspondía y que debía ir al colegio, tener amigos en lugar de trabajar en los ómnibus con ellos. El problema era que ella se quedaba solita en casa y tampoco le gustaba. En todo caso cuestioné la idea de lo que estaban haciendo y si eso era lo más conveniente para Nelly. Ella me veía como alguien que podía ordenar las cosas y por eso buscaba mi opinión. Su inteligencia y sus recursos le decían que había cosas que los padres le decían pero que no le cuadraban, por más que ella intentara apropiarse del discurso de ellos. Sabía que yo tenía alguna influencia sobre sus padres y a veces trataba de ocultarme que había salido a trabajar con ellos. Yo intenté zafarme de ese lugar, a veces sin éxito, sobre todo al final de nuestras sesiones.

Recién en la sesión número veinte la comencé a sentir más lúdica y tranquila. Sin embargo, era difícil tener una continuidad hasta en los juegos. Ninguno prevalecía. A pesar de que nos habíamos quedado sin terminar algo, en la siguiente sesión nunca parecía entusiasmada en continuar lo que habíamos dejado pendiente. Aunque luego me contaba que se había quedado terminándolo ella sola. ¿Era una manera de decirme que ella elaboraba a solas a pesar de no vernos y no hacerlo en mi presencia? Pero yo me sentía inconclusa y pensaba si no sería el modo en que ella me comunicaba que lo suyo nunca era continuo y que todos sus procesos quedaban inconclusos. Finalmente, cuando le comenté sobre el término de las sesiones, me dijo: “Ay no, Pilar, ¡no puede ser!”.

Felizmente coincidió con el hecho de que se regresaban a Venezuela en enero; sin embargo, debían juntar el dinero. Ella se ilusionó mucho con esta idea, aunque se entristeció también porque el padre se quedaría en Lima trabajando. Si le hablaba de su ambivalencia respecto a dejar el Perú me respondía: “Lo único que me importa dejar acá es a ti y a mi papá”. Y me comenzó a cantar una canción muy linda sobre su corazón y su cariño por mí. Pronto esta idea de que se irían el siguiente mes también sucumbió. Ya no viajarían tan pronto porque tenían que trabajar. Les comenté a los padres que era mejor no avisarle a Nelly hasta que estuvieran seguros.

La siguiente sesión estaba triste y silenciosa y la animé a que dibujara algo que expresara sus afectos. A raíz de este dibujo que la madre vio en su celular me pidió una cita urgente. Le alarmó sobremanera ver muchas caras tristes en el dibujo de su hija. En la cita con la madre hablamos de esta dificultad suya y de su angustia por ver a su hija triste, le hablé sobre la pubertad y adolescencia de Nelly, que muchas veces ella no tenía que estar necesariamente feliz, que se opondría más, que estaría de mal humor, etc., y que eso no los debía asustar, que ella necesitaba sentir a sus padres emocionalmente fuertes y no que se pusieran a llorar cuando ella expresaba algún afecto que a ellos no les gustara. Que lo que les pudiera decir lo debían recibir sin fragmentarse y que para eso necesitaban trabajar en sus respectivas terapias.

En la antepenúltima sesión, Nelly se volvió a cambiar de ropa delante de mí; sentí que quería enseñarme que ya usaba sostén, pero que le era difícil decirlo en palabras. Se lo enseñó al padre, pero este se puso nervioso, le dijo que se tapara y empezó a llorar por el crecimiento de su hija. En la penúltima sesión que tuvimos, ella me mostró varios TikToks. Uno de ellos era un baile muy inapropiado para su edad, un contoneo de espaldas moviendo el trasero de manera muy provocativa y la canción que acompañaba al baile decía así: “Un culo bien grande (...) un culo para que se lo bajen, para que se lo bajen, quiero que lo muevan las chicas independientes”. La verdad me impresioné. Y sentí pena. ¿Me estaba diciendo en una actuación que aún no estaba lista para terminar su proceso? ¿El no verme significaba tener que volver a crecer, colocando al cuerpo erógeno en primer lugar?

En la última sesión me dijo (me llamó sin que estuviera programada y fuera de hora) que ella era hermosa, linda, magnífica. Yo me sorprendí. Añadió que tenía que estar empoderada. ¿Qué puede significar esto justo en el momento en que la terapia se termina? ¿“No me dejes Pilar, no

estoy lista”? ¿Una más de sus estrategias para mantenerme a su lado? ¿O crecer y ser grande y empoderada era la defensa que ella implementaba con la finalidad de no sentirse vulnerable y pequeña, a merced de los demás?

Me anunció que en lugar de irse a Venezuela se mudarían al norte. Así no tendrían que pagar más alquiler. Una amiga de la madre le había conseguido trabajo al padre y con la posibilidad de que la madre pudiera trabajar también; la amiga cuidaría de Nelly y de su hermanita. Esto la entusiasmaba porque iba a estar cerca de la playa. Lo único malo era que a las hijas de la amiga de la madre les gustaban las cosas del otro; es decir, que querían siempre sus cosas, que las tiraban al suelo y que las iban a malograr. Creo que esto representaba sus ilusiones y las posibilidades de que se malograsen o que no fueran alcanzadas. Y así fue. Cuando llegaron al norte el departamento no era tal, la desilusión de la madre por el sitio que les dieron los hizo continuar el viaje hasta su país, pasando por lugares y caminos difíciles, y exponiéndose a un secuestro en la frontera para finalmente llegar a la tierra prometida, su casa.

### *Comprensión del caso*

#### **El trauma transgeneracional**

Ocupa un lugar preponderante en niños abusados, produciendo en ellos una predisposición a serlo. Esta madre que había sido poco feliz en su vínculo con su propia madre y se había conectado de una mejor manera con su padre reproduce en Nelly su historia familiar, depositando en su esposo y en su madre la crianza más cercana de la niña. Ella se colocaba en el lugar de hija. El sentimiento de orfandad y la ausencia de padres producen una necesidad y una búsqueda de contacto íntimo y cercano que son aprovechados por pedófilos, adolescentes mayores y parientes cercanos con problemas de esta índole.

#### **Falta de contención de sus cuidadores**

Nelly no podía tener una cara triste ni preocupada ni poco feliz por la gran necesidad de la madre de no verla de esta manera. Así que ella tenía que mantener siempre una buena cara y ser una excelente niña. Sus aspectos más coléricos y depresivos eran poco o mal recibidos por estos padres, quienes parecían acoger solo aspectos positivos y felices. Esto se podía ver cuando no le daba un lugar al padre en sesión o cuando la madre quería tomar la hora de la hija para ella.

#### **Sobreadaptación**

Las actitudes de Nelly la hacían parecer una “chiquivieja”. Niña con excelentes recursos físicos y emocionales, muy solvente. Se sobreexplotaba. Sus padres son buenos, pero se habían instalado, sobre todo la madre, en un estadio emocional infantil y querían compensar todos los infortunios de sus propias infancias y la de su hija. A toda costa querían que fuera feliz, lo que hacía que ella, quien también se mostraba muy preocupada porque los padres no se desestabilizaran, había encontrado una manera de serles útil: así, se comportaba como la niña feliz y perfecta que ellos habían soñado, asistiéndolos siempre en todas sus necesidades, y no al

revés; utilizando para ello sus numerosos recursos, dejando de lado sus necesidades infantiles por protegerlos. Su actitud era muy omnipotente y ella era casi la maestra y la que sabía todo. A sus cortos 10 años limpiaba, cocinaba y, sobre todo, acompañaba a su padre a los ómnibus a recabar dinero por lo que vendían, recibiendo múltiples ataques de los pasajeros, quienes percibían que el padre se estaba aprovechando de una niña de 10 años haciéndose acompañar por ella o creyendo que era un pedófilo que la alquilaba para obtener el dinero que necesitaba.

Esto fue un conflicto para Nelly quien, por un lado, intentaba identificarse con el discurso de los padres: “Eso no es robar ni matar, tienen un trabajo digno”. Parecía que trataba de convencerme, pero también de autoconvencerse. Había una incongruencia entre la manera de vivir y vestir de ellos, a quienes se les veía bastante bien, con el modo de trabajo que habían implementado a costa del sufrimiento de su hija, que lo guardaba dentro de ella como lo había hecho con el abuso sexual.

### **El abuso sexual**

La violencia física de la que fue objeto a los cinco años por un primo de 13 nos habla de un descuido por parte del padre, quien se encontraba en la habitación vecina; y, aunque esto asustó muchísimo a padre y madre, su reacción fue poco apropiada e infantil: ambos se pusieron a llorar. Uno no sabría decir si el desmayo de la niña fue por la preocupación de haberles revelado a sus padres lo que había pasado y lo que esta revelación les podría ocasionar. Si bien el abuso sexual experimentado desde la niñez había incrementado la erotización de la niña, esta se veía favorecida por el tipo de cercanía que tenía con el padre ocupando un lugar sustituto de la madre en la relación de la pareja.

El padre era suave y contenedor con esta madre más infantil y había sido bueno con la niña desde el inicio. Nelly estaba muy apegada a él, pero también había favorecido su erotización al dejarla dormir con ellos durante mucho tiempo; además, se estaba desarrollando y ella se exhibía delante de él. Hay que decir que la madre, como podía verse en fotos y alguna vez en video, aunque tenía un rostro infantil, era una mujer muy exuberante en sus formas. Parecía que la niña se identificaba con este cuerpo voluptuoso y quería aparecer como una mujer. Le interesaba sobremanera la moda y necesitaba también exhibirse en TikToks y en bailes poco apropiados para su edad. El padre aparecía en los TikToks haciendo bailar a sus hijas.

Este es un síntoma que hemos visto en varias niñas abusadas sexualmente. Aunque el abusador fue un primo adolescente y no un adulto, igual el cuerpo registró tempranamente excitaciones físicas que erotizan la percepción de las niñas, aprendiendo a la fuerza algo que debería descubrirse más tardíamente y de manera paulatina durante todo el desarrollo.

### **Migración**

Era claro que los síntomas de Nelly se habían iniciado a partir de la migración al Perú: las diferencias culturales, el *bullying* en el colegio que la llevaba a pelearse con los niños que la atacaban, la desilusión ante un mundo que se quebraba, el abandono de su tierra, de su cultura, de su colegio, de sus amigos, de su casa, de su barrio –finalmente de su infancia–, y

la ausencia de su abuela eran demasiadas pérdidas juntas para una niña de su edad que ya había pasado por una carencia inicial cuando su madre se separó por ocho meses y ella la había extrañado muchísimo. Aunque la migración parecía marcar un antes y un después en los síntomas, existían todos los eventos previos nombrados anteriormente y que juntos habían organizado los síntomas y el carácter de la niña.

### *Algunas reflexiones*

- Sabemos que la patología, lo traumático y los duelos se asientan en toda la historia personal y en las particularidades de la personalidad de cada uno. Por esto nos es importante entender que detrás de situaciones particulares que desencadenan los síntomas hay toda una historia previa.
- Al entrar en juego tantas variables es difícil que casos como el de Nelly se solucionen en 40 sesiones, ni en 30, ni en 20. Sin embargo, es una ayuda invaluable porque quizás sea la primera vez que estas niñas pueden desarrollar un vínculo de confianza y acercarse a su mundo interno dañado en compañía de un terapeuta profesional acogedor que recoja sus afectos. Por lo general, los padres necesitan que sus hijas funcionen tanto en lo personal como académicamente y les es difícil contemplar sus necesidades; quizás porque ellos mismos están demasiado necesitados en una tierra donde también se sienten huérfanos.
- En ninguna de nuestras experiencias la víctima de abuso sexual ha querido hablar del tema. Algunos adolescentes mayores han desistido de la terapia. Otros, como Nelly, más chicos, han permanecido en ella no porque quieran hablar del tema, sino porque necesitan un vínculo que los acoja.
- Lo que resulta es decirles que hablarán al respecto cuando estén listos y quieran hacerlo. Si no, podrán jugar a otras cosas o podrán contar otras cosas. En mi experiencia, el juego, el dibujo u otros representantes pueden tomar su lugar y no necesariamente hablar del tema directamente. Insistir en que tienen que hacerlo es ahuyentarlos y no lleva a buen puerto. Sobre todo, porque vienen ya del lugar de la denuncia, donde se les ha interrogado y muchas veces auscultado en sus partes íntimas para dictaminar si hubo penetración o no. No quieren volver a recordar. Y en muchos casos, además, luego de la denuncia no necesariamente hay justicia, lo que ocasiona rabia e impotencia por la impunidad.
- Hemos encontrado en estas niñas abusadas una erotización del cuerpo que se traduce en su excesiva exhibición, junto a videos y TikToks bailando de formas provocativas y fuera del rango de la edad, así como un excesivo y temprano interés por la moda, que puede ser confundido con el inicio de la pubertad.

## Rafael

Terapeuta

### Guillermo Manrique De Lara Barbieri

Tiene 55 años. Referido por ACNUR, se encuentra alojado en la Casa de Acogida Beato Juan Bautista Scalabrini, desde donde hago contacto con él a través de la plataforma virtual Meet, por medio de videollamadas. Da la impresión de ser delgado y su rostro es de un color blanco pálido; sus ojos, pequeños y caídos, denotan apagamiento. En nuestro primer encuentro se le observa bastante abrigado, quizás más allá de lo esperable para estar a inicios de la primavera. Su tono de voz y manera de hablar reflejan a alguien temeroso y muy dubitativo. Le cuesta manejarse con la tecnología, parece un mundo nuevo para él, lo que confirma al referir que nunca ha tenido un celular y es la primera vez que conversa con alguien por videollamada.

Rafael llega desde Chile persiguiendo la ilusión de ingresar a la orden religiosa de los hermanos capuchinos en Perú. Tras no lograrlo, se queda solo y sin dinero en la ciudad de Huánuco; sin embargo, consigue apoyo para gestionar su retorno a Lima, siendo recibido y alojado en la Casa Scalabrini.

#### *Motivo de consulta*

Solicita atención por sentirse desanimado, vacío y sin voluntad para hacer las cosas, incluso ciertas tareas cotidianas y elementales como son los hábitos de aseo personal. Se queja de que le cuesta “arrancar” con cualquier actividad y que a lo largo de su vida tuvo “varias vocaciones” no concretadas por esta falta de ímpetu y de constancia. Se reconoce a sí mismo como de “vuelo corto”; esto es, de empezar algo y abandonarlo al poco tiempo.

Por otro lado, invariablemente se ha sentido distante de las personas: “Siempre tuve el problema de no poder hacer compañerismo, fui muy cerrado en mí, no me relacionaba casi con las personas, con mis compañeros de colegio. En verdad la adolescencia y la juventud se me complicaron; no me gustaba el fútbol ni las fiestas, ni confiaba mucho en la gente. Creo que siempre tuve un tema con las relaciones sociales”. Agrega que nunca hizo amigos en el colegio y que tampoco tuvo pareja; además, no ha tenido relaciones sexuales, considerándose sexualmente “indefinido”. “En realidad puedo decir que no me atraen las relaciones sexuales, tengo como una aversión al contacto físico con hombres y mujeres”.

Se siente débil y delicado; en sus palabras, “apto para trabajos intelectuales y no físicos”. Cree que sus problemas vienen desde niño y refiere que ha consultado con varios psicólogos a lo largo de su vida sin poder ser constante con ningún tratamiento. También comenta que le han intentado administrar psicofármacos para sus problemas, “pero todos los que me han ofrecido me han provocado reacciones y efectos secundarios muy desagradables, y he tenido que suspenderlos”.

### ***Datos de su historia personal y familiar***

Nunca se llevó bien con su padre. Lo describe de “carácter complicado”, como “despreciativo”, “frío” y “distante”. Entiende que era así porque tuvo “trabajos duros”: fue por largos años oficial de la policía de su país en la década de los cincuenta del siglo pasado; luego renunció para trabajar como secretario en el Poder Judicial. Dice que debe haber visto muchos casos de delincuencia y desadaptados porque trabajó en un juzgado penal. Era violento de palabra y sentía que no podía acercarse a él.

Su madre era diferente, “sabía manejar el carácter de mi padre”. Considera que tenía un temperamento más agradable que el de su padre, pero con el tiempo se fue dando cuenta de que en realidad no lo cuidaba demasiado, “como lo hace una madre”. Una de las cosas en las que reparó es que ella no tuvo mucha voluntad de alimentarlo bien. Sobre ello, refiere: “Yo no me daba cuenta porque no era un niño muy hambriento”. Nunca se quejaba sobre ello, pero un día le hizo ver que no estaba comiendo bien, que no recibía de parte de ella “alimentos nutritivos”. Ella lo lleva al médico y le hacen un análisis. “Me quería demostrar que yo estaba bien, pero estaba demasiado flaco y no me sentía robustecido, fortalecido”.

Relata que no tenía amigos en el colegio. Su madre le presentó a los dos únicos compañeros de juego que tuvo en su infancia, “pero les hablaba muy poco, nunca me hice amigo de ellos”. No tenía deseos de relacionarse con los demás, supone que él mismo había suprimido esas ganas de hacerlo. Lo que hacía era mirar televisión o ir al negocio de su tía, hermana de su padre, quien no tenía hijos. “A mí me gustaba estar con gente grande, me gustaba estar detrás del mostrador escuchando las conversaciones de los grandes; creo que no viví la edad que tenía en ese momento”. Apreciaba a sus abuelos y piensa que adquirió algunos rasgos de la personalidad de su abuelo, “esa personalidad de hombre de principios de siglo pasado, hombre serio, recto y honesto”. Por otro lado, adoptaba la forma de comportarse de los actores que veía en películas de las décadas de los cincuenta y sesenta del siglo pasado. “Quería ser como Roger Moore en *El Santo*; por ejemplo, recuerdo que caminaba como él”.

Rafael tiene un hermano que es ocho años menor que él. “Mi hermano era más extrovertido, se podía relacionar con los demás”. Reconoce que él era muy tímido: “Si la gente hubiese sido diferente quizás me hubiera relacionado más; la gente se relaciona con maldad, no con bondad”. No jugaba al fútbol, no iba a fiestas ni participaba de las actividades típicas de los chicos de su edad, “ni siquiera me reía de los chistes que hacían”.

Saliendo del colegio, entró a la escuela de marina mercante, pero la dejó antes de terminar el primer ciclo, echándole la culpa a un tío que antes de entrar le dijo que sería muy difícil para él y que seguro lo iban a tratar mal. “Esos pensamientos se me incrustaron y no me los pude sacar”. Luego trabajó de cajero en un supermercado por unos años, hasta que pretendió nuevamente concretar estudios profesionales, esta vez como docente, abandonándolos también en el primer ciclo. Entró así en un período depresivo muy profundo, “caminaba solo por las tardes y las noches, pero sin razón, como sin rumbo”. En una noche de caminata ingresó a una iglesia evangélica, lo que fue su puerta de entrada al mundo de la religión, despertándose una gran ilusión dentro de él que guiaría casi todos sus pasos de ahí en adelante.

Pronto dejó de ir a la iglesia evangélica, pero siguió interesado en el tema y en concretar su “vocación religiosa”, iniciando así lo que él llama “un enamoramiento” hacia esa vida. En sus palabras: “Dejé que se llenara mi ‘yo’ con el Espíritu Santo, lo dejé obrar en mí”. Se sintió atraído por la religión católica, particularmente por la orden franciscana y la vida de convento, pero no quería realizar esta vocación en su país.

Una vez que entabló contacto con los Traperos de Emaús de Chile, quienes aceptaron recibirlo, Rafael emprendió viaje en busca de concretar la vida religiosa anhelada. Se marchó solo y en secreto, sin que ningún miembro de su familia se enterara: “Sentía que no me comprenderían, hubiese tenido que ofrecer explicaciones que no quería dar”.

En el año 2011 realizó su primer intento de concretar su vocación religiosa. Viajó de Chile a Perú decidido a ingresar a la orden de los hermanos capuchinos. Estos lo reciben con amabilidad, pero le dicen que debe permanecer dos años en el país en un período de discernimiento espiritual, lo que no era posible para él por motivos económicos. Se vio obligado a renunciar, por lo menos temporalmente, a su vocación. “Tuve que acomodar mi interior como pude, nunca había sentido un dolor así, fue un dolor inmenso”. Todavía frustrado, retorna a Chile, en donde vive unos años más con los Traperos de Emaús para luego trasladarse al Hogar de Cristo, último lugar de residencia en ese país.

Recién en el 2020 volvió a Perú para concretar un segundo intento de ingresar a la orden de los capuchinos. Deseaba encontrarse con un fraile que había conocido en el 2011 y del que le quedaron recuerdos de amabilidad y buen trato. Luego de un periplo largo y desgastante, pasando por Lima y Huánuco, logró entrevistarse en esta última ciudad con un fraile, no el que buscaba inicialmente y, al parecer, menos amable que él. El fraile, luego de escuchar los deseos de Rafael, le dijo que por su edad ya no podía ingresar a la orden.

Rafael quedó solo, sin dinero, lejos de su último país de residencia, cargando a cuestas el dolor del rechazo y atrapado por la pandemia. Así empieza su estadía en la Casa Scalabrini... y así también se inicia nuestro vínculo.

## Comprensión psicoanalítica del caso

Rafael es una persona rígida y emocionalmente distante. Su seriedad y aplanamiento afectivo hacen difícil el acercamiento y la conexión emocional. Al mismo tiempo, sin embargo, al estar en contacto con él resulta imposible no toparse con sentimientos de soledad y desamparo. Su historia y su personalidad están atravesadas por su fragilidad yoica y una muy precaria adaptación al medio social. Las posibilidades de trabajar para autosostenerse prácticamente han sido nulas a lo largo de su vida, encontrándose en permanente situación de dependencia para satisfacer las necesidades básicas de la vida; primero de sus padres y, luego, de instituciones y casas de acogida.

Podemos interrogarnos sobre las condiciones psicológicas que pueden llevar a alguien a tal nivel de orfandad y desamparo como para dedicar buena parte de su vida a trasladarse de un lugar a otro en búsqueda de techo, alimento y cuidados básicos. Al repasar su historia, cabe pensar que Rafael, en sus primeros años, no tuvo un medio ambiente relacional capaz de adaptarse de un modo diligente y amoroso a sus necesidades.

La madre parece haberle proporcionado solo lo necesario para su supervivencia, pero poco de lo verdaderamente “nutritivo” para su desarrollo emocional; para usar la propia asociación de Rafael al hablar de ella. No habría habido de su parte la capacidad amorosa para hacerlo sentir suficientemente querido y cuidado, a partir de sus cuidados maternos suficientemente buenos, en la expresión del psicoanalista Donald Winnicott.

Cabe hipotetizar que no se produjo la unidad psíquica madre-bebé necesaria de los inicios de la vida para asegurar que Rafael experimentara la conexión con su existencia. Dicho de otro modo, no se constituyó la simbiosis normal primaria, aquella que la psicoanalista Margaret Mahler llama “simbiosis originaria”. Este vínculo con un cuidador primario permite al individuo el surgimiento de un *self*<sup>9</sup> en contacto con las sensaciones de su propio cuerpo y con el mundo que le rodea, además de satisfacer necesidades de múltiples sistemas motivacionales: de apego, narcisistas, de experiencia del placer, de autorregulación emocional, etc., fundamentales para su desarrollo psíquico. Sin esta experiencia relacional primaria, uno no tiene la experiencia profunda de sentirse vivo y creador en el mundo.

Rafael no vivió esta experiencia fundamental con la figura materna, de ahí que se quejara de sentirse vacío en muchos momentos de su vida y sin voluntad ni deseos de hacer cosas. Uno de sus rasgos más sobresalientes es su extrema pasividad, que algunos psicoanalistas relacionan con la experiencia del desamparo primitivo. Parece que siempre hubiese estado a la espera de la acción de alguien externo para satisfacer sus propias necesidades, hasta las más elementales: una casa que lo aloje, alguien que lo alimente, una orden religiosa que lo acoja, hasta unas manos que lo acaricien al bañarlo.

---

9 En psicoanálisis, el *self* alude al ‘sí-mismo’, no solo en el sentido de representación o consciencia de uno mismo, de la propia existencia, sino como una instancia que opera e integra múltiples sensaciones y experiencias del individuo (con su cuerpo, su mente y sus relaciones con los demás y el mundo). El *self* permite tener la vivencia de uno mismo en tanto persona, al mismo tiempo que es la base para la construcción de la identidad individual.

Es como si una gran parte del *self* de Rafael se hubiese quedado detenida en el tiempo, fuera del proceso evolutivo, y ahora estuviese tratando de experimentar aquello que no pudo ser vivido con sus figuras primarias. No solo busca satisfacer necesidades elementales de supervivencia que él mismo no puede proveerse, sino también necesidades afectivas: busca ser querido, despertar el interés de alguien, lo que en psicoanálisis llamamos 'ser libidinizado por otro'<sup>10</sup>.

Heinz Kohut piensa que la satisfacción de necesidades narcisistas a muy temprana edad es crucial para que el *self* del individuo alcance cohesión y unidad. Para que esto pueda darse, el niño necesita, por un lado, ver reflejado su pequeño *self* grandioso-exhibicionista en la mirada de sus padres; por ejemplo, cuando estos aplauden con entusiasmo y miran con orgullo el despliegue de alguno de los comportamientos con los que quiere llamar su atención; y, por otro lado, requiere de unos padres sensibles frente a su necesidad de idealizarlos, algo así como dejarse convertir en los superhéroes que sus hijos necesitan que sean en ese momento de su vida. Como deja claro el relato de su historia familiar, Rafael creció sin unos padres que empatizaran con sus necesidades narcisistas primarias. Quizá por ello gran parte de su búsqueda de pertenencia institucional religiosa haya tenido que ver con satisfacer estas necesidades. No era solo asegurarse cuidado y protección, sino también encontrar miradas amorosas y modelos dignos de idealización que pudiesen transformar algo dentro de él.

La migración de Rafael en el 2010, a espaldas de su familia, se da como una huida desesperada de una situación que empezaba a vivir como intolerable. Al vivir con sus padres contaba con casa y alimento, pero se sentía muy "vacío", "desorientado"; en sus palabras, "no hablaba con nadie, estaba como encerrado, quizás deprimido... además era una ciudad muy fría y yo quería algo más cálido". En ese contexto surge la "vocación religiosa", que él describe como un "enamoramiento". La migración para Rafael tiene el propósito de concretar este sueño religioso, que no solo es vivir en la gracia de Dios, sino –sobre todo– el de pertenecer a una orden religiosa como clérigo católico.

Rafael veía a la vida religiosa de convento con una tremenda ilusión; como una fraternidad perfecta, buena, pura. Al parecer, pensaba que era la oportunidad para sentirse parte de una comunidad / familia que lo iba a aceptar, a cuidar y sobre todo a querer. Buscaba vivir lo que no pudo vivir con sus padres: encontrar un ambiente humano cálido, que no solo lo aloje y lo alimente, sino también que lo mire con amor y le ofrezca un lugar de reconocimiento y admiración.

---

10 Para Freud la libido aludía específicamente al deseo sexual. Sin embargo, el concepto se fue ampliando y ahora se aplica en el argot psicoanalítico, más o menos, a todo deseo que nos moviliza afectivamente hacia algo o alguien, generando un interés especial por vincularnos emocionalmente con aquello que deseamos, lo que se expresa en palabras, acciones, fantasías, etc. En realidad, casi todo puede estar sujeto a 'libidinización': el propio yo, las personas que nos rodean, ciertas cosas que usamos o actividades que realizamos, algunos ideales que tenemos, hasta incluso nuestra propia vida. En fin, todo aquello que en nuestro mundo interior adquiera un interés afectivo especial y movilice un anhelo de cercanía, posesión o cuidado, decimos que está cargado de libido.

## *Proceso psicoterapéutico*

Rafael es uno de esos pacientes que “te quedan dando vueltas por la mente”, como solemos decir los terapeutas para referirnos a aquellos casos que nos dejan invadidos de pensamientos, afectos y preguntas. Recuerdo que luego de la primera entrevista con él, salí interpelado por su aspecto vulnerable; era como un niño adusto en un cuerpo envejecido. Sus defensas de tipo obsesivo, evidenciadas en un relato prolijo que daba rodeos angustiosos antes de llegar al punto de lo que quería decir, me dejaban ver con mayor nitidez aún su extrema fragilidad.

Era común también sentirme preocupado y agotado luego de nuestras primeras sesiones. No era un paciente abiertamente demandante, pero tras estar con él uno quedaba cansado, con la sensación de haber tenido que estar muy atento a su relato y con mucho por hacer para ayudarlo.

Luego de completar una idea o algo que estaba contando, me preguntaba a manera de muletilla: “Me escucha, ¿no?”, por lo que tenía que reafirmarle que sí... que estaba presente y atento para él. Por otro lado, ya en la primera sesión que tuvimos me avisaba que era hipersensible a todos los medicamentos psiquiátricos que le habían administrado a lo largo de su vida, que muchas de las cosas que comenzaba no las completaba y que no se sentía especialmente atraído a relacionarse con las personas. Todo ello empujaba a que uno se cuestione. ¿Qué podré hacer para ayudarlo? ¿Llegará a interesarle o beneficiarlo lo suficiente el espacio terapéutico conmigo como para que decida quedarse en él?

Supe contener en mi interior todas las dudas e incertidumbres del inicio y tomé la alternativa de dejar andar nuestros encuentros y ver qué se iba desplegando en ellos. Psicoterapéuticamente me encontré alternando momentos en que me dejaba guiar libremente por mi intuición con otros en los que el pensamiento y la reflexión tenían más protagonismo. Las sesiones fueron transcurriendo y se fue construyendo con Rafael un vínculo de mayor confianza y apertura de su parte. Su voz se hizo menos tímida, su mirada más serena y su discurso más seguro y directo. Este vínculo permitió, además, que aceptara tener una cita con la psiquiatra del CAPS; no solo ello, sino que empezó a tomar medicación, pudiendo tolerar y sostener un tratamiento durante meses, lo que contribuyó a mejorar su estado de ánimo.

Fui sintiendo (y entendiendo) que lo más importante con Rafael era acercarme con auténtico interés. Cada sesión demostraba mi deseo por escucharlo y saber de él, siendo muy receptivo a lo que tenía por decirme o contarme. Con esto proporcioné un modelo de vínculo diferente al de sus padres: a diferencia de ellos, me ubicaba para él como una figura no solo receptiva a sus contenidos, sino sobre todo afectivamente viva, emocionalmente comprometido y presente. Mi supuesto era que un terapeuta desvitalizado o afectivamente neutro no podría ayudar a un paciente tan primariamente desvitalizado.

Por iniciativa propia, empezó a escribir sus ideas sobre algunos temas que investigaba por Internet durante la semana para conversarlos conmigo en nuestras sesiones. Al contarme sus “hallazgos” semanales sentía cada vez mayor emoción de su parte; yo, por mi lado, le

preguntaba activamente sobre lo que me contaba, le pedía que me ampliara alguna de sus ideas y lo estimulaba a seguir investigando. Para Rafael, más importante que yo le devolviera algo sobre el contenido de lo que traía era encontrarse con mi reacción afectiva cada vez que me relataba sus ideas; lo sentía regocijarse en mis ganas de saber más, percibía cómo su entusiasmo era un reflejo del mío. Parecía sentir que por primera vez tenía un lugar en la mente de alguien.

Así cumplí para él funciones “narcisizantes”<sup>11</sup> que no parece haber hallado con sus padres ni con figuras sustitutorias. Como propone Kohut, se instaló conmigo una transferencia de tipo especular; es decir, buscaba el despliegue exhibicionista de su *self* frente a mis ojos, para que mi mirada le devolviese una imagen del *self* omnipotente. Que el niño viva estas sensaciones e ilusiones en el vínculo con sus padres (objetos primarios) resulta importantísimo para proveerle de un sentido de unidad del *self*, además de ser los cimientos de la valoración personal futura.

En la primera parte del proceso psicoterapéutico, los pensamientos de Rafael giraban en torno a su vocación religiosa frustrada. Trataba de convencerse a sí mismo de que esa vida no era buena para él; más aún, que era mala y perjudicial, ya que en sus palabras los conventos se habían convertido en lugares “tóxicos” y “mundanos”. Al parecer, se defendía de su rabia narcisista por el rechazo sufrido, a través de la escisión y la proyección: todo lo malo y abyecto quedaba del lado de la vida religiosa institucional, mientras él se ubicaba como un ser puro, honesto y lleno de amor que ya no encajaba en ese mundo.

A los pensamientos en torno a su “paulatino desenamoramiento de la vida religiosa” les sucedieron otros que tenían que ver con su futuro y la necesidad de trabajar. En efecto, la última parte del proceso psicoterapéutico giró en torno a una reflexión –más realista, aunque también intensamente angustiante para él por momentos– respecto a lo que anhelaba hacer versus lo que le era posible hacer. Deseaba trabajar, pero lo cierto era que hace treinta años no lo podía hacer, ni siquiera era capaz de bañarse con frecuencia o salir a caminar un poco por los alrededores de la Casa Scalabrini. Por mi lado, yo lo acompañaba en sus reflexiones e intervenía introduciendo, con cuidado, cierto criterio de realidad a sus anhelos, resaltando algún logro que tenía en su rutina diaria (por ejemplo, haberse duchado o haber salido a caminar) o nombrando algún sentimiento que no podía ser nombrado por él.

Este período fue también transferencialmente muy intenso. Rafael reaccionaba frente a alguna modificación o tardanza, aunque fuera mínima, en nuestros horarios de encuentro. También se angustiaba mucho cuando alguna falla en la tecnología postergaba unos minutos los inicios de nuestras sesiones. Para ir preparando nuestra separación, en el último período del proceso pasamos de tener citas semanales a tenerlas cada 15 días, cosa que le afectó anímicamente. Nunca me lo dijo de manera directa, pero su voluntad y su cuerpo lo reflejaban: le empezaron

---

11 Se trata de funciones básicas para la estructuración del *self* propuestas por Kohut. Son aportadas por las figuras primarias (generalmente los padres), quienes deberán empatizar con necesidades del niño que son vitales para la construcción de su identidad y el desarrollo de su amor propio. Según Kohut, las más importantes necesidades tienen que ver con sentirse grandioso y especial frente a la mirada de las figuras primarias, más puntualmente, que esta mirada les confirme lo buenos y poderosos que se sienten; y con percibir que vienen siendo cuidados por unos padres omnipotentes y perfectos, a los cuales idealizar y con los cuales poder identificarse.

a “caer mal” las pastillas psiquiátricas, se quejaba mucho de no tener ganas de nada, de sentir mucho frío y de querer quedarse acostado todo el día, muy abrigado. Además, empezó a ver películas sumamente tristes, melodramas antiguos de cine europeo.

En una sesión quiso contarme sobre una película que lo había impactado particularmente: un niño huérfano de madre, en sus últimos días debido a una enfermedad mortal, le pide a su padre que lo saque del hospital y lo lleve al parque de diversiones, como una última voluntad de vida. Entendí que podía referirse a su historia emocional, ya que gran parte del *self* de Rafael se sentía moribundo por una madre no disponible, afectivamente “muerta”, como lo expresaría André Green. Además, seguro hubiese deseado un padre más cercano con quien identificarse, que lo rescate amorosamente y sea capaz de devolverle algo de la alegría de vivir... como seguramente deseaba que yo no me fuera de su lado en esos momentos en que empezaba a sentirse tan débil y desfalleciente.

Finalmente, Rafael se fue de la Casa Scalabrini buscando un nuevo lugar que lo acogiera. Fueron muchas personas e instituciones a su alrededor las que le prestaron ayuda, tanto con la regularización de sus trámites migratorios como pensándole un nuevo destino. Él mismo también mostró cierta proactividad para financiar su pasaje hacia el sur del Perú, adonde quería ir, con el apoyo de la orden de los hermanos capuchinos. No pude despedirme de él, en buena cuenta porque tuvo una salida intempestiva de la Casa Scalabrini, antes de lo esperado. Al parecer, las despedidas siempre fueron muy duras para él; prefiriendo huir y evitarlas. Esta vez no se iba en busca de una nueva gran ilusión, sino tras otro lugar digno que lo pudiera volver a acoger.

### ***Reflexiones finales***

El impulso del viaje migratorio de Rafael se puede ver como una necesidad desesperada, en una época en la que se encontraba con angustiantes sentimientos de vacío y desorientación, de vivir una experiencia emocional fundamental no vivida antes en el vínculo con sus padres. Como dijimos, en este vínculo inicial se satisfacen muchas necesidades primarias vitales para la constitución de nuestro *self* y su evolución. Pero acaso lo más importante sea que, cuando este vínculo falla, como en el caso de Rafael, la persona no se siente realmente viva por dentro, no desea hacer nada productivo, valioso o creativo. Así zarpó de su país de origen impulsado por los vientos de una búsqueda fundamental: la de un vínculo que le hiciera sentir que merece la pena vivir la propia vida.

Por otro lado, en este tipo de casos los terapeutas nos podemos sentir impotentes, ya que siempre solemos movernos con el objetivo implícito de modificar el mundo interno de nuestro paciente, llevarlo al *insight* y a cambios profundos en su forma de afrontar la vida. Pienso que poco de ello se pudo conseguir con Rafael. Quizás en casos como el suyo debemos conformarnos con recuperar –o tal vez constituir por primera vez– cierta porción pequeña de subjetividad y devolverle a la persona parte de su valor y de su dignidad, aquella que surge del hecho de sentir que eres alguien para otro ser humano.

## Sara

Terapeuta  
**Liz Coronel Llacua**

Adolescente de voz aguda, temerosa, pero con disposición a comunicarse. En un primer encuentro, solo por audio, da una impresión más infantil; me imagino una chica delgada, bajita, quizá por su tendencia a retraerse, a no ocupar espacio, su temor a incomodar. Cuando tengo la oportunidad de verla me impresiona ver a una chica alta, bien desarrollada, pelo decolorado y teñido, con una presencia muy fuerte, aunque se bloquea y guarda silencio la mayor parte del tiempo, respondiendo concisamente a mis intervenciones.

### *Motivo de consulta – Sintomatología*

Sara llega a consulta por solicitud de Nila, su mamá, quien está preocupada por la retracción de su hija. Llegaron de Venezuela hace tres años escapando de la crisis social y económica de su país. Desde que están en Perú, Sara no ha podido estudiar por tener que ocuparse de su hermanita de siete años, quien asiste al colegio. Sara tendría que estar terminando la escuela secundaria, pero se quedó en segundo año. Estaban en trámites para inscribirla en un centro de educación básica alternativa con la idea de que termine más rápido, pero la mamá y la hermana enfermaron de infección urinaria y gastaron los ahorros que tenían.

La mamá cuenta que, desde hace un año, la siente deprimida. Se aísla, se encierra en el cuarto, no quiere salir de la casa ni acompañarlas a los paseos familiares; a veces no quiere comer, anda en pijama, le cuesta ocuparse de su aseo, duerme casi todo el día.

Sara concuerda con lo que su mamá relata, pero cuenta además sobre los ataques de pánico y el insomnio que sufre. La primera vez sucedió unas semanas antes de que llegara a consulta, en casa de su tía, a partir de una discusión con su novio. Casi no recuerda el episodio, le dicen que se tiró al piso, que gritaba, que no podía calmarse. Su familia quedó muy impresionada. La paciente también teme entrar en una relación de pareja violenta, ser dependiente y sumisa.

## *Historia*

Sara es la hija mayor de la pareja. Cuando nace, la mamá deja de trabajar porque su bebé es intolerante a la lactosa, con lo que tiene que darle lactancia materna exclusiva. Nila no vuelve a trabajar fuera de casa hasta su llegada a Lima. La niña se desarrolla con normalidad y es una estudiante muy habilidosa, aprende a leer entre los 4 y 5 años, escribe antes de acabar el preescolar. Ya desde ese tiempo era callada y temerosa, algunos compañeros le pegaban. La inscriben en una escuela de música y expresión artística, lo cual le gusta mucho, forma parte del coro, baila.

Cuando tiene 7 años se mudan a otra localidad y queda muy apenada por tener que dejar el coro. A los 11 le detectaron ovarios poliquísticos y la medicaron con anticonceptivos, tiene períodos menstruales dolorosos y presenta acné severo.

## *Diagnóstico*

Sara sufre el impacto de la acumulación de una serie de eventos disruptivos a raíz de la violencia social en Venezuela y de la migración a Perú, aunadas a la violencia familiar producto de padres con sintomatología depresiva grave. Desde pequeña, bajo amenaza de ser golpeada, maltratada, rechazada o humillada, se ha visto obligada no solo a no expresar su enojo, sino a rechazarlo y reprimirlo. Así, la hostilidad vuelve sobre ella haciéndola sentir culpable y mostrar un carácter más bien retraído y temeroso.

La pelea con su novio actuó como evento desencadenante del ataque de pánico, la rabia tanto tiempo retenida es incrementada haciéndola caer en un estado de desborde. Desde ese momento los ataques de pánico son constantes. La retracción libidinal, pérdida del deseo e interés por las cosas y los sentimientos depresivos muestran tanto su enojo como la poca contención que recibe de su familia.

## *Proceso psicoterapéutico*

Desde el inicio, la paciente se mostró muy dispuesta a la comunicación; sin embargo, la conexión por video le resultaba difícil, la paralizaba. Esto suele pasar en personas que han sido muy violentadas, humilladas. La mirada se vuelve persecutoria, amenaza, juzga, critica, descalifica. Así, decidimos continuar como ella podía, solo por voz. Durante el proceso fueron muchas las veces que tuvimos que adecuar el encuadre para que el análisis fuera posible.

Entramos en conexión a través de los animés, le resultó valioso que me interesara por algo suyo. No eran los animés más conocidos, sino los de mayor complejidad. Casi siempre historias oscuras, trágicas, de un personaje que siendo chico queda solo sea porque sus padres murieron o por abandono. Historias sobre el desamparo y cómo los personajes quedaban a merced de un mundo violento. Le gustaba también que en la trama se insertaran dilemas éticos. En cada

historia se reflejaba algo suyo, me contaba de su temor a la dependencia, de su angustia, de su fragilidad, de su soledad, de sus sentimientos de abandono.

Más bien pronto me habló de sus ideas suicidas y de sus ataques de pánico todas las noches. Esto no podía compartirlo con sus padres por temor al rechazo, se sentía muy lastimada porque su mamá habló del episodio que tuvo en casa de su tía como algo que hizo solamente para llamar la atención. La situación era aguda, el dolor profundo, pero descartamos la medicación porque ella podía hablar, necesitaba ser escuchada, darle lugar y reconocimiento a lo que vivía. El riesgo de la medicación era silenciarla, quitarle el sentido a su padecimiento. En cambio, acordamos vernos dos veces por semana.

Empezó a hablar de su ira. Recuerda que cuando de niña se enojaba hasta ponerse roja de rabia, sus papás le preguntaron al pediatra y este les dijo que solo está buscando llamar la atención, que le pegaran. Así lo hacen y en poco tiempo bastaba con decirle que le iban a pegar para que se calmara. No volvió a mostrar enojo. Hablamos de su impotencia, de su desvalimiento, de la necesidad de complacer a los padres, de no molestar y de cómo la rabia volvía sobre ella a modo de ataque de pánico. Solía tomar en cuenta mis intervenciones, las pensaba, asociaba.

Me contó largamente y en varias ocasiones de la violencia social en Venezuela. Historias de disparos en la calle, matanzas, secuestros, asaltos que se habían vuelto cotidianos. Dejó de ir al colegio en segundo de secundaria porque era muy peligroso, los chicos se peleaban con cuchillos e incluso había disparos. Una de las situaciones que le produjo mayor impacto fue cuando una vecina, madre de una amiga que frecuentaba, entró a su casa de pronto, huyendo. Le pidió a su mamá que la escondiera. Su mamá miró por la ventana, había militares armados, apuntando en esa dirección. Le negó el auxilio por temor, por necesidad de protegerse. La vecina desapareció y tiempo después reapareció, pero desconectada de la realidad, un despojo humano. Vuelven con insistencia las vivencias de desvalimiento, de lo traumático. Hago lo posible por seguir escuchando y decido que va a ser mi última paciente del día. Termino agotada, necesito salir después, dar unas vueltas para limpiarme.

Empieza a traer a las sesiones abundancia de recuerdos. Sobre las relaciones de abuso sexual y maltrato que mantenía con su pareja en la preadolescencia, sobre el rechazo de sus familiares, sobre la soledad, siempre sobre la soledad. La necesidad, la desesperación por un poco de afecto. El colegio, sus dificultades para socializar y la migración son también abordados. Gradualmente va incluyendo el presente, empieza a hacer amigos, participa en un concurso de dibujo, gana, aunque después la acusan de fraude.

Su insomnio, sus ataques de pánico y su retracción con la tendencia a dormir hasta pasadas las seis de la tarde conforman todo un conjunto asociado que responde a su necesidad de preservarse ante el desborde, ante la angustia, ante el enojo y el desvalimiento. No quiere mostrarse a su familia, no se siente contenida, dice que sus papás cambiaron mucho desde que era chica, pero aún no confía en ellos. Se siente más a gusto en casa de su tía que ve espíritus, su prima con epilepsia y su primo con actitud infantil, como si solo ellos, al ser "raros", pudieran comprender algo de lo que le pasa.

Un día me cuenta que adoptó un gato, sus papás se lo permitieron, está contenta. El insomnio va cediendo. Se da cuenta de que ella normalizaba muchas de las situaciones de violencia que vivió, no se percataba de que estaba aterrada; no había tiempo para eso, había que actuar, que protegerse. Siente angustia en la calle, se le torna peligrosa, casi no sale. Los eventuales cortes de agua o de luz por mantenimiento le traen a la memoria los cortes prolongados de su tierra: ¿hasta cuándo estaremos sin luz?, ¿cuándo tendremos agua de nuevo? Se acostumbraron a ir al pozo a buscar agua, a veces encontraban lagartijas viviendo ahí. Ella y su familia tienen miedo de volver a pasar lo mismo.

La paciente siente temor no solo de salir sino de comunicarse, incluso de hablarle al vendedor para comprar algo que necesita. Es por eso que no ha sentido la falta de la escolarización, ni la cuarentena; le han venido bien para calmar su angustia. Ahora que está empezando a salir se acompaña de una amiga, quien es la que habla y elige por ella. Sara no le puede decir que piensa distinto, que le gusta otra cosa. Se debate entre la dependencia y la soledad. Trabajamos los vínculos, la identificación y la alteridad. Va empezando a darse cuenta de que no es necesario pensar igual para quererse.

En un encuentro con los padres, me cuentan de sus temores porque Sara, eventualmente, les dice que se quiere morir. No quieren prestarle atención a eso, se rehúsan a escuchar. Les digo que es algo muy atemorizante, pero que lo que ella necesita precisamente es que la escuchen, que no traten de callarla, que se acerquen afectivamente. El padre, Edgar, se muestra conmovido y culposo por la situación de su hija, dice que él nunca le demostró que la quería, cuenta situaciones violentas de su propia infancia y declara un deseo reparatorio. Ambos aceptan y solicitan un proceso de psicoterapia individual, pero finalmente solo la madre lo toma.

La siguiente vez le cuento a Sara lo preocupados y conmovidos que están sus padres, se sorprende. Los pensaba enojados, persecutorios, indiferentes. Trae la historia de un par de hermanos maltratados por la madre, uno de ellos escapa solo para caer en una banda donde lo torturan “para fortalecerle el carácter”. Entonces desarrolla personalidades múltiples, una sumisa y otra sádica, las dos caras de una misma conflictiva. Situación que representa muy bien el discurso familiar en el que la violencia circula, sea explosivamente o como indiferencia y abandono. A través del animé también elabora su historia con el padre y de este con el abuelo, la repetición transgeneracional de los vínculos violentos.

Empieza a salir con un chico llamado Diego, a su amiga no le gusta y tienen una pelea. Se pregunta por el tipo de relación que establece con sus vínculos más cercanos, siempre quieren decidir por ella, esta vez no ha permitido que sea así. Trabajamos sobre las relaciones de dependencia que suele armar, sobre su temor a ser rechazada, a la soledad. Cuando su mamá se entera también se opone, le prohíbe salir, esto genera discusiones. Tiene miedo de la reacción del papá que aún no sabe, cuenta que en Venezuela a raíz de un novio anterior le pegó con la correa, luego se arrodilló pidiéndole que deje al chico, que le iba a hacer daño. En efecto, cuando se entera reacciona violentamente, dice que lo va a matar o se va a matar él. Grita, amenaza. Sara me llama muy asustada, trabajamos las fantasías y los temores que podría tener

el papá y cómo eso estaría asociado a su relación con los abuelos. Después de ese episodio, el papá no menciona el asunto durante una semana; luego, más tranquilo, le advierte a Sara de sus temores y puede escuchar sus réplicas.

Su relación con Diego va muy bien, es diferente a todas las anteriores, no es celoso ni violento; es más bien pasivo y a veces se deja maltratar. Sara se identifica con él. Trabaja ahora su necesidad de generarle celos, quiere establecer una relación más sana. Vuelve a trabajar sobre las relaciones de dependencia y sometimiento, ahora contándome sobre su primo.

En este punto y cuando la relación con su novio está más consolidada –incluso sus padres lo conocen y lo aceptan–, empieza una serie de sesiones de mucho silencio. Algunas, de silencio casi total. Sin embargo, siempre me escribe puntualmente pidiéndome que la llame. Iniciada la llamada me saluda y luego silencio. Mis asociaciones son múltiples, le comparto algunas de ellas, enfatizándole que son mías y que no tiene que ser así para ella. Es receptiva con lo que le digo, afirma o niega, pero no dice más.

La primera vez de estos largos silencios me cuenta que estuvo muy angustiada porque iba a llegar tarde a casa, pasado el límite horario que le permitían; no pasó nada, no la reprendieron, no la castigaron. Sintió miedo por vivencias pasadas, aún las tiene marcadas en el cuerpo. Pienso en el silencio como la única forma de mantener el control (“todo lo que digas será usado en tu contra”).

A veces me debato entre cuánto debo hablar y cuánto callar, si con mi decir la estaré invadiendo, cortando el hilo de sus pensamientos; o si con mi silencio la estaré abandonando. Se lo comparto. No me responde. Estoy embarazada y se me ocurre que un bebé tampoco habla, pero la madre le habla constantemente sabiendo que lo necesita. Lo acepta. Le hablo de todo el dolor que puede estar contenido en el silencio, la elocuencia del callar, le digo que yo puedo hacer hipótesis, pero no puedo saber lo que significa para ella el silencio, lo que sí puedo es acompañarla a transitarlo. Le recuerdo que no me voy a cansar de esperarla, aunque la distancia torne más enigmático el silencio ya que no puedo ver su gesto; no sé si le incomoda, si lo prefiere. Me parece que no es un silencio tenso y angustiante, sino que le es necesario.

Después de varias sesiones empieza a hablar nuevamente. Está contenta porque la relación con su novio se fortalece más cada día, comparten mucho, se siente acompañada. Incluso su papá la llamó para decirle que está contento de verla feliz. Me cuenta de películas, siempre sobre personajes marginados, sufrientes. Nos despedimos por un tiempo, yo voy a tomar descanso por maternidad.

Cuando retomamos las sesiones, las dos primeras veces trabajamos sobre su relación de pareja. Luego se instala el silencio nuevamente. Le propongo cambiar de aplicación, le digo que por *zoom* podemos compartir pantalla, que puede dibujar ya que le gusta tanto, puede tener la cámara apagada si quiere. Acepta. Nos vemos, nos reconocemos, la sesión fluye más de lo que esperaba. Me muestra sus dibujos, muy profesionales, las cosas que colecciona, su cuarto. Dice que está sorprendida de poder hablar con fluidez por video, que no le suele resultar fácil.

Hacemos una más por video y luego volvemos al audio, le resulta más cómodo.

Las últimas sesiones trabajamos las relaciones con su familia, se muestra cada vez más activa, ha salido del repliegue en el que se encontraba. Está trabajando, sale con el novio, con los primos, hace amigos, tiene una página donde publica los dibujos que hace y está ganando seguidores. Va perdiendo su fobia social y recupera su capacidad de agencia. Me cuenta que a raíz de una pelea con su novio tiene malestar físico, dolor de cabeza, mareos y luego desmayo como anticipando lo que sucedió en nuestra despedida. De pronto cayó muy enferma, con vómitos y mucho malestar, fue una gastritis. Hablamos del dolor de la separación, de cómo impacta el cuerpo. Se trata y se recupera.

### *Reflexiones*

El proceso psicoterapéutico con Sara fue intenso, retador. La primera parte cargado de los relatos de vivencias violentas, inimaginables, que además contaba con naturalidad, habituada a ese discurso, a esas condiciones. Intencionalmente era la última paciente del día, ya que terminaba agotada, impactada por todo aquello que, a veces, me parecía irreal, inhumano, invivible.

Otra gran parte del proceso significó un reto distinto, ella siempre mostró disposición, pero las condiciones de la virtualidad dificultaban la comunicación, sobre todo durante sus extendidos silencios en los que a falta de imagen y presencia física solo podía imaginarla ahí, presente, conmocionada, conmovida por situaciones que la dejaban sin palabras. Solo me quedaba acompañar, en una delicada operación que no la hiciera sentir invadida, pero tampoco abandonada, midiendo cada una de mis intervenciones, poniéndole palabras a eso que se producía entre las dos, acompañando su silencio y hablando con su permiso.

Fue también un proceso muy satisfactorio. Hacia la mitad, cuando pudo hablar de toda la rabia por la violencia sufrida, dejó de sufrir ataques de pánico. Empezó a tener amigos, un nuevo novio con un tipo de relación distinta, afectuosa; aunque, claro, no exenta de problemas. El último mes estuvo trabajando como promotora de ventas, se despertaba temprano y pudo vencer su fobia social. Hablaba de sus deseos, de sus planes. Nos vimos algunas veces, les dio lugar a sus sueños y elaboramos juntas cómo somatizaba el dolor y la angustia que no podía expresar.

## Valeria y Bernardo

Psicoterapeuta

**Carolina Flórez Dyer**

*“Alicia en el país de las maravillas me gustó más (...) porque a Alicia le pasan muchas cosas (...) Huber, mi padrastro, sería como el Sombrero porque estaba en un lugar triste como la cárcel y ahora encima su mamá se murió (...) mi mamá sería como la mamá de Alicia o algo así (...) papi sería el Gato que aparece y desaparece, porque a veces está molesto y se desaparece (...) yo también sería como Alicia, he aventurado mucho” (Valeria, primera sesión).*

### *Impresión inicial*

Cuando empezó el proceso, Valeria tenía 10 años. Es delgada, usa su cabello lacio castaño con un flequillo que le cuesta dominar, tiene la sonrisa amplia y los ojos grandes, listos para comerse el mundo. Al comenzar su terapia, llevaba un año refugiada en Perú, la trajo la madre para visitar a Bernardo, su padre, y la dejó con él. No lo había visto en dos años y medio, y lo extrañaba mucho porque en Venezuela pasaban juntos los fines de semana y se encargaba de comprarle sus cosas. Bernardo afirma que era su consentida, que por eso él ahorró para los pasajes desde Venezuela a Perú porque quería verla, pasar un tiempo con ella.

La historia de Valeria se parece en efecto a la de *Alicia en el País de las Maravillas*, en la que nada es lo que parece. También porque ella puede ser por momentos más grande que todos, y por momentos sentirse impotente y minúscula; y es también un viaje de la niñez a la pubertad en el que ella va descubriendo personajes nuevos con asombro, de los cuales va incorporando aprendizajes y con los cuales va tejiendo relaciones.

### *Motivo de consulta*

El caso lo refirió la ONG Plan Internacional como violencia física y psicológica de Bernardo hacia Valeria. La Flaca –pareja de Bernardo, con la que llevaba siete años– lo había denunciado y lo dejó varado en Perú para irse con otra pareja a Chile. Esto constituyó un primer reto para el abordaje terapéutico: el agresor y la agredida serían atendidos en vínculo. Solo tienen un celular y lo usan cuando están juntos, no cuentan con redes de apoyo ni referentes que puedan intervenir en momentos de crisis.

Cuando fue contactado por trabajo social, Bernardo dijo que el motivo por el cual solicitaban ayuda era por la tristeza que les embargaba tanto a él como a su hija debido a la partida de la Flaca.

## **Historia**

### **¿Cuál sería la historia detrás de la historia en el par padre e hija?**

Bernardo es hijo de una relación paralela que su madre, quien ya tenía dos hijos con otro compromiso, entabló con un señor casado. El padre había llegado a un arreglo con su esposa, de tal manera que vivía de lunes a jueves con ella y de viernes a domingo con la mamá de Bernardo. Sus padres fueron muy estrictos en su crianza, usaron el castigo físico con frecuencia, y la madre quiso que sus hermanos mayores lo cuidaran cuando él tenía la edad de Valeria, pero lamentablemente uno de los hermanos murió en un accidente y el otro tuvo también un trágico destino. Su propia madre murió de un derrame cerebral cuando Bernardo tenía 17 años y desde entonces enfrentó solo los avatares de la vida. Poco tiempo después inició su relación amorosa con la madre de Valeria, con la que tuvo una primera hija que dejaron al cuidado de los abuelos maternos, luego vino Valeria que criaron juntos hasta que ella cumplió los 4 años; después nació Bryan, momento de la relación en la cual Bernardo conoció a la Flaca y se fue con ella.

Sobre su agresividad Bernardo explica:

*Tengo carácter fuerte, pero estoy trabajando en eso, ni yo me reconozco, digo cosas que no siento, me dejo llevar por la rabia. Siempre he sido agresivo, no me gusta que me digan nada, será por la crianza que he recibido. La agresividad también es con la niña desde que vive conmigo, ando en búsqueda de Dios para controlar mi ira. No es todo el tiempo, aunque reconozco que le he pegado con la correa. Más que todo, el tema es verbal, me tiene miedo. Tal vez soy agresivo como una manera de defenderme, no demuestro lo que siento y si lo hago pienso que de repente van a jugar conmigo, no sé. Ahora extraño mucho a mi pareja que se fue sin decir nada. Quiero ir a buscarla a Chile, empezar de cero. No sé estar solo. Solo me queda Valeria.*

Los datos sobre el desarrollo de Valeria fueron consignados con esmero por Bernardo, quien evidencia un buen registro de muchos detalles acerca de su alimentación, crecimiento, sueño, pasatiempos, gustos y preferencias, manifestando que siempre cumplió con la asignación de manutención. Probablemente fue un papá de fin de semana, que compartió buenos momentos con su hija junto a la Flaca, hasta el momento en que le tocó hacerse cargo de ella a tiempo completo.

La vida que llevó Valeria con Carolina, su madre, no fue la mejor. Desde que Bernardo las dejó, ella la descuidó, la castigaba duramente por cualquier detalle. En palabras de la niña: "Mami me pega menos fuerte, solo me deja morados los brazos". Carolina le encargaba el cuidado

de su hermano Bryan, solo compraba cosas para él y la manipulaba para conseguir dinero de Bernardo como si Valeria no fuera su responsabilidad. Ello explicaría por qué la pequeña accedió a quedarse a vivir con su padre y cuán difícil le ha sido encontrar un sentido propio a su vida: "Si dejo a papi ahora que está sin la Flaca, papi se derrumba, no puedo hacerle eso". En otro momento comentó: "Ya no le creo a mami, me dijo que vendría por mí en un año, no contesta mis llamadas, siempre está ocupada, dice que no hay plata para recogerme, ya no creo nada".

Poco se puede decir de la historia de la madre, fue difícil acceder a ella. En la entrevista, no reconocía la gravedad de lo que estaba ocurriendo con su hija, justificó la denuncia de la Flaca aludiendo a que la pareja quiere separar a la hija de su padre, y argumentaba que si Bernardo no podía criar a su hija, era él quien debía recibir tratamiento psicológico para que lo logre, que ella no tenía recursos para mantener más personas y que la terapeuta se encargara del caso.

En hogares que atraviesan privaciones es frecuente encontrar padres que encargan la crianza de alguno o de varios de los hijos a los abuelos. En los casos de migración es aún más frecuente que la familia se fragmente y luego de unos años se vuelva a ensamblar, lo que trae complejidades para adaptarse a un nuevo contexto de país, cambiar de cuidadores, vivir separado de la pareja, manejar la economía a distancia. En este particular caso, lo que llama la atención es que Carolina fue encargando a sus hijas mujeres en hogares distintos, dejando para sí la crianza del niño varón en conjunto con su padrastro y nueva pareja. Daría la impresión de que Carolina y Huber hubieran tomado a Bryan bebé como parte de su proyecto de familia nueva, dejando a Valeria en un pasado al que no querían regresar. Para Bernardo en cambio, que migró a Perú con la Flaca, el hijo de esta y su suegra, Valeria representa algo propio, una especie de frente común para lidiar con lo extranjero, entendido esto último no solo como el territorio nuevo que se habita, sino también como las personas elegidas para convivir y que se sienten perturbadoramente extrañas y ajenas.

También es muy habitual que padres que han experimentado en su crianza el castigo físico y la denigración, lo reproduzcan luego tanto en sus relaciones de pareja como con los hijos, y lo naturalicen como una manera de justificar la dificultad que tienen de conectarse con la ternura. Se sobrevalora la dureza como estrategia para poner límites y se establecen narrativas en las que hay ausencia de contenido afectivo y exposición de las vivencias, con el afán de crear un modelo de autoridad que rija eficientemente el crecimiento de los hijos.

### **Síntomas**

El trabajo terapéutico tuvo en cuenta esta sensación de incomodidad y enojo que producía Valeria tanto en su padre como en su madre, sintiéndola ajena a sus deseos, planes, proyectos de vida, impulsos. De hecho, la historia de *Alicia en el País de las Maravillas* transcurre en un lugar mágico, pero alejado del hogar y de personajes que pertenezcan de algún modo al ámbito familiar, como probablemente se sentía Valeria, viviendo dissociada del dolor que le producía estar en familias como anexo de ellas, generando relaciones con personas de su entorno que

idealizaba y a las que recurrió en muchas ocasiones para recibir protección, consejo, uso de su tiempo libre. Esta actitud le fue bastante útil por momentos, pero en la medida en que el proceso terapéutico fue avanzando y ella se contactó más con su propio enojo por el maltrato recibido, la somatización tuvo lugar, evidenciando la fragilidad de una niña a la que no le estaba permitido poner en palabras ninguna protesta. Finalmente, también echó mano del *acting out* cuando se avizoraba la finalización del proceso, asegurándose con ello de no quedar en el desamparo.

Por su parte, Bernardo inició el tratamiento con una serie de actuaciones producto de su impulsividad y una tristeza rabiosa llena de resentimiento por el abandono de su pareja y por su proyecto de familia trunco, que descargaba en Valeria: pasando más bien a un modo evitativo para reprimir la ira que le causaban los desacuerdos con su hija.

La violencia constituye un modo de no vincularse, de sobreimposición, de dominación, en el que las posibilidades de subjetivación de Otro distinto quedan de lado y, con ello, quedan anuladas las posibilidades de ejercer un poder-potencia en el vínculo que promueve un desarrollo de las personas implicadas. Había que ayudar a la relación padre-hija a reconocerse como diferentes y desde ese lugar subjetivarse, colocarse en una situación actualizada del vínculo en el que se inauguraban como nueva familia por constituirse.

### **Proceso terapéutico**

En la primera parte del proceso se fue armando la confianza básica para que cada uno pudiera develarse con representaciones sobre las personas significativas de sus vidas. Valeria se presentaba en un hogar idealizado, en el que tanto padre, madre, padrastro, madrastra la querían, la cuidaban y velaban por ella. Bernardo también presentaba su vida en pareja como de entendimiento y proyección a futuro, y a sí mismo en su rol paterno como protector y guiando con disciplina a Valeria. Los castigos físicos, abusos, denigraciones estaban normalizados en sus narrativas, como parte de algo constitutivo de las relaciones parentofiliales.

### **Primera viñeta**

- Bernardo dice: "Valeria comía de todo, era gordísima, ahora ¡cómo es para comer! A veces se pone terca, pero como es el carácter mío, la miro tres veces y ella sabe que me estoy enojando y come. Valeria y yo somos ahora un equipo, tenemos que protegernos".
- Valeria responde: "Mi mami es súper, la quiero mucho, siempre me ha dado lo que quiero; bueno, no siempre, en realidad a mi hermanito más bien, él me pegaba y ella no hacía nada. A mí también, no tan duro, solo me dejaba los brazos morados, pero no con la correa". "En Venezuela, mi papi me compraba mi torta favorita, pasaba Navidad en la casa de papi". "Mi mami se llevaba normal con Huber, me decía que él era mi padre y que tenía que respetarlo".

“La Flaca me trataba mejor en Venezuela, en Perú ya no se metía si papi se enojaba conmigo, pero me lavaba la ropa, me daba de comer y me lavaba el pelo”.

Tanto padre como hija vivían en una especie de fantasía y pensamiento mágico en el que la realidad se transformaría por sí misma en algo que les permitiría vivir de mejor manera, con una calidad de vida mejor.

### Otra viñeta

- Valeria explicando un dibujo: “Esta es una casita donde los muñecos cobran vida y la otra es una casa de verdad, donde los padres se fueron y ella se quedó jugando con las mariposas”.
- Bernardo comenta: “Me voy a Chile a probar otra cosa, una nueva vida, la estoy pasando mal, el trabajo me consume todos los días”.

Mientras Valeria se refugiaba en la compañía de nuevos amigos, Bernardo tomaba en exceso; así evitaban estar a solas, recordar su vida anterior, conocerse y descubrirse en sus diferencias. Los dos anhelaban cosas del otro que no se daban: él quería llegar al cuarto en el que vivían, encontrarlo limpio y a Valeria sentada esperándolo; ella quería salir a pasear, un abrazo cariñoso, ayuda con las tareas, que no le dieran órdenes sobre el aseo, el baño, que no le pidieran cuentas sobre su alimentación.

Cuando padre e hija llegaron a Chile, se alojaron en el cuarto de una prima de él, madre de dos varones contemporáneos a Valeria –que fue buena compañía para ambos–, y que ayudó a su primo a conseguir trabajo. Las sesiones por videollamada en contextos de carencia se llevan muchas veces a cabo con otras personas alrededor, lo cual es un desafío para mantener la conexión con pacientes tan pequeños, pero es también una buena oportunidad para integrar el contexto que los atraviesa y constituye. Cuando la alianza es buena, aun siendo pequeños, los pacientes valoran mucho su espacio y se entregan a este. La prima de Bernardo me contó una vez, por ejemplo, cómo denigraba Bernardo a Valeria en su trato cotidiano, y que la madre de la niña había sido informada de la violencia entre ambos sin que hiciera nada al respecto.

En un segundo momento, cuando Bernardo y Valeria empezaron a vivir por su cuenta, se dio un proceso de desidentificación de Valeria respecto a sus padres y también de desidealización de ambos respecto a su relación. Como era de esperarse, la relación con la terapeuta sufrió asimismo sus avatares. En una sesión, Valeria comunicó un sueño:

*(...) soñé algo raro, con la Flaca, con June (la prima de Bernardo), con Ángel (el hijo de June). Era de noche, en la orilla de la playa, me caigo al mar, los demás se quedaron paralizados, el mar era azul, hondo, miedoso, me llevó a una casita en el medio del mar, pero no podía entrar, y vino una lancha que me llevó hasta la orilla donde estaba la casa de mi mamá, pero la llave se me perdió y tampoco pude entrar, volví al mar que me arrastró a la orilla y me esperaba un lobo marino rodeado de huesos de pescado y otra vez encuentro a la Flaca y le digo que tengo cita con mi psicóloga y ella me dice: “¿Quién? ¡La bruja!”. Y me desperté.*

Es un sueño revelador de los esfuerzos por buscar un buen puerto en medio de tanta angustia y entorno amenazador, y aunque la terapia tuvo su lugar, la realidad excedió su alcance.

Las peleas no se hicieron esperar y el clima era tenso y de desconfianza absoluta, tanto que no se conocía la dirección en la que vivían; y, por lo tanto, las redes de apoyo que se habilitaron con el cambio de país no podían activarse mientras no se tendieran puentes de confianza. En Chile se trabajó en alianza con la Vicaría de la Solidaridad y con el Municipio Recoleta para prevenir que la violencia dañara a cualquiera de los miembros de la pareja parentofilial. Fue un trabajo de hormiga, que evidencia la importancia del enfoque transdisciplinario y de profesionales de otros campos como trabajadores sociales, abogados, educadores, psicopedagogos, psiquiatras. Trabajar de manera transdisciplinaria convoca a descolocarse de un lugar de privilegio y aislamiento, y más bien permite acopiar distintos puntos de vista para una intervención integral.

Primero se decidió entregarles una cama-camarote que alivió y creó cierta distancia saludable entre ambos, al menos para descansar y obtener cierta privacidad. La finalidad fue también que personal entrenado consignara la vivienda y tomara contacto con ambos para identificarlos debidamente en caso de emergencia. Se les hizo entrega periódica de alimentos y útiles de aseo, con lo cual se pudo constatar sus condiciones físicas y emocionales. Finalmente, se procedió a brindarles acceso a servicios de educación y salud. Esto último fue fundamental para asegurar la continuidad y seguimiento del proceso con miras a la finalización del programa de refugiados del CAPS. Dado que Valeria ingresaba a un nuevo sistema escolar en Chile, después de haber asistido un año a clases virtuales en Perú, estaba desfasada, casi con tres años de retraso, y la ayuda del padre en tareas escolares complicaba las cosas porque era motivo de agresiones e insultos; así que el programa del CAPS le brindó apoyo psicopedagógico para nivelarse y orientarla en sus tareas escolares.

Padre e hija estaban enfrentados en sus diferencias y forzados a convivir con una realidad de un país que no conocían. Valeria se las arreglaba captando la atención de cuanta persona encontraba en su camino: vecinos, niñas que hallaba en juegos de TikTok, maestros, paisanos conocidos. Bernardo intensificó un consumo problemático de alcohol, que ingería con los compañeros de trabajo diariamente y de manera más intensa los fines de semana. Lamentablemente cuando estaba tan alcoholizado no recordaba la violencia que ejercía contra Valeria, y aunque pedía disculpas no tenía conciencia alguna de lo ocurrido. Es importante señalar que Bernardo aceptó llevar una terapia individual desde el inicio del proceso terapéutico con su hija.

Otro desafío de los tratamientos en casos de violencia es trabajar con la problemática del agresor y descolocarlo de ese lugar, pero no hubo química con el terapeuta asignado. La violencia nos impide percatarnos de que las personas pierden su condición humana cuando dejan de sentir y actúan con crueldad; excluirlos no resuelve el problema. Tampoco lo resuelve asumir una posición omnipotente de control absoluto sobre las condiciones que rodean las situaciones de vulnerabilidad. Estamos en un momento en que tenemos más preguntas que respuestas, momentos de incertidumbre para ensayar alternativas creativas.

Poco a poco llegaron las mejoras, a partir de identificar lo que sentía cada uno: en el caso de

Valeria el rechazo de sus padres, y en el caso de Bernardo el rechazo de la pareja que fue a buscar y no le correspondió, y lo que podían hacer para sentirse mejor el uno con el otro. Un nuevo vínculo comenzó a generarse entre padre e hija, que sintieron menos amenazadora la presentación de sus diferencias y el entorno mismo que en cierto modo los regulaba y acogía. Bernardo dejó de tomar los días de semana y se limitó a sábados y domingos, empezó a compartir sus sentimientos de tristeza con Valeria, sus vivencias de la infancia, a abrazarla cuando llegaba del trabajo, a pintar con ella las portadas de sus cuadernos y trabajos que entregaba en el colegio, a intervenir jugando activamente en las sesiones. La niña empezó también a ocuparse responsablemente de su autocuidado, a bañarse todos los días, a arreglar las camas y el cuarto en el que vivían, a cumplir con sus tareas de colegio. Se respiraba un clima de entendimiento entre los dos.

### *Viñeta de una sesión que ilustra este cambio*

- Valeria dice: “Papi me ha dicho que puede comprarme dos buzos, pero yo veo que a él le faltan zapatos para trabajar, vamos a decidir qué va primero”.
- Bernardo contesta: “Dejé a la niña dormir con las hijas de unos paisanos amigos, para que se distraiga, le hace bien salir”.

Empezaban a decirse contenidos significativos que los obligaban a pensar en aspectos que no habían contemplado.

- Valeria comenta: “Papi estaba criticando a una señora que iba por la calle. Yo le dije: ¿y vos? ¿Vos te has dado cuenta de que criticas y no te gusta que te digan nada?”.
- Bernardo explica: “Me rompió dos vasos la niña, yo le dije: si vos estuvieras con tu mamá te rompe la jeta, vos no entendés que hago esfuerzos. Andáte un rato afuera hasta que se me pase, vos no estás acostumbrada a tener un orden en tu vida, a estudiar, a estar limpia. ¡Es importante, niña!”.

### *Finalización del proceso*

Luego vino el proceso de cierre. Padre e hija vivieron la despedida con mucha resistencia. Valeria había empezado a sangrar por la nariz cuando estaba ansiosa ante una situación alarmante, también dejaba de comer por días, dormía en exceso por las tardes desatendiendo las tareas escolares. Ante estos sucesos, Bernardo la llevó al Centro Comunitario de Salud de Recoleta, previa coordinación con las redes en Chile, y le administraron un cuestionario que dio como resultado que ingresaban ambos como un caso de violencia familiar. El médico general la envió al área de psicología y empezaron las coordinaciones entre ambos terapeutas para derivar el caso cuidadosamente. Sin embargo, tanto Valeria como Bernardo se resistieron a la derivación.

Ella expresó ideación suicida en una de las sesiones y el programa del CAPS intervino con una interconsulta psiquiátrica para evaluar esta actuación que parecía tener su fundamento en varios aspectos: objetos internos que se tornaban persecutorios cuando en la realidad las agresiones habían disminuido considerablemente, ingreso a la pubertad, proceso de finalización de la terapia. La psiquiatra coincidió en que era una niña con muchos recursos, encontrando más bien que Bernardo estaba deprimido. Cuando hay interconsultas psiquiátricas con menores, se requiere del consentimiento del adulto para realizarlas y en contextos de precariedad es difícil que los menores puedan expresarse en sus sentimientos con privacidad a través de las videollamadas. Es importante incluir en la mirada del profesional a cuidadores y menores para determinar bien el buen uso de la medicación.

Bernardo comenzó a entristecerse nuevamente, a intensificar su consumo de alcohol los fines de semana. Después de un par de semanas en las que Internet falló y no se pudieron tener las sesiones de terapia, Valeria apareció con cortes en las muñecas y señales claras en el cuello de haberse intentado ahorcar con la correa del padre. Su tío materno había llegado a Chile en esos días y fue el que reclamó la presencia de la madre. La familia entera estaba alarmada ante estos sucesos. En las sesiones que siguieron Valeria conectó con sentimientos de decepción por la finalización de su proceso, desamparo y vulnerabilidad. Por momentos mostraba gran ansiedad, trabajando con plastilina y otros productos, y por momentos decaimiento, quedándose dormida en los últimos minutos pegando su cabeza a la pantalla del dispositivo.

Cuando la madre llegó a Chile, padre e hija se mostraron más animados en las sesiones y la incluyeron en algunos de los juegos. Sin embargo, una escena fue impactante: la noche en que la madre llegaba a Santiago, Valeria primero, pero luego Bernardo también, mostraban en sesión videos de huracanes, *tsunamis*, derrumbes de puentes, imágenes catastróficas que contrastaban con el clima esperanzador que supuestamente se genera con la llegada de alguien que se aguarda con ansias porque proveerá un bienestar. Un par de meses después de finalizado el proceso, un mensaje de texto de Valeria dirigido a la terapeuta confirmó la sensación de que la violencia continúa circulando en la familia: la madre le deseaba la muerte a su hija y le decía que no servía para nada.

### *Reflexiones finales*

#### **¿Cuándo se cierra un proceso violento en una familia? ¿Qué se cierra cuando un proceso finaliza?**

Son preguntas que como terapeutas y en trabajo de equipo nos hacemos permanentemente con casos tan complejos como el presentado. Ciertas limitaciones, como el alcance de un proyecto, por ejemplo (se tuvo que solicitar a ACNUR continuar un tiempo más con el caso), pueden poner en riesgo grave a personas vulnerables como esta pareja parentofilial.

## Zoila

Terapeuta  
**Elsa León Grillo**

### *Presentación del caso*

Atendí a Zoila (30) todo el tiempo por teléfono. Su voz es pausada, me produjo inicialmente una sensación de tranquilidad, la que varió hacia inquietud cuando escuché como si hiciera un esfuerzo para producir la palabra que seguía, como si su dicción se “atracara”, pero continuaba llegando a ser firme; oscilación constante y marcada de ambas sensaciones que con el transcurrir del tiempo me hizo pensar en la similitud que podría tener con la oscilación de sus estados de ánimo, de sus actitudes, de cómo ella percibe y reacciona ante sus vivencias internas y ante las situaciones externas.

Cuando puso su foto en su perfil me encontré con su cara de piel morena, pelo negro crespo, ojos negros. Su expresión sonriente, de lado, me impresionó como un tanto misteriosa; dando cuenta del sutil, aunque agudo sentido del humor y de no darse a conocer abiertamente.

Hace tres años que está en Perú, vino por decisión propia, planificada, “por mis hijos”, los que transitoriamente quedaron a cargo de sus abuelos maternos. Le iba muy bien antes de la pandemia, llegó a tener un emprendimiento propio que perdió durante la cuarentena, luego trabajó en una tienda de artículos para caballeros donde conoció a su pareja actual, a quien llamaré Pepe. Al perder el empleo y mientras encontraba otro, cuando iniciamos contacto estaba limpiando casas, vendiendo lo que podía; tenía deudas y no podía cubrir los envíos para la comida de sus hijos y de sus padres a los que mantenía. Convive con su novio “como compañía, pero no tengo casi compañía”. Migró con su pareja de entonces, a la que dejó por la actual.

### *Motivo de consulta*

No tenía dinero para enviar y su madre la presionaba. “Colapsé, pasé muchos días enferma, con dolor de cabeza, diarrea, vómitos, tensión alta, taquicardia, mariposas en el estómago y nervios, susto. Pedí voluntariamente [la atención] porque yo estoy sola aquí en Perú, conozco gente peruana y venezolana pero no me da la confianza... como han ocurrido tantas cosas en

Venezuela temo mucho, preferí ayuda psicológica porque me desespero, me pongo a llorar, a pensar cosas que no debo [¿cómo qué?, le pregunté], como para qué seguir viviendo”.

“He estado muy irritable, si me hablan siento que se están metiendo conmigo, no sé qué hacer, me he apartado mucho de la sociedad, a la gente que me escribe no le respondo, solo a mi mamá y a mis hijos”. Opina que todo esto es a consecuencia de los problemas que tiene. “Yo no soy así” añade.

### *Reseña de historia personal y familiar*

Zoila nació de la relación de su padre con su madre cuando él estaba casado. “Mi mamá fue su amante, pensé que eran esposos separados”, me hizo sentir el dolor al escuchar su relato. Desde entonces habría enfrentado con fortaleza las dificultades a pesar del sufrimiento y tristeza que le puedan causar. Buscó a su padre, fue a su casa y se encontró con que tenía esposa e hijos; a partir de entonces mantuvo vínculos con él y la esposa la acogió –hasta el día de hoy puede recurrir a ellos– en su casa invitándola de visita, a pasar vacaciones, a viajar con la familia hasta que un día, cuando tenía 9 años, presencié cómo su padre, borracho, agarró a golpes a su madrastra y a sus cuatro hijos. Desde entonces “ya no fue igual”, cuando esto sucedía Zoila se ponía cerca de ella que “es un amor, yo le decía mamá”.

Su vida diaria era con su madre, un tío y una tía que la cuidaban cuando podían, porque su madre trabajaba durante todo el día y ellos tenían jornadas de trabajo menos exigentes. La describe como autoritaria: “Quería que todo fuera a la voluntad de ella”. Sentía que intervino en su niñez para marcar restricciones, impidiéndole acceder a clases de ballet, hacer deporte como deseaba, salir a jugar con sus amiguitas, no la dejaba tener una mascota; cuando adolescente tampoco podía salir, sino que debía quedarse haciendo las tareas domésticas. Zoila reaccionaba dándole la contra, entonces la golpeaba. Situaciones que derivaron según relata en que se fuera de su casa el mismo día en que cumplió 18 años.

Cuando tuvo su casa y su familia su madre llegaba y se quedaba días imponiendo sus decisiones, no podía hacer reuniones cuando ella estaba, tenía que decirle que se fuera y se iba llorando. “Me llevo bien desde que estoy acá porque la extraño mucho”. Desde los 2 años tiene un padrastro que la crio “y no me tocó ni un pelo, es mi papá, aunque no de sangre”. Al dejar la casa materna vivió un año con su padre biológico, estudiaba en la universidad y tenía dos trabajos. Fue entonces que conoció al padre de sus hijos con quien estuvo diez años. Cuando iba a dar a luz a su primer hijo ya tenía una casa propia porque “siempre fui trabajadora y negociante, donde haya dinero ahí estoy yo”. Por ese tiempo empezaron los maltratos físicos por parte de su esposo, que se fueron incrementando hasta que la golpeó dejándola casi sin sentido. “Me pudo haber matado”. En este relato me llama la atención la “neutralidad” con la que cuenta los maltratos; lo entenderemos luego.

Llamó a la policía y a su padre biológico que la fue a buscar, “como que me protegió, hasta me pidió perdón”. Se quiso suicidar. “Estaba paranoide, lo veía [al agresor] en todas las esquinas.

Creo que mis problemas vienen por esa situación, el trauma con él". Pasó por una cura de sueño y tratamiento psicológico. Su madre la acompañó y atendió durante este tratamiento, opina que debió haberse "impuesto" evitando que tuviera la relación que mantuvo con el padre de sus hijos. Entonces decidió variar completamente su vida, se dio cuenta de que no era "normal" lo que había dejado que sucediera con su esposo, se propuso "no dejar que nadie me maltrate".

La segunda vez que pidió ayuda psicológica fue cuando se separó de sus hijos antes de venir a Perú, ejemplo de la capacidad de anticipación y prevención que posee. Otra muestra de ello, en este caso de orden práctico, es cuando llegó a Tumbes. A su pedido, una amiga en Lima solicitó la cita para el carnet de extranjería a la que acudió al día siguiente de llegar. La amiga lo pagó y Zoila le devolvió el dinero cuando empezó a trabajar. "Tengo todo organizado, nada me agarra desprevenida", dice ante mi reconocimiento a su capacidad de anticipación y eficiencia. ¿Función yoica que se mantiene organizada?

### *Comprensión del caso*

Cuando pidió atención psicológica lo hizo sabiendo de qué se trataba: había tenido dos tratamientos en su país que le fueron de mucha ayuda y los valora. Esta vez, como no sabía dónde podía encontrarla, escribió a todas las ONG de las que tenía referencias, dando cuenta de su demanda, así como del reaseguramiento que hace para satisfacerla. Me dijo que nuestro centro fue el que le respondió primero, lo que agradece, característica marcada y constante en ella. Se comprometió con su psicoterapia de una forma muy responsable, cumplida, como lo hace en las diferentes áreas de su vida. También demuestra marcada persistencia en lo que planifica y a lo que se aboca.

Las dificultades por las que pasaba cuando llegó a consulta se produjeron sobre una historia personal familiar difícil, tanto en su familia de origen como en la familia que formó. En su infancia vivió con su madre, tío y tía (hermanos de ella). La madre "trabajaba todo el día", los tíos estaban más tiempo con ella, pero siente que tuvo espacios de mucha soledad, que se actualizaban, evidenciando carencias en su primera infancia por la ausencia de sus figuras paternas y quizás rechazo; todo lo cual nos permite pensar en un funcionamiento psíquico a niveles primarios y con los mecanismos defensivos correspondientes. Sin embargo, recuerda que la relación con los tíos fue mejor que con la madre, sintió afecto y cierta contención de su parte, sustitivamente; así como con su padre y la esposa de este.

Cuando vivió con el padre de sus hijos también fue maltratada físicamente. Reaccionó con el tratamiento que tuvo después de la ruptura y la denuncia a la pareja, y habría coadyuvado la presencia de las figuras paternas que la cuidaron en ese tránsito [¿reparando?]. Decide hacer un cambio "total" de vida. Viene al Perú, le va bien, pero con la pandemia decae su economía y hace una crisis con los síntomas descritos; sin embargo, sabía que había una salida y buscó ayuda.

Llamó la atención la relación con apertura que estableció en la primera sesión, a diferencia del alejamiento de las personas que describió en su motivo de consulta. No obstante, su desconfianza en los vínculos se habría puesto de manifiesto cuando después de esta primera sesión se replegó, ausentándose; aunque mostró tener un potencial que recuperamos a raíz de la insistencia inicial que intuitivamente realicé para establecer esta relación. Potencial que se puso en evidencia durante el tiempo de la terapia en la relación terapéutica y con su conviviente de quien desconfiaba, llegando a tener “delirios” sobre su pasado, para luego ir restableciendo la comunicación y la confianza al punto de que él salió del país por un mes y ella me dijo que le estaba dando un “voto de confianza”; esto a las finales de la psicoterapia.

Su personalidad golpeada presenta contrastes, tiene aspectos que son su fortaleza y al mismo tiempo formas defensivas más bien primarias, puede llegar a perder el sentido de realidad cuando tiene dificultades, y presenta reacciones psicósomáticas variadas y simultáneas.

Al conocerla, su funcionamiento psicosocial se hallaba disminuido, pero su recuperación fue evidente, favorecida a mi entender porque consiguió un trabajo estable a las pocas semanas de iniciar nuestro trabajo.

## *Proceso psicoterapéutico*

### **Primera etapa**

Se inició con una sesión en la que contó su historia con los duros episodios descritos anteriormente. Las dos sesiones siguientes no se concretaron; para la primera me dijo que tuvo que salir por un imprevisto, que olvidó el teléfono, que estaba en la calle, por eso no respondió a las llamadas. Insistí, reencuadré, pero a la siguiente sesión tampoco respondió a su hora, y sí a la segunda llamada que le hice ese día. Al parecer mi insistencia le habría transmitido mi interés –consciente en mí–, aunque no sabía exactamente por qué lo hacía: probablemente era puro sentimiento a partir de escuchar su historia, su voz. ¿Que con ella había que insistir? ¿Capté que era lo que necesitaba? A partir de entonces fue muy cumplida con todas las sesiones, más bien apareció su demanda.

Por ese tiempo consiguió un trabajo que mantuvo a pesar de las condiciones extremas que le impusieron: exigencias de horarios, malos tratos, inicialmente intención de recorte de sus honorarios. Lo conservó por el objetivo de traer a sus hijos y poco a poco fue haciendo valer sus derechos mediante su actitud y el conocimiento de las leyes. En lo que respecta a la ejecución de su trabajo desplegó sus inseguridades, pero también sus recursos; por ejemplo, cuando se equivocaba pedía que le dieran otra oportunidad explicando a los empleadores que eran sus nervios, que lo lograría y así fue.

Volvió a comunicarse con su pareja, con quien llevaba tres años sin hablar. Proyectaba en él su mutismo mientras tenía fantasías persecutorias. “Hasta pensé que podría ser un estafador”, “un loco maniático que vendía órganos”. Reflexiona: “Me imagino cosas y cuando me imagino

creo que son". "Antes de hablar con ustedes creía todo malo de Pepe". Lo describía como poco amoroso, aunque presente siempre, colaborador en casa; va reconociendo que la acoge cuando está temerosa, le hace el almuerzo cuando está "súper explotada en el trabajo"; mientras que ella le ha enseñado a dormir cerca, a darse las buenas noches con un beso que él corresponde.

Da a conocer su explosividad: "Con él me molesto demasiado, me descontrolo", y su control (identificación con su madre): "Le organizo su vida porque nunca me dice que no ni me reclama". Pero también hay una escena de maltrato físico por parte de él, que parece casual como si fuera un juego, que ella no avizoró como tal hasta que lo trajo a sesión y la alerté además de aprovechar la oportunidad para trabajar este aspecto que tenía que ver con los maltratos anteriormente vividos a los que sí reconocía como tales, pero no a este. Primero reaccionó defendiéndolo, diciéndome que no tenía antecedentes, que lo investigó antes de irse a vivir con él. Asociando, recordó algo que en su momento le llamó la atención, pero lo dejó pasar: en las relaciones sexuales la pellizcaba, le jalaba el pelo, era "brusco"; aunque le dolía, lo fue aceptando y gustando de ello.

Fue muy importante trabajar el riesgo de repetición de la violencia física y sobre todo la oportunidad de profundizar en las raíces. Contamos con la importante colaboración de la trabajadora social, me pareció que la había terminado de convencer acerca del riesgo que corría, le quedó grabado lo que le dijo: "No puede volver a suceder". Así, ¿pudimos protegerla de sus impulsos internos y de los riesgos externos? Es decir, habría persistido la ¿disposición? a recibir maltratos físicos, instalada en su infancia y adolescencia, viviéndolos como naturalizados de forma inconsciente, incluso cuando conscientemente venía defendiéndose de ello aunque describiendo los anteriores con "neutralidad". Le dijo a su pareja que eso era agresión y él dejó de hacerlo; la conducta reapareció en una ocasión posterior en la que también lo frenó. Luego fue tratando temas domésticos de coordinación de los oficios, haciéndome sentir que lo estaba provocando y se lo dije. Me respondió que lo mismo le había dicho una psicóloga en su país, "que yo activaba la violencia de mi pareja".

En ese entonces trajo la temática de la presión que su madre ejercía para que le envié más dinero. Asoció estas actitudes de su madre para con ella, resaltando entonces el reclamo por no haber intervenido en su vida cuando sintió que fue necesario y más bien "meterse" en esta ocasión, cuando no correspondía: "No me dejaba ser, todo era como ella quería". No le permitía tener amigas, ni ir a fiestas, ni hacer deporte, sino debía quedarse en casa haciendo juntas las tareas domésticas. Transferencialmente, Zoila me reclamó tres minutos de retraso que tuve, contabilizados y verbalizados por ella.

En estos días se mantienen sus miedos de salir a la calle, se desorienta y siente que se va a caer. "Pensé que era el fin del mundo", recuerda, cuando caminando en una plaza que tiene losetas con diseños geométricos sintió que se estaba hundiendo, que iba a caerse, se desesperó. Dejó de sentir el miedo que le produjo esta experiencia cuando su pareja le dio un "abrazo apretado, ya no sentí miedo ni por un segundo". Estaba gestando la cercanía con ambos, pareja y psicoterapeuta, con demandas y utilizándolas para cubrir sus necesidades.

En el trabajo se sentía oprimida, le subía la presión y le daba insomnio; lo relaciona. Va afrontando situaciones tales como aclarar que el reemplazo a otro trabajador ha de redundar en mayor pago, que respeten su horario. Conoce las leyes y hace escuchar su reclamo. Al cabo de dos semanas podrá decir que va tomando las cosas con calma, que la empleadora reconoce sus derechos. Las condiciones que relata son de mucha exigencia y, terminando la primera etapa del tratamiento, siente un día que se va a desmayar y lo controla. Ya no piensa que la persiguen, pero se mantiene el temblor de las manos; es aquí que asocia y me cuenta que consumió drogas y sentía el mismo efecto hasta llegar a alucinar. Los miedos son iguales, las ganas de suicidarse.

En esta sesión sigue quejándose de la pareja, de asuntos domésticos, que no la lleva a pasear, como si hubiera aparecido un aspecto destructivo dirigido hacia los logros que iba obteniendo, como si este lado suyo de la escisión no aceptara ¿envidiara? al otro vital y amoroso de su relación. Al elaborarlo dijo: "Todas las cosas las siento mal, nunca del lado positivo, me ahogo en un vaso de agua". "Tiene que ayudarme a especificar mis sentimientos", me pide.

Hemos trabajado con psiquiatría desde el inicio. A su estilo desconfiado, Zoila ha pensado en ocasiones que las pastillas eran las que le producían una reacción somática o confusión. Lo que orientó el trabajo en esta primera etapa del tratamiento fue la escucha paciente de sus relatos, a veces confusos, a veces densos, siempre interesantes [genera interés y afecto]; también utilizando el apoyo de resaltar sus recursos, favoreciendo sus asociaciones.

Me queda claro que ha desarrollado un sistema de autoprotección, lo vimos en la relación con sus empleadores, con su pareja al decirle que no le iba a permitir ningún maltrato.

Los síntomas psicósomáticos aparecieron floridamente en este tiempo, luego, y hasta ahora cuando atraviesa situaciones estresantes. Muestra también otro tipo de reacciones que tienen que ver con el cuerpo, se cae en la calle dos veces, dice que se le enredaron los pies, tiene miedo de cruzar la pista, no sube al micro porque no quiere estar con la gente. Al ocurrir estos eventos contó del asesinato del padre de sus hijos y del cuerpo desaparecido. "A raíz de que murió empecé a sentir miedo": de que se puedan morir sus hijos, de quedarse sola en el mundo, por momentos teme que aparezca y se los lleve; a todo esto, ella lo denomina "locura". Supo que en efecto lo amenazaron de muerte porque la llamó a pedirle dinero y no se lo mandó; se sintió culpable, aunque después entendió que igual hubiera pasado porque estaba en cosas turbias. Hay testigos de que le dispararon, pero como sucede cuando no aparece el cuerpo de alguien, los deudos pueden pensar que no está muerto y tener fantasías diversas de apariciones.

La desconfianza hacia la pareja, que se percibió al inicio de este período con la psicoterapeuta, la habría ido transformando poniendo a prueba a las personas a ver si podía confiar y lo fue haciendo. Manifestó su inseguridad, así como su potencial de recuperación y sus recursos para conseguirlo.

## **Segunda etapa**

Los síntomas descritos líneas arriba se distanciaron en el tiempo en esta segunda etapa, predominando más bien la confusión, la pérdida de conciencia en una ocasión; es decir, reacciones primarias que se condicen con el estadio de funcionamiento mental que venimos señalando.

Recuerda que luego de su tratamiento por cura de sueño, época en que se había separado y no tenía ingresos, "estaba paranoide". En la terapia aparece su demanda de una manera intensa; por ejemplo, cuando me escribe en el momento en que la estoy llamando, a la hora exacta de su sesión, diciéndome que estamos en la hora. Al avanzar en su proceso habría develado transferencialmente la intensidad de sus carencias afectivas y su vehemente demanda de afecto. Hubo una sesión a la que le puse por título: "Peleando por dinero mientras aprende a reconocer que la quieren"; sesión que estuvo plagada de reclamos a su pareja por no haber comprado nada para el cuarto, le pide que la mantenga a ella y a sus hijos que traerá de Venezuela, compite con los hijos de él y con su exesposa, a quienes les da "todo". "Siento que no me quiere, que le doy lástima, como sabe que estoy sola".

Él la engríe preparando o llevándole comida que le gusta, limpiando el cuarto. Parecía que iba creyendo en él, período que culmina con la decisión de traer a los hijos de ella. "Pensé que no me iba a apoyar, más bien ha hablado con los niños, él es de hechos, no de palabras". Le satisfizo el apoyo específicamente cuando le dijo que los hijos tienen que estar con su mamá. "Desde ese día yo creo que mi pensamiento hacia él cambió, desde que yo hablé con Pepe con respecto a los niños ya no se expresa como que no me incluía en sus asuntos, habla en familia. Les dijo: 'aquí van a tener deberes y obligaciones, también papá'. Los niños van a venir sí o sí". Los niños [¿y Zoila como reparando?] tienen papá y mamá. También dijo: "Jamás pensé que lo iba a presionar así porque para traer a mis hijos necesito la ayuda de él, lo estoy obligando, lo tengo entre la espada y la pared". Sus aspectos dominantes, el otro lado de la víctima.

Ha iniciado los trámites para traer a sus hijos, la representan en su afán reparatorio, también agradecido: "Tengo que apoyarlo como él a mí". Ante nuevos desacuerdos económicos conversan, pelean, se ponen de acuerdo: "Estamos pasando por episodios que pasan todas las parejas porque él ha tenido la posibilidad de irse y no se ha ido".

En el trabajo se siguen suscitado dificultades por las condiciones que le imponen y porque le faltan al respeto. Arguye constantemente utilizando sus mejores formas y aprende "estrategias" para hablarles a los empleadores. Llegando el momento en el que cambian el trato que le dan y siente que le tienen más confianza. Trae algo que también sucedió en esos días, escuchó que la madre de su pareja le preguntó por ella: "O sea que sí existo, yo no sabía que existía para ella". Impresionante expresión transferencial desplazada. Qué momento tan especial y oportuno como para profundizar en sus sentimientos infantiles.

### **Tercera etapa**

Existe, necesita sentir y confirmar que es querida. A lo largo de todo su proceso psicoterapéutico, de una manera constante y repetitiva –quizás no insertada tan claramente en este relato–, aparecieron reclamos materiales y económicos a su pareja, generalmente con el argumento de que “el hombre paga todo, en Venezuela es así”; en otras ocasiones discuten por los montos que cada uno aportaría, cuando no llegan a los acuerdos que ella plantea le dice: “Si no te gusta te vas”. Interpreté que estos reclamos representarían la necesidad de Zoila de confirmar que su pareja la quiere, como si no le fuera suficiente recibir el afecto de él o como si su demanda fuera tal que no se satisface; confirmar porque al mismo tiempo describe situaciones de cercanía, conversan como no lo hacían, se muestra contenta con eso. A su vez es capaz de terminar las peleas con humor, a lo que añadió: “Antes me llevaba muy mal con Pepe”.

Vincula sus reclamos con el padre de sus hijos, época en la que ella tenía más de un trabajo y él hacía las tareas de la casa solamente cuando quería. “Creo que estoy a la defensiva con él, no quiero que suceda lo mismo que sucedió con el papá de mis hijos. Como le permití tanto al papá de mis hijos tuve la culpa, con Pepe decidí hacer un hogar y estoy tratando de que seamos una buena pareja”.

En una discusión fuerte le dijo: “Tengo tres años contigo y no he avanzado nada... me empiezo a acordar de todo y saco todo”; se da cuenta de que cuando explota mezcla “todo” y ofende “mucho”. Para no hacerlo se calla en el momento, pero se carga, acumula. “Tengo miedo, pero es porque yo me impongo”: miedo a su propio poder y violencia. De ser la agredida pasa a ser la agresora, completando el círculo de la violencia. Hace *insight*.

En adelante dirá: “Pero he puesto en una balanza, él cumple sus obligaciones aquí, no me falta el respeto, no me golpea, ni dice malas palabras, ha sacado una tarjeta de crédito para mí. Yo soy A1 con él porque no estoy fallando en nada”. Compró televisión y camas para los niños, coordinan su espacio de privacidad. “Ya tengo tranquilidad, ya me siento segura”.

En la última etapa del tratamiento ha tenido como material básicamente traer a sus hijos. Dice que ha estado un poco alterada, con ansiedad, con mucho temblor en las manos, “por la organización del viaje... no tengo alucinaciones, pero en estos días me asusté con mi sombra”.

Durante los preparativos se imaginaba a los niños en Lima en situaciones idealizadas que no le era posible percibir como tales, se sorprendió cuando la convoqué a pensar sobre bases de realidad y anticipar circunstancias posibles menos ilusorias: el reencuentro, la separación de los abuelos, lo que sería la adaptación, etc. Se mostró renuente, luego dijo que se sentía susceptible, llora bastante y está “como” deprimida, cree que es por el viaje. Pepe la abraza, la tranquiliza, le compra el postre que le gusta. Acepta mis señalamientos. Se confronta con que no conoce a sus hijos, no sabe qué comprarles de comida, qué les gusta, “claro, sí son tres años que yo no sé de ellos”. Luego me dirá que le molestó, pero que tenía razón.

Tuvo momentos de confusión cuando los tomó a su cargo, fue en el aeropuerto al haberse despedido de sus familiares que perdió los documentos antes de abordar el avión. No los

encontraba, se le trabaron las manos y el pensamiento, pero Pepe lo resolvió virtualmente, “No pude hacer el *checking* sin Pepe”. Además, la estuvo acompañando comunicándose. “Me ha dejado impresionada su comportamiento, jamás pensé, siempre estuvo muy pendiente” durante todo el viaje, desde que se separaron en Lima hasta el regreso atendiendo las necesidades de ella. Instalados, Pepe juega y ve películas infantiles con los niños.

Ella consigue otro trabajo a medio tiempo con menos paga, en vez de otro mejor a tiempo completo que la alejaría todo el día de sus hijos. Busca sanar algunas heridas propias y de ellos, sienten que los abandonó y además tienen serias dificultades en su desarrollo y traumas por tratar.

Como hemos mencionado, Zoila utiliza todos los recursos que puede para cubrir sus necesidades. Así, ha ido pidiendo a la institución diversos apoyos a través de trabajo social, se permitía llamar y hacer directamente sus pedidos, en ocasiones insistiendo y llenando nuestros WhatsApp con notas. Tuvo la atención de psiquiatría desde los inicios.

### **Reflexiones**

Zoila vino al Perú a empezar una nueva vida, ha pasado por situaciones difíciles que ha ido enfrentando con fortaleza. Ha puesto mucho interés en su psicoterapia, primero la ha buscado, luego ha establecido una sólida alianza de trabajo, con mucha responsabilidad; este es un caso en el cual los recursos y la disposición de la paciente para procesar sus dificultades fueron de fundamental importancia para su desarrollo.

Mantiene aspectos de su personalidad que necesitan seguir evolucionando, se angustia al punto de desorganizarse, tiene reacciones psicósomáticas, tiende a la idealización y a la omnipotencia; esta última le sirve como defensa ante sus miedos y como ayuda cuando la utiliza en pequeñas dosis para enfrentar obstáculos. En situaciones o condiciones que le generan inseguridad o conflicto puede oscilar cognitivamente entre una mediación de realidad y de fantasía. Demanda para cubrir sus necesidades, puede llegar a reconocer el afecto que recibe. Tiene reacciones explosivas, las que ahora le dan “miedo”, lo que despertó la necesidad de controlarlas.

Su desenvolvimiento psicosocial es eficiente a pesar de sus condiciones actuales, de las secuelas de experiencias pasadas, de su funcionamiento mental. Valora su inteligencia, sus recursos internos y hábitos de trabajo, responsabilidad, humor, tesón y persistencia.

Su objetivo al venir al Perú fue ver por el futuro de sus hijos, transitoriamente los dejó con sus padres, los mantuvo todo el tiempo en que estuvieron separados y luego logró traerlos. Hoy en día está trabajando en su adaptación a país y a ella misma, para lo que cuenta con el apoyo del CAPS en terapia familiar.



# Anexo

## INSTRUMENTO DE INDAGACIÓN SOBRE EL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

### PSICOTERAPIA

#### Modelo de 12 sesiones más recontratos

#### SUSTENTACIÓN

El modelo de 12 sesiones con posibilidad de recontratos (12ss +) es una modalidad terapéutica psicodinámica que se ajusta a las características de la población asistida.

Se trata de sesiones semanales que implican tener en cuenta el encuadre y plan de tratamiento para cada paciente, fomentando la alianza de trabajo, así como la combinación de intervenciones de apoyo e intervenciones hacia el *insight*.

El promedio de sesiones de los pacientes del CAPS es de 10 a 12, habiendo varios que dejan de asistir en las primeras. En contraste, un número menor de pacientes supera las 24 sesiones. En consecuencia, se busca que terapeuta y paciente puedan evaluar las metas terapéuticas, así como la motivación para sostener un tratamiento acotado en el tiempo y los objetivos.

En general, las primeras cuatro sesiones ayudan a que el terapeuta pueda plantear el encuadre, esclarecer el motivo de consulta, tener una impresión de las fortalezas y dificultades del paciente, plantear un primer diagnóstico, ir estableciendo las bases de la alianza de trabajo y proponer un número de sesiones / meses de tratamiento que explicitará un límite de duración.

Aquellos pacientes que no quisieran continuar con el tratamiento podrían irse mínimamente con una devolución y la noción de que pueden regresar cuando lo deseen.

La modalidad de 12ss + permite un cierre al final del período convenido o la continuación del tratamiento por otras 12 sesiones o por el número que explícitamente acuerden paciente y terapeuta.

Antes de la evaluación en la fase de terminación o cierre es recomendable que haya un intercambio de apreciaciones entre la psicóloga tratante, la trabajadora social y en lo posible todos los profesionales involucrados en el tratamiento.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Utilizó desde el principio el marco acotado de 12 sesiones o dio por hecho que utilizaría el tope de 40 sesiones?

En la práctica, ¿utilizó un marco de psicoterapia con duración abierta semanal o tuvo presente desde un inicio que estaba en el marco de una psicoterapia con tiempos limitados y uso de recontratos?

¿Trabajó igual con 12 sesiones y recontratos que con procesos abiertos?

¿Por qué cree que algunos pacientes se van antes de las 40 sesiones?

¿Qué pasa con aquellos a quienes las 40 sesiones les quedan cortas?

¿Para qué casos no son suficientes?

¿Cómo entiende el proceso de finalización? ¿Sabe cuándo reintroducir el límite de tiempo en procesos que han ido más allá de 24 sesiones?

¿Considera que el modelo de 12 sesiones y recontratos es el indicado o para su práctica en el CAPS debería pensarse en otro(s) modelo(s) que se ajusten a los pacientes?

## EVALUACIÓN

### SUSTENTACIÓN

El uso de un formato de plan de tratamiento, escalas de funcionamiento psicosocial y el llenado de las hojas de evolución apoyan la labor terapéutica para generar una comprensión inicial del caso, así como una propuesta de intervención.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Se acomoda con cuatro sesiones de exploración del caso para plantear la intervención?

¿Realizó una propuesta de plan de tratamiento por escrito? ¿La consideró necesaria?

¿Le sirvió como referencia la escala SRQ-18?

¿Utiliza o utilizó en algún momento la escala de funcionamiento psicosocial para evaluar el desenvolvimiento de sus pacientes en el tratamiento?

¿Por qué no continuó utilizándola?

¿La percibe útil en su trabajo con los pacientes?

## DERIVACIONES

### SUSTENTACIÓN

- En los casos en que hay varios miembros de una familia o se requiera hacer derivaciones a otros profesionales dentro y fuera del CAPS, hay un solo profesional, por lo general del equipo de trabajo social, en el rol de articulación de los diferentes tratamientos y servicios.
- Antes de realizar una derivación a psiquiatría se evalúa su pertinencia. Por lo general, esta se justifica cuando los síntomas presentados son discapacitantes o cuando la condición crónica o aguda del paciente podría beneficiarse de tratamiento farmacológico.
- Las derivaciones a los socios de ACNUR o los recursos locales son muy importantes para el enfoque psicosocial, dado que se toman en cuenta las dificultades concretas del entorno social.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Qué expectativas tiene cuando hace una derivación?

¿Puede identificar por qué no resultó eficaz la derivación cuando estas expectativas no se cumplen?

¿Qué criterios tiene para hacer derivaciones tanto internas como hacia los socios de ACNUR?

¿Qué derivaciones ha hecho a dichos socios?

¿Conoce cuáles son los socios y en qué pueden contribuir?

¿Tiene conocimiento de qué hace la competencia?

¿Qué fortalezas y debilidades trae el hecho de que trabajo social tenga el rol de coordinación o facilitación en las derivaciones?

¿Qué beneficios y problemas se observan de intervenciones múltiples con varios terapeutas en un mismo grupo familiar de manera simultánea?

## VIRTUALIDAD

### SUSTENTACIÓN

Ver Guía: Pautas para la atención de migrantes a través de teleconferencia.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Conoce las pautas que se elaboraron y que están en la Guía de Atención para el Equipo de Salud Mental CAPS, en el marco del proyecto para la atención virtual?

¿Qué beneficios y dificultades encuentra de atender virtualmente?

¿Hay aspectos de la técnica y/o de la teoría que se han transformado en su práctica por efecto de la virtualidad?

Con el regreso de la presencialidad ¿cree que se debería conservar la modalidad remota?

## REDES / TRANSDISCIPLINAR / ALIANZA

### SUSTENTACIÓN

- El trabajo integral del equipo terapéutico de CAPS es un plus institucional. Se promueve la importancia del intercambio interdisciplinario entre los profesionales tratantes del caso (terapeutas, trabajadores sociales y psiquiatras, de ser necesario).

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Considera que el trabajo del CAPS se enmarca dentro de lo interdisciplinario o va hacia un enfoque transdisciplinario?

¿Qué considera más cercano al trabajo con la población atendida?

¿En qué rango situaría al modelo de atención del CAPS?

1. Un trabajo especializado que coordina con otros profesionales.
2. Un trabajo interdisciplinario en el que el grado de integración implica una continua retroalimentación y toma de decisiones en conjunto entre los diferentes profesionales que componen la atención.
3. Un trabajo transdisciplinario que implica el desarrollo de un modelo en el que los límites entre las disciplinas se amplían y se integran los enfoques, con el fin de generar un nuevo saber y modo de intervención.

## EQUIPO / REUNIONES

¿Cuáles son las formas en que se relaciona con el resto del equipo?

¿Cómo se incorporan las estrategias y enfoques de los nuevos miembros del equipo?

## **SUPERVISIÓN**

¿Qué elemento añade el supervisor con trayectoria psicosocial? ¿Le son útiles esos espacios?  
¿Percibe diferencias con supervisiones para casos que no sean del proyecto? ¿Cuáles?

## **MONITOREO**

### **SUSTENTACIÓN**

- El sistema de monitoreo del CAPS tiene como base el registro de atenciones y las notas de evolución en el sistema informático.
- Las visitas domiciliarias –hoy seguimientos virtuales– son intervenciones relevantes para registrar las buenas prácticas, las dificultades, la satisfacción con los tratamientos, la problemática con sistemas familiares muy disfuncionales y con varios miembros en tratamiento.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Qué dificultades se le han presentado con el sistema de monitoreo virtual / registro de atenciones y sesiones?

¿Qué dificultades se le han presentado con el seguimiento de casos?

## **INDUCCIÓN**

### **SUSTENTACIÓN**

Guía de atención

Sistema de monitoreo

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Cuánto le ha sido de utilidad el proceso de inducción?

¿Cómo ha incorporado los materiales elaborados para este fin?

¿Qué sugerencias tiene para mejorar el proceso de inducción?

## MODELO PSICOSOCIAL

### SUSTENTACIÓN

El enfoque psicosocial permite comprender el caso en la interacción de los aspectos subjetivos, interpersonales, grupales, comunales y macrosociales del paciente. Los aspectos de la realidad social, que atraviesan la relación terapéutica, son elementos que hay que tener en cuenta en el tratamiento, no solo para ayudar al paciente a mentalizarlos, sino también –cuando sea necesario– para intervenir sobre su realidad social. El terapeuta tiene en el equipo de trabajo social el medio por el cual puede facilitar la intervención en la dimensión más concreta. Si un migrante está en condición de indigencia requiere de un tratamiento médico, oportunidades de trabajo, reportar el caso de violencia de su pareja, etc., trabajo social puede canalizar estas necesidades a través de las redes de los socios de ACNUR, DDHH, los recursos comunales, servicios públicos, etc.

La expresión psicosocial del fenómeno de la migración se comprende desde una lectura subjetiva enmarcada en el contexto sociopolítico y económico del país y de la región; asimismo, abarca labores de incidencia del CAPS como su participación en mesas y grupos para influir en las políticas públicas en relación a los migrantes.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Comprender la realidad psicosocial modifica en algo sus teorizaciones analíticas?

¿Comprender la realidad psicosocial modifica en algo su manera de intervenir en la psicoterapia?

¿Incorpora la realidad psicosocial como contenidos en el proceso de psicoterapia? ¿Cómo?

Hay varias lecturas de lo psicosocial, ¿le queda claro cuál es el enfoque psicosocial del CAPS?

## VIOLENCIA DE GÉNERO

### SUSTENTACIÓN

Condición de vulnerabilidad de la mujer.

Pautas para la elaboración de planes de seguridad para mujeres de alto riesgo.

Guía técnica de atención de mujeres de alto riesgo.

En base a la sustentación, responda las siguientes preguntas:

¿Qué dificultades ha presentado la psicoterapia en casos de VBG?

¿Cómo ha incorporado el material del proyecto elaborado para estos casos?

¿Qué recursos adicionales a la terapia se necesitaría implementar para que las personas afectadas puedan salir del círculo de la violencia?

¿Utilizó como referencia el modelo de las etapas de cambio de mujeres que viven violencia de pareja? ¿Cómo lo utilizó?

¿Cómo trabaja con personas del grupo LGTBI? ¿Qué referencias usa?



SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE  
**TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA**  
PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA  
CORREO E.: [tareagrafica@tareagrafica.com](mailto:tareagrafica@tareagrafica.com)  
PÁGINA WEB: [www.tareagrafica.com](http://www.tareagrafica.com)  
TELÉFS.: 424-8104 / 424-3411  
DICIEMBRE 2022 LIMA - PERÚ

# Salud mental en tu equipaje

Sistematización de la atención psicosocial



Con el apoyo de:



**UNHCR  
ACNUR**  
La Agencia de la ONU  
para los Refugiados

Con el financiamiento de:



**Cooperación  
España**

**CAPS**  
Centro de Atención Psicosocial

Jr. Caracas 2380 Jesús María - Lima

 [www.caps.org.pe](http://www.caps.org.pe)

 [psico@caps.org.pe](mailto:psico@caps.org.pe)

 [CentroDeAtencionPsicosocial](https://www.facebook.com/CentroDeAtencionPsicosocial)

 (511) 462 1600 / 462 1700

**LIMA**

961 366 610 / 970 844 672  
946 245 518 / 970 856 848

**TUMBES**

970 854 076 / 936 579 158  
936 585 694 / 970 852 410