

2a Edición, abril del 2022

REVISTA ACADEMIA

Revista Digital del Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana



PRÓLOGO

DRA. OLGA SANTA MARÍA

Presidente APM Bienio 2020-2022

La noticia del nacimiento de la **Revista Academia** me llenó de emociones, y de recuerdos de cuando era estudiante de posgrado y quería escribir tantas cosas, las vidas que tocamos de cada paciente, lo que ellos tocan de nuestras vidas sin saberlo, lo que estaba aprendiendo, los errores técnicos que cometíamos yo y mis colegas, que en supervisión salían a la luz y así crecíamos. En ese momento, un espacio como el que ofrece la **Revista Academia** no lo teníamos. Hoy llegaron los editores de esta revista y dieron un gran fruto durante la pandemia, creando este medio para que los escritores de cada artículo de esta revista conquistasen la palabra escrita durante el COVID 19.

Sin ni siquiera imaginarlo, escribir en nuestra profesión es abrir una puerta al interior de la naturaleza humana bajo una mirada psicoanalítica. Se me viene a la mente el escritor español Francisco Umbral cuando dice “*Escribir es la manera más profunda de leer la vida*” es lo que ustedes han hecho, justo eso, leer la vida durante la pandemia.

Estamos en una profesión fantástica, apasionante, pero al mismo tiempo muy solitaria, uno de sus pilares es la lectura y la escritura, además del deseo de analizar eso nos une y nos acompaña. En las clases, en los *webinars*, en los congresos, el pilar siempre será la lectura y la escritura, de experiencias que nos enriquecen, de la técnica que será el camino real a la teoría, que también formulamos leyendo, escribiéndola y sobre todo compartiéndola.

Cada tema es un descubrimiento tanto para el escritor como para el lector. Nos llenamos de interrogantes mutuos. Se abordan en esta publicación tantos temas de actualidad, como: transformaciones, tele análisis, virtualidad, modificaciones a la técnica, redes sociales, encuadre interno y externo, presencia/ausencia, la intimidad, la soledad como vacío a diferencia de la solitud como disfrute, la alteridad, la importancia de los sueños, las interpretaciones, el acto suicida, fenómenos transfero/contratransferenciales, el impacto del *sexting*, la importancia de historizarnos para poder reescribir nuestra historia y librarnos de las historias que nos contamos antes de llegar a un proceso psicoterapéutico, la angustia de castración, miedos, y la gemelaridad y sus vicisitudes. Tanta multiplicidad de temas nos lleva a considerar lo artesanal de nuestra profesión, cada tema, cada paciente, inclusive cada psicoterapeuta con su estilo particular es un traje a la medida.

Felicito al equipo del Centro de Estudios de Posgrado que se dio a esta ardua y productiva tarea. A la Mtra. Rocío Arocha por su liderazgo en este proyecto, al Consejo Editorial: Mtro. Rodrigo Aladro, Mtra. Camille Cassereau, Dr. Salvador Cisneros, Mtra. Marina Haiek, Mtro. Eitan Kershenovich, Dra. Pilar Rodríguez y Dra. Adriana Villareal.

No siempre nos inspiramos lo suficiente para transmitir lo que queremos y escribir en medio de la pandemia, es poder ver hacia adentro, teniendo una realidad compartida externa que despierta la creatividad de un nuevo modo de vida. Decía S. Freud: *“si la inspiración no viene a mí, salgo a su encuentro a la mitad del camino”* siendo esta una de sus frases célebres. Y eso sucedió en esta revista, alumnos que salieron en medio de la pandemia a encontrarse con el deseo de transmitir, y metafóricamente entre el adentro y el afuera, tal como lo estamos viviendo.

Los invito que disfruten de este gran proyecto, leyendo un artículo a la vez, de manera pausada, sin prisa que lleva a las reflexiones que cada autor nos invita a hacer.

Nuestro oficio además de ver pacientes es escribir.

PREFACIO

DRA. ADRIANA VILLAREAL

Directora del Centro de Estudios de Posgrado

Esta revista es el fruto del trabajo de los alumnos del Centro de Estudios de Posgrado en su andar como psicoterapeutas, es un testimonio de las problemáticas actuales de esta época tan compleja por el aislamiento debido a las medidas de salud por el COVID. Aporta ideas innovadoras en los años de trabajo, diversidad en la forma de llevar a cabo los dispositivos terapéuticos, y muestra pluralidad de intereses, teóricos y clínicos.

Cuando uno escribe sobre la teoría o la clínica muestra su creatividad, se da el encuentro de experiencia y concepto, como Freud en “Las pulsiones y sus destinos” (1915) plantea que la posición analítica consiste en sostener que no hay experiencia sin concepto, ni concepto sin experiencia. Frente a una experiencia podemos preguntarnos ¿con que concepto podemos pensarla? Y ante un concepto tendríamos que preguntarnos ¿de que experiencia parte? Si utilizáramos pura experiencia fuera empirismo, cognitivismo, si tomamos puro concepto sería filosofía. De esta manera nos vamos adentrando en el psicoanálisis.

Y así cada trabajo ilustra desde diferentes vértices los tres pilares de la formación psicoanalítica: psicoanálisis didáctico, teoría, supervisión y exposición de los casos

Mariana Alagón y Marian Casillas, con una enorme sensibilidad y fundamentos psicoanalíticos, nos platican sobre la experiencia de ser analizando, el psicoanálisis didáctico.

Luisa Fernanda Zapata y Karla Barrutietta, por medio de la exposición de casos clínicos

resaltan la importancia de la escucha genuina, la espontaneidad del psicoterapeuta y la contra-transferencia para comprender al paciente.

Regina Gutiérrez, señala los primeros pensamientos freudianos respecto de la gemelaridad seguido de un análisis psíquico sobre ésta.

Todos sabemos que la adolescencia es una etapa turbulenta y con grandes vicisitudes: Sally Rophie, toca un tema muy delicado *el sexting* bajo la mirada psicodinámica, el tratamiento se centre en posibilitar que la paciente se sienta una persona real. Saúl Gerardo Chávez presenta un caso clínico donde nos invita a reflexionar sobre el suicidio, la soledad y el desamparo ambiental. Gabriel Horacio Arguijo se centra en el adolescente en pandemia, planteando el aislamiento en el adolescente como *la otra pandemia*.

Han sido dos años de gran incertidumbre, casi un siglo después del escrito profundamente contemporáneo de El malestar en la cultura de Freud (1929-1930) del cual nos recuerda las tres fuentes del sufrimiento humano: la supremacía de la Naturaleza, existiendo la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad. (p. 3031). Esto se hace actual en estos días y se pone en juego en la psicoterapia, varios de estos artículos revisan desde diferentes perspectivas y proponen de que manera nos adaptamos para atender de una

manera a distancia planteando la importancia del *setting* analítico. Mariana Vera Sordo en su escrito considera la simetría del paciente y el terapeuta en cuanto al impacto emocional sufrido por el COVID, plantea que a pesar del cambio de contexto analítico por la contingencia las fantasías, la angustia, el discurso y el encuadre permanecen.

Alejandro Trejo, revisa los conceptos de encuadre, *setting*, transferencia e interpretación desde diferentes psicoanalistas, nos deja pensando sobre si en el futuro seguirá la modalidad a distancia siendo tan valiosa como la presencial.

Lorena Ruiz, reflexiona sobre la vulnerabilidad del paciente y el analista por la pandemia, lo que implica que ambos están en casa en cuanto a lo público, lo privado, la neutralidad y la seguridad del paciente y del analista. Diferencia la depresión clásica de la “depresión COVID”.

Karina Lozano, nos invita a pensar, desde su experiencia personal, como la intimidad entendida como un espacio compartido y construido por dos o más participantes ayudan a atravesar el encierro en la pandemia por el COVID. Aborda desde diferentes perspectivas psicoanalíticas, el tema de la pandemia y sus consecuencias en las diferentes personas.

Con mucho orgullo, les presento una revista que nos invita a reflexionar y comentar.

Carta de los editores:

Es un privilegio para nosotros presentar la nueva edición de la **Revista Academia**. El objetivo fundamental de nuestra revista es promover el pensamiento, la lectura y la escritura entre nuestros estudiantes además de la divulgación del conocimiento teórico y clínico de la psicoterapia de corte psicoanalítico que se enseña y se aprende en el Centro de Estudios de Posgrado de la **Asociación Psicoanalítica Mexicana**, en sus programas de Maestría General, Maestría en Psicoterapia de niños y adolescentes y el Doctorado en Psicoterapia.

En esta ocasión contamos con trabajos teóricos y clínicos, escritos por alumnos y exalumnos del Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación. Cada uno de ellos escrito con profundidad y conciencia de la importancia de este noble y complejo ejercicio de ser analizado, de aprender a recibir y tratar pacientes. Trabajo magnífico cuyo recurso principal es la comprensión de lo más valioso: el alma.

El tema de la pandemia que inevitablemente debía tratarse forma parte de los interesantes trabajos que lo abordan. Uno de ellos es el de Mariana Vera Sordo con «La psicoterapia en tiempos del COVID-19» y el de Gabriel Horacio Arguijo Gándara que nos presenta, de modo especialmente sensible, «La otra pandemia: la del aislamiento en la adolescencia». La legitimidad de los tratamientos a distancia es abordada por el interesante trabajo de Alejandro Trejo García y las vicisitudes de los tratamientos a distancia son discutidas por el inteligente artículo de Lorena Ruíz Fernández. Otro sensible y profundo pensamiento es reflejado en el ensayo de Karina Lozano Aguirre cuyo título es: «Construyendo la intimidad en la pandemia».

Se exponen también casos clínicos en los que, por supuesto, se han tomado absolutamente todas las medidas éticas necesarias para la protección y confidencialidad de los pacientes. De tal modo que se han modificado nombres y se han omitido datos que pudieran develar la identidad de estos. Así, tenemos el emotivo caso Klüh presentado por el estudiante del Doctorado Saúl Gerardo Chávez Nuila y el logrado ejemplo de comprensión analítica en una adolescente que se enfrenta al síntoma del *sexting* maravillosamente articulado por Sally Rophie Anzarut.

Se incluyen dos trabajos cuya sensible reflexión se centra en la experiencia de ser analizado, uno tan emotivo como el otro: «Vivirlo para transmitirlo» de Mariana Alagón Núñez y el de Mariana Casillas Tovar que nos comunica la utilidad del análisis para reescribir nuestra historia. TSobre contratransferencia cómo brújula nos ilustra Karla Barrutieta Palafox en su artículo llamado: «La contratransferencia como brújula en el proceso psicoterapéutico», puntual y atinado. Cerramos con broche de oro con el bellissimo escrito de Luisa Fernanda Zapata: «Lo que el paciente necesita».

Todos y cada uno han sido escritos desde el interés profundo en el conocimiento de la psicoterapia psicoanalítica.

Esperamos que disfrute y aprenda con la lectura de estos magníficos trabajos.

Atentamente,
Comité Editorial

PSICOTERAPIA EN TIEMPOS DEL COVID-19

MARIANA VERA SORDO

marianaverasordo@hotmail.com

Cursando la maestría general de psicoterapia psicoanalítica por la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Titulada de la Lic. Psicología Clínica en la Universidad de las Américas CDMX.

Diplomado «Atención en Crisis» Y «La Psicósomática y su Tratamiento Psicoanalítico» por la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

RESUMEN

El psicoanálisis ha ido cambiando sus paradigmas desde S. Freud, la clínica se ha ido modificando por los nuevos malestares culturales y esto no fue una excepción a raíz del confinamiento por el SARS-CoV-2.

La pandemia del coronavirus ha transformado la forma en la que nos relacionamos, esto incide ahora en la demanda de un proceso terapéutico virtual. Lo que ha provocado una serie de preguntas sobre la angustia, la escucha y el espacio clínico, lo que merece una reflexión sobre la idea de presencia, el diálogo a distancia, sus alcances y los límites terapéuticos.

Este cambio de contexto analítico ha sido posible por un esfuerzo por rescatar el “encuadre interno” (Alizade, 2002; Green, 2008), de conservar la “función analítica” (Marucco, 2007; Cabré, 2021).

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia, pandemia COVID-19, encuadre interno, espacio analítico.

ABSTRACT

Psychoanalysis has been changing its paradigms since Freud, the consulting room has been modified by new cultural discomforts and this was no exception due to the confinement by SARS-CoV-2.

The coronavirus pandemic has transformed the way we interact, this now affects the demand for a virtual therapeutic process. This has provoked a series of questions about distress, listening and the clinical space, which deserves a reflection on the idea of presence, dialogue at a distance, its scope, and therapeutic limits.

This change in analytical context has been made possible by an effort to rescue the “internal framework” (Alizade, 2002; Green, 2008), to preserve the “analytical function” (Marucco, 2007; Cabré, 2021).

KEY WORDS: Psychotherapy, COVID-19 pandemic, internal framework, clinical space

La pandemia del coronavirus ha transformado la forma en la que nos relacionamos; la pérdida del contacto físico, el distanciamiento social, un futuro de rostros con cubre bocas. La psicoterapia ha ido evolucionando y cambiando junto con el mundo, como la conocíamos y ejercíamos de manera presencial no va a llegar a ser la misma experiencia de hoy en día.

Mi clínica está en una modalidad híbrida: telefónica, video llamada y presencial. A pesar de ello, uno de los retos de la psicoterapia en la pandemia es no poder conocer a mis pacientes físicamente. En la llamada sólo conozco su voz, en *video chat* lo que la cámara me dejó ver de su cara, e incluso en el consultorio, dejamos a un lado los saludos de mano, modifiqué el espacio para asegurar una distancia y ambos utilizamos cubre bocas. Por lo que, este cambio de contexto analítico nos aporta nueva información y abre una puerta de fantasías, tanto como del terapeuta como del paciente. Esto ha provocado una serie de preguntas sobre la angustia, la escucha y el espacio clínico. El psicoanálisis aportó las transformaciones socioculturales del siglo pasado, éstas inciden ahora en la demanda de un proceso virtual, lo que merece una reflexión sobre la idea de presencia, el diálogo a distancia, sus alcances y los límites terapéuticos. Para que así, se logre establecer un genuino contacto y encuentro con el otro.

La historia del psicoanálisis empezó con Freud (Breger, 2000) caminando con sus pacientes por los parques, y con los años ha ido avanzando y modificándose al uso del diván. Esto nos habla de las formas posibles de realizar un proceso. González (1997) menciona que para que se de un proceso terapéutico, es necesaria la presencia del analista, es el lugar del Otro. El paciente fabrica algo para alguien que lo escucha. Y así, se crea un espacio de un “tercero analítico” (Ogden, 1994).

Durante este tiempo, todos hemos tenido un impacto emocional; ahora estamos atravesando la misma realidad externa que nuestros pacientes. El riesgo a la muerte ya no es una fantasía, es una realidad. Pero, aunque estamos experimentando la pandemia simultáneamente, este trauma no es igual para todos.

La pandemia hizo más visibles los conflictos personales, los recursos - económicos y mentales - para poder enfrentarla. (Rothe, 2020) Por lo que fue necesario replantearnos la técnica freudiana para poder modificar el encuadre externo, y así, poder continuar las sesiones en la modalidad *online*. Sin embargo, estas modificaciones dejarán una impronta.

Entonces, ¿cómo ha sido practicar psicoterapia en el medio de esta crisis?

Debo decir que fue un reto atender pacientes de esta nueva manera, tener sesiones desde nuestras casas, esperando una video llamada, ver mi imagen y mi nombre en la pantalla junto a la del paciente. Varios de mis colegas estarían de acuerdo que puede llegar a ser más cansada una sesión *online* que presencial.

Este cambio ha sido posible por un esfuerzo por rescatar y establecer el “encuadre interno” (Alizade, 2002; Green, 2008) de conservar y trabajar la función analítica (Marucco, 2007; Cabré, 2021). Esta función es la disposición del terapeuta, es decir, lograr que el paciente se sienta acogido y escuchado, que se mantenga un espacio honesto, auténtico, creativo, humilde, de confianza y credibilidad.

Hemos aprendido este cambio de contexto de la mano con nuestros pacientes. Ya que, no hay que perder de vista que también ellos han realizado un esfuerzo, dejaron su espacio confidencial, su intimidad. Y ahora, desde sus casas, al tomar las sesiones muchos pueden tener la sensación de que están siendo escuchados. Sin embargo, aunque el espacio cambie y nos encontremos con pacientes tomando la sesión en el closet, paseando a su mascota o incluso conduciendo, las palabras siguen escuchándose auténticas.

Algunos de nuestros pacientes se han visto beneficiados en esta modalidad, por ejemplo, una persona con obsesiones de limpieza, fobia social o específica. Por otro lado, algunos de los pacientes no logran acomodarse a la sesión virtual, dado a las variables externas que pueden intervenir.

Pero quien pensaría que, esta innovación de lo real puede abrir una puerta de mayor intimidad, la del paciente le hable al oído al analista. La intimidad del analista de transportar al paciente a su casa. Sin confundir presencia física con presencia emocional, lo remoto se asocia frecuentemente a distancia, hoy vemos que algunos pacientes lo sienten más cercano.

Además de la teoría, es importante ver al paciente, sus deseos y necesidades actuales. La mayoría de los pacientes de hoy en día necesitan intervenciones en atención en crisis (Álvarez, 2020) ya sea por duelo de familiares que desgraciadamente fallecieron por COVID-19, o también, por ansiedad de pacientes diagnosticados.

Ciertamente, deberíamos de enfocar la técnica en: la regulación afectiva, en traducir su registro emocional, que sus emociones puedan ir construyendo el pensamiento, en liberar culpas y preocupaciones patológicas. El objetivo es darles la oportunidad de encontrar un espacio donde se puedan pensar.

Sin embargo, en esta situación de interacción a distancia y con la ayuda de los medios tecnológicos de hoy en día, tenemos la ventaja de poder llegar a personas que antes no tenían el acceso a una psicoterapia de corte psicoanalítico, realizada por especialistas de alto nivel; ya sea por motivos de traslados, económicos, por su patología o por desconocimiento; y que ahora me fue posible debido al programa de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) “Estoy Contigo”. En este programa gratuito, en ocasiones llegan a ser más obvias las desigualdades socioeconómicas, profesionales y raciales, por la situación social nacional de hoy. Contenido que la mayoría de las veces no encontraremos en la consulta privada, por más que logremos encontrar *rapport* o los mismos pacientes nos describan su realidad.

Sabemos que en la psicoterapia psicoanalítica se repite la historia en sesión (Freud, 1914), y con los pacientes en carencia, donde no hay recursos económicos (físicos ni psíquicos), he encontrado que tienen miedo a la cercanía. No obstante, se logra hacer un vínculo importante, donde los medios virtuales funcionan como un “espacio transicional” (Winnicott, 1971) y la cercanía se va adquiriendo en un mecanismo como un gotero.

Hay que trabajar y re-encuadrar para que los pacientes se logren dar un espacio para pensarse, que sientan que merecen ese lugar, y que la terapia sea algo para ellos.

Sin duda, el iniciar la clínica virtual en esta pandemia hace evidente que se puede realizar psicoterapia a distancia y se obtienen grandes resultados, dado que en el ámbito psicoanalítico se trabaja con patrones relacionales dolorosos, conflictos internos e interpersonales. Y en este encuadre híbrido que tenemos hoy en día, que en mi opinión siempre vamos a tener, los psicoterapeutas tenemos que modificar nuestra técnica para adaptarnos.

Definitivamente con lo abordado, no se trata de minimizar el trabajo psicoterapéutico a distancia, ni de afirmar que todo transcurre como si nada de esto afectara el funcionamiento tradicional.

En el consultorio, hay una riqueza del espacio terapéutico, el encuentro con el otro. El *setting* ofrece una experiencia que se vuelve parte del proceso; el lugar, el olor, la decoración, la hora y la reflexión en el traslado de vuelta a casa. Así como la comunicación no verbal, la postura y los silencios. Se trabaja con la transferencia y contratransferencia - vivir y observar las emociones del paciente - con las fantasías y la comunicación no verbal del terapeuta.

Por la parte virtual, se cambia el encuadre externo, pero se conserva el encuadre interno, la disposición del analista. Si logramos ejercerlo de una manera adecuada, se mantienen sus objetivos: el vínculo, la escucha y la introspección. Así como la confidencialidad y la ética.

En ambos contextos se debe posibilitar al paciente cumplir con la “regla técnica fundamental” (Freud, 1912, 1923), que establece la asociación libre para él y para nosotros, la atención libremente flotante - sin memoria, y sin deseo - (Bion, 1969). El paciente habla de sus fantasías y sus sueños; dice de sí lo que no sabe. Se entiende la transferencia, y se trabaja la contratransferencia. Se conserva la asimetría, del que busca ayuda y del terapeuta que tiene el conocimiento para llevar a cabo el proceso. Donde el paciente hará consciente lo inconsciente, de acuerdo con sus necesidades y deseos.

CONCLUSIÓN

El psicoanálisis es el método creado por Freud para tener acceso a lo más profundo de la vida anímica – el inconsciente - (Freud, 1923). Durante confinamiento por el SARS-CoV-2 la clínica terapéutica cambió de contexto analítico, nos trasladamos a un proceso virtual. El cual ha sido posible por el rescate del encuadre interno. Freud formula que, para llevar a cabo el tratamiento psicoanalítico se debe cumplir con la regla analítica fundamental - la atención parejamente flotante para el analista y la asociación libre para el paciente - propiedades inherentes al encuadre interno.

En su trayectoria transformacional, el psicoanálisis teoriza y genera nuevas formalizaciones. Y durante esta pandemia, debemos aprender a integrar nuevos sistemas de comunicación al campo analítico. Considero importante darnos un espacio para pensar y reflexionar sobre este nuevo contexto. Ya que, el cambio tiene una representación diferente en cada uno de nuestros pacientes, y abre una puerta de fantasías y deseos.

En la medida en que un terapeuta perfecciona su capacidad de analizar y escuchar, el encuadre interno adquiere naturalidad. La eficacia analítica y el progreso de la cura dependen en gran medida de su implementación. ●

Referencias

- Alizade, M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96: 13-16
- Álvarez, J. et. al. (2020). Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Bion, W. R. (1969) Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis* 26:679-681
- Breger, L. (2000). Freud. *Darkness in the Midst of Vision*. US: John Wiley & Sons.
- Cabré, L. (2021). COVID 19: Procesamiento de la situación traumática y el aislamiento social [Webinar]. APM “Estoy Contigo”.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas XII*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, Repetir Y Reelaborar. *Obras Completas XII*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). *Psicoanálisis*. *Obras Completas XVIII*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- González, M. (1997). La Interpretación En Psicoanálisis.” El Proceso Psicoanalítico”. Compilador Juan Vives.
- Green, A. (2008). La representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 110-119.
- Marucco, N. (2007). Entre el recuerdo y el destino: la repetición. *Revista de Psicoanálisis*.50:155-174
- Ogden, T. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Rothe, K. (2020). Psicoanálisis en el epicentro de la pandemia. 29 de diciembre del 2020, de *Psychoanalysis Today*. Sitio web: <https://www.psychanalysis.today/es-ES/PT-Articles/Rothe164015/Psychoanalysis-in-the-Epicenter-of-the-Pandemic.asp>
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa

LA OTRA PANDEMIA: AISLAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

GABRIEL HORACIO ARGUIJO GÁNDARA
Psic.Gabriel.Gandara@gmail.com

Licenciatura en Psicología por la Universidad Juárez del Estado de Durango, Psicoterapeuta en consultorio privado. Experiencia como docente a nivel bachillerato y a nivel licenciatura en la carrera de psicología. Actual estudiante de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica para Niños y Adolescentes en la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

RESUMEN

El tema que se leerá a continuación trata sobre cómo se lleva a cabo el desarrollo de la adolescencia durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 y sus probables cambios por esta situación. Para lo anterior se intenta respaldar la explicación en la teoría psicoanalítica, tomando lo escrito sobre la normalidad de la adolescencia tal como lo expusieron Arminda Aberastury y Mauricio Knobel y se hace una relación con las diversas experiencias relatadas por adolescentes que han llegado mediante la consulta privada de un servidor, algunas con un intermediario que se encuentra en sesión o incluso fuera de ella (padres, hermanos, maestros etc.). Y otros tantos relatados por adolescentes conocidos de forma personal. La información conseguida presenta un probable futuro donde los adolescentes que vivieron esta pandemia tendrán repercusiones psicológicas que como terapeutas habremos de atender, y esa sería la nueva pandemia como resultado de la suma del aislamiento y la adolescencia.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, Aislamiento, COVID-19, Desarrollo, Psicoanálisis

ABSTRACT

The topic that will be read below deals with the development of adolescence during the confinement due to the COVID-19 pandemic and its probable changes due to this situation. For the above, an attempt is made to support the explanation in the psychoanalytic theory, taking what is written about the normality of adolescence as exposed by Arminda Aberastury and Mauricio Knobel, a relationship is made with the various experiences reported by adolescents who have come through the private consultation of a server, some with an intermediary who is in session or even outside of it (parents, siblings, teachers, etc.). And many others related by adolescents known personally. The information obtained presents a probable future where adolescents who lived through this pandemic

will have psychological repercussions that we as therapists will have to deal with, and that would be the new pandemic as a result of the sum of isolation and adolescence.

KEY WORDS: Adolescence, Isolation, COVID-19, Development, Psychoanalysis

Comenzamos con utilizar un concepto creado por Aberastury y Knobel (2012) “Síndrome normal de la adolescencia” que lo explican de la siguiente forma: “La adolescencia, más que una etapa estabilizada, es proceso y desarrollo. El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad semipatológica” (Aberastury y Knobel, 2012, p.10). Se deja claro entonces que con pandemia o sin ella ya existe un desorden en el desarrollo, lo cual amplía el tema en bastantes subtemas como lo puede ser la sintonía, afectividad, cuerpo, padres, grupos sociales, escuela, sexualidad, hobbies, redes sociales etc. Pero ¿hay alguna diferencia con una pandemia de por medio? Las situaciones que comentaba en un inicio parecen indicar que así es y trataré de desmenuzar algunas.

Principalmente lo que puede causarle conflicto al adolescente es que la pandemia haya llegado junto con el aislamiento social, como una forma de prevenir contagios masivos, “Quédate en casa” y “Su sana distancia” son frases que no se olvidarán pronto porque nos hicieron entender que teníamos que despegarnos físicamente de gran parte de los seres queridos. Como escribió González Padilla (2011) “La sintonía implica estar en contacto con uno mismo y con los demás” (p. 119) y fue algo que definitivamente este confinamiento llegó a romper y generar distonía afectiva la cual se explica como “la dificultad de estar en contacto con los demás, situación que le impide al individuo establecer relaciones intersubjetivas y tampoco puede compartir afectos.” (p. 124). Se sabe que hoy en día existe la tecnología suficiente para estar en contacto y conectados con esos seres queridos. Pero un adolescente la mayor parte del tiempo necesita la presencia para sentir una verdadera conexión, esto fue lo primero que sucedió, si ya existían miedos, enojos, tristezas antes de la pandemia, se potencializaron gracias a que se termina desarrollando esta distonía.

A esto agreguemos que “el adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y toda la sociedad” (Aberastury y Knobel, 2012, p.12), por lo cual, fue expuesto a un mundo de adultos con miedo e incertidumbre no solamente por el daño mortal que puede llegar a darse por el virus, sino también por la reducción de sus salarios, la probabilidad de ser despedidos o que su trabajo cierre, no encontrar sustento para la familia. Y algunos tenían hermanos infantes que dejaron de ir a sus escuelas también, e igual tenían preocupaciones. Todo esto, se absorbe como esponja en su psique.

Siendo la adolescencia un momento en el que busca la identidad, el adolescente “sabe lo que no quiere mucho más de lo que quiere ser y hacer de sí mismo” (Aberastury y Knobel, 2012, p.26), pero con la carga de todo lo que sucede en casa, hay menor energía para dedicarse a esta búsqueda. Un lugar donde se nota esa extraña no-identidad (para los adultos) es la habitación, que generalmente se encuentra desordenado o sin limpiar, es tal cual se siente un adolescente en su privacidad y durante este tiempo era aún más común que los padres rompieran ese límite para intentar controlar el orden y limpieza de un área de la casa que, aunque propia, no les correspondía, lo cual generaba que con mayor fuerza el adolescente pasara más tiempo encerrado en su cuarto. Y pensando que los padres también se encuentran en confinamiento, no hay momento en que el adolescente perciba la casa como solamente para él. ¿Dónde quedó entonces su sensación de libertad?

Hay un lugar además de la casa donde se puede sentir así, en la escuela, con sus amigos. Pero esto se perdió por igual, y entonces estudiar pierde bastante lo placentero, esos gestos, chistes, anécdotas durante la clase entre los compañeros no está. Solamente cámaras apagadas, alguna que otra encendida, pero

con la misma expresión en sus rostros, distraídos, aburridos, o incluso prestando atención, pero a la clase y no a él. Qué pasa en el entre clases, los recesos donde hay descanso, casi extintos. No hay entonces un desahogo y agreguemos que, las clases son en casa, provocando así más tensión. Hay algo que, si continuó igual en bastantes escuelas, y para pena de los adolescentes, la exigencia de mantener la misma calidad de educación y aprendizaje. Toda esta socialización es necesaria porque “hay un proceso de doble identificación masiva en donde todos se identifican con cada uno” (Aberastury y Knobel, 2012, p.59) pero esto deja de pasar, y normalmente “en el fenómeno grupal el adolescente busca un líder al cual someterse” (Aberastury, 2012, p.61) pero si no existe este intercambio, entonces ¿qué queda?

La respuesta directa probablemente sean las redes sociales, todos las utilizamos, y los adolescentes aún más, con el tiempo disponible durante gran parte del día, pueden utilizar varias horas de su tiempo. Les permitió interactuar con otros adolescentes mediante juegos, retos, fotografías, videos. Hay incluso una plataforma (Tiktok) que creció de manera impresionante, así como creadores de contenido o mejor conocidos como *influencers*, que hacen cosas sencillas en un minuto o menos, un baile, un video cómico, una actividad con millones de vistas. Esto debido a que al menos fue un escape a las noticias alarmantes y constates sobre COVID, a su estrés de la escuela y de la casa misma. Admirar a estos *influencers* les permitió ver cómo son las vidas de otras personas, sus casas, gustos, actividades, familias y al menos durante el tiempo que le dedicaran, parecía no existir el COVID. Después llega una crisis de dominio-competencia, tantas personas creando contenido tan visto, pero el adolescente se compara con esos otros que admira, hubo quienes intentaron, pero la gran mayoría solamente se terminó sintiendo peor.

Esto del tiempo es un tema igual de complicado que otros ya que “el niño tiene un concepto fenomenológico de la limitación del espacio y le falta el concepto del tiempo, que es limitado para él. El adulto tiene la noción de lo infinito espacial y la temporalidad del existir.” (Aberastury y Knobel, 2012, p.152). Pero el adolescente está limitado en espacio y tiempo, y no fue diferente durante la pandemia, en cuestión de espacio los lugares cerraron, no más cine, no más gimnasio, no más escuela, no más centros comerciales y todavía peor cuando abrieron, pues no se aceptaban menores de edad, eso le daba igual a un gran porcentaje de niños, pero a los adolescentes no porque eso indicaba una constante prohibición. Cuando se toca el tema del tiempo es igual, en un principio la pandemia duraría un mes, y después otro, y otro y otro. Como si el aislamiento se renovara continuamente. Ahora, “cuando los padres comienzan a controlar el tiempo y los horarios, están controlando algo más: su mundo interno, su crecimiento y desprendimiento” (Aberastury y Knobel, 2012, p. 31) fue más intenso que ahora los padres simbólicos, es decir el gobierno, comenzó a controlar así el tiempo, peor aún en los estados donde había toque de queda.

Se sabe que el adolescente anhela ser adulto, hacer su vida propia, fuera de casa y es por eso que, respecto a los padres, Knobel escribió (2012) “La separación de estos, no solo es posible, sino ya necesaria” (p.58) pero en esta pandemia, esa separación existió solamente en cuestión de unos cuantos metros y no permitió que se diera totalmente en el sentido psicológico.

Se puede decir que la otra pandemia, es esa dónde el desarrollo de la adolescencia se detuvo o se patologizó más que el síndrome descrito por Aberastury. Hay trabajo por hacer, en este momento y a futuro. Las secuelas de esta pandemia van a ser también psicológicas y parece ser que la adolescencia por su naturaleza fue la más vulnerada. ●

Referencias

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2012). *La Adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Mexicana.
González Padilla, A. (2011). *Sintonía Y distonía afectiva En niños y adolescentes*. México: Plaza y Valdés.

LEGITIMIDAD DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA A DISTANCIA^[1]

ALEJANDRO TREJO GARCÍA

alejandrotrejo.psi@gmail.com

Alumno de la Maestría en Psicoterapia General en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM).
Diplomado “Introducción al Neuropsicoanálisis” (APM).

RESUMEN

El presente trabajo analiza la validez del formato “a distancia” para la psicoterapia psicoanalítica. Se establece el contexto del confinamiento por la actual pandemia mundial (por el SARS-CoV-2) como un marco (meta encuadre) que obliga a la apertura de “nuevos” espacios psicoterapéuticos, convertidos hoy en los más utilizados. Se examinan las principales ventajas y desventajas de las dos modalidades psicoterapéuticas no-presenciales más utilizadas hoy: por video llamada y telefónica. Con base en autores “clásicos” de la teoría y técnica psicoanalíticas (Freud, Winnicott y Bleger) y contemporáneos (Marucco, Coderch y Maxine González), y a través sus concepciones sobre encuadre, setting, transferencia e interpretación, se fundamenta el porqué dichas modalidades pueden ser consideradas legítimas psicoterapias psicoanalíticas. Asimismo, se propone al “nuevo consultorio a distancia” como uno dual y compartido, reflejo de la propia interacción de la diada psicoterapéutica.

PALABRAS CLAVE: psicoterapia psicoanalítica a distancia, encuadre, setting, transferencia, cercanía psíquica, video llamada, teléfono.

SUMMARY

This paper analyzes the validity of the “remote” format for psychoanalytic psychotherapy. The context of confinement by the current global pandemic (by SARS-CoV-2) is established as a framework (meta-framing) that forces the opening of “new” psychotherapeutic spaces, which today have become the most used. The main advantages and disadvantages of the two remote psychotherapeutic modalities most used today are examined: by video call and telephone. Based on “classical” authors of psychoanalytic theory and technique (Freud, Winnicott, and Bleger) and contemporaries (Marucco, Coderch, and Maxine González), and through their conceptions of framing, setting, transference, and interpretation, it is explained why these modalities can be considered legitimate psychoanalytic psychotherapies. Likewise, the “new remote consulting room” is proposed as a dual and shared one, reflecting the interaction of the psychotherapeutic dyad.

KEYWORDS: remote psychoanalytic psychotherapy, framing, setting, transference, psychic closeness, video call, telephone.

Muy probablemente, el año 2020 y lo que va de 2021 sea un periodo que jamás olvidaremos todos nosotros. Desafortunadamente y en un impactante corto lapso, por supuesto sin tiempo alguno para procesarlo, nuestras vidas se vieron alteradas de una forma que tal vez solo el cine nos había hecho imaginar. Este ahora ya muy conocido virus (el *SARS-CoV-2* por sus siglas en inglés), convertido ya en pandemia mundial y amenaza a nuestra existencia misma como especie, nos obligó a confinarnos como única estrategia plausible para frenar su propagación en el corto plazo.

Esta estrategia de confinamiento ha alcanzado proporciones insospechadas, con tintes de pesadilla me atrevería a aseverar, trastocando la realidad objetiva y subjetiva de prácticamente toda la humanidad, enmarcando nuestro día a día dentro de los confines de nuestro hogar y llevándonos así a una especie de ambiente facilitador de la regresión que ha hecho resurgir distintos contenidos inconscientes en cada uno de nosotros. Y es aquí donde la práctica psicoterapéutica, por supuesto, no puede ser la excepción a este “cambio necesario”, obligado, de entrada siendo requerida tal vez mucho más que nunca (al menos conscientemente) y también viéndose precisada a continuar su tarea nada menos que sin la presencia física de ambos integrantes: paciente y terapeuta. Ambos factores, incremento de la

demanda e inviabilidad de la presencia física, han llevado a la labor psicoterapéutica a la ineludible apertura de “nuevos” espacios, a la distancia, y a la consecuente modificación del encuadre acostumbrado. Todo ello implica un reto impuesto por la realidad externa que urge a ser afrontado por la diada terapéutica, si es que desea subsistir... sí, de la misma forma que la humanidad se ha visto forzada a encarar el aislamiento.

Una vez obligada la clínica psicoterapéutica a abandonar el formato presencial, las modalidades electas por la mayoría de nosotros los terapeutas han sido vía llamada telefónica y video llamada. Como sabemos, estas modalidades “alternativas” no surgieron a partir de la estrategia de confinamiento, ambas existían con antelación y habían sido utilizadas a través de los años por diversos motivos relacionados con la imposibilidad de la presencia física de alguna de las partes (o ambas). Si bien entonces la modalidad “a distancia” no es nueva para la práctica psicoterapéutica, sí lo es la extensión que ha cobrado su uso, es decir, el haberse convertido no solo en una salida para evitar la interrupción de los tratamientos, sino en la primera opción para iniciar uno, elevando el porcentaje de pacientes que atendemos de esta forma hasta representar la mayoría (o incluso la totalidad para muchos colegas). Por

lo anterior, cobra gran relevancia el análisis de las variaciones que implica *vs* la técnica “clásica”.

Hablemos ahora de los cambios más relevantes en el formato no-presencial. Winnicott (1968) nos indica la importancia de la comunicación no-verbal para el entendimiento psicodinámico del paciente, no solo la que se deriva del “cuerpo” (contacto visual, conductas, gestos, movimientos, saludo, vestimenta, etc.) de quienes nos consultan, sino hasta de sus silencios. Lo anterior implica la principal pérdida en cuanto a la modalidad psicoterapéutica a distancia (si bien disminuye mediante videollamada): no tenemos forma de compensar la totalidad de la información del paciente que no se logra transmitir al abstenernos de su presencia física. Sin embargo, Coderch (2005) sostiene que el tratamiento se inicia antes incluso del primer contacto físico de la díada, a través de las fantasías (conscientes e inconscientes) que ambos, paciente y terapeuta, generan a partir de una llamada o mensaje para agendar el primer encuentro. Y es aquí donde comenzamos a dilucidar que, al menos para la vertiente psicoanalítica de la psicoterapia que es la que nos ocupa, la posibilidad del desarrollo de la tarea terapéutica (la exploración del mundo subjetivo en este caso) no está para nada ausente en este “nuevo” formato.

Si analizamos más a detalle las modalidades más populares de psicoterapia “a distancia”, podemos observar cómo cada una presenta características muy específicas. En la modalidad vía llamada telefónica, se cumple por completo la crítica principal a la psicoterapia no-presencial: perdemos toda la rica información que nos proporcionan las comunicaciones no-verbales del paciente; solo tenemos acceso a su voz y, en muchos casos, ni siquiera llegamos a conocer su rostro. No obstante, esta variante puede aún ser viable para un proceso psicoanalítico e incluso permitir una permanente conexión al mundo intrapsíquico para ambas partes (sin la “distracción” del “cara a cara”), principal atributo por el que el propio Freud (1913) recomendaba el uso del diván... por supuesto, no podemos equiparar el uso del teléfono al del diván, solo se señala una característica compartida.

Si se mira más de cerca la modalidad vía video llamada, se entiende que se pierde mucha menos información derivada

del “cuerpo”, sobre todo del rostro. De hecho, en esta variante la cercanía del “cara a cara” que la videocámara impone a ambos integrantes de la pareja terapéutica es, por mucho, mayor a la del modelo presencial, lo cual nos hace preguntarnos, por un lado, si en este sentido es posible una “mayor cercanía a la distancia” y, por otro, si esto podría resultar incluso intrusivo en la fantasía para algunos de nuestros pacientes. En el caso de la psicoterapia por videollamada, la crítica se centra en las posibles transgresiones a lo que generalmente se entiende por encuadre, sobre todo en lo que respecta al *setting*, el cual se sobreentiende debe estar en control del terapeuta. En contraste, ahora dicho control es compartido, el “nuevo consultorio” es también una dupla, como la díada misma; y si bien los terapeutas hemos tratado de conservar al máximo la continuidad de este, para el paciente bien pudiera ser un auto, su recámara o hasta un lugar en el que se presenten terceros como interruptores y amenazas a la absolutamente necesaria confidencialidad del proceso. Como ventaja en este caso (*vs* el formato presencial “clásico”), bien podríamos indicar que, así como el paciente (aun sin voluntad de hacerlo) proporciona información valiosísima a través de su comunicación no-verbal, los terapeutas debemos estar atentos a la obtención de información igualmente valiosa proveniente de este nuevo *setting* “compartido”, por ejemplo: qué objetos resaltan en su recámara, quién lo interrumpe y cómo reacciona a ello, por qué solo en el auto logra obtener un espacio para sí, etc. Es importante aclarar que no se trata de ninguna forma de suplir la exploración del mundo interno por la de la realidad externa, simplemente se trata de la apertura a la comprensión de cómo esta influye en aquel y viceversa. En resumen, se gana y se pierde en cada modalidad psicoterapéutica.

Ahondando sobre el concepto de encuadre, Etchegoyen (1986), a través de su exposición de las tesis de Bleger sobre la situación analítica (las cuales definen la situación analítica como la suma del proceso más el encuadre o contenedor del proceso), nos explica que el encuadre debe ser “firme pero también elástico” (p. 482), que cambia de forma autónoma (“nunca en función de las variables del proceso”, p. 481) y que, en buena

medida, la tarea analítica podría considerarse como el análisis de las reacciones del paciente frente al encuadre y sus cambios (“el encuadre es la lámina del Rorschach”, p. 486). Asimismo, el autor establece que el encuadre se inserta dentro de un **meta encuadre**, esto es, “**debe legítimamente modificarse a partir de los elementos de la realidad**” (p. 488). Entonces, podemos afirmar que el cambio a la modalidad no-presencial en psicoterapia, a partir del confinamiento, no solo es un cambio necesario en el encuadre sino, sobre todo, legítimo, justificado y analizable, debido a que el encuadre es “**lo constante que cambia**” en la situación analítica.

Sin embargo, surge una duda razonable sobre hasta qué punto alcanza la flexibilidad del encuadre o, dicho de otro modo, con qué “brújula” técnica podemos guiarnos para mantener un proceso psicoterapéutico dentro del ámbito de lo psicoanalítico. Como siempre, el “gran maestro” viene a nuestro auxilio, indicándonos que, aun cuando sugiere ciertas reglas técnicas, siempre se debe estar abierto a otras experiencias e individualidades (Freud, 1912) y también que “la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas [...] se opone [...] a una mecanización de la técnica” (Freud, 1913, p. 125). Asimismo, Coderch (2005) resalta que el marco interno del tratamiento es más importante que el *setting*. Con base en lo anterior, se puede aseverar que el encuadre interno del terapeuta (neutralidad, abstinencia, atención flotante y claro, voluntad) y la motivación y capacidad del paciente son los elementos principales que, junto con la Regla Fundamental y la exploración de lo inconsciente, nos permiten mantener un proceso psicoterapéutico dentro del orden de lo psicoanalítico, no obstante los cambios justificados en el encuadre externo.

Ahora bien, dado que claramente nuestra mayor preocupación en la clínica debiera estar del lado de la mejoría de quienes acuden a nosotros, nuestros pacientes, la viabilidad de la transferencia y la interpretación debiera también ser comprobada dentro de los formatos psicoterapéuticos que estamos explorando, si es que han de ser considerados fidedignas terapias psicoanalíticas. Al repasar el desarrollo del concepto de la transferencia en la obra freudiana, Marucco (1999) indica que se configura “no

solo sobre la figura del analista, sino también sobre los demás sectores [...] de la vida del paciente” (p. 155), llamándole “transferencia extra-analítica”. Sobre esta línea, podemos sostener que la transferencia es un fenómeno inherente al psiquismo humano que proviene del mundo subjetivo y se despliega sobre objetos, lo cual implica que las modalidades “a distancia” no son la excepción al mismo. Para corroborarlo, Maxine González (1997) señala que entre Fliess y Freud existió un proceso transferencial no-presencial (postal) que, de hecho, permitió el “descubrimiento” del psicoanálisis. Una vez verificada la viabilidad de la transferencia, la interpretación aparece como herramienta posible para el terapeuta “a distancia”, de hecho la autora mencionada la caracteriza como “efecto del inconsciente” y, por tanto podemos ratificar, concebible ante la cercanía psíquica, no importando la distancia física.

Iniciamos este ejercicio hablando de un “cambio necesario” en la práctica psicoterapéutica, esto es, obligatorio a raíz de la realidad del confinamiento. Sin embargo, me parece pertinente pensar en un segundo sentido del término “necesario”, a saber: asequible conforme a la realidad de un número creciente de pacientes potenciales que viven gran parte de su vida y, sobre todo, de su subjetividad, a través de medios no-presenciales y por motivos que no solamente se circunscriben al pertenecer a determinada generación (*millennials*), pudiendo estos ser la conformación de su estructura psíquica (fóbicos, esquizoides, etc.) o incluso económicos (menor inversión en tiempo y dinero). Es en este punto que las ventajas y desventajas descritas para las modalidades no-presenciales cobran relevancia como opciones viables al momento de la indicación de tratamiento.

En mi experiencia como psicoterapeuta, he podido constatar que en efecto es posible un proceso terapéutico, de corte psicoanalítico, a través de ambas modalidades (telefónica y por video llamada) y, lo que es más destacable, con claros avances por parte del paciente. Sin embargo, también es cierto que se trata de una población de escasos recursos económicos que difícilmente había tenido acceso a un tratamiento de estas características con anterioridad. Lo cual, por un lado, realza las ventajas

y validez de estas modalidades, al obtenerse resultados positivos en pacientes sin experiencia psicoanalítica previa; pero, por el otro, limita la información con que se cuenta a un tipo aún reducido de patologías e individuos.

Finalmente, es claro que queda un largo camino por descubrir en el terreno de los tratamientos psicoterapéuticos a distancia. Más allá de si, como todos fervientemente deseamos, las medidas mundiales de confinamiento tienen ya una fecha de caducidad próxima (a raíz de la aplicación de vacunas que hoy se

encuentra ya en marcha) o no, las modalidades no-presenciales han ganado ya su legitimidad, pero aún se requiere investigación (fundamentada en la clínica) acerca del tipo específico de pacientes para los que cada una de ellas es óptima. Asimismo, deo abierta la cuestión para el propio lector sobre si, como terapeuta, considerará en el futuro no-confinado ofrecer estos formatos a sus pacientes o si, como paciente, solicitará en ese mismo futuro un proceso “a distancia” y lo valorará (y, por ende, pagará) tanto como uno presencial. ♦



Referencias

- Coderch, J. (2005). La fase de inicio del tratamiento. En *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (pp. 145-179). Barcelona: Editorial Herder.
- Etchegoyen, H. (1986). El encuadre analítico. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 479-489). España: Amorrortu Editores.
- González, M. (1997). La interpretación en psicoanálisis. En J. Vives (comp.), *El proceso psicoanalítico* (pp. 219-234). México: Editorial Plaza y Valdés.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas Vol. XII* (pp. 107-120). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas Vol. XII* (pp. 121-144). Argentina: Amorrortu Editores.
- Marucco, N. (1999). La transferencia: ¿Qué, cómo y cuándo interpretar? *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis - FEPAL*, Vol. 3 (n. 1), pp. 153-160.

PSICOTERAPIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

LORENA RUIZ FERNÁNDEZ
lorenamezher@aol.com

Licenciada en Psicología, Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica Individual y Doctora en Psicología Psicoanalítica. Actualmente cursa un posgrado en Psicoterapia en la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Subdirectora de la Mujer y la Familia en el DIF DF. Terapeuta primaria de Avalon. 18 años de práctica privada como psicoterapeuta psicoanalítica.

RESUMEN

Por la pandemia, nos enfrentamos a una situación muy poco acostumbrada: la terapia en línea, el no estar presencialmente con nuestro paciente en ese espacio íntimo que es el consultorio. Al mediar la tecnología -una pantalla y su entorno- entre el paciente y su terapeuta, se puede romper la seguridad de lo privado para hacerse público provocándose resistencias y dificultando el trabajo terapéutico. Ahora tenemos la preocupación de que el paciente no se pueda explayar completamente y que con las imágenes de nuestro hogar y la posibilidad de que alguien más oiga lo que se está diciendo, sintamos incomodidad y descubramos ante el paciente nuestra identidad personal, no nada más la profesional. Sin embargo, ahora debemos aprovechar la tecnología, sobre todo para no dejar de atender a quienes nos necesitan.

PALABRAS CLAVE: terapia a distancia, lo público y lo privado, encierro, tecnología.

ABSTRACT:

Due to the pandemic, we face a very unusual situation: online therapy, not being with our patient in person in that intimate space that is the office. By mediating technology - a screen and its surroundings - between the patient and their therapist, the security of the private can be breached to become public causing, resistance and making difficult the therapeutic work. Now we have the concern that the patient is not able to elaborate completely and that, the images of our home and the possibility that someone else hears what is being said, we could feel discomfort and reveal to the patient our personal identity, not just the professional one. However, we must take advantage of the technology in the best way, above all to not stop serving those who need us.

KEYWORDS: Distance therapy. The private and the public. Transfer. Lockdown. Technology.

En estos tiempos de la pandemia del COVID 19, los analistas nos enfrentamos a un nuevo reto: conocer qué implicaciones tiene el dar la terapia en línea, tanto para el analista como para el paciente.

De ahí que el presente trabajo tiene como objetivo describir algunos aspectos técnicos de la psicoterapia psicoanalítica ante las vivencias provocadas por la terapia en línea durante la pandemia del COVID 19.

Para tal efecto, se utilizó el diseño fenomenológico, el cual tiene como propósito, según Hernández-Sampieri (2018) “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (p. 548). En este sentido, se plantea la pregunta que indica el mismo autor: ¿cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida respecto a un fenómeno? (p. 549), en este caso, el fenómeno es la vivencia de la terapia en línea.

El consultorio se identifica usualmente como un lugar neutro y seguro. Este espacio permite proveer un ambiente donde prevalece la privacidad ideal. En este lugar se puede hablar de los temas más íntimos, personales y privados. Nadie más escucha, sólo está el paciente y su analista.

El consultorio se vuelve ese lugar ya estandarizado donde se permite mantener una distancia óptima, es decir, no se ve más que lo necesario, para que se pueda hablar de todo y en oca-

siones de nada. Como dice el psicoanalista Gabriel Lombardi: “ese espacio acotado en donde el paciente puede decir lo que se le ocurra, donde gracias al psicoanálisis se da la posibilidad de la manifestación del inconsciente, que es donde está nuestra determinación, en un doble sentido: en la práctica del lenguaje, que es equívoco, y la determinación en el sentido de cómo nos hemos posicionado, cómo nos hemos determinado nosotros mismos, de una manera más neurótica, más suelta, más psicótica, más loca... más depresiva”. (Lombardi, Gabriel s/f).

Es estar en la compañía del silencio en un momento terapéutico donde los sentimientos se expresan en la compañía simplemente de una escucha materializada de nuestro método científico. Mismo lugar, misma hora, mismo paciente... encuentro del mismo inconsciente.

En este tiempo de confinamiento por la pandemia, el consultorio ha quedado atrás por lo que surgen necesidades de modificación y adaptación, y a la vez de cuidado de aspectos esenciales. Por ejemplo, la teoría dice que el paciente no debería saber nada de su analista. Al respecto, Cecilia Beristáin y David Szydlo señalan:

Al irse descubriendo, el ser humano hallará cualidades y defectos, orgullos y vergüenzas, culpas y temores, y al convertir al terapeuta en un ente más presente de lo necesario, este proceso se dificultará sin razón alguna. Dicho de otra forma, el conocer detalles relacionados con la vida, el sentir o el pensar del terapeuta, obstaculiza los fenómenos reflexivos del paciente, así como las fantasías e ideas que de otra forma se manifiestan con mayor facilidad. (Beristáin, C. y Szydlo, D. 1999, p. 136).

Se debe cuidar la identidad del terapeuta, su privacidad, con el fin de que el paciente pueda seguir transfiriendo. Que el paciente pueda hablar con libertad sobre sus pensamientos, sobre todo tipo de fantasías, mismas que pueden intensificarse en algunos de los momentos del proceso terapéutico. estamos a una puerta de distancia donde se encuentra la familia, los hijos, el esposo... ¿Quién más podría estar ahí?

Ahora, en esta realidad modificada por causa de la pandemia, el analista parece cambiar de postura al presentarse de manera diferente: más humano. Esa investidura transferencial de este espacio terapéutico cambia al dar consulta en su casa, en ese espacio privado y en el que el paciente nunca imaginó estar presente, lo cual puede propiciar en él todo tipo de fantasías sobre la vida del analista. ¿Qué hay detrás de ese analista que se ve humano, con cara y cuerpo? ¿Que está en casa porque es igualmente vulnerable?

El hogar es siempre el reflejo del mundo interno. Conocer ese espacio donde hay un poco más de información sobre el terapeuta sin duda despierta pensamientos de distinta índole.

Algunos pacientes comprueban, tal vez, que su analista es como lo habían imaginado por causa de lo que ven. Otros pacientes lo piensan distinto, más humano ¿Acaso esto les incomoda? ¿O tal vez el sentir que invaden un espacio privado los asusta?

Como producto de toda esta adaptación, se debe cuidar de manera muy puntual la transferencia y la contratransferencia. Esta situación nos puede llevar a sentirnos en la necesidad de tratar distinto al paciente. Se puede transmitir una sensación de lejanía por causa de lo impersonal que puede ser hablar a través de una pantalla. Es un desafío romper con esta impresión y traspasar la barrera de la distancia que produce una pantalla. Incluso esta sensación puede variar en el consultorio entre cada paciente. Aunado a esto, ahora existe también la problemática de no perder la objetividad y la concentración, por sentir que se invade la intimidad al permitir entrar a un espacio privado como lo es la casa.

Aquí es donde lo privado se vuelve público y viceversa, porque además sabemos que, tanto el analizado como el analista,

De pronto, estamos frente a la fantasía de la no diferenciación entre el espacio psíquico y el espacio ambiente. Y con la posibilidad de que otro o los otros se enteren de lo que hay ahí (su vida). ¿La privacidad entonces queda en un espacio público y en la fantasía se ha perdido lo privado?

Para algunos pacientes genera temor y resistencia hablar de amor o sexualidad donde no se siente que hay privacidad, aunado a que probablemente sus familias o las del analista los pueden escuchar. Este acto de confianza mutua se pone nuevamente de manifiesto al dificultar la libre expresión de sus fantasías. ¿Podría ocurrir esto?

Por otro lado, en algunos casos nos encontramos con aquellos pacientes que les cuesta más trabajo mantener los límites de la represión. A estos pacientes justo se les podría hacer más fácil romper esos límites e invadir de alguna manera el espacio del analista con sus fantasías y también en sus *actings*. Y en estos casos dejar de mirar el contexto terapéutico y más bien solo hablar y poner de manifiesto sus impulsos impidiendo así lo privado y haciéndolo casi público.

Así mismo, podemos observar que la conexión emocional va a depender de aquel que se puede conectar en el consultorio: lo hará de manera similar en línea, con todo y lo complejo e innovador que pueda resultar. El que busca ayuda y desea recibirla lo hará vía telefónica, virtual o remota, sin importar, y esto es debido a que su capacidad de vinculación es profunda y conecta bien tanto con el humano en vivo como con el humano virtual de manera indiferente. Es capaz de confiar y puede soltar sus contenidos inconscientes.

En cambio, aquel paciente que no se conecta fácilmente con el analista en el consultorio porque sus vinculaciones son

ambivalentes, distantes o efímeras, le resultará mucho más complicado trabajar desde lo profundo vía remota. Y las resistencias que hubiera encontrado en el consultorio serían las mismas que aparecerán ahora en las terapias en línea. El punto aquí es que resulta bastante difícil decir muchas cosas cuando a veces sentimos que existe una barrera entre el paciente y el terapeuta. Y muchas veces este pequeño toque resulta más complicado de sentir a través de la pantalla. Eso a la par de que frecuentemente hay interrupciones en la señal de internet que interfieren la comunicación.

Nosotros sabemos que el estar presentes en el consultorio físico, el trabajo de la transferencia, la capacidad de regresión para entender el inconsciente, la cercanía óptima, y el estar ahí con el analizado es lo que cambia el mundo intrapsíquico en la intersubjetividad.

Trabajar a distancia, pero con una cercanía óptima, entre lo público y lo privado, requiere primeramente de una disposición favorable y de la adaptación entre el paciente y el analista. Es necesario tener presente el tipo de paciente y las fantasías que se puedan trabajar desde un espacio privado. En algunos casos, el hablar de asuntos íntimos puede generar paranoia – resistencia de ser escuchado por algún tercero que interfiere la sesión. Hay que recordar que trabajar en regresión – progresión al respetar la intimidad del paciente, puede ayudar a que se disuelvan las fantasías de intrusión.

Sin embargo, ahora el analista se enfrenta a un nuevo reto: por la pandemia, los pacientes están más ansiosos y enojados. El psiquiatra y psicoanalista franco-argentino, Juan David Nasio, en una entrevista titulada: *Depresión Covid: por qué es*

inédita y cómo el coronavirus nos afectará a largo plazo, descubrió que sus pacientes están cada vez más angustiados y deprimidos, en medio de la crisis sanitaria y al compás de las medidas restrictivas, y denominó a este nuevo fenómeno: “Depresión Covid”. En sus conclusiones diferencia entre la depresión clásica y la depresión por esta pandemia: “La depresión clásica es una enfermedad que se caracteriza por un empobrecimiento de las emociones. Las emociones están todas como dormidas. Se caracteriza por una tristeza tenaz y por un repliegue en sí mismo crítico, denigrante... La tristeza en la depresión COVID 19 es una tristeza con angustia, es una tristeza ansiosa, es una tristeza atormentada y, además, es una tristeza irritable, está enojado. (Nasio, J. 2021).

La terapia en línea es un recurso importante, y ahora en estos tiempos también necesaria; como dice Gavin Sharpe, a diferencia de otros confinamientos por pandemias, en este contamos con la tecnología para nuestro bienestar: no necesitamos estar aislados en nuestro aislamiento (Sharpe, G).

Sin embargo, el uso de este medio representa nuevos retos, requiere que cuidemos diversos aspectos, atendamos resistencias y que no dejemos pasar tanto lo que observamos como lo que no observamos. Como analistas, debemos aliarnos a ese yo cooperador, el cual tiene que ser fortalecido y alentado para permitir la cercanía necesaria con el cuidado óptimo entre lo público y lo privado. Debemos procurar que el paciente encuentre un lugar donde sea escuchado sólo por su analista y que el analista sepa modular este espacio a veces público -siempre privado. ●

Referencias

Beristain, C. y Szydlo, D. *Para entender la psicoterapia*. Ed. Trillas. México, 1999.

Hernández-Sampieri, Roberto y Mendoza, Cristian. *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill, 2018.

Lombardi, G. ¿Qué es el psicoanálisis? De inconscientes.com (s/f). En: <https://www.youtube.com/watch?v=z7Bhyae8Q0c>

Nasio, J. Depresión Covid: por qué es inédita y cómo el coronavirus nos afectará a largo plazo. Entrevista en: *El Clarín* 15-01-21. https://www.clarin.com/sociedad/depresion-covid-inedita-pandemia-afectara-largo-plazo_0_JBqTAWxXW.html?fbclid=IwAR2CVxFbWgjLnazuVyowjXTuYQVPxgK7ZxA7-oOytl-8qXg9Q9-PXNgvjfQ

Sharpe, G. *Online therapy? You must be kidding*. Therapy Route. En: <https://www.therapyroute.com/article/online-therapy-you-must-be-kidding-by-g-sharpe>.

CONSTRUYENDO LA INTIMIDAD EN LA PANDEMIA

KARINA LOZANO AGUIRRE
klozano@definetufuturo.mx

Estudiante de 2do semestre de la Maestría en Psicoterapia de Niños y Adolescentes, Centro de Estudios de Posgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana (2021)
M.A. Psychology and Education, Columbia University (2011)
Licenciada en Psicología, Universidad Iberoamericana (2008)
Diez años de experiencia como orientadora vocacional y psicoterapia de apoyo.
Experiencia como profesora en preescolar, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

RESUMEN

En esta breve reflexión, describo cómo la intimidad me ha ayudado a atravesar la pandemia actual. Intimidad entendida como un espacio compartido y construido por dos o más participantes (Dryzun, 2017). Hay particular énfasis en dos ejemplos, en los que la intimidad me ayudó a resolver la situación de la pandemia de manera creativa. Finalmente, declaro que esta intimidad ha sido una vacuna contra la desesperanza y un catalizador de salud mental.

PALABRAS CLAVE: intimidad, pandemia, desesperanza.

ABSTRACT

In this brief reflection, I describe how intimacy has enabled me to go through the current pandemic. Intimacy understood as a shared a constructed space between at least two participants (Dryzun, 2017). There is particular emphasis in two examples in which therapy allowed me to solve the pandemic creatively. Finally, I assert that this created intimacy has been a vaccine against hopelessness and a mental health boost.

KEY WORDS: Intimacy, pandemic, hopeless

Sabemos que la pandemia ha sido dura, muy dura para todos. Ha sido una situación que ha marcado a la humanidad; y coincido con el Dr. Prisciliano de León Dávalos, en su videoconferencia de junio del presente año, en que es fundamental que no perdamos de vista cómo esta situación también ha afectado a las personas que ofrecemos servicios en el área la salud mental.

Esta pandemia se ha presentado como una amenaza, una amenaza a distintos niveles: el personal, el familiar, el profesional, el social, el político, el económico; y eso sólo por mencionar algunos ámbitos que se han visto afectados.

Cada individuo, ha reaccionado de distinta forma ante esta nueva realidad, y es importante que no cataloguemos estas reacciones como patológicas o no; porque no sabremos el impacto que tendrán con certeza, sino hasta después de que logremos salir de esta pandemia (Fainstein, A.K., 2020, pp. 10).

¿Por qué hablar de intimidad en medio de todo este cuadro? Porque pareciera que la intimidad ha sido una de las esferas que se ha visto más afectada en esta pandemia. Por un lado, estamos encerrados y aislados; pero por el otro, hemos tenido que aprender a convertir los hogares en escuelas, oficinas y espacios de recreación; pareciera que las líneas entre nuestros espacios se han diluido; y todo esto ha afectado en las relaciones íntimas (con uno mismo y con los demás).

La palabra intimidad es muy compleja, por ello se aclara qué se entiende por intimidad en esta reflexión. Dryzun, (2017) deja muy claro como la intimidad es un espacio compartido, un espacio que funge como “frontera activa entre lo individual y lo intersubjetivo.” (párr.4). Necesariamente hay por lo menos dos actores que participan y crean un espacio único entre los participantes. Por otro lado, Goldiuk (2018) propone que:

lo íntimo tiene que ver con la verdad, con “nuestra verdad”, toda vez que esta verdad incluye nuestras falsedades y malentendidos. Lo íntimo apunta a la verdad de nuestra singularidad, alude a nuestra individualidad, y como tal refiere a lo que somos y a los vaivenes del contacto con quienes somos. (párr.1)

Y desde este lugar de verdad, mi verdad individual, les comparto mi experiencia como paciente, y lo que ha representado para mí tener un espacio íntimo en medio de todo este caos y dolor que estamos viviendo.

Todavía me acuerdo, cuando vivíamos sin el miedo inminente de un virus letal invadiendo nuestro entorno. Y aún en esa realidad que hoy parece tan lejana, yo ya necesitaba de un espacio para encontrarme, para entender mi historia, mis aciertos, mis errores y mis dolores. Uno de mis principales motivos de consulta, era elegir hacia donde seguiría mi camino profesional; no sabía si estudiar una maestría, no sabía si quería continuar o no dando clases; y estaba intentando retomar mi camino profesional después de haber empezado una de las aventuras más hermosas de mi vida: ser madre.

Recuerdo que el 11 de marzo del 2020 tuve que enviarle el siguiente mensaje a mi Analista “Mis papás son sospechosos de C, no sé si ir en persona contigo...” A lo que ella me contestó: “Te agradezco que me digas. Pues si no tienen resultados mañana y/o si crees que es más seguro que sea a distancia pues lo hacemos por teléfono si quieres. ¿Cómo están ellos? ¿Están bien?”

Nunca me hubiera imaginado, que después de ese mensaje pasaría casi un año tomando mis sesiones terapéuticas a través del teléfono. Extrañando mi diván, su voz (porque hasta esa cambia a través del teléfono), extrañando la libertad de ir caminando hasta su consultorio, esa caminata que era parte de mi ritual, para lograr estar con ella y conmigo.

Pero, aunque esta ha sido una realidad muy dura, nunca me sentí sola. Sabía que contaba con ella; y sólo con escuchar su voz (aunque sea un poco distorsionada a través del teléfono), podía transportarme a su consultorio, a nuestro espacio. Fue un año en donde evidentemente se tocaban los temas recurrentes, pero donde empezaron a salir otros que nunca me hubiera imaginado. Me acompañó cuando nos diagnosticaron con COVID-19, cuando empezaron mis dudas sobre si era el momento de empezar una maestría, cuando mis padres padecieron COVID, cuando aparecieron las discusiones entre hermanos sobre las nuevas reglas de convivencia en la pandemia; y ella siempre cálida, atenta, presente y dispuesta, con esa escucha tan particular que permitía que yo me encontrara ese espacio íntimo tan necesario.

En esa intimidad construida, encontré alternativas para sobrellevar la pandemia. Les comparto dos. Una que utilicé varias veces durante el confinamiento, y otra que ya se quedó como parte de nuestras opciones como familia para encontrar intimidad.

Al no poder salir, mi marido y yo, estábamos muy preocupados por la salud mental de nuestra hija. No sabía qué hacer para mantener despierta esa inquietud genuina y transparente que la caracteriza. Así que comenzamos a organizar picnics frente a la televisión con imágenes de la naturaleza. Esos “viajes” nos llevaron a lugares increíbles, y aprendimos muchas cosas. Y nos daba una sensación distinta, sabíamos que era un juego, pero era la oportunidad de crear lugares nuevos como familia, y crear nuestra propia intimidad.

La otra actividad que encontré en esos espacios de intimidad con mi Analista, fueron los cuentos con sombras. Así que varias noches apagábamos las luces, prendíamos una linterna y entre los tres, creábamos una historia. No puedo hablar por mi hija y por mi marido, pero les puedo compartir que para mí eran los momentos más libres del día, y al terminar nuestros relatos sentía como la esperanza recobraba fuerza en mí.

Y así pasaron los meses, hasta llegar a febrero de este año, momento en el que decidí buscar opciones para ingresar en agosto a un programa de maestría. La vida me volvió a sorprender, porque en una de las pláticas informativas encontré un Instituto que cubría lo que tanto había esperado para retomar mi rumbo profesional, ¿qué hacer?, ¿aprovechar la oportunidad?, ¿esperar a que se normalice esto de la pandemia?

Con esas preguntas regresé con mi analista, y ella con su calma característica me escuchó. Y otra vez, en esa intimidad, en ese espacio compartido y reflexivo pude encontrar las respuestas a esas preguntas. El tomar esta decisión implicaba renuncia. Iba a tener que dejar ese espacio íntimo, para construir esa intimidad con alguien más. Una vez más su presencia y su capacidad de ver

mi potencial me dijo: “Karina, este espacio es para que tu crezcas, tu puedes intentar este nuevo proyecto, y si al final no es lo que buscabas siempre puedes regresar.” ¡Qué despedida tan cálida! Tan pensada para que yo pudiera descubrir nuevos aspectos de mí, para que logre realizar lo que tanto habíamos hablado durante dos años de terapia presencial, y uno en la virtualidad.

Y al cerrar esa puerta, empecé un capítulo nuevo. Coincidió con un nuevo analista, con el que comparto una nueva intimidad que ha abierto otras posibilidades. Este semestre ha estado lleno de vida, de construcción, de aprendizaje y de retos. Esta bienvenida íntima, cálida y segura; me ha permitido conectarme con una parte creativa que desconocía. Tengo ganas de escuchar, de escribir, de explorar... con decirles que ya hasta me animé a bajar los kilitos que andaba cargando por que había una parte mía que no quería soltar alguno que otro miedo.

La nueva intimidad que empiezo a construir me invita a preguntar, a crecer, a disfrutar, a creer en mí, a tener fe. Me permite examinar quién he sido, quien soy, quién seré; cómo me comporto con los demás, y justamente por eso tendré la capacidad reescribir mis relaciones (J. Casillas L., comunicación personal, 5 de marzo de 2021; Forrester, 1995).

Cómo no hablar de la intimidad en la pandemia, cuando en esa intimidad he descubierto nuevas formas de entenderme y con eso he logrado acercarme a mi hija, a mi marido, a mis padres, a mis hermanos, a mis pacientes y a mis amigos. Cuando en esa intimidad se escriben mis sueños y se reeditan mis miedos, cuando en esa intimidad siento cómo me fortalezco, me encuentro y me atrevo. Cuando ha sido mi vacuna contra la desesperanza; cuando, aunque reconozco que no es la cura para todo, sí creo que la intimidad es el acto más humanizante, el espacio para aprender a hacerse responsable de uno mismo en relación con los demás; y considero que con eso ganaríamos mucho terreno en la salud mental. ✪

Referencias

- De León Dávalos, P. (2021). Perspectivas en el psicoanálisis de niños y adolescentes. Videoconferencia, Asociación Psicoanalítica Mexicana, 12 de junio de 2021.
- Dryzun, J. (2017). La intimidad como experiencia de lo compartible. *Aperturas Psicoanalíticas*, núm. 56. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=988>
- Fainstein, A. (2020). Psicoanálisis en tiempo de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, núm. 25., Lima. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%C3%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf>
- Forrester, J. (1995). *Seduciones del Psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. Fondo de Cultura Económica.
- Goldiuk, H. (2018). Intimidad y la capacidad de “sufrir” la soledad. *Temas de Psicoanálisis*, No.15. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2018/01/31/intimidad-y-la-capacidad-de-sufrir-la-soledad-1/>
- Martínez Álvarez, H. (2016). La invención freudiana de la intimidad. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://www.academica.org/000-044/780.pdf>

NAVEGANDO EN LA SOLEDAD Y POR LA SOLEDAD: CASO KLUH¹

SAÚL GERARDO CHÁVEZ NUILA
saulchavezn@gmail.com

Mtro. en Psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes. Estudiante de Doctorado en la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

RESUMEN

Se hace el relato de reflexiones por la soledad y en la soledad, entendida esta como la sensación de no-comprensión de parte del ambiente sentida por el sujeto. Se percibe la soledad como un fenómeno natural, como una galaxia en el espacio, como un astro incandescente. En el relato se asumen como ejes clínicos desde la teoría psicoanalítica la contratransferencia e identificaciones proyectivas manifestadas con Kluh, paciente masculino de 22 años quien había tenido un intento de suicidio antes de entrar a psicoterapia; se esclarece cómo la agresión contenida dentro del paciente es depositada en el terapeuta. Dentro del proceso se manifiesta un sueño contratransferencial, así como fragmentos de canciones que se entonaron en mi mente consecutivamente de algunas sesiones, dichos eventos permitieron la sí-comprensión que el paciente sintió buscando y encontrando un contenedor en la mente del terapeuta de una manera un tanto rudimentaria. Complementariamente en el transcurso del escrito se intercalan citas de diferentes autores psicoanalíticos clásicos (Winnicott, 1958; Bion 1962, 1965; Lacan, 1964) y contemporáneos (Ferro, 1998; Green, 1999; Cassorla, 2018) que permiten una mayor profundidad en la lectura.

PALABRAS CLAVE: Soledad, desamparo, no-comprensión.

¹ Trabajo presentado en la Mesa Temática “Soledad en la infancia y adolescencia: reflexiones desde la clínica psicoanalítica” en el LVIII Congreso Nacional de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Ciudad de México 9 y 10 de noviembre de 2018.

MARÍA, EL SÍNTOMA DEL SEXTING EN UNA ADOLESCENTE CON UNA PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA.

SALLY ROPHIE ANZARUT

srophia@gmail.com

Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana. Maestría en psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes por la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Hizo un diplomado en violencia por la asociación Menorah y un posgrado en intervenciones psicoanalíticas subjetivizantes en niños y adolescentes por la Universidad de Córdoba.

RESUMEN

La adolescencia es un periodo en el desarrollo que se caracteriza por ser disruptivo, por la rebeldía y por mucho movimiento psíquico. El presente ensayo tiene como objetivo exponer el síntoma del *sexting* en una etapa adolescente a partir de la ejemplificación del caso de María. Este síntoma puede parecer disruptivo y alarmante, pero visto en el contexto de este caso, es un síntoma que se describiría mejor como adaptativo en relación a la etapa de desarrollo que está viviendo. Es un síntoma que busca ayudar a María a separarse de la madre, de buscar un espacio propio, pero al no poder lograrlo en el mundo real, busca este espacio en lo virtual fuera de la mirada de la madre. El síntoma es preocupante debido a los riesgos que esta conducta implica como lo son la pornografía infantil y la trata de blancas. Pero en este caso, no sucede. Es importante notar que las conductas de riesgo también son parte de una conducta adolescente normal, siempre y cuando no pongan en riesgo la vida ni

la integridad del adolescente o de sus alrededores. En la psicoterapia lo que se ha trabajado es el hacer consciente esta necesidad de separación de la madre, pero buscar una manera menos riesgosa de lograrlo, reflexionar los riesgos que conllevan estas conductas y ayudarlo a conocerse mejor para que vaya creando su propia identidad.

PALABRAS CLAVE: *sexting*, adolescencia, individuación, mundo virtual, separación.

ABSTRACT

The adolescent development stage is characterized by being disruptive, by rebellions and by a lot of psychic movement. This essay pretends to approach sexting as a teenage symptom with the example of María's case. This symptom may be disruptive and alarming, but specifically in María's case, it is an adaptive trait regarding the development stage she is in. While looking for a personal space from her mother, but failing to get it, she turns to the virtual world, away from her mother's watch. This is an alarming symptom because of the risks it carries like juvenile porn and white slave traffic. But it is not the case here, but it is very important to remark that risky behavior is part of the normal adolescent conduct. In the psychoanalytic treatment, we have been working in making the need to separate from her mother conscious but in a less risky way, considering the risks that these conducts imply and helping her getting to know herself better so that she starts molding her own identity.

KEY WORDS: *sexting*, adolescence, individuation, virtual world.

A. Aberastury en *La adolescencia normal*, (1998) menciona que la adolescencia es un proceso del desarrollo, es una época de inestabilidad extrema que puede confundirse con un cuadro psicopatológico pero que en realidad es un curso normal de esta etapa. Es una etapa muy frágil y vulnerable, sin embargo, el psicoanalista tendrá que revisar y conocer la teoría de la adolescencia para saber cuando se enfrenta a una psicopatología real y distinguirlo del proceso normal. María es una adolescente de 13 años que llega a consulta por una problemática de *sexting*. La adolescencia trae consigo la irrupción de los impulsos que permanecieron "dormidos" durante la etapa de latencia, el impulso agresivo y sexual, el cual trae consigo el impulso por separarse de las figuras de apego y también una búsqueda de descarga sexual. Pero la represión hace que los impulsos que llegan a la conciencia no sean tan disruptivos (Isaías, 2013). En el caso de María, el *sexting* es una conducta disruptiva, sin embar-

go, el trasfondo de su conducta no lo es, tiene como fin lograr separarse de la madre para poder crear su propia identidad. El *sexting* es "la actividad de enviar fotos, videos o mensajes de contenido sexual y erótico personal a través de dispositivos tecnológicos, ya sea utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, redes sociales, correo electrónico u otra herramienta de comunicación" (Intramed, 2018).

Los padres de María están divorciados desde que ella tiene 4 años. Vivían con la madre en un departamento pequeño por lo que la madre y María dormían en una cama y su hermano en un catre, ya que la hermana mayor se va a vivir al extranjero a estudiar. Posteriormente se mudaron a una casa en donde cada uno tiene su cuarto, pero continúan durmiendo juntas la madre y María. El síntoma, *sexting*, empieza cuando María tiene 11 años cuando su hermano mayor (el segundo) le enseña una página de internet en la que hay foros para hablar de anime, gusto que

comparten. Refiere María que empezó a hacer uso de esta plataforma después de que su hermana mayor se fue a estudiar fuera del país, por lo que describe que se sentía sola y aburrida en su casa, además de que no tenía un espacio propio. En la escuela tenía pocas amigas, ya que menciona que no le gusta estar con mucha gente, que no le gusta que la vean. Una de las características de la adolescencia, es el resurgimiento del impulso sexual. Por lo que comienza un periodo de curiosidad y exploración sexual normal en el desarrollo de los adolescentes. Empezó a buscar los foros con contenido sexual, ya que eran más divertidos. A partir de ahí, comenzó a tener muchas conversaciones con personas desconocidas llenas de contenido sexual, principalmente texto. Dice María que no empezó a hacer uso de las fotografías y videos hasta después, cuando mantenía una conversación sexual con su jefe de scouts, 12 años mayor que ella. Siempre mantuvo esto en secreto y los padres solo se enteraron después cuando la madre comenzó a dudar de la relación que tenía María y su jefe, por lo que la confronta y empiezan un proceso legal en su contra. La madre es intrusiva y engolfante, mientras que el padre tiene una personalidad narcisista, por lo que María siente que no tiene un espacio propio y menos desde que la madre encontró este contenido sexual en su celular.

La familia tiene una función muy importante en el proceso del adolescente de facilitar o inhibir el proceso adolescente (Isaías, 2013). Y como mencionan varios autores, es fundamental que se presente cierta rebeldía en la adolescencia. Esto ayuda a que los adolescentes puedan separarse de las figuras de apego de la infancia y puedan empezar a crear su propia identidad a partir de la prueba y error. «La rebeldía desde el punto de vista de maduración del joven se entiende como la fuerza mediante la que el sujeto pugna por no amoldarse a las expectativas parentales. Doblearse a dichas expectativas es experimentado como sometimiento y así como debilitamiento

de la nitidez de la identidad” (Isaías, 2013, pág. 34). Lo que busca María es separarse de la madre, poder crear una identidad propia, pero al ser su madre muy intrusiva y engolfante, y dormir en la misma cama, no tiene un lugar propio y privado para ella. De hecho, es uno de los reclamos que hace en la terapia, el que nadie respeta su espacio personal y no tiene un lugar de y para ella. Esta falta de privacidad y de espacio en el mundo físico, la lleva a buscar un espacio en un mundo virtual, fuera de la mirada de todos. Este lugar se convierte en SU lugar privado. Ya que, aunque sea público, es un lugar fuera de la mirada de los padres. Realmente es una es una demanda inconsciente de un espacio propio en el que pueda separarse, pero también pueda descargar sus impulsos sexuales propios de la adolescencia.

La relación del adolescente con el medio socio familiar que lo rodea también es un proceso en el que cada una de las partes se modifica a expensas de la otra. Así como el desarrollo infantil temprano requiere de un funcionamiento maternal suficientemente bueno, la adolescencia requiere de un ambiente facilitador, en términos de Winnicott, que de manera suficiente ofrezca los recursos que la adolescencia, como proceso, requiere (Isaías, 2013). María no es capaz de encontrar estos recursos para poder diferenciarse de la madre de una forma “sana”, ya que la madre no le permite la separación y su padre tampoco promueve esta separación.

Algunos tipos de usuarios que utilizan el ciberespacio están sujetos con personalidades esquizoides, evitativas o con fobia social; o bien sujetos del tipo histérico, exhibicionista, con baja autoestima, con conflictos y carencias familiares, que aumenta el riesgo de pasar todo el tiempo en la red. De esta forma nos alerta sobre ese “tener espacio” donde no existen padres críticos ni juicios de valor, donde el Ello da rienda suelta a sus contenidos, donde puede esconder e impostar otra edad, sexo distinto y preferencias,

como colocando el superyó en pausa y distorsionando y debilitando las funciones yoicas. “A falta de padres, internet, a falta de amigos *Facebook*, a falta de intimidad y de ser vistos, *sexting*” (Lartigue y Vives, 2018). María es una adolescente que dice tener fobia social porque no tolera estar con mucha gente, además de la ansiedad de ser vista por las demás personas y una personalidad histérica, además de conflictos y carencias familiares. Todos estos son componentes que ayudan a que utilice las redes sociales como un mundo alterno a su realidad. Como una forma de escape de la madre intrusiva y del padre para el cual ella nunca es suficiente. Y como lo dicen Lartigue y Vives, a falta de intimidad y de ser vistos, el *sexting*. Pero esta búsqueda de la mirada, la pone en riesgo, ya que, aunque toma sus medidas de precaución como el no poner su nombre real, edad, entre otras, ella mantiene un perfil muy similar al de la vida real. Y en ocasiones le proporciona información a los hombres del otro lado de la pantalla que pudieran ponerla en riesgo. Cuando el *sexting* cambia a ser con alguien conocido y escala la intensidad de lo expuesto sexualmente, el riesgo cambia a que el contenido pueda ser difundido y entonces pueda quedar expuesta y humillada por la gente de su alrededor. Pero estos riesgos parece no tenerlos en cuenta, para ella es importante que no la dejen, aunque eso implique tener que hacer cosas con las que no se sienta cómoda.

En la adolescencia, es normal que se encuentre un sentimiento de omnipotencia y una tendencia a la actuación, situación que provoca que no asuman los riesgos que sus acciones pueden provocar o que nada

les va a pasar. En el caso de María, que nadie se va a enterar y que sus fotos y videos no serán compartidos.

Por lo descrito anteriormente, se ha trabajado con María promoviendo un desarrollo adolescente en el que pueda ir formando su propia identidad y pueda separarse de la madre. Se ha hecho esto mediante el hacer consciente la búsqueda de separación y maneras menos riesgosas para lograrla y fomentando su propia identidad.

CONCLUSIÓN

La adolescencia es un proceso del desarrollo de todo ser humano. Este proceso pretende crear del niño, un adulto, pero este cambio no viene sin cierto desbalance. La adolescencia es un momento de crisis, un momento difícil y generalmente acompañado de dolor por los duelos que se deben de hacer. Pero esta crisis pretende que el adolescente, pueda convertirse en un adulto con una identidad propia y constante, una separación de las figuras de apego y una maduración psicosexual.

El síntoma en el caso de María podría parecer patológico, pero su trasfondo es meramente un conflicto adolescente. Esto es debido a que en el mundo real no tiene un espacio propio, no puede separarse de la madre, debido a las características de ésta que no lo permite y entonces busca, por algún lado, poder separarse de esta madre, a través de su sexualidad, la cual la madre niega y desaprueba. Utiliza el mundo virtual porque es el único espacio que ella encuentra para tener su propio lugar fuera de la mirada de la madre especialmente. Por lo que el síntoma realmente está funcionando para ayudar a María a rebelarse y poder individuarse de la madre. *

Referencias

- Aberastury, A. (1998) *La adolescencia normal*. Paidós.
- Blos, P. (1967). *La transición adolescente. El segundo proceso de individuación*. Publicación impresa. Amorrortu
- Intramed (2018). *¿Qué es el sexting?* Accesado el 18 de enero del 2021 en <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=93210#:~:text=Se%20denomina%20sexting%20a%20la,u%20otra%20herramienta%20de%20comunicaci%C3%B3n>.
- Isaías, L. M. (2013) *La familia, medio propiciador o inhibidor del desarrollo en la adolescencia*. Cuadernos de psicoanálisis XLI 3 t 4 págs.. 61-72
- Lartigue, T. y Vives, J. (2018) *Psicosexualidad en la adolescencia*. En Cuadernos de Psicoanálisis LI: 1 y 2

VIVIRLO PARA TRANSMITIRLO

MARIANA ALAGÓN NÚÑEZ

mariana.alagon@gmail.com

Mariana Alagón Núñez estudió la carrera de Comunicación en la Universidad Iberoamericana, con una especialidad en Cine. Paralelamente tuvo una formación actoral, estudiando primero en la escuela Casazul y después en *Stella Adler Academy of Acting* en Los Ángeles, California, donde también desarrolló una carrera actoral participando en diferentes proyectos de teatro y cine. En 2018 regresa a la Ciudad de México, donde empieza su formación como psicoterapeuta en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, actualmente está estudiando la Maestría en Psicoterapia General.

RESUMEN

En este trabajo se exploran los factores que contribuyen a que un tratamiento psicoterapéutico sea exitoso. Se indaga acerca del papel que juega la técnica a la hora de estar frente al paciente, considerando que ésta no puede replicarse como si fuera un manual, ya que hacerlo así no sería suficiente para poder lograr un verdadero vínculo entre terapeuta y paciente, algo que es imprescindible para un tratamiento psicoanalítico. Sin dejar de tomar en cuenta la importancia que tiene la técnica y sobretodo lo necesario que es el que un psicoterapeuta haya tenido una formación seria para poder ejercer como tal, hay elementos como la empatía, la mirada, la calidad de la escucha, que simplemente no pueden estudiarse para ser replicados posteriormente. Se busca hacer un énfasis en la importancia que tiene el haber vivido previamente un tratamiento psicoterapéutico desde el lado del paciente, en donde la relación paciente-analista haya sido el motor de éste, para entender porqué es tan indispensable esto.

PALABRAS CLAVE: escucha, transmitir, vínculo.

ABSTRACT

This text aims to explore the factors that contribute to a successful psychotherapeutic treatment., inquiring about the role that the psychoanalytic technique plays when being face to face with the patient, taking into consideration that the technique cannot be replicated as if it were a manual, because doing so would not be enough to be able to develop a true bond between therapist and patient, something that is essential during a psychoanalytic treatment. Being aware of how important it is for a therapist to have had proper studies to be able to practice as such, there are also some elements that cannot be studied or memorized. Elements such as empathy, how deeply you're able to listen to what your patient is trying to tell you, and what you can transmit, among others. It also aims to

emphasize the importance of having previously experienced a psychotherapeutic treatment in which the patient-therapist relationship has been the driving force behind it, to be able to understand why this is something essential.

KEY WORDS: listening, convey, bond.

Durante esta etapa de mi formación como psicoterapeuta, al haber finalizado recientemente mi tercer semestre en la Maestría General y al estar empezando a vivir la experiencia de la práctica clínica, la inquietud que más me acompaña es la de cómo lograr incorporar lo aprendido en los seminarios a mi práctica en el consultorio de una forma en la que realmente sea útil para mis pacientes. Que no sea solamente una réplica impostada de lo que escucho, leo, o dicen mis maestros. De una forma que sea genuina, pero a la vez ética y apropiada. Que no sea meramente una repetición de lo aprendido y que pueda cobrar sentido a la hora de ser aplicado. No es una tarea fácil, creo, el encontrar un buen balance entre la teoría aprendida, y la técnica que se aplica ya a la hora de estar frente al paciente, con sus demandas y necesidades únicas y específicas.

Justo ahora durante el cierre del semestre, leyendo un caso clínico escrito por Robert Lindner (1996), me crucé con unas palabras que me marcaron profundamente. Lindner escribe: (1996, p. 212) “Para mí, el psicoanálisis es un arte vital que requiere más de quienes lo practican que la actividad inteligente de su cerebro. En su práctica interviene también el corazón, y hay ocasiones en que los sentimientos humanos sinceros tienen precedencia sobre los rituales y dogmas del oficio”. Esto lo dice debido a una situación muy particular que se presentó con una paciente suya, en la que él llevo a cabo una intervención muy poco convencional: ir a casa de su paciente mientras ella se encontraba en un episodio delirante. Cuenta Lindner que mientras se dirigía a la casa de su paciente, pensaba en que algunos colegas suyos “se espantarían ante tal infracción de la ortodoxia” mientras al mismo tiempo declara que él sabía que eso era lo que debía de hacer. Tendría que ahondar más en este caso y en sus detalles para que quedara más claro por qué él consideró que esa medida fue la apropiada en ese momento específico, creo que lo que importa es que gracias a ese acto tanto analista como paciente pudieron comprender a fondo aspectos fundamentales de la problemática de la paciente y así progresar. Con esto no quiero insinuar que la solución para tratar a algún paciente con episodios delirantes es ir a sus respectivas

casas, claro que no. Pero concuerdo con lo que él dice y esto a mí me lleva a pensar en que lo que cada paciente necesite va a variar de un momento a otro y creo que, aunque claro que hay unas bases en las que hay que sustentarse, también hay muchas cosas más allá de eso. Creo que la técnica no puede ser una que se lee y se estudia como si fuera un manual. Sería como si a una madre se le indicara cuál es la manera correcta para alimentar a su bebé y a la hora de ponerlo en práctica ignorara las señales que su bebé le manda, las cuales quizá no encajan a la perfección con el instructivo proporcionado por el doctor. Pues no es solamente replicar lo que viene en el manual, sino poder ver al otro de una forma en la que se pueda detectar qué necesita. Es la mirada que se le da. Es la calidad de la escucha.

Aquí pienso en algo que un profesor nos decía acerca de que todas esas clases para aprender a cargar a tu bebé o de cómo crear un vínculo con tu bebé, no sirven. Pues dice que la madre va a cargar a su bebé de la forma en la que ella fue cargada, y va a ver a su bebé como ella fue vista. Existe claro, la opción de someterse a un tratamiento analítico para que se de la posibilidad de no repetir lo mismo tal cual. Esto de alguna forma lo relaciono con un psicoterapeuta y la importancia de su propio proceso analítico para así poder ver y escuchar mejor a sus pacientes. Al haber tenido la experiencia del impacto que tiene un proceso analítico y al yo haber tenido la bendición de vivir lo que esto implica como paciente varios años antes de haber empezado mi práctica clínica, descubro la importancia fundamental que tiene el experimentar primero ese lado como paciente antes de querer transmitirle eso a mis propios pacientes. Pues ¿cómo transmitirle a un paciente que esto realmente sirve si no se ha vivido en carne propia? Tampoco creo que se trate de asistir a un proceso analítico solamente porque se debe de hacer como parte de la formación psicoterapéutica. Pues creo que lo importante es haber sido testigo de los efectos trascendentales que puede tener una buena psicoterapia o un buen análisis en la vida de uno mismo. Algo que puede incluso, salvar vidas. Y aquí me pregunto: ¿un buen análisis? ¿qué es eso? si alguien que no sabe nada de psicoanálisis

me preguntara cómo es que este ayuda, o más bien cómo me ha ayudado a mí, no podría contestar que se debe a la técnica *per se*. Así como tampoco diría que lo que mi analista me ha dado se debe al uso correcto de la técnica nada más. Diría que se debe a lo que ella me ha ayudado a poder ver en mí, a lo que me ha transmitido, a su aceptación, a la parte de ella que he podido introyectar en mí, pero sobre todo a la calidad del vínculo que tenemos. Y creo, que ese vínculo no se construye solamente porque se trata de una técnica psicoanalítica nada más, porque al final una técnica puede replicarse y punto. Diría que es la calidad de la escucha, la humanidad del terapeuta, el significado que se le da a las palabras, el pensar al otro, el amor. Desde mis ojos, desde mi experiencia, es lo que creo que hace que complemente a la técnica y que así ésta deje de ser solamente una “técnica a seguir” y a que sea algo que realmente ayude. El trabajo que mi analista y yo hemos realizado juntas ha sido sin duda uno de los regalos más bonitos que me ha dado la vida, y espero poder yo lograr eso con mis pacientes. No necesariamente saber si cumplí a la perfección con el encuadre o con la técnica, pero darme por servida al lograr transmitirles lo que mi analista hizo conmigo y a ayudar de verdad a mis pacientes. Creo que el paciente también recibe mi propia capacidad para recibir.

Hace unas semanas, realicé una entrevista de primera vez a una joven de 21 años con un historial de depresiones fuertes, por lo cual había asistido a tratamiento psicoterapéutico dos años atrás. Este anterior tratamiento, fue suspendido al año y medio debido a que no se sentía cómoda con su psicoterapeuta, como ella lo explicó. Al indagar un poco más acerca de esto, me respondió: “*no sentía que ella estuviera realmente interesada en mí y más bien parecía que lo que me decía y preguntaba era con la intención de probar alguna teoría, pero no por un interés en mí. Parecía que me estaba inspeccionando.*” (sic). Esto me generó varias ideas, en primer lugar, sorpresa porque la clínica a la que había acudido es una que tiene cierto prestigio y en la que sé que todo terapeuta trabajando ahí cuenta con un buen nivel de estudios y preparación académica. También me generó cierta angustia y me pregunté: ¿cómo voy a poder ayudarla yo si una terapeuta con tal trayectoria no pudo? Una parte de mí se intimidó y más adelante en la semana me cuestioné muchas cosas a raíz de este comentario de mi paciente y las cuales comparto en este

trabajo con la intención de pensar en la técnica y lo que sucede en el consultorio. ¿Qué es lo importante: la teoría, la experiencia, los títulos, ¿la escucha?

Esto me llevó a reflexionar acerca de cómo, especialmente cuando estamos empezando en esta profesión que es tan compleja y satisfactoria a la vez, es fácil sentir una enorme presión por aprendernos y dominar todas las teorías para así poder aplicarlas en nuestra práctica clínica. No dudo ni por un instante en el valor que tiene toda la teoría, la cual considero parte fundamental y vital para nuestro trabajo. Pero ¿lo es todo? ¿Podría ser que el estudiar y aprenderse todas las elaboradas teorías de los más grandes psicoanalistas y aplicar la técnica a la perfección sea garantía para brindar una ayuda exitosa?

Otra cosa a la que creo que podemos enfrentarnos en esta etapa es a la constante necesidad de preguntarle a otros colegas o profesores: “¿qué hago? ¿qué le contesto a mi paciente?”. Y es algo delicado, porque pienso que existen ocasiones en las que consultar a alguien más nos ayuda a ver algo que nosotros no estemos pudiendo ver debido a la contratransferencia u otros factores, pero también habrá veces en las que sólo el terapeuta sabe la respuesta porque es quien tiene la relación con el paciente. Entonces pienso: ¿qué tanto es tanto? creo que al final se trata de tener la sensibilidad para poder identificar las necesidades del paciente. ¿De qué serviría aplicar la técnica a la perfección si no le está sirviendo al paciente? Me acuerdo de algo que Aurora Romano, nuestra profesora en la maestría (comunicación personal) nos mencionó en clase: “*Lo genuino es lo que cura. Lo impuesto enferma.*”

Creo que esta profesión, ésta escucha para el otro, es una forma de hacerlo más allá de lo literal, y que el compromiso del terapeuta no es a los libros, sino al paciente. No es la técnica por sí sola sino cómo se da. No es el alimento sino la forma en la que se da. Me parece que el eje central es lo que ayude al paciente. Por experiencia propia, y por mi consulta privada, he sido testigo del impacto que la psicoterapia psicoanalítica tiene en las personas. Y como no creo estar sentada en la silla del saber y estas ideas surgen de mi experiencia, por lo tanto, es desde el único lugar del que puedo hablar por ahora. No sé si más adelante pensaré diferente, pero en este momento estas son algunas de mis ideas en cuanto a la técnica y sus implicaciones cuando nos estamos formando como psicoterapeutas. ●

Referencias:

Lindner, R. (1996) “*Solitaria*”. En: *Relatos Psicoanalíticos de la Vida Real*. Buenos Aires, Argentina.: Hormé.

EL PSICOANÁLISIS COMO HERRAMIENTA QUE NOS AYUDA A RE- ESCRIBIR NUESTRA HISTORIA

MARIANA CASILLAS TOVAR
marianacasillast@gmail.com

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad Iberoamericana.
Diplomado en Desarrollo Humano en la Universidad Panamericana.
Diplomado en “Trastornos Psicosomáticos” en la Asociación Psicoanalítica Mexicana.
Actualmente cursa el Diplomado “La Adolescencia vista desde el Psicoanálisis” y el 4to semestre de la Maestría General en Psicoterapia Psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

RESUMEN

La salud mental es un factor clave para el bienestar personal, sin embargo, la mayoría de nosotros no estamos familiarizados con terapias a nuestro alcance que nos ayuden a recuperar una vida equilibrada. La Psicoterapia Psicoanalítica y el Psicoanálisis se presentan en la actualidad como innegables herramientas, que nos permiten mejorar la calidad de vida de las personas. El presente trabajo relata una experiencia clínica de tratamiento psicoanalítico, a través de un periodo de varios años, el cual pretende dar una muestra del proceso *meta cognitivo* entre la teoría y la práctica argumentado a la luz de varios autores.

PALABRAS CLAVE: Freud, abreacción, meta cognitivo, psicoterapia psicoanalítica, psicoanálisis, inconsciente.

ABSTRACT

Although mental health is a key factor for personal wellbeing, only few people are familiarized with therapies designed to help us regain a balanced life. Psychoanalytic Therapy and Psychoanalysis are nowadays two powerful tools that allows us to improve other people's lives. The present work presents a clinical *metacognitive* journey throughout a period of several years, with the purpose of displaying the process between practice and theory in the light of some authors.

KEYWORDS: Freud, abreaction, metacognitive, psychoanalytic therapy, psychoanalysis, unconscious.

La vida es lo más frágil, inestable e impredecible que existe. Todos lo sabemos, porque hemos experimentado humanamente, momentos que conllevan angustia, pérdida, miedo, tristeza, ansiedad, incertidumbre y soledad. Experiencias que muchas veces nos hacen sentir inseguros y sin rumbo. La salud mental es un factor clave para el bienestar personal, sin embargo, la mayoría de nosotros no estamos familiarizados con terapias a nuestro alcance que nos ayuden a recuperar una vida equilibrada. Prueba de ello es la experiencia con el tratamiento psicoanalítico de una paciente, narrada en primera persona por simple cuestión de estilo y de quien por razones de confidencialidad, han sido protegidos los datos personales, y que relato a continuación, con el objetivo de dar muestra del proceso “meta cognitivo” entre la teoría y la práctica, y que puedo argumentar gracias a la luz de varios autores.

Recuerdo las últimas palabras de mi amiga Ana al despedirnos un día tomando un café: ¡Por favor llámale, Marcos es el mejor terapeuta que hay! Sin saber que esperar, levante el teléfono y le pedí que por favor me recibiera. Llegado el día estipulado conocí a Marcos, quien desde su silla un poco serio me preguntó: *¿Cómo puedo ayudarte?* Me llamó la atención su actitud paciente y serena, sin demostrar afecto alguno. Ahora entiendo qué, aunque “La personalidad puede parecer como distante o demasiado fría, o excesivamente prudente” (Coderch, J. 2005, p. 89) Es justo esa personalidad del terapeuta, lo que ayuda al paciente a encontrar fuerzas y posibilita integrar de forma estable los sentimientos penosos, que hasta ese momento han sido rechazados o disociados totalmente del resto de su personalidad.

Yo le contesté a Marcos que no tenía nada, ningún problema. Es decir, que no se me había muerto nadie, que no estaba

enferma, ni divorciada, en fin, que todo estaba bien. Lo único que sentía, era que no podía respirar. Sentía, le dije; *como si me hubiera tragado una pelota y la tuviera atorada en la garganta*. Ese era mi único malestar. Yo no le daba mucha importancia, pensaba que tal vez ese no era material suficiente con el cual trabajar. Freud explica que: “El motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra, de sanar”. (Freud, S. 2013, p.143), por lo que hoy entiendo que ese malestar mío y esa incomodidad eran suficientes para empezar mi tratamiento.

Marcos se me quedó viendo, se mantuvo en silencio durante algunos segundos y me dijo: *Cuéntame más*. Al terminar, me sugirió reunimos un par de veces más, para así poder conocerme mejor. Esa, fue mi primera entrevista. “Ubicada entre las indicaciones y el contrato, la entrevista debe ser, pues, el instrumento, que... nos permite, por una parte, sentar la indicación del tratamiento y, por otra... preparar al futuro analizado para suscribir el metafórico contrato psicoanalítico” (Etchegoyen, H. 2014, p.76). Ahí Marcos preparaba el futuro de mis terapias.

Actualmente entiendo, de esa gran angustia que vivía en aquella época y cuando conocí a Marcos en su consultorio, que llegué con un completo desconocimiento del proceso que estaba a punto de iniciar y que, sin siquiera imaginarlo, cambiaría mi vida para siempre. Debido a que era mi primera vez y nunca había acudido con un psicólogo le pregunté *¿Cómo funciona el tratamiento?* también si él era psicólogo, “*Psicoanalista*” me contestó. Asentí, aun sin entender la diferencia, que hoy asumo. Marcos continuó diciendo: *Esto se trata de que tu vengas y me digas todo lo que te pasa por la mente mientras estás aquí*”. Así fue como: *Celebramos un pacto (Vertrag; <<contrato>>)*. “El yo enfer-

mo nos promete la más cabal sinceridad, o sea, la disposición sobre todo el material que su percepción de sí mismo le brinde, y nosotros le aseguramos la más estricta discreción y ponemos a su servicio nuestra experiencia en la interpretación del material influido por el inconsciente”. (Freud, S. 2013, p.251)

Marcos comentó que esto funcionaría, en la medida en la que yo estuviese dispuesta a decirle la verdad. *¿Y cuál es la verdad?* Pregunté yo. Porque puede haber muchas verdades; todos podemos fabricar una verdad. Muy fácil, me contestó Él: *La verdad duele y duele mucho. Es difícil, muy difícil, tocar con los sentimientos, con los recuerdos dolorosos, pero solo así se logra el éxito.* Recuerdo las palabras que alguna vez leí de Freud, “El instrumento anímico no es fácil de tocar”. (Freud, S. 2013, p.251)

En algún momento de las sesiones se pusieron las reglas del juego. Hicimos el llamado contrato psicoanalítico. “Cuando llega el momento de formularlo, no se habla al paciente del contrato; se le dice, más bien, que sería conveniente ponerse de acuerdo sobre las bases o las condiciones del tratamiento”. (Etchegoyen, H. 2014, p.76). Acordamos un día y hora fijos. Serían 3 sesiones semanales, con una duración de 45 min. Platicamos de las vacaciones, honorarios y de la forma de pago. “Puntos importantes para el comienzo de la cura analítica son las estipulaciones sobre tiempo y dinero”. (Freud, S. 2013, p.253). También hablamos de las faltas, de las cancelaciones e imprevistos, etc. De todo lo necesario para cumplir con lo que menciona Etchegoyen, “de modo que ambas partes tengan una idea clara de los objetivos, de las expectativas y también de las dificultades a que los compromete el tratamiento analítico”. (Etchegoyen, H. 2014, p.76). Y así fue como comenzó mi proceso.

En las sesiones al principio nos sentábamos frente a frente. Recuerdo haberme sentido muy incómoda por no saber que decir. Poco a poco, fuimos entablando una relación cordial y de respeto. Yo hablaba durante las sesiones completas. Recuerdo que él siempre me recibía de la misma forma y con el mismo saludo. Las sesiones eran muy intelectuales, es decir, muy racionales de mi parte, casi anecdóticas. Me tardé en conseguirlo, pero poco a poco la afectividad fue incorporándose en mi relato. Yo seguía yendo, a veces con ganas, a veces no con tantas. Como

quien va al doctor por una medicina amarga, que sabe le curará. Cuando salía sentía una gran incomodidad. Cómo Freud lo declaraba: “El descubrimiento y la traducción de lo inconsciente se realizan bajo una permanente resistencia de parte del enfermo. La emergencia de eso inconsciente va unida a un displacer, y a causa de este el enfermo lo rechaza una y otra vez”. (Freud, S. 2013, p.255)

Me sentía enojada cuando con frecuencia hacía preguntas a mi analista y obtenía silencio de su parte. Hoy entiendo que lo que él hacía era facilitar la abreacción. La cual es un instrumento que comparten la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis. La abreacción, “consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos y circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente a los mismos”. (Coderch, J. 2005, p.58)

Según el mismo autor, el proceso de la abreacción se divide en tres etapas.

En la primera de ellas, se produce la verbalización de ideas y pensamientos que se hallan ligados a emociones bloqueadas o reprimidas. A través de la descarga lograda, se entra en la segunda etapa que consiste en el gradual debilitamiento emocional de las ideas y pensamientos antes citados. En la tercera etapa se consigue un reajuste y adaptación de tales procesos mentales, los cuales se han hecho más manejables y menos ansiógenos al quedar desprovistos del fuerte revestimiento afectivo que antes los caracterizaba. (Coderch, J. 2005, p. 58)

A los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, llegaron juntas a mi vida las tres pérdidas más importantes y dolorosas que he tenido, las más temidas y que jamás pensé experimentar. Muere mi mamá y posteriormente muere mi papá, y me divorcio. Recuerdo que fueron tiempos durísimos. Comencé a padecer insomnio y todos mis síntomas se exacerbaban. Sucedió, lo que Freud describe como el “empeoramiento durante la cura”. (2013, p.154). Sin embargo,

seguí asistiendo puntualmente a mis sesiones. Me así a mi análisis como un naufrago a una balsa en el mar. Mi tratamiento se convirtió en ese momento y para siempre en una línea de vida. Cuando alguien me pregunta ahora, ¿cómo logré salir adelante? mi respuesta es: gracias a mi análisis.

El tiempo siguió transcurriendo, gradualmente, fueron emergiendo e integrándose cada vez más vivencias, unas del antes y unas del ahora. Comencé a soñar con más frecuencia. Fui capaz de recordar mis sueños y relatarlos. Mi analista me instruyó en el gran valor que los sueños tienen en el avance del proceso analítico. Freud decía que ellos, son la vía regia al inconsciente. Ya que: “Aunado al trabajo interpretativo no solo están las ocurrencias del enfermo, sino también sus sueños- que brindan la vía de acceso más directa para el conocimiento de su inconsciente, sus acciones no deliberadas, y los deslices que comete en las operaciones de la vida cotidiana, trabarse al hablar, trastocar y confundir las cosas, etc”. (Freud, S. 2013, p. 243)

Mi análisis tenía en mí un efecto que puedo comparar con subirme a una montaña rusa, a veces arriba, a veces abajo, a veces en pausa, a veces en movimiento. La relación con mi analista fue haciéndose más profunda, más empática, y muy sanadora. Un día pase al diván y aumentamos las sesiones a cuatro por semana. Traté de experimentarlo sin ideas preconcebidas, y sin juicios. Fue hasta después de varias sesiones que entendí su efecto y razón de ser.

El diván propicia y promueve las condiciones óptimas, bloqueando efectos visuales y distracciones en el paciente, para que pueda expresarse y evocar con mayor facilidad. “El posicionamiento que hizo Freud del paciente-echado en sofá- suponía una fase asombrosa e intermedia entre el pensador durmiente y el pensador despierto. Es una fase entre la vida en el mundo de la madre (o lo que he llamado el orden materno) y la vida en el mundo del padre (o lo que he llamado orden paterno)” (Bollas 1999, p.10)

Es ahí, entre esos dos mundos es donde justamente, viven las asociaciones según Freud. Recuerdo momentos

en donde mi analista me preguntaba con que podía asociar los sueños que le estaba relatando en ese momento. Con frecuencia, venían a mi mente, episodios de mi infancia, momentos familiares o con amigos, los cuales le ayudaban en su labor interpretativa.

Mi tratamiento ha sido un proceso lento y largo, que todavía continúa. A siete años de haber comenzado, puedo decir que logré salir adelante aún de los momentos más tristes y difíciles. He aprendido a descubrirme, a conocerme más, a entender cosas de mi pasado, a comprender porque soy como soy, los motivos de mis reacciones, a integrar mis afectos y a reconocer el resultado de mis actos a lo largo de mi vida.

Siete años después, finalmente he podido encontrar paz. Fui capaz de sustituir el miedo y la angustia como sentimientos de base de mis días por serenidad y buen juicio. Esto no quiere decir, que los problemas han desaparecido de mi vida, sino que ahora tengo muchas herramientas para poder sentirme más segura e integrada. Para poder pensar en los demás. Hoy experimento la certeza de que pase lo que pase, siempre puedo encontrar una forma productiva de resolverlo y crecer.

También hoy, me doy cuenta de que abandoné la posición de víctima con la que llegué (y con la que todos llegamos a terapia) y pasé a ser dueña de mi propia novela familiar como decía Freud (2014, pág. 217) es decir, a ser dueña de mi propia historia. He tenido momentos de altas y bajas, momentos de duda, pero a la par, he tenido también momentos de gran satisfacción y de gran felicidad. Soy capaz de trabajar y gozar. Hoy me siento plena. Hoy, modelo a mis hijos una conducta de responsabilidad personal con la cual pretendo que entiendan, que no estamos indefensos a la deriva, sino que la vida adquiere el significado que nosotros le otorgamos con nuestra interpretación, con nuestra manera de acomodarla en nuestro existir.

Hoy, vivo más tranquila e ilusionada que nunca. Hoy tengo una pareja a la que me permito amar y que me ame.

Con la cual decido ser vulnerable y dejarme ver. Hoy trabajo todos los días por cuidar mi salud física y emocional. En resumen: Hoy funciono diferente. En el curso de 7 años de trabajo que hemos realizado mi analista y yo, -formando en palabras de Bollas (2013) el “Par Freudiano”-, he logrado construir un nuevo itinerario de vida. Hoy estoy por terminar el primer año de mis estudios de Posgrado. Hoy, me felicito por haber sido valiente y perseverar.

La Psicoterapia Psicoanalítica y el Psicoanálisis se presentan en la actualidad como innegables herramientas que nos permiten mejorar la calidad de vida de las personas. Puedo decir sin temor a equivocarme que mi análisis, es el mejor regalo que he recibido. Para mí es impagable. Agradezco y valoro profundamente, el profesionalismo, la paciencia y la dedicación de mi analista. Hoy constato personalmente, que ejercer esta profesión es un arte. ¡Hay tan-

to por aprender! Como profesionales la ética, la veracidad, y la educación continua son un deber para con nuestros pacientes. Entre mejor preparados estemos como terapeutas, y entre más lejos lleguemos en nuestro análisis personal, tendremos más herramientas y ayudaremos a llegar a nuestros pacientes más lejos en el suyo. “Nuestro saber debe remediar su no saber, debe devolver al yo del paciente el imperio sobre jurisdicciones perdidas de la vida anímica. En este pacto consiste la situación analítica.” (Freud, S. 2013, p. 174)

Hoy se abren muchas preguntas en mi realidad actual: ¿Qué tendrán los próximos años de análisis y de formación académica para mí? ¿Qué implicaciones tendrá en el área profesional, y en el área personal? No tengo manera de saberlo. Hoy llena de curiosidad y de ganas de aprender, sólo sé que no puedo esperar. *

Referencias:

- Bollas, C. (2013). *El momento Freudiano*. Reino Unido: Karnac.
- Coderch, J. (2005) *Teoría y Técnica de La Terapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Etchegoyen, H. (2014) *Los Fundamentos De La Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *Obras Completas. Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (2013). *Obras Completas Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (2013). *Obras Completas. Tomo XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu.

ACERCA DE LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN Y SUS DERIVADOS CLÍNICOS

MA. ALICIA SABA BEHAR
alice_s28@hotmail.com

Licenciada en Psicología por la Universidad Anáhuac de México, Maestra en psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes por la Asociación Psicoanalítica Mexicana y un diplomado en Terapia de Juego en la misma. Dedicada a la consulta privada.

RESUMEN

Para Freud el punto de arranque de las neurosis es el vasallaje del complejo de Edipo, y la oposición del yo ante los impulsos es la angustia de castración. El complejo de Edipo es la piedra angular del psicoanálisis, la sexualidad vivida por un niño en el centro de la relación con sus padres donde se plantean el deseo de poseer sexualmente el cuerpo del otro, el deseo de ser poseído por el cuerpo del Otro y el deseo de suprimir el cuerpo del Otro externalizados en el juego de los niños y en la clínica; ante lo cual surgen fantasías del ataque al cuerpo y sus genitales, originando ansiedad de castración ante los impulsos sexuales. Sin la represión del complejo edípico y la verdadera fuerza del superyó, este continuará subsistiendo en el ello, inconscientemente, manifestando más tarde su acción patógena. El motor de toda formación de síntoma es la angustia del yo sobre el superyó.

PALABRAS CLAVE: Angustia de castración, complejo de Edipo, superyó, impulsos sexuales, formación de síntoma

ABSTRACT

For Freud, the starting point of neuroses is the vassalage of the Oedipus complex, and the ego's opposition to impulses is castration anxiety. The Oedipus complex is the cornerstone of psychoanalysis, the sexuality experienced by a child at the center of the relationship with his parents where the desire to sexually possess the body of the Other, the desire to be possessed by the body of the Other and the desire to suppress the body of the Other are externalized in children's play and in the clinic. Fantasies arise of the attack on the body and its genitals, originating castration anxiety before sexual impulses. Without the repression of the oedipal complex and the true force of the superego, it will continue to subsist in the id, unconsciously, later manifesting its pathogenic action. The motor of all symptom formation is the anxiety of the ego over the superego.

KEY WORDS: castration anxiety, Oedipus complex, superego, sexual impulses, symptom

El aparato psíquico es el concepto que propone Freud para explicar las experiencias subjetivas y para construir una teoría general de sus funcionamientos normal y patológico, incluyendo el origen y desarrollo de la angustia.

Freud aborda la angustia a través de la distinción inter-sistémica del aparato psíquico, el registro de la vida psíquica que ocurre de forma inconsciente. La psique se forma a través de las primeras percepciones y vivencias del bebé en la relación con la madre, que se organizan como transcripciones estratificadas. Aquellas percepciones pasan a un nivel más profundo en el que son retenidas como huellas mnémicas, la primera transcripción a nivel inconsciente (Freud, 1896). La huella mnémica habla del resto, de aquello primitivo e irrepresentable, donde la relación con el objeto era indiferenciada para el sujeto y no había una organización psíquica como tal (Cosentino, 1994).

Las huellas mnémicas mantienen su investidura a nivel inconsciente, siendo la represión primaria esta primera contra investidura que cubre lo sexual y traumático del desarrollo infantil. Ante el trauma aparece la angustia o terror, la que Freud designó libido desviada de su destino. La angustia en sí misma no tiene representación, es aquella que anuncia el trauma, un exceso e intenso estímulo que no se logra tramitar (Freud, 1915).

Es hasta el modelo estructural donde Freud explica la

angustia desde el funcionamiento del yo y su interrelación con el ello y superyó, así como plantea que la angustia es la que provoca la contra investidura frente a la pulsión. En inhibición, síntoma y angustia (1925), diferencia la angustia realista de la angustia neurótica, la primera por algo externo y real que da señal de peligro; la segunda desde lo endógeno, donde plantea que los síntomas son creados para evitar la situación de peligro señalada mediante el desarrollo de angustia.

El punto de arranque de las neurosis es el vasallaje del complejo de Edipo, y el motor de la oposición del yo ante los impulsos es la angustia de castración. El Complejo de Edipo es la piedra angular del psicoanálisis, trata de la sexualidad vivida por un niño en el centro de la relación con sus padres. Es una fábula simbólica del deseo y la prohibición, el drama infantil que se vuelve a representar una y otra vez en la matriz de nuestra identidad sexual. (Nasio, 2010).

Alrededor de los 3 o 4 años los niños focalizan el placer en su pene, el órgano más rico en sensaciones que se torna en su objeto narcisista más valorado, que despierta curiosidad en niños. Por otro lado, el concepto del falo tiene que ver con el representante del pene fantaseado e idealizado, es símbolo de omnipotencia, así como su parte más vulnerable por el peligro de perderlo. Las sensaciones despiertan el deseo incestuoso hacia el

padre del sexo opuesto, se evocan y exteriorizan fantasías alrededor de este, así como de los deseos parricidas que despierta hacia el padre del mismo sexo (Nasio, 2010).

Se plantean el deseo de poseer sexualmente el cuerpo del otro, el deseo de ser poseído por el cuerpo del Otro y el deseo de suprimir el cuerpo del Otro. Estos son externalizados en el juego de los niños y en la clínica, entre ellas el típico juego de jugar al papá y la mamá, conductas exhibicionistas, acariciar y morder a la figura parental, seducir para ser seducido, ser el jefe de familia, casarse con papá y jugar a la princesa, querer dormir con papá o mamá en su cama respectivamente, entre otras (Nasio, 2010).

El niño se da cuenta de que las mujeres no tienen pene, y ante la idea universal de posesión del Fallo, se siente en peligro de perderlo. De igual forma la niña comprueba la diferencia anatómica de los sexos y entra en un estado de decepción y dolor donde surgen fantasías de haber sido privada del fallo y prevalece la envidia (Nasio, 2010).

La niña edípica hace un intento por curar su herida narcisista de haber sido despojada del pene al encuentro del padre, con la necesidad de poseer Fallo. La niña recibe la negativa del padre de darle el poder absoluto del Fallo, ante lo cual la niña busca Ser el Fallo, ser el objeto del padre y ser poseída por el padre. Regresa a la madre que vuelve a ser admirada en condición de mujer y se identifica con ella; toda madre es para su hija un modelo ideal como una temible rival. De nuevo el padre rechaza a la niña como objeto incestuoso, lo que la lleva también a identificarse con él en su parte masculina (Nasio, 2010).

Al igual que el niño teme el ataque a su pene y testículos, la niña teme y resiente la idea de un ataque a su cuerpo, sus genitales y órganos reproductivos. La ecuación psicoanalítica cuerpo=fallo simboliza al cuerpo sexuado que origina ansiedad de castración ante los impulsos sexuales, muy común durante la pubertad. Con respecto a la feminidad, se consideran ansiedades como la penetración, las fantasías de las relaciones sexuales, la menstruación, el crecimiento de los senos y caderas, el aumento de peso, el embarazo y el parto como fantasías inherentes a la castración y el ataque al cuerpo (Balsam, 2018).

La ansiedad de castración es visible en el juego, en los sueños, en las fantasías de los niños y en sus relaciones interper-

sonales donde se hace presente la rivalidad entre pares y hermanos, el miedo al castigo y a la autoridad, la necesidad de competir y ganar, necesidad de controlar; actitudes derivadas de la angustia de castración y la evidente formación del superyó, heredero de la fase edípica.

Ante la falta de satisfacción pulsional, la desilusión del niño y la fuerza de la amenaza de castración junto con las fantasías de muerte alrededor de la misma, deseablemente el Complejo de Edipo sucumbe a la represión y le sigue el periodo de latencia (Freud, 1924). Si el yo no alcanza más que una represión vaga del Complejo edípico, sin la verdadera fuerza del superyó, este continuará subsistiendo en el ello, inconscientemente, manifestando más tarde su acción patógena. “El motor de toda posterior formación de síntoma es aquí evidente, la angustia del yo sobre el superyó” (Freud, 1925, p121).

El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, un resultado del proceso represivo. Así el yo consigue coartar el devenir consciente con el objetivo de desprenderse de la angustia, que no es producida como algo nuevo a raíz de la represión, sino reproducida como estado afectivo siguiendo una imagen mnémica preexistente y primitiva. La formación de síntoma se origina a partir de la moción pulsional afectada por la represión cuando a pesar de esta última, ha encontrado un sustituto desplazado y disfrazado, no reconocible como satisfacción y que ha cobrado el carácter de la compulsión (Freud, 1925).

Tan pronto como se toca con el peligro de la castración el yo da la señal de angustia e inhibe la pulsión; si la represión falla, surge el retorno de lo reprimido y el yo de nuevo manda una señal de angustia y echando mano de diversos mecanismos de defensa que derivan en formaciones de compromiso. El conjunto de síntomas provoca la neurosis de los pacientes que se nos presentan a menudo en la clínica, ya desde niños (Freud, 1925).

En la formación de la fobia, la angustia de castración recibe otro objeto por desplazamiento y una expresión desfigurada, por ejemplo, ser mordido por el caballo en la historia del pequeño Hans, que esquiva el conflicto de ambivalencia y permite al yo suspender el desarrollo de angustia relacionada a la castración. En la neurosis obsesiva origina el síntoma la angustia

del yo frente a un superyó hostil y castigador, capaz de mutilar y castrar; con la concepción de que el castigo es un eco de la amenaza de castración. Los síntomas son instaurados para evitar la situación de peligro señalada mediante la angustia, ese peligro es el de la amenaza de castración o algo derivado de ella (Freud, 1925).

Siendo la angustia la reacción del yo frente al peligro, la neurosis traumática se concibe como una consecuencia directa de la angustia de muerte. La pérdida del pecho materno y la expulsión diaria de contenido intestinal se conjugan en cierta forma con la pérdida de partes de su propio cuerpo, ancladas después a la angustia de castración. Se atribuye a la angustia provocada por la separación de la madre, la sensación de desamparo y muerte, el terror sin nombre, el modelo de angustia en el fondo de toda angustia. Así mismo, la estima narcisista del pene se basa en la reunión que dicho órgano promete con la madre por medio del coito, por lo que la amenaza de castración equivale a una nueva separación.

La ansiedad de aniquilación se relaciona con la situación traumática en la que la persona se enfrenta a una cantidad de estimulación que no puede descargar o dominar, un fracaso de la autorregulación. Los derivados de esta tienen que ver con temores de ser agobiado, destruido, desamparado, castigado, mutilado, sofocado o ahogado, la pérdida de control, volverse loco, ser destrozado o desaparecer entre otras. Las experiencias y ansiedades de aniquilación son universales en la primera infancia, donde los peligros psíquicos se experimentan como traumáticos. Por otro lado, fantasías de ser comido, se expresan como vehículo simbólico oral de la ansiedad de castración (Balsam, 2018).

Desafortunadamente, se presenta a su vez en la clínica casos en que el incesto y la ulterior amenaza de castración no permiten ser reprimidos por los mismos padres que juegan ese papel

de prohibición y construcción del superyó, por lo que devienen en síntomas patógenos primitivos que no superan la sexualidad pregenital y las terrorífica mutilación y ansiedad de muerte se vive de forma cercana y constante, deviniendo en trastornos incluso de carácter psicótico. Correlativamente en casos así, se observan vínculos simbióticos entre niños y sus madres, donde se hace presente a su vez la angustia de separación y la dificultad de lograr un sí mismo diferenciado, así como de aceptar e internalizar las prohibiciones incestuosas que traen consigo la fase fálica. “La autoridad del padre, o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del superyó, que toma prestada del padre su severidad, perpetúa la prohibición del incesto y, así, asegura al yo contra el retorno de la investidura libidinosa de objeto” (Freud, 1924, p.184).

En la clínica actual, se hace presente la angustia ante la realidad que impone la pandemia, el acercamiento a la muerte de uno y de otros, que de alguna forma nos hace tocar con la angustia interna de castración; esta se hace más evidente y se ve ligada con el temor al castigo. Así mismo, los niños en la actualidad tocan de nuevo con las profundidades de la angustia de castración en casa, en la convivencia eterna con los padres con los que se juegan los impulsos sexuales pre genitales y se hace evidente el temor a ser castrado como castigo. La ansiedad de castración se ve reflejada a su vez en la falta de espacio psíquico que se revela en la falta de espacio físico y las demandas parentales que se hacen presentes en la convivencia continua, en la continuidad de los vínculos incestuosos y en la dominante exigencia superyoica que toma poder y toca con la terrorífica angustia de castración que nos remite a la angustia de separación del vínculo temprano e inevitablemente a la angustia de muerte. ●

Referencias:

- Balsam, R. (2018). *Castration anxiety revisited: especially female castration anxiety*. Psychoanalytic Inquiry
- Cosentino, J.C. (1994). *Trauma: Angustia y compulsión a la repetición* (Pp. 29-51). En construcción de los conceptos freudianos I. Argentina: Ed. Manantial
- Freud, S. (1896). *Carta 52. Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente. Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1924). *El sepultamento del Complejo de Edipo*. Obras Completas. Vol. XIX. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas. Vol. XX. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1986). *Nuevas puntualizaciones sobre las psiconeurosis de defensa*. Obras Completas. Vol. III. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Nasio, J.D. (2010). *El Edipo. El concepto crucial del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

LA FASCINACIÓN ESPECULAR

REGINA GUTIÉRREZ HERRERA
reginaguherrera@gmail.com

Regina es psicoterapeuta psicoanalítica de niños y adolescentes egresada de la APM. Es terapeuta especialista en comunicación y lenguaje y en el desarrollo y dificultades en el aprendizaje, esto centrado en niños con discapacidad o dificultades del neurodesarrollo. Tiene una certificación en la intervención en personas con un diagnóstico de TEA por lo que la mayor población con la que trabaja se encuentra dentro del espectro.

RESUMEN

Este artículo está centrado en el análisis de la gemelaridad dentro de un enfoque psicodinámico. ¿Qué significa dentro del psique tener un hermano/hermana gemela? ¿Existen modificaciones en el desarrollo emocional según la existencia de un hermano/hermana gemela? En la relación gemelar se experimenta un déficit materno, de esta manera se constituye un sistema narcisista gemelar que va a sustituir a la fallida unión simbiótica madre-niño y así desmentir el desamparo y compensar este déficit. Por esto mismo se observan a gemelos sumamente dependientes del otro, sumamente unidos, ya que mutuamente se han compensado y depositado el objeto idealizado. Observamos gemelos en espejo. En este escrito señalo los primeros pensamientos Freudianos acerca de la gemelaridad seguido de un fascinante análisis psíquico sobre esta hermandad idéntica.

PALABRAS CLAVE: Gemelaridad- Psicoanálisis gemelar- Desarrollo emocional

ABSTRACT

This article is focused on the analysis of twinning within a psychodynamic approach. What does it mean within the psyche to have a twin? Are there modifications in the emotional development based on the existence of a twin? In the twin relationship a maternal deficit is experienced, in this way a twin narcissistic system is constituted, and that will replace the failed symbiotic mother-child union and thus deny the helplessness and compensate for this deficit. For this reason, twins are highly dependent on the one another, highly united, since they have mutually compensated and deposited the idealized object in their other twin. We look at mirror twins. In this writing I point out the first Freudian thoughts about twinning followed by a fascinating psychic analysis of this identical brotherhood.

KEY WORDS: twinning, psychoanalysis, emotional development.

“Yo tenía un hermano gemelo. Nos parecíamos tanto que, habiendo muerto uno de nosotros en el nacimiento, nunca pude saber si era él o yo” (frase de Mark Twain).

Lacan (1936) nos dice que existe una fascinación espejular o espejo, en la imagen cautivante del otro, que es la propia identificación espejular en todo aquel que crece junto a alguien que es idéntico o muy parecido y que tiene además la misma edad.

La prevalencia de gestación múltiple espontánea es de 1/80 gestaciones, cifra que ha aumentado el 70% en los últimos años y supera hasta el 2% en los países desarrollados.

Nosotros la población que no pertenecemos a este porcentaje nos parece sumamente fascinante la visión doble de lo que pudo llegar a ser solo una misma persona, pero en realidad son dos. Existen preguntas comunes que suelen hacer a gemelos “que se siente tener un gemelo”, esta intriga del sentimiento, y pensamiento de no ser el único, de ser dos y respuestas como “no conozco que es no tener un gemelo”.

El observar a hermanos o hermanas mellizas es sumamente impactante, este espejismo de observarse en otro llega a vivenciarse como normal, pero ¿qué tuvo que suceder en el aparato psíquico para diferenciarse de este reflejo de uno mismo?

En los siguientes videos podemos observar el impacto, confusión y la fascinación espejular al presenciar a seres dobles e iguales.

Los invito, queridos lectores, a imaginar y pensar en las siguientes preguntas.

¿Qué podemos observar en la mirada tan curiosa de estos niños? ¿Se dieron cuenta de la observación tan meticulosa y tenebrosa que presentan estos bebés? ¿Qué creen que pudieron estar pensando al observar este doble tan confuso?

¿Sintieron simpatía? O ¿angustia por la confusión? Imaginemos lo que un bebé gemelo presencia, siente y piensa al observar a su hermano gemelo como espejo viviente frente a él.

Cuando uno escucha “gemelos” o “mellizos” evoca la idea de poderes especiales, y en general se piensa por mimesis con igual vestimenta, peinado y expresiones. Freud nos señala en

su escrito “Lo ominoso” (1919) unos saltos de procesos químicos de telepatía, co-posesión del saber, del sentir y del vivenciar del otro. De este modo aunque el cordón se haya cortado, según estas suposiciones, el cordón imaginario los mantendrá unidos. Y, si no logran salir de la captura narcisista, y de quedar reducidos a ser uno el doble del otro, entonces ¿quién serán realmente?

El desarrollo psíquico siempre es una dualidad, al inicio es el Yo con la madre, después se convierte en el Yo con el doble que se vuelve tu propia identidad. Finalmente es el Yo con mi pareja. Todos tenemos un gemelo como parte del desarrollo de la mente, al inicio de la vida el hijo piensa y siente que el rostro de la madre es el de el mismo, es como si fuera un espejo perfecto. Con el paso del tiempo el niño forma las estructuras mentales para diferenciarse de lo que es y de lo que no es, y todo esto lo prepara para la separación con la madre. Sin embargo, que sucede cuando existe este doble tan perfectamente unido a mi ser.

Dentro de la gemelaridad se crea una estructura narcisista. Se denomina la herida narcisista como todo lo que viene a disminuir la autoestima del yo o su sentimiento de ser amado por objetos valorados.

Como etiología expondré, que en la relación gemelar se experimenta un déficit materno, de esta manera se constituye un sistema narcisista gemelar que va a sustituir a la fallida unión simbiótica madre-niño y así desmentir el desamparo y compensar este déficit. Por esto mismo se observan a gemelos sumamente dependientes del otro, sumamente unidos, ya que mutuamente se han compensado y depositado el objeto idealizado. Observamos gemelos en espejo.

En los gemelos o mellizos la identidad se forma a partir de “el narcisismo de las pequeñas diferencias”. En los partos múltiples se comparte un mismo nido uterino, y después los destinos se separan y cada uno inicia su propio camino. Sin embargo, comparten genealogía, herencia, historia familiar, embarazo y parto y si a esto le sumamos ropa idéntica y mismos juguetes, esto mantendrá la fuerza contraria a formar su propia identidad.

Los hermanos son rivales de nacimiento por el vínculo exclusivo con la madre, por lo que esta sumatoria de fuerzas al enorme parecido con las vivencias comunes, cuanto menos estén diferenciados desde el discurso y el deseo del Otro, sobre lleva a sentimientos de culpa e identificaciones imaginarias.

Casos como el de las gemelas que no hablaban Jennifer y June Gibbons, en donde compartían gestualidad y movimientos, realizando esto en sincronización, lo que las hacía parecer a cada una un espejo viviente de la otra. Los gemelos se capturan en el espejo viviente que forman entre sí. Es aquel que me refleja y aleja de mi deseo.

Los gemelos o mellizos criados como si fueran idénticos, obligados a mantenerse como reflejos del otro, se convierten en sujetos lastimados muy tempranamente por la constitución de la trama narcisista, y esto podría producir una patología a nivel de la imagen corporal y de la simbolización.

Evitar el daño precoz en el proceso de subjetivización en gemelos es fundamental. Para concluir, Salzberg (2000) nos menciona que “el espejo puede representar el primer paso en la construcción de la metáfora y el Edipo, o hundir al niño en un lago mortífero y desimbolizante.” (falta página) es decir, el lograr identificarse y sentirse como un objeto y formar la función

del Yo a partir de ese otro del cual se diferencia. Por el contrario, nos menciona que si esto no llega a ocurrir hay un riesgo de caer en un vacío sin sentido, sin metáfora, sin palabra, en ese espejo carente de identidad para formar su propio Yo.

Los gemelos se buscan y atraen el uno al otro. Presentan una profunda interdependencia. Esta imposibilidad de salir del vínculo especular los hace inseparables. Entonces, ¿qué sucede con el trabajo y reto de la gemelaridad dentro de la clínica. ¿Cuál es nuestro trabajo como psicoterapeutas al intervenir en un caso de gemelaridad?

Se nos presenta un enorme desafío ya que un hermano gemelo lleva a su otro hermano de la mano dentro de su psiquismo, de sus ideas, pensamientos y formas de actuar. En nosotros como psicoterapeutas nos despierta esta misma curiosidad de la que hablábamos al inicio, esta intriga a la imagen semejante que impacta a los pequeños del video, esta interconexión especular y tan fascinante. Recordemos al consultorio psicoterapéutico como el espacio y el tiempo dedicado a cada paciente. Este es tan suyo como la huella digital que nos diferencia a cada uno. El trabajo con gemelos debe sostenerse y cuidarse a través de este ambiente privado, el cual debe ser personalizado y sumergido en este aparato mental lleno de fantasías inconscientes al que se adentrará el psicoterapeuta en cada sesión. ●

Referencias

Braier, E. y Salzberg, B. (2000) “Los espejos vivientes” en *Gemelos Narcisismo y Dobles*. Paidós. Buenos Aires.

Brusset, B. (1985) “El vínculo fraterno y el psicoanálisis”, *Revista de Psicoanálisis*, XLIV, nº2, Buenos Aires. 1987.

Lacan, J. (1949): “El estadio del espejo como formador de la función del yo como se nos revela en la experiencia analítica”, En *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1978

LO QUE EL PACIENTE NECESITA

PSIC. LUISA FERNANDA ZAPATA PÉREZ
ferzapatap@gmail.com

Estudió la licenciatura de Psicología en la Universidad Iberoamericana, más adelante participó durante un año en el programa de Embarazo Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología. Cursó la Maestría de Psicoterapia Psicoanalítica General en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, y se dedica a la clínica de adolescentes y adultos, en línea y presencial en la Ciudad de México.

RESUMEN

Este trabajo fue presentado en las Jornadas Académicas de 2020 de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, y lo escribí al finalizar el tercer semestre de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica General. En ese proceso de transformación como psicoterapeuta fue de gran valor darme tiempo y palabras para reflexionar sobre qué es lo que el paciente necesita al acudir a consulta. En el presente trabajo reúno ideas de algunos teóricos que me han ayudado a profundizar en lo que, hasta hoy, encuentro importante para la escucha psicoterapéutica.

PALABRAS CLAVE: Paciente, psicoterapia, pensamiento, tiempo, presencia, genuinidad, afecto, escucha analítica, experiencia vivida, amor.

ABSTRACT

I wrote this paper at the end of the third semester of the master's in general Psychoanalytic Psychotherapy and it was presented virtually at the 2020 Academic Conference of the Mexican Psychoanalytic Association. During my process of transformation as a psychotherapist, it has been very important to have taken the time to put in words and to reflect on what the patients need when they come to therapy.

KEY WORDS: patient needs, psychotherapy, time, presence, love.

Cuando una persona acude a mí buscando un espacio psicoterapéutico, yo me pregunto quién es, qué le sucedió para estar aquí, cuál es su dolor psíquico y qué es lo que busca en este espacio, en pocas palabras, lo que me pregunto es ¿qué es lo que esa persona necesita? De alguna forma ese encuentro está guiado por un genuino interés por el otro, esa curiosidad abre un espacio en mí para poder recibirlo. Pienso que cada persona llega en busca de algo distinto, pero en este trabajo me atreví a reunir algunas características que me parecen imprescindibles para el paciente en el encuentro con su psicoterapeuta.

La pregunta que me hago cobra un sentido más profundo cuando evoco en mi mente a ese alguien, que no es todos los demás, es decir tomo en cuenta su singularidad y su subjetividad.

Se dice que ofrecer psicoterapia psicoanalítica es como hacer un “traje a la medida”, eso tiene relación directa en la capacidad del terapeuta en pensar a la persona, realmente interesarse por ella, sospecho que ahí está la clave: quizá ese acto genuino de interés es lo que todo ser humano necesita.

En este trabajo reúno algunos teóricos con los que comparto su forma de entender la práctica analítica, y lo enlazo con mi experiencia en mi camino de transformación como psicoterapeuta. De alguna manera enlazo lo que hasta ahora considero imprescindible para la escucha y la necesidad del paciente.

En la práctica de la escucha encuentro fundamental que exista un espacio en nuestra mente para poder recibir al otro, para poder pensarlo. Wilfred Bion fue un psicoanalista y teórico que sustentó sus

aportaciones, entre otras cosas, en la calidad del pensamiento, él nos invita a un modo de escucha analítica “sin memoria y sin deseo” (1963). ¡Menuda tarea, esa de pensar y dejar en suspenso lo propio! Entiendo que se trata de una escucha que deje a un lado los juicios de valor, la moral que nos acompaña, los deseos propios, para poder escuchar y favorecer que brote la verdad del paciente.

En este comienzo de mi trayectoria como psicoterapeuta encuentro que este trabajo tiene algunas dificultades; para que uno pueda mirar a otro, tuvo que ser mirado y antes poder mirarse a sí mismo. Es por eso que lo segundo que considero que es importante para la escucha, es un psicoterapeuta que ya se haya atrevido a pensarse a sí mismo. Para Bion “el crecimiento de la mente depende de la capacidad de pensar acerca de las experiencias emocionales” (Ginberg, 2000, p.14) en este sentido considero esencial que el psicoterapeuta se permita experimentar las emociones que surgen con el relato en el espacio terapéutico, y que, a su vez, invite a pensar sobre lo vivido y experimentado. Se busca que el paciente internalice esa capacidad de pensarse. Juan David Nasio lo dice así en su libro “Sí, el Psicoanálisis Cura”: A través de la interpretación “el analizante aprende, poco a poco, por mimetismo, a ahondar en sí mismo, a identificar la imagen negativa que le pesa, a corregirla y a reconciliarse consigo mismo” (2017, p.99). En otras palabras, lo que se requiere es pensar al otro, para que el otro pueda pensarse a sí mismo.

Entonces, me pregunto ¿cuál es la herramienta del pensamiento? Me parece que son las palabras, y así Nasio nos dice que “Al psicoanalista le corresponde [...] encontrar esas palabras y pronunciarlas a tiempo” (2017, p.100). Y me gustaría agregar, pronunciar

“palabras llenas”, es decir, con sentido, llenas de la experiencia vivida y del afecto que a esto acompaña; llenas para el paciente y también para el terapeuta.

Con esa cita me dirijo a otro elemento que considero que requiere el paciente: el tiempo; no sólo es apalabrar, sino hacerlo “a tiempo”, y para lograr eso se requiere de sensibilidad, en cierto modo nos prestamos al otro, y por ende es imprescindible la presencia, la capacidad que tengamos como terapeutas de poder estar para el otro, en ese tiempo, en ese espacio, en ese afecto, en ese pensamiento.

Pero ¿qué es estar para el otro? Para poder prestarnos debemos tener algo que prestar. Betty Joseph lo dice así en la entrevista “*Encounters Through Generations*”: “tener un sentido para la verdad, un verdadero sentido para la verdad en relación con uno mismo. Estar preparado para saber, o tratar de saber qué es lo que está pasando y cómo las cosas nos están impactando. Porque solo de ese modo vamos a ser capaces de enfrentar qué es lo que ocurre al otro” (2010). En mi opinión llegar a la verdad, en ocasiones, es doloroso, considero que es importante poder tolerar lo incómodo de la cercanía con el otro, los afectos y la pasión que conlleva una relación terapéutica. En la misma entrevista, Hannah Segal cita a Bion y dice: “si no tienes estómago para la ansiedad, estás en la profesión incorrecta” (2010).

También encuentro trascendente para el impacto positivo de un terapeuta al paciente un compromiso del terapeuta con la vida, para que lo anterior suceda, se requiere de un terapeuta que viva su vida vivo, Aurora Romano citando a Marriam Alizade menciona: “el paciente con tendencia a la salud quiere encontrar a su analista vivo en cada encuentro, y esto implica el compromiso

del analista con su propia vida” (2020, p.6).

A estas alturas del partido podemos entender que ejercer la psicoterapia psicoanalítica implica un arduo y complicado trabajo, porque nos compromete a un nivel profundísimo con nosotros mismos, y también con el otro. Por su puesto que al hablar de psicoanálisis está implícito *el inconsciente*, que Nasio describe como una “curiosa memoria” (2017 p.8), Gabriel Rolón en el prólogo de Nasio, lo representa como un “lugar en el cual habitan monstruos que asustan mucho más que cualquier otra criatura porque viven dentro de nosotros mismos y tienen rostros que se parecen demasiado a quienes amamos” (2017 p.12). Pero es a través del proceso terapéutico que se invita al paciente a enfrentarse con su verdad, que en ocasiones es dolorosa y enferma, pero que puede parecer con el impacto que tienen la escucha y palabra del psicoterapeuta. Es el enlace de lo inconsciente, es permitirnos la posibilidad de sentir, pensar, actuar y poder escuchar a través de nuestra propia mente y cuerpo, es permitir la cercanía y la distancia, es reconocer al otro, dejarnos llevar por el proceso terapéutico. Galit Atlas nos dice: es “confiar en la mente para que nos lleve a las más desconocidas verdades y creer que la capacidad para soportar tensiones nos permite vivir y amar” (2017, p.13)

Es decir, el paciente necesita de un terapeuta que se preste para que suceda el proceso, y aquí viene otra característica que parece indispensable y cito: “Si el terapeuta muestra habilidad para protegerse y cuidar el tratamiento, define que es un ser separado, más allá del control omnipotente del paciente, y esto es una fuente potencial de ayuda”. (Kernberg, p.58) Protegermos a nosotros mismos, es proteger al paciente.

Para Nassio, quien acude a consulta “percibe no solo la simplicidad de las palabras que utilizamos, la calidez de nuestra voz, o la fuerza de nuestra convicción; también capta, en forma sutil, sin advertirlo, nuestra espera confiada en el avance de nuestro trabajo y el placer de comunicarle nuestra confianza sin que tampoco nosotros nos demos cuenta”. (2017 p. 68) Considero que es de impacto vital que el terapeuta experimente cierto grado de placer y agrado de estar ahí para recibir al otro.

Por lo tanto, ser psicoterapeuta requiere tanto de habilidades personales como intelectuales. Requiere de un trabajo intenso de análisis personal, de un corazón dispuesto a interesarse genuinamente por el otro y disfrutar al hacerlo, a reconocer nuestra propia persona con virtudes y defectos, es darle lugar a lo que no quiere ser visto, a darnos la posibilidad de fusionarnos y diferenciarnos del otro, es tomar el lugar y simultáneamente renunciar a la omnipotencia, dejar a un lado la arrogancia.

Ahora, con lo dicho anteriormente, se hacen relevantes algunos puntos esenciales para la escucha y técnica psicoanalítica, podríamos preguntarnos, si esto es tan difícil, ¿qué hacemos aquí? la respuesta es muy sencilla: es un trabajo enriquecedor porque apunta a la vida. Nos permite disfrutar más plenamente, y tener más herramientas para enfrentar el dolor y la incertidumbre. Durante el proceso analítico o de psicoterapia, algunas cosas importantes se acomodan, y uno se da cuenta que a pesar del dolor vale la pena vivir; vale la pena estar aquí y conectarnos. Pienso que quien acude a un espacio psicoterapéutico tiene más probabilidad de vivir vivo, por lo tanto, vale la pena asumir el riesgo de enfrentarse a las desconocidas y dolorosas verdades que nos habitan.

Anne Dufourmantelle en su libro “Elogio del riesgo” nos dice que “el riesgo [...] abre un espacio desconocido”, y digo yo: como un análisis para uno mismo. Ella se pregunta: “y si el riesgo supusiera una cierta forma de estar en el mundo... Tal vez arriesgar la vida sea, para empezar, no morir.” (2015, p.14) Por eso arriesguémonos, hablemos y escuchemos lo que más duele, para que duela menos. El psicoanálisis es bello porque, si uno toma el riesgo, siempre nos ofrece una posibilidad. Joyce Mc. Dougall en su libro “Teatros del cuerpo”: habla de la “capacidad de historizar” (1991), volver a contarnos esos cuentos que nos contaron, pero ahora de una manera distinta.

Por último, retomaré un concepto de Norberto Marucco, él nos dice que escuchar y preguntar es el modo para entender. Sino es así, preguntando, entonces el inconsciente puede borrar nuestras dudas y sin advertirlo comenzaremos a adivinar (1998, p.206). Si el analista sin saberlo va acallando preguntas “cierra interrogantes y abre un silencio que empuja a respuestas obligadas” (1998, p. 207).

En conclusión, definitivamente considero que el paciente necesita un psicoterapeuta genuino y vivo. Que disfrute de escucharlo, que realmente se interese, que a pesar de todos los afectos que pueden sentirse en una relación tan intensa como lo es paciente-terapeuta, haya un lugar para el otro. Un terapeuta que deje su arrogancia para sostener el encuentro.

Un paciente necesita un terapeuta que se atreva a sentir, y que le aliente a apalabrar aquello que ha sido silenciado. Que tenga la virtud de la paciencia. Un terapeuta que tolere la cercanía y la distancia. Que su prioridad sea la verdad que el paciente pueda decirse a sí mismo.

Un terapeuta que crea en su paciente y en el provenir. Que pueda imaginar y metaforizar.
Que se pregunte y pregunte: cómo piensa el otro. Un terapeuta que pueda ver lo libinizado y que tolere lo desligado.

Alguien a quien le tengo aprecio me lo dijo así hace unos años: un paciente necesita amor y nada menos.

Pero ¿qué es el verdadero amor? ¿Qué es, si no es, todo lo anterior? Todo esto con el fin de que, el paciente, “introyecte una manera no conflictiva de hablarse y de amarse” (Nasio, 2017 p.69). Dice Marucco, que el compromiso libidinal que surge durante el análisis se extienda a todas las áreas de la vida. *

Referencias

- Atlas, G. (2017). *El enigma del deseo*. Karnac: UK
- Bion, W. R. (1963) *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Dufourmantelle, A. (2015). *Elogio del riesgo*. Paradiso: México.
- Grinberg, L. (2000). *Bion y el psicoanálisis científico*. Trabajo presentado en el Homenaje Bion: Vigencia teórica y clínica del pensamiento de Wilfred R. Bion (2000). *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, [en línea], 2000, Núm. 5, p. 14-19, <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355166>
- Kernberg, O. (1995). *Psicoterapia Psicodinámica del paciente límite*. En Cap. 3 El establecimiento del contrato. p.53 Planeta: México.
- Marucco, N. (1998). *Cura analítica y transferencia*. De la represión a la desmentida. Amorrortu: Argentina.
- Mc.Dougall, J. (1991) *Teatros del cuerpo*. (Dominguez, A. Trad.) Julián Yébenes: Madrid. (Título original: *Théâtres du corps* en 1989).
- Nasio, J.D. (2017). *Sí, el psicoanálisis cura*. Paidós: Buenos Aires
- Romano, A. (2020). *Las primeras huellas vínculos de amor y des amor: reflexiones sobre el origen de lo humano*. Presentado en Diálogo COWAP 2020: México.
- The Institute of Psychoanalysis. (2010, 20 julio). “*Encounters Through Generations*” [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=dtxytpdO3JM>

LA CONTRA- TRANSFERENCIA COMO BRÚJULA EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

KARLA BARRUTIETA PALAFOX
karla.barrutieta@gmail.com

Egresada del American School Foundation, A.C., en la Ciudad de México.
Licenciada en Psicología de la Universidad Iberoamericana en la Ciudad de México.
Generación 2019-2022 de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica General de la Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.

RESUMEN

La subjetividad dentro del proceso psicoanalítico a la hora de observar y analizar la contratransferencia con cada paciente es determinante. Los fenómenos que pueden darse en el mismo pueden ser guiados por la teoría y la técnica, pero en algunas ocasiones desorientados por las mismas. En un inicio, puede ser más fácil enfocarse en lo que uno lee y escucha fuera de la situación psicoterapéutica en vez de aquello único e irrepetible de cada paciente y cada sesión. Aún así, es una tarea constante el discriminar cuando sería necesario acudir al mundo externo para tomar un camino en la clínica y cuándo escuchar al mundo interno. Aunque parece ser más sencillo buscar la sugerencia de aquél que tenga más experiencia clínica, se presenta un caso en donde la conexión transferencial fue aquella que orientó la decisión de la psicoterapeuta. La espontaneidad y la escucha genuina del psicoterapeuta permitirán la comprensión respecto a lo que el paciente realmente necesita.

PALABRAS CLAVE Contratransferencia, técnica, teoría, paciente, proceso psicoterapéutico, inconsciente.

ABSTRACT

Subjectivity within the psychoanalytic process when observing and analyzing the countertransference with each patient is decisive. The phenomena that can occur in it can be guided by theory and technique but sometimes disoriented by them. Initially, it may be easier to focus on what one reads and listens to outside of the psychotherapeutic situation rather than what is unique and unrepeatable in each patient and each session. Still, it is a constant task to discriminate when it would be necessary to go to the external world to take a path in the clinic and when to listen to the internal world. Although it seems to be easier to seek a suggestion from someone with more clinical experience, a case is presented where the transference connection was the one that guided the psychotherapist's decision. Spontaneity and genuine listening by the psychotherapist will allow understanding of what the patient really needs.

KEY WORDS: Countertransference, technique, theory, psychotherapeutic process, unconscious.

Al empezar mi primer semestre de la maestría en psicoterapia psicoanalítica general, tenía muchas preguntas respecto a la identidad que iba a construir durante los seis semestres por venir en APM. Terminando mi tercer semestre y a punto de empezar el cuarto, las sigo teniendo, pero ahora surgen nuevos cuestionamientos, reflexiones que comparto a continuación. Inicialmente, me preguntaba si podría introducir la teoría de una manera en que evitara equivocarme lo menos posible en relación al uso de la técnica en la práctica clínica y así lograr ser mi mejor versión de psicoterapeuta. Claro; pensando ingenuamente que la teoría y la práctica están estandarizadas, pero poco a poco me fui dando cuenta de que son infinitas e inagotables. Cada aportación surge de distintos lugares y en distintos momentos; la teoría es subjetiva y tan diversa como lo es la comprensión de lo humano siempre inagotable y singular. Suena contradictorio y como novata buscaba una objetividad en el proceso de convertirme en psicoterapeuta y tenía miedo de romper con la ética. Ahora puedo decir que temer equivo-

carne y buscar homogeneizar o generalizar el trabajo del proceso psicoterapéutico impedirá que se desarrolle mi identidad como psicoterapeuta, mi relación con cada paciente, y lo que pueda surgir naturalmente de cada proceso además que me lleva a paralizarme.

De igual manera, he comprendido que como hay teorías que se complementan, hay teorías que se contraponen. Esto no se trata necesariamente de buscar cuál es más válida que otra para así establecer una postura propia; es tener la capacidad de ser flexibles, integrar y adaptarse a cada paciente, pero sobre todo buscar la interacción sensible y humana, que promueva el trabajo con el inconsciente. La técnica y la teoría sin lugar a dudas nos sostienen, pero ese sostén debe intencionar y permitirnos el uso de la contratransferencia. A través del reconocimiento y uso de esta, me he percatado que contacto con mis afectos al lograr estar pendiente de no dissociarme y de aquello que nos hace humanos, desarrollando una escucha más genuina. Me ha resultado central buscar reconocer esa subjetividad en cada paciente, como ese mundo inde-

pendiente de los demás mundos existentes, y así poder incluir aquello que se va construyendo en la relación terapéutica. El desarrollo de la conexión transferencial permite alternativas amplias y enriquecedoras para el manejo tanto de la teoría como de la técnica. Hoy me doy cuenta de que caer en una generalización de la teoría en la práctica me privará de ver al paciente y lo que éste necesita, perjudicando el tratamiento y bloqueando la expresión de que se despliegue en el proceso terapéutico el proceso de la cura.

Metafóricamente, la teoría es aquel camino pavimentado que guía, mientras que alrededor de éste hay un campo, desierto, o bosque, con muchos rincones que no pueden ser vistos al menos que uno se acerque dejando de pisar el pavimento. De todas formas, subrayo que no hay que perder de vista el camino pavimentado, ya que este nos orientará cuando nos sintamos perdidos o confundidos. Sin embargo, este camino no abarca todo y por eso hay que atrevernos a pisar lo no pavimentado sin que nos asuste lo desconocido, para realmente atrevernos a transitar el viaje, acompañando a nuestros pacientes en el proceso y no solo buscar llegar al destino imaginado.

Tengo que admitir, que para encontrar armonía en éste trabajo tan impredecible e interminable, que nos pone a prueba con nosotros mismos y con los pacientes continuamente, reconozco ahora la importancia que tiene el estar en contacto con mi parte humana y espontánea que será mi mejor herramienta para explorar lo que cada persona que entre a mi consultorio necesita. Queriendo ver y escuchar a otro objetivamente me cegará de digerir aquello que se transmite de inconsciente a inconsciente y esto último es con lo que realmente se trabaja.

A continuación, comparto una experiencia reciente en donde me paralicé ante la fantasía de romper la alianza terapéutica con un paciente, después de tomar una decisión de manera objetiva, agrego que uno tiende a acudir a otro ante situaciones en donde se

siente paralizado, sin darte cuenta de que, si te tomas el tiempo de reflexionar y entender, es probable que ya tengas la respuesta. Todos sabemos que, en nuestro trabajo como psicoterapeutas, nos vamos dando a conocer de boca en boca, a través de colegas, pacientes, ex-pacientes, amigos, vecinos, familiares, etc. En este caso, fue el paciente A, quien me recomendó con su amigo, al que podemos nombrar paciente B. Consideré que esto no era un problema y acepté ver al paciente B, y me sentí sumamente agradecida con el paciente A. Meses después nuevamente el paciente A me recomendó con otra amistad, quien aparte es mejor amigo del paciente B. ¿Qué mejor que saber que a parte de que paciente A me admire como psicoterapeuta, me quiera compartir? Y llevando menos de dos años ejerciendo la profesión de psicoterapeuta, las solicitudes de candidatos a pacientes son más que bienvenidas. El que un paciente quiera compartir a su psicoterapeuta con gente cercana a él ya es un tema para profundizar en otra ocasión. Pero regresando a la posibilidad de ser la psicoterapeuta dentro de un triángulo de amigos, curiosamente, mi motivación por tomar a esta que pudo ser paciente C no surgió. Lo que sí surgió contratransferencialmente fue culpa hacia paciente B; me provocaba la sensación de que iba a descuidar la alianza que tenemos, pero mi pensamiento objetivo me decía que entre más pacientes mejor y que después podré utilizar teorías sobre la rivalidad fraternal, para analizar con el paciente B lo que le provoca compartir a su psicoterapeuta con su mejor amigo. La subjetividad ganó en mi toma de decisión y fue la correcta. A partir de esto, ha habido un avance riquísimo con paciente B. Haciendo a un lado a la teoría y a la técnica, y acercándome a lo historizado por mi paciente con el objetivo compartido de re-elaborarlo para no repetirlo, pensé en que, si hubiera tomado al paciente C, hubiera reincidido en quitarle la posibilidad de diferenciarse, en que realmente tiene la oportunidad de tener algo privado, único, propio e individual. Agregó

que sesiones atrás, el paciente B me había comentado que su mejor amigo, el paciente C, tiende a querer lo que era suyo en algún momento, como las ex-galanas. ¿Será que ahora quería a su psicoterapeuta también? Las intenciones y fantasías del paciente C se mantendrán un misterio para mí, ya que solo fue candidato a paciente. Sin embargo, lo importante son las fantasías del paciente B, siendo que su historia gira alrededor de la imposibilidad de permitirse buscar y/o encontrar algo exclusivamente suyo.

Por otro lado, dando un paso atrás para ver ampliamente cómo yo hubiera estado colocada dentro de este triángulo ambivalente de amistad y rivalidad, el tratamiento de los pacientes A y B hubiera estado afectado por posibles fantasías que provocarán neurosis de transferencia, competencia, resentimiento, paranoia, envidia y celos. La decisión de tomar al tercer amigo hubiera sido inicialmente influida por el deseo de aumentar mi cantidad de pacientes en vez de calidad de tratamiento. La calidad de trabajo ante esta decisión hubiera sido afectada. Reconozco que mi contratransferencia también me hubiera llevado a fantasear sobre lo que ocurre en ese triángulo. ¿Qué será que comentan de mí? ¿Qué pasaría si alguno de ellos se pelea con otro? ¿Si hablan de mí cuando están juntos, podría afectar la transferencia de cada uno conmigo? Bien sabemos que una triada siempre es compleja como lo podemos ver desde el Edipo, y que en este caso mi rol no era convertir ese triángulo en un rectángulo. Yo no iba a ser un nuevo amigo en el grupo y mi tarea hubiera sido crear y mantener una diada con cada esquina de ese triángulo, lo cual pudo resultar en el abandono de sus tratamientos. La ética en ver conscientemente a pacientes que están relacionados de alguna forma me parece ser respetada cuando la fidelidad a ver por las necesidades del paciente sobre las propias y sin utili-

zar al paciente para el bienestar, deseos o necesidades propias es llevado a cabo. La individualidad de cada psicoterapeuta determinará si puede o quiere realizar esta tarea delicada de mantener separadas las conexiones reales entre pacientes, para así ver a cada uno de manera genuina, o como decía Bion, “sin memoria y sin deseo” (Bion, 1967).

Subrayo que, al hablar de mi contratransferencia en este ejemplo, la replica de esta situación en otro psicoterapeuta pudo haber resultado en otra toma de decisión. Digo esto porque la contratransferencia en cada uno siempre será diferente, así que habrá que estar pendiente de ella y reflexionar siempre en lo que más beneficia al paciente. Es posible que a partir de su contratransferencia, otro psicoterapeuta no hubiera tomado al paciente B, o hubiera tomado al paciente B y al C. Lo que quiero transmitir es que lo que se pueda descifrar como necesidad de cada paciente en cada tratamiento, también depende del psicoterapeuta y la contratransferencia que surge con el otro. Debido a esta subjetividad dentro de lo que ocurre en cualquier proceso psicoterapéutico, un manual no puede predominar en las acciones que se toman durante el mismo. Peter Fonagy comparte el concepto de la mentalización, siendo esto fundamental para identificar la contratransferencia. Nuestra capacidad para distinguir entre nuestra realidad interna y externa nos permitirá empatizar, conectar y pensar a nuestros pacientes, al igual que proporcionar el desarrollo de esta función en el caso de que no haya sido fomentada en él (Fonagy, 2002). Por esto, lo que predomina en dirigir el tratamiento es lo humano; algo que no se aprende en libros. Finalmente, la contratransferencia es nuestra brújula en los tratamientos que se nos presenten al igual que nuestra brújula en la formación de nuestra identidad como psicoterapeutas. *

Referencias

Bion, W. R. (1967). *Notes on Memory and Desire*. The Psychoanalytic Forum, Vol. 2, Number 3, Autumn.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.J. & Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self; Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization*. Other Press, LLC. pg.24

