

01962



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**LA PRIMERA PACIENTE DE UN PSICOTERAPEUTA  
EN FORMACIÓN.  
Análisis Teórico Clínico**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

P R E S E N T A :  
**JOSE VICENTE ZARCO TORRES**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG  
COMITE: DRA. ANA FABRE Y DEL RIVERO  
DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA  
DRA. ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO  
MTRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO

MAYO DEL 2005.

m. 343799



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

J. Vicente Zarco Torres

*A Rosaura y Jerónimo.  
Porque son el amor y el motor de mi vida.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: JOSE VICENTE

ZARCO TORRES

FECHA: 4 Mayo 2005

FIRMA: JVT

## **Agradecimientos**

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo económico a través de una beca.

Gracias a todos aquellos que con sus ideas contribuyeron a que este trabajo llegara a un buen fin.

Alfredo y Ana, gracias.

A la familia Zarco Torres, a Rosaura y al Pino, gracias por todo su apoyo.

Raquel con tu confianza me regalaste la oportunidad de vivir esta experiencia tan enriquecedora.

Matías, compañero de mil batallas.

A mis compañeros de supervisión, Mauricio, Ana Margarita y Sonia.

A mis nuevas amigas Norma y Yukari, porque compartir la formación y la vida con ustedes ha sido invaluable para mí.

Gracias a mis lectoras y sinodales: Dra. Emily Ito, Mtra. Ana Lourdes Téllez y Dra. Asunción Álvarez por haber escuchado mis ideas y haberlas enriquecido.

Muy especialmente quiero agradecer a la Dra. Bertha Blum y a la Dra. Ana María Fabre, por su tiempo, su dedicación, su cariño, su saber y su compromiso. Ustedes han sido un gran parte aguas en mi vida profesional y en gran medida lo que hago y lo que sé es gracias a ustedes.

Y aunque este trabajo este dedicado a mi esposa y a mi hijo, me es necesario decirte gracias por tu paciencia, tu apoyo y tu amor. Compartir la vida siempre ha sido un enorme privilegio, más ahora que estamos acompañados.

## ÍNDICE

Agradecimientos	3
Introducción	6
Antecedentes contextuales.	11
Antecedentes a la entrevista.	11
Antecedentes de la paciente.	13
I Supuestos teóricos.	14
II. Método	27
2.1. Técnica.	28
III. La paciente.	41
El caso clínico de Jessica.	
3.1. Primera entrevista.	41
3.2. El desarrollo del caso.	45
3.2.1. La muerte.	47
3.2.2. Relaciones con la familia.	53
3.2.3. La escuela.	63
IV. Análisis del caso Jessica.	74
4.1. Análisis teórico.	74
V. El terapeuta.	105
5.1. La supervisión y la importancia del análisis.	108
VI. Discusión y conclusiones.	121
Bibliografía.	126
Anexo 1. Familiograma.	131
Anexo 2. Dibujos de la paciente.	132

## Resumen

Dentro de este trabajo, *La primera paciente de un psicoterapeuta en formación, análisis teórico y clínico*, se encontrarán con una detallada descripción del tratamiento de la paciente, incluyendo la primera entrevista y los antecedentes al inicio del tratamiento. Asimismo, se hallará una explicación teórico-clínica de cómo se trabajó con esta paciente desde un marco psicoanalítico.

La paciente manifiesta como motivo de consulta una incapacidad para estudiar, explica que ha reprobado el último año escolar y se nota sumamente angustiada.

Ya dentro del análisis del caso se puede observar como la relación de la paciente con madre la deja anulada en su pensamiento y en su ser. La paciente aparenta estar envuelta en una relación preedípica con la madre.

La relación de la paciente con la familia, la escuela y la muerte se analizan detalladamente y se convierten en un factor importante para comprender la situación y su malestar.

Se realiza también un análisis de lo que fue la experiencia y la vivencia transferencial y contratransferencial del psicoterapeuta. Capítulo primordial para cerrar el caso, pues la relación terapeuta-paciente se estudia minuciosamente, ya que la intención es analizar y reflexionar sobre el camino que se siguió para que un psicólogo se convirtiese en psicoterapeuta.

Dentro de esta perspectiva, se plantea la investigación de ese primer caso como psicoterapeuta, analizando lo clínico, lo teórico, sus vicisitudes, las transferencias de la paciente y del psicoterapeuta, y los muy importantes papeles que juega la supervisión y el propio psicoanálisis del psicoterapeuta.

Cabe conjeturar que bajo el imperio de una moral sexual cultural lleguen a sufrir menoscabo tanto la salud como la aptitud vital de los individuos, y que a la postre el daño inferido a estos últimos por el sacrificio que se les impone alcance un grado tan alto que por este rodeo corra peligro también la meta cultural última.

*Sigmund Freud.*  
*La moral sexual "cultural" y la*  
*nerviosidad moderna.*

...el drama de un niño ha comenzado, a veces, veinte años, cuarenta años antes de su nacimiento. Los protagonistas han sido los padres; incluso los abuelos. Tal es la encarnación moderna del destino.

*Colette Audry.*  
*En: El niño retardado y su madre de*  
*Maud Mannoni.*

## Introducción

Realizar un análisis teórico y una reflexión sobre cómo ha sido el camino que conduce a un psicólogo a formarse como psicoterapeuta, es una tarea que lleva a exponer los distintos factores que intervienen en dicho camino. En principio, su historia y características personales, Sigmund Freud nos dice al respecto: “Tenemos un comprensible horror a revelar tantas cosas íntimas de nuestra vida psíquica, pues sabemos que no estamos a cubierto de las interpretaciones torcidas de los extraños. Pero debemos poder sobreponernos a ello. *“Tout psychologue est obligé de faire l’aveu même de ses faiblesses s’il croit par là jeter du jour sur quelque problème obscur.”*<sup>1</sup> (Delboeuf, 1885; citado en Freud, 1900, pág. 126).

Dentro de esta perspectiva de “confesar”, en su más amplio sentido, se plantea la investigación de ese primer caso como psicoterapeuta, analizando lo clínico, lo teórico, sus vicisitudes, las transferencias de la paciente y del psicoterapeuta, y los muy importantes papeles que juega la supervisión y el propio psicoanálisis del psicoterapeuta.

Desde mi opinión, parece ser que se deja correr mucha tinta —y muy importante— sobre la clínica psicoterapéutica o psicoanalítica, siempre o casi siempre desde el punto de vista de un experto (el analista o de un clínico con mucha experiencia). Pero ¿qué acaso esos hoy expertos no tuvieron un comienzo? ¿Y, ese comienzo no fue con sus aciertos y sus errores el que de alguna manera les marcó y ayudó a llegar a esa “experiencia”? ¿Qué no sería importante analizar cuáles fueron los caminos que facilitaron y obstaculizaron el arribo hacia su saber en la clínica?

---

<sup>1</sup> Todo psicólogo está obligado a confesar incluso sus debilidades si cree que de ese modo echará luz sobre algún problema oscuro.

Esta investigación se basa en el análisis del caso de una joven de 18 años envuelta en una problemática personal, con la cual trabajé durante dos años en psicoterapia psicoanalítica y de las vicisitudes de un terapeuta en formación.

La problemática de la paciente es interesante en sí, su síntoma primordial, “no poder estudiar”, parecía ser todo lo que la suscribía en la vida, la tenía invadida. Su incapacidad para asociar, pensar y simbolizar hacía del trabajo en el consultorio un proceso difícil y desesperante. Expresaba cosas como: “No hay nada interesante que contar hoy”. O “lo único importante que hay que hablar es sobre la escuela”. —Después de alguna intervención o algún señalamiento, ella solía contestar: — “¿Y eso qué tiene que ver con la escuela? Mi (mamá, abuela, papá, etc.) no tienen nada que ver con que repruebe nuevamente el año”.

Había silencios eternos dentro del consultorio y, seguramente, dentro de su vida también. Existía una necesidad en ella de independizarse de su madre y al mismo tiempo, un deseo de no separarse de ella. Su madre, una mujer intrusiva, que “lo sabía todo”, de todo estaba enterada, que no permitía ni una sola expresión de libertad, que mantenía una preocupación constante por el cuerpo de su hija, por la salud, la alimentación, la fe, lo moral, lo bueno.

El padre, un hombre deprimido, ausente, incapaz de separarlas y cumplir su función de padre, de facilitar a su hija un espacio en el mundo que le permitiera ver la diferencia entre ella y su madre. Él sólo proveía en lo económico esa era su tarea; lo demás, la mujer siempre lo sabía.

La muerte, todo un tema en la historia de la paciente. Muertes que marcaron a la familia desde muy temprano y con las cuales es difícil de convivir cuando, al parecer, los muertos ocupan un lugar más importante que el de los vivos.

Y todo esto se mezclaba con la inexperiencia del psicoterapeuta. Su deseo de fungir en calidad de tal, las miradas de personas a las que él les da importancia, —desde quien deriva a la paciente hasta la profesional experta que supervisa el

trabajo— las transferencias despertadas en el terapeuta que lo ensordecen y que después por las “buenas orejas” de aquellos de quien se rodeó, analista, supervisores, maestros y compañeros, pudo escuchar y comprender a la paciente en su demanda primordial.

Lo profesional, lo emocional y lo personal se mezcla en nuestro trabajo y está presente todo el día, a todas horas y nuestro propio inconsciente el cual, al igual que el de todo mundo, nos sorprende y a veces nos hace actuar o no.

¿Qué importancia tiene un trabajo en el cual se indague sobre los inicios del quehacer del psicoterapeuta? ¿Por qué me parece que es primordial transmitir mi experiencia a otros? La respuesta parece simple. Para ayudar a formar, a educar.

En un país como el nuestro en el que la tarea debería ser educar, parece ser que todos los esfuerzos se concentran, en el mejor de los casos, en informar. Y en nuestro amplio terreno de trabajo, la psique, es necesario alzar la voz y decir claro que no es suficiente crear espacios sólo en las aulas, sino también en los lugares donde uno puede construirse como sujeto capaz de comprender el malestar del otro, y en mi opinión, ese camino sólo se puede vislumbrar conociendo el malestar en uno mismo.

No puede ser lo mismo el sólo informarse de la teoría, cuando el juego de las vivencias, emociones, fantasías y las transferencias están presentes todo el tiempo. La única manera de dominar los *titanes* de los pacientes, a través de la escucha y la comprensión, es conociendo a nuestros propios *titanes* y, dentro de la psicoterapia, la supervisión y el análisis personal son herramientas fundamentales que las Universidades parecen incluir sólo excepcionalmente en sus planes de estudio.

La estructura de un programa como en el que me formé, es lo que me permitió iniciarme como psicoterapeuta y ayudar a esta paciente “mi primer caso

clínico”, a resolver sus conflictos. Yo sólo fui el instrumento, el portavoz, y eso me permitió permitirle a ella que lograra escucharse.

No podemos pedirle a las Universidades que resuelvan todo, la tarea de educar es difícil, diría Freud, imposible al igual que gobernar y analizar (Freud, 1937), pero en el terreno de la “salud”, quizá la inversión y el camino a seguir pueda ser diferente del que hoy tratamos de mantener.

Si nuestro país no tiene una cultura psicológica, es porque nosotros los psicólogos no hemos sabido mostrar la importancia de nuestro trabajo, y quizá esto sea, porque no estamos concientes de ella. Hay caminos hoy conocidos para lograr hacer conciencia.

Yo me pregunto, ¿qué hubiera sucedido con esta paciente y conmigo mismo si no hubiera existido para mí la posibilidad de pensar mucho y de hablar mucho sobre este caso, de formarme en la estructura que la Facultad de Psicología a través del Programa de Psicoanálisis e Interdisciplina<sup>2</sup> abrió para nosotros y dos generaciones más? Lo más probable es que la paciente se hubiera ido (o no hubiera llegado) del consultorio más gastada en lo económico y en lo emocional, sin resolver nada. Y a mí, el no tener la seguridad de estar hoy en día realizando un trabajo lo más analítico posible. Pero en otros casos, las cosas se complican aún más: suicidios, involucramientos personales con los pacientes, sufrimientos innecesarios, etc.

El tipo de formación que se requiere para un psicoterapeuta es difícil de resolver.

En ningún momento me planteo yo como un experto en la materia. Pero no es necesario ser un experto para compartir e indagar en algo que puede develar conocimiento.

---

<sup>2</sup> Programa dentro de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, 1995-1999.

Expondré, dentro de este trabajo, el caso clínico de la paciente, una descripción detallada de la primera entrevista y también un relato amplio y profundo sobre lo que fue el camino de la paciente en el consultorio. Asimismo, se realiza un análisis teórico a profundidad sobre la problemática de la paciente y sobre sus cambios dentro del consultorio y más importante aún, los cambios en su vida. Incluyo un análisis acerca de la importancia de la supervisión y el análisis. Este capítulo es clave dentro del desarrollo del trabajo. Cuando uno comienza a escuchar y comprender a los pacientes es también desde los oídos de otros y ese proceso, considero, es básico de explicar.

**Antecedentes contextuales.**

**Antecedentes a la entrevista.**

Me parece importante aclarar las circunstancias en las que me encontraba antes de que la paciente me fuera remitida.

Al finalizar la Licenciatura en Psicología, decidí continuar mi formación e invertir todos mis esfuerzos en devenir en un psicoterapeuta con orientación psicoanalítica. A partir de mi propio proceso analítico, pude darme cuenta de que el psicoanálisis es la teoría y técnica que más responde a mis preguntas sobre el conflicto psíquico. Al mismo tiempo, mi propio proceso analítico me hizo comprender que el psicoanálisis no es sólo un proceso de “cura” sino un proceso de rehistorización. El psicoanálisis nos ha enseñado cómo el no apropiarse de la historia personal acecha la existencia humana. En otras palabras, el desconocimiento de la propia historia nos persigue como habitados por fantasmas; lo “ominoso” debe ser reconocido. En mi opinión, la cura sólo connota la desaparición del síntoma y creo que el psicoanálisis tiene más que ver con reapropiación y reconocimiento. Me parece también que el psicoanálisis no “desaparece” el sufrimiento, lo disminuye pues se aprende a enfrentarlo y a vivir con él.

En Septiembre de 1997, comencé una Maestría en psicología clínica — Psicoanálisis e Interdisciplina— que al mismo tiempo era un entrenamiento en psicoterapia psicoanalítica. Dicha maestría y entrenamiento constaban de cursos teóricos sobre desarrollo psicológico, técnica psicoanalítica y teoría freudiana. Después de seis meses de cursos, los participantes en este programa teníamos que comenzar nuestra práctica clínica y la supervisión de nuestros casos. Así, poco

después comencé mi práctica con pacientes y la supervisión grupal con la Dra. Ana María Fabre. Desde hacía 6 años mantenía mi psicoanálisis personal.

Una de mis compañeras de la maestría a la cual llamaré Julia, era evidentemente, no sólo para mí sino para el grupo en general y para los profesores, la que contaba con más experiencia clínica. Desde mi perspectiva, en ese entonces, la consideraba una psicoterapeuta que estaba en busca de un grado académico. Julia realizaba sus prácticas de la maestría con grupos de adolescentes dentro de una institución gubernamental de salud. Ella nos participaba con frecuencia su experiencia de trabajo dentro de los seminarios de la maestría. En agosto de 1998, me habló sobre el caso que venía trabajando desde febrero con más atención (Jessica). Este caso lo había traído a los seminarios de la Maestría para discutirlo con el grupo.

Ese mismo mes, me planteó la posibilidad de que Jessica me fuera referida a psicoterapia, pues, según su punto de vista, la paciente estaba pasando por un momento de mucha angustia, lo cual había provocado que perdiera el año escolar.

Julia me comentó que creía que yo era la persona indicada para ver a la paciente, pues pensaba que un psicoterapeuta hombre sería de gran ayuda para Jessica. Me fue difícil en ese momento no sentirme halagado y mucho menos dejar de pensar “¿por qué a mí si somos quince en el grupo?”

Después de recibir los comentarios de Julia sobre Jessica, inmediatamente acepté recibir a la paciente. Me fue remitida a la Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México donde realizaba mis prácticas. La paciente, Jessica, acudió a su primera entrevista pocos días después de esa conversación con Julia.

### **Antecedentes de la paciente.**

Jessica, una joven adolescente de 18 años que estudiaba el nivel Preparatoria dentro de una institución privada, a pesar de que la familia no gozaba de una situación económica cómoda.

Siempre había vivido con sus padres y su hermana. El padre, un carpintero de 48 años, es un hombre conservador y muy religioso que desde la muerte de su segundo hijo, hermano de Jessica, se ha mantenido deprimido. La madre, dedicada al hogar, es de la misma edad que el padre. Ésta es una mujer brindada absolutamente a su familia, no sólo a sus hijas y su esposo, sino que también mantenía un estrecho lazo con su propia madre. Era una mujer conservadora, muy católica y con una extrema preocupación por la salud, la educación y el poder “bien” educar a sus hijas. La hermana de Jessica, María Elena, una estudiante de Primaria que contaba en aquel entonces con 11 años de edad. Por lo general se mantenía ocupada entre sus estudios y sus amistades.

Jessica siempre había conservado una relación de extrema dependencia con la madre, lo cual le había traído ventajas y desventajas. Nunca fue una excelente estudiante, pero podía cumplir con sus compromisos escolares hasta poco antes de su primera entrevista psicoterapéutica con migo.

Era una joven “inmadura” que poco se permitía vivir nuevas experiencias con sus compañeros. Le era difícil establecer amistades o nuevas relaciones y, por lo mismo, era una joven aislada.

## I. Supuestos teóricos.

Este capítulo tiene como principal objetivo exponer resumidamente algunos supuestos teóricos del psicoanálisis. Una vez logrado este punto, procederé a presentar los fundamentos de la técnica psicoanalítica (método) para así dar más herramientas al lector en la comprensión del caso de Jessica.

La tarea y la teoría psicoanalítica no se han caracterizado por ser algo fácil de comprender o de practicar. En este apartado, me atreveré a tratar de exponer con claridad ¿qué es el psicoanálisis? Para en el siguiente capítulo lograr contestar ¿cómo trabajamos desde el psicoanálisis?

Por supuesto que responder a la pregunta ¿qué es el psicoanálisis? puede prestarse a muchas interpretaciones y malos entendidos, también es indudable que tendríamos que hablar de los psicoanálisis, pero esa no es la intención de esta tesis. Es evidente que aquí esta mi postura sobre qué es y cómo trabaja el psicoanálisis y desde mi punto de vista, no hay psicoanálisis sin la metapsicología, sin las pulsiones y sin la teoría de la libido.

A la pregunta: ¿Qué es el psicoanálisis? Freud dio diversas respuestas, pero en sus trabajos de 1923 *Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>* expone claramente lo que él pesaba:

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (Pág. 231).

Así, el psicoanálisis es un método de investigación de lo inconsciente, que permite crear una terapéutica para algunas perturbaciones psíquicas y que, a partir de lo aprendido por esta metodología y esta terapéutica, se ha podido crear una teoría que al mismo tiempo se ha convertido en una disciplina.

Freud siempre defendió “su disciplina” desde la perspectiva científica y clínica, así en la *31ª Conferencias* en 1933, expone respecto a los empeños terapéuticos del psicoanálisis, diciendo que: “un propósito es fortalecer al yo, hacerlo más independiente del superyó, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello. Donde Ello era, Yo debo devenir.” (Freud, 1933, pág. 74).

Comencemos en orden, ¿Qué es el ello?

Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos.

Desde el punto de vista económico, el ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico, entra en conflicto con el yo y el superyó que, desde el punto de vista genético, constituyen diferenciaciones de aquél (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 112).

Para Freud, el ello es el sistema más primitivo, conectado directamente con lo biológico y, al mismo tiempo, sería la sede de la pulsión de vida y muerte.

Pero detengámonos por un momento pues ahora cabe otra pregunta, ¿qué es el aparato psíquico? Freud en el *Esquema del psicoanálisis* 1940, explica claramente que se puede dar noticia del aparato psíquico gracias al estudio del desarrollo individual del ser humano.

Pero decíamos, ¿qué es el aparato psíquico? sin duda un punto crucial:

Término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias [...] Al hablar de aparato psíquico, Freud sugiere la idea de una cierta disposición u organización interna, pero hace algo más que atribuir diferentes funciones a «lugares psíquicos» específicos; asigna a éstos un orden prefijado que implica una determinada sucesión temporal. La coexistencia de los distintos sistemas que forman el aparato psíquico no debe interpretarse en el sentido anatómico que le conferiría una teoría de las localizaciones cerebrales. *Implica únicamente que las excitaciones deben seguir un orden fijado por el lugar que ocupan los diversos sistemas*<sup>3</sup> (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 30).

El aparato psíquico es, para el psicoanálisis, un espacio virtual donde se juegan las fuerzas psíquicas y dará razón su entendimiento a la psicopatología del sujeto. Este constructo teórico es creado para exponer las estructuras e instancias psíquicas que Freud intentaba explicar.

Los procesos, primario y el secundario, caracterizan el funcionamiento del aparato. Dicen Laplanche y Pontalis que en el proceso primario es:

... la energía psíquica [que] fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y de la condensación; tiende a recatectizar plenamente las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción constitutivas del deseo (alucinación primitiva). En el caso del proceso secundario, la energía es primeramente «ligada» antes de fluir en forma controlada; las representaciones son catectizadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles.

La oposición entre proceso primario y proceso secundario es correlativa de la existente entre principio de placer y principio de realidad. (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 302)

Ahora podemos decir que el ello se trabaja solamente en proceso primario.

---

<sup>3</sup> Las cursivas me pertenecen.

Freud, hablando sobre el ello, nos explica que es la instancia más antigua y que su contenido es heredado, es: "...lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente" (Freud, 1940, pág. 143), pero deja ver muy claro que bajo la influencia del mundo exterior (real-objetivo) el ello vive un desarrollo, un cambio: "...originariamente un estrato cortical dotado de los órganos para la recepción de estímulos y de los dispositivos para la protección frente a éstos, se ha establecido una organización particular que en lo sucesivo media entre el ello y el mundo exterior. A este distrito de nuestra vida anímica le damos el nombre de yo". (Freud, 1940, pág. 144).

¿Qué es el yo?

Desde el punto de vista tópico, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, *su autonomía es puramente relativa*.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista dinámico, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia).

Desde el punto de vista económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero, en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario: adquieren un matiz compulsivo, repetitivo, arreal (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 457).

El yo, dice Freud:

"Tiene la tarea de la autoconservación, y la cumple tomando hacia afuera noticia de los estímulos, almacenando experiencias sobre ellos (en la memoria), evitando estímulos hiperintensos (mediante la huida), enfrentando estímulos moderados (mediante la adaptación) y, por fin, aprendiendo a alterar el mundo exterior

---

<sup>4</sup> Las cursivas me pertenecen.

de una manera acorde a fines para su ventaja (actividad); y hacia adentro, hacia el ello, ganando imperio sobre las exigencias pulsionales, decidiendo si debe consentírseles la satisfacción, desplazando esta última a los tiempos y circunstancias favorables en el mundo exterior, o sofocando totalmente sus excitaciones. En su actividad es guiado por las noticias de las tensiones de estímulo presentes o registradas dentro de él: su elevación es sentida en general como un displacer, y su rebajamiento, como placer. No obstante, es probable que lo sentido como placer y displacer no sean las alturas absolutas de esta tensión de estímulo, sino algo en el ritmo de su alteración. El yo aspira al placer, quiere evitar el displacer. Un acrecentamiento esperado, previsto, de displacer es respondido con la señal de angustia; y su ocasión, amenace ella desde afuera o desde adentro, se llama peligro. De tiempo en tiempo, el yo desata su conexión con el mundo exterior y se retira al estado del dormir, en el cual altera considerablemente su organización. Y del estado del dormir cabe inferir que esa organización consiste en una particular distribución de la energía anímica. (Freud, 1940, pág. 144).

Por último, para terminar con las instancias del aparato psíquico definamos al superyó:

... su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó.

Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 419).

En palabras de Freud: “Como precipitado del largo período de infancia durante el cual el ser humano en crecimiento vive en dependencia de sus padres, se forma dentro del yo una particular instancia en la que se prolonga el influjo de estos. Ha recibido el nombre de superyó. En la medida en que este superyó se separa del yo o se contrapone a él, es un tercer poder que el yo se ve precisado a tomar en cuenta”. (Freud, 1940, pág. 144).

Así, el yo tiene que cumplir con las exigencias del superyó, del ello y de la realidad objetiva. Es todo menos libre, es todo menos independiente, por eso enferma.

Ahora bien, después de tener hasta este momento claras las instancias psíquicas, regresemos a la definición de los *empeños terapéuticos del psicoanálisis* de 1933. ¿Por qué necesitamos fortalecer al yo? ¿Qué lo ataca para intentar hacerlo más fuerte y defenderlo?

Entendemos ahora que el yo no es independiente y que es constantemente exigido por las otras dos instancias. ¿Pero qué al no ser independiente estamos planteando la idea de que nosotros, los que somos poseedores de ese yo, somos los que no somos independientes? La respuesta sería sí. Pero esto merece ser explicado con mayor detalle. Freud, en 1917, en su texto *Una dificultad para el psicoanálisis* habla de las tres heridas narcisistas que ha recibido la humanidad, la primera la cosmológica, gracias a Copérnico, al descubrir que la Tierra no es el centro del universo, que era más pequeña que el Sol, y por si fuera poco que giraba alrededor de éste. La segunda, la biológica, gracias a Darwin, cuando nos abre los ojos y nos aclara que el hombre no es diverso a los animales y que surge del reino animal y la última, dice Freud la más *sentida*, la psicológica:

El hombre, aunque degradado ahí afuera, se siente soberano en su propia alma. [...] Su percepción interna, la conciencia, anoticia al yo de toda clase de procesos significativos que se desarrollan dentro de la fábrica anímica; y la voluntad, guiada por tales noticias, ejecuta lo que el yo ordena, modifica lo que querría consumarse de manera autónoma. En efecto, esa alma no es algo simple; más bien, es una jerarquía de instancias superiores y subordinadas, una maraña de impulsos que esfuerzan su ejecución independientemente unos de otros, de acuerdo con la multiplicidad de pulsiones y de vínculos con el mundo exterior, entre los cuales muchos son opuestos e inconciliables entre sí. La función requiere que la instancia suprema reciba noticia de todo cuanto se prepara y que su voluntad pueda penetrar en todas partes a fin de ejercer su influjo. Pero el yo se siente seguro de que sus noticias son

completas y confiables, y seguro también de la viabilidad de sus órdenes.

Ahora bien: en ciertas enfermedades no es así entre ellas, justamente, en las neurosis estudiadas por nosotros. El yo se siente incómodo, tropieza con límites a su poder en su propia casa, el alma. De pronto afloran pensamientos que no se sabe de dónde vienen; tampoco se puede hacer nada para expulsarlos. Y estos huéspedes extraños hasta parecen más poderosos que los sometidos al yo; resisten todos los ya acreditados recursos de la voluntad, permanecen impertérritos ante la refutación lógica, indiferentes al mentís de la realidad. O sobrevienen impulsos como si fueran de alguien ajeno, de suerte que el yo los desmiente, pese a lo cual no puede menos que temerlos y adoptar medidas preventivas contra ellos. El yo se dice que eso es una enfermedad, una invasión ajena, y redobla su vigilancia; pero no puede comprender por qué se siente paralizado de una manera tan rara.

[..]El psicoanálisis se consagra a esclarecer esos ominosos {unheimlich} casos patológicos, emprende largas y cuidadosas indagaciones, se procura conceptos auxiliares y construcciones científicas, y por fin puede decir al yo: «No estás poseído por nada ajeno; es una parte de tu propia vida anímica la que se ha sustraído de tu conocimiento y del imperio de tu voluntad. Por eso tu defensa es tan endeble; luchas con una parte de tu fuerza contra la otra parte, no puedes reunir tu fuerza íntegra como si combatirías a un enemigo externo. Y la que de ese modo ha entrado en oposición contigo y se ha vuelto independiente de ti ni siquiera es la peor parte o la menos importante de tus fuerzas anímicas. Me veo obligado a decir que la culpa reside en ti mismo. Has sobrestimado tu poder al creer que podrías hacer lo que quisieras con tus pulsiones anímicas y no te hacía falta tener miramiento alguno por sus propósitos. Entonces ellas se han sublevado y han emprendido sus propios, oscuros, caminos a fin de sustraerse de la sofocación, se han hecho justicia de una manera que a ti ya no puede parecerte justa. Y no te has enterado del modo en que lo consiguieron ni de los caminos que transitaron; sólo ha llegado a tu conocimiento el resultado de ese trabajo, el síntoma, que sientes como un padecimiento. No lo disciernes, entonces, como un retoño de tus propias pulsiones removidas, y no sabes que es su satisfacción sustitutiva.

»Ahora bien, sólo una circunstancia posibilita todo el proceso, a saber, que te encuentras en el error también en otro punto digno de consideración. Confías en estar enterado de todo lo importante que ocurre en tu alma porque tu conciencia te lo anuncia luego. Y cuando de algo no has tenido noticia en tu alma, supones tranquilamente que no está contenido en ella. Y aun llegas tan lejos que consideras "anímico" idéntico a "conciente", es decir, a lo que te es notorio, pese a las

evidentísimas pruebas de que en tu vida anímica **tiene** que ocurrir de continuo algo más que lo que pueda devenirle notorio a tu conciencia. ¡Deja que se te instruya sobre este punto! *Lo anímico en ti no coincide con lo conciente para ti*<sup>5</sup>; que algo ocurra en tu alma y que además te enteres de ello **no son** dos cosas idénticas. [...] Ahora bien, en todos los casos esas noticias de tu conciencia son incompletas y a menudo sospechosas; también sucede hartas veces que sólo llegas a **conocer** los acontecimientos cuando ya se consumaron y no los puedes cambiar. Aunque no estés enfermo, ¿quién podría abarcar todo lo que se mueve en tu alma y de lo cual no te enteras o recibes información falsa? Te comportas como un déspota absoluto que se conformara con las informaciones que le brindan sus consejeros áulicos y no descendiera hasta el pueblo para escuchar su voz. Entra en ti, en lo profundo de ti, y aprende primero a conocerte; luego comprenderás por qué debiste enfermar y acaso evitarás enfermarte».

Así instruiría el psicoanálisis al yo. Ahora bien, esos dos esclarecimientos: que la vida pulsional de la sexualidad en nosotros no puede domeñarse plenamente, y que los procesos anímicos son en sí inconcientes, volviéndose accesibles y sometiéndose al yo sólo a través de una percepción incompleta y sospechosa, equivalen a aseverar que *el yo no es el amo en su propia casa*. Ambos, reunidos, representan la tercera afrenta al amor propio, que yo llamaría psicológica. No cabe asombrarse, pues, de que el yo no otorgue su favor al psicoanálisis y se obstine en rehusarle su crédito (Freud, 1917, págs. 133-135).

Así que no somos dueños de nuestra propia alma. Esta afirmación del psicoanálisis parece ser más una discusión filosófica que psicoanalítica, o quizá, esta disputa no podría existir sin la tradición filosófica de la pregunta por el ser, o por saber quienes somos. Esto, obviamente, contradice el pensamiento de Descartes con su *cogito ergo sum*, el de Kant y de muchos otros filósofos que exponen y defienden a la razón como la columna vertebral del ser humano. Freud nos deja, desde esa perspectiva, sin columna vertebral. Pero, esta discusión Shopenhauer, Nietzsche, Heidegger, Derrida y muchos otros la mantienen y la continúan, no es algo originario del psicoanálisis. Pero no es mi propósito desviar la argumentación sobre Qué es el psicoanálisis, pero este pequeño paréntesis

---

<sup>5</sup> Las cursivas me pertenecen.

permitirá ver la dimensión de dónde provienen nuestras preguntas y por supuesto que también es importante ver la raíz y la trascendencia del pensamiento psicoanalítico.

Sintetizando, la cualidad del ello es únicamente inconsciente, el yo puede ser consciente siendo el encargado de la percepción, pero también es preconsciente e inconsciente, como son los mecanismos de defensa; y el super yo, al igual que el yo, comparte las tres cualidades psíquicas, pero su parte más profunda está conectada con el ello y por lo tanto es inconsciente.

No hemos contestado a nuestras preguntas: ¿Por qué tenemos que fortalecer al yo y qué lo ataca? Esto inevitablemente nos lleva a más definiciones y a extendernos más en el tema.

¿Cuáles son las fuerzas que se mencionan en estas definiciones, qué son las pulsiones?

La energía pulsional aparece de las fuerzas llamadas pulsiones: “Factor cuantitativo variable que afecta a cada pulsión y que, en último análisis, explica la acción desencadenada para obtener la satisfacción; incluso cuando la satisfacción es pasiva (ser visto, ser pegado), la pulsión, en la medida que ejerce un «empuje», es activa”. (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 324).

Así, en *Pulsión y destinos de pulsión* (1915) Freud explica que el estímulo de la pulsión no proviene del mundo exterior sino de nuestro organismo y que, por tanto, es una constante y lo que busca, su meta, es la satisfacción. Es decir, la pulsión es un monto de energía persistente que busca la descarga, esa es su meta, pero la pulsión no tiene objeto en particular, puede ser satisfecha con cualquier objeto y no sólo del mundo exterior sino también del propio cuerpo. El objeto de la pulsión es variable. En este texto, Freud habla de las pulsiones yoicas y las pulsiones de autoconservación. Después, en *Más allá del principio de placer* (1920), habla de la pulsión de vida y de la pulsión de muerte. La pulsión de vida

comprende a las pulsiones de autoconservación y sexuales. La pulsión de muerte se contrapone a la pulsión de vida. ¿Cómo se contrapone? Si la pulsión está en una constante búsqueda de la satisfacción, puede suceder que no pueda encontrar esa satisfacción de forma inmediata, esto aplaza la satisfacción y crea una tensión. Esa tensión es la constante al mismo tiempo, y la pulsión de muerte tiende a la eliminación, a la reducción de esa tensión, es decir a la muerte, al estado inorgánico. La pulsión de muerte se dirige principalmente al sujeto y empuja a la autodestrucción y a la compulsión a la repetición, después tiende al exterior, mostrando la destructividad y agresividad.

Además, existen en la teoría psicoanalítica algunos principios:

El principio de placer junto con el principio de realidad son, según Freud, los que rigen el funcionamiento mental; el principio de placer rige a la actividad psíquica y tiene como propósito evitar el displacer y procurar el placer. Ahora bien, debido a que el displacer aumenta la tensión y el placer la disminuye, este es uno de los principios económicos del psicoanálisis.

El principio de realidad trata de imponerse como un principio regulador ante el principio de placer, pues provoca que la satisfacción se dé por medio de rodeos, pues retrasa la descarga de tensión, es decir al placer, por estar regido por el mundo exterior. Se desarrolla gracias a la demora, por la inhibición de la descarga pulsional, que sabemos es gobernada por el principio de placer.

El término nirvana tiende a reducir a cero la tensión dentro del aparato psíquico, su ideal es disminuir lo más posible, en sí mismo, toda cantidad de tensión ya sea de origen interno o externo. Este principio será quien gobierne a la pulsión de muerte.

Lo expuesto hasta ahora tiene que ver básicamente con la segunda tópica freudiana. Ahora bien, expliquemos brevemente qué se entiende dentro del psicoanálisis por tópica: Tópica refiere a lugar, Laplanche y Pontalis (1983) dicen

que tópica es: “Teoría o punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí, lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada”. Así, la primera tópica, como tal, es formulada en *La interpretación de los sueños* en 1900 con la distinción entre consciente, preconsciente e inconsciente. Freud conceptualiza la segunda Tópica en el texto de *El yo y el ello*, en 1923.

Ahora bien, para Freud, el inconsciente designa uno de los sistemas de su primera teoría del aparato psíquico (la primera tópica), éste está constituido por contenidos reprimidos, a los cuales se les ha negado el acceso al sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión.

Los caracteres esenciales del inconsciente como sistema son:

- a) sus «contenidos» son «representantes» de las pulsiones;
- b) estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento;
- c) fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retornar a la conciencia y a la acción (retorno de lo reprimido); pero sólo pueden encontrar acceso al sistema Pcs-Cs en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura;
- d) son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 193)

En el sistema inconsciente, los recuerdos no son susceptibles de conciencia, pues la represión se opone a ello (y al ello), la censura es la barrera entre el sistema preconsciente e inconsciente.

El preconsciente es otro de los sistemas descritos por Freud dentro de su primera tópica. Este sistema está regido por el proceso secundario, la represión lo separa del sistema inconsciente, que no permite que los contenidos del

inconsciente pasen sin antes ser transformados. Este sistema es el portador de recuerdos reversibles, almacena los recuerdos susceptibles de conciencia.

La labor del *sistema consciente* es el registro de las percepciones tanto internas como externas. Freud también lo llama el sistema percepción-conciencia.

Freud en su texto de 1912, *Notas sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis*, expone:

Ahora llamemos «consciente» a la representación que está presente en nuestra conciencia y de la que nosotros nos percatamos {we are aware}, y hagamos de este el único sentido del término «consciente»; en cambio, a las representaciones latentes, si es que tenemos fundamentos para suponer que están contenidas en la vida anímica -cómo los tuvimos en el caso de la memoria-, habremos de denotarlas con el término «inconsciente». [...] Entonces, una representación inconsciente es una de la que nosotros no nos percatamos, a pesar de lo cual estamos dispuestos a admitir su existencia sobre la base de otros indicios y pruebas (Freud, 1912, pág. 271)

Al parecer, comenzamos a comprender cuáles son esas fuerzas que atacan al yo y que necesitamos fortalecer, según Freud, en un tratamiento analítico. Pero falta algo fundamental por explicar y es la represión, concepto esencial dentro de nuestra teoría y es un proceso por el cual a las pulsiones se les niega el acceso a la conciencia.

Dice Freud, en *Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico* (1914) que: “La doctrina de la represión es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, su pieza más esencial”. (Pág. 15). Y, en 1917, en la 22ª *conferencia de introducción al psicoanálisis*, nos explica que:

Represión es, como ustedes recuerdan, aquel proceso por el cual un acto admisible en la conciencia, vale decir, un acto que pertenece al sistema Pcc, se vuelve inconsciente y por tanto es relegado al sistema Icc. Y de igual modo hablamos de represión si al acto anímico inconsciente no se lo admite en el sistema que sigue, el preconsciente, sino que es rechazado en el umbral por la

censura. El concepto de la represión no tiene, pues, ningún vínculo con la sexualidad; por favor, retengan bien esto. Designa un proceso puramente psicológico, al que podemos caracterizar todavía mejor si lo llamamos tóxico. Con ello queremos decir que se relaciona con las supuestas especialidades psíquicas o, si abandonamos esta grosera representación auxiliar, con el edificio del aparato anímico compuesto por sistemas psíquicos separados (Freud, 1917b, pág. 311).

Nuestro aparato psíquico está constituido por lo menos de tres instancias, el ello, el yo y el super yo. Estas fuerzas mantienen una negociación constante regidas por el principio de placer y de realidad y los procesos primarios y secundarios.

Las pulsiones, esas constantes, buscan la satisfacción a toda costa y por su parte la realidad desea oponerse a ellas dando como resultado diferentes formas de salida. El problema es que nuestro yo, no puede manejar todas estas negociaciones sin crear un compromiso. Las fuerzas se le imponen y queda sublevado a ellas, la única noticia que tiene de su derrota es el malestar y la angustia. Si logramos dar al yo mayor fortaleza y distintas herramientas para su negociación con las otras instancias, no quedará tan sublevado, tan rebasado, por las fuerzas que lo dominan.

¿Cómo logramos esto? Esa pregunta tiene que responderla la técnica que apoyada en estos supuestos teóricos dan resultado a lo que conocemos como la clínica psicoanalítica.

## II. Método.

El método consistió en seguir lo dictado por algunos de los supuestos teóricos que fundamenta la técnica psicoanalítica, pues incluye algunas modificaciones. Así, a diferencia de lo que se expondrá, con la paciente se trabajó en una psicoterapia de corte psicoanalítico, eso quiere decir que la frecuencia de las sesiones no fue de 3 o 4 veces por semana sino de 2, y que no se utilizó el diván como instrumento técnico. Fuera de eso, siempre se entendió y trabajó este caso desde el psicoanálisis.

Así podemos decir que: "...Con el nombre de <<psicoterapia analítica>> se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa". (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 324).

El objetivo, ya planteado desde la introducción, no es otro más que transmitir la experiencia formativa del que fue el primer caso de un psicoterapeuta en formación. La experiencia siempre se nos ha transmitido desde el éxito o el saber. Esta experiencia es transmitida desde la formación, con lo que ello implica, sobretodo pensándolo desde las transferencias.

Para pensarlo desde otra perspectiva, de lo que uno carece cuando comienza una formación como psicoterapeuta es de una basta experiencia, he aquí un relato a través de un caso, de lo que fue adquirir un conocimiento y una forma de trabajo.

## 2.1. Técnica.

La experiencia nos ha enseñado que la terapia psicoanalítica, o sea, el librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anomalías de carácter, es un trabajo largo.

(Freud, 1937, pág. 219)

Mediante el psicoanálisis buscamos, a través de un tratamiento largo, exhaustivo, y complejo, encontrar una salida a los conflictos que viven nuestros pacientes. En este sentido, la tarea del psicoanalista o el psicoterapeuta no es agregar a la vida de los analizados una verdad o un sentido. Es más bien, ayudar a que el paciente encuentre su sentido. La escucha, instrumento fundamental, no es cualquier escucha, es una escucha entrenada para atender eso que se quiso decir y se encubrió de diferentes maneras.

El paciente al hablar, contará una historia, pero no cualquiera, contará su historia. En un primer momento esperará la palabra que lo conduzca a dejar de sentirse mal o de actuar mal, esperará una palabra que le abra los ojos de su “enfermedad” y lo cure. Con el tiempo, se dará cuenta que ese que lo escucha no tiene esa respuesta y aceptando su tarea básica (asociar libremente) tendrá la oportunidad de resignificar, rearmar su historia y su vida. Esa rehistorización le dará la oportunidad de comprender el sentido y “utilidad” de sus síntomas, disminuir el dolor, resolver conflictos, encontrar alternativas, abrir nuevas posibilidades. Construirse como sujeto.

A los pacientes, por lo general, los trae al consultorio una pregunta ¿Por qué sufro? Esa respuesta los llevará a un sinfín —y quiero recalcar el sinfín de caminos— y podrán ir contestando su pregunta mediante la exploración de estos

caminos. El psicoanálisis es una tarea que nunca termina, como veremos más adelante, pero es un quehacer, hay que realizarlo, al comenzar se abrirá un camino que permitirá responder a esa primera pregunta pero quizá sin quitar del todo el sentimiento de sufrimiento. Pero saber, aunque sea algo de nuestro malestar hace una diferencia enorme en nuestras vidas. Y ahora, hablo en primera persona, pues antes que psicoterapeuta fui paciente y veo eso en mi vida y en la de mis pacientes.

Entrando en materia, la situación analítica expuesta por Freud en *Esquema del psicoanálisis* 1940, es la siguiente:

El yo está debilitado por el conflicto interior, y nosotros tenemos que acudir en su ayuda. Es como una guerra civil destinada a ser resuelta mediante el auxilio de un aliado de afuera. El médico analista y el yo debilitado del enfermo, apuntalados en el mundo exterior objetivo {real}, deben formar un bando contra los enemigos, las exigencias pulsionales del ello y las exigencias de conciencia moral del superyó. Celebramos un pacto {Vertrag; «contrato»}. El yo enfermo 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 lo inconciente. 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, 1940, pág. 173-174).

El contrato que efectuamos con los pacientes se realiza después de un número indeterminado de entrevistas. Indeterminado porque dependerá de cada paciente y de cada situación. En ellas, el terapeuta se propone explorar la situación del paciente, pero sobre todo, es un periodo en el cual el paciente expone quién es él y por qué está ahí, preguntas importantísimas que lo seguirán, con sus bemoles, a lo largo de su análisis.

Este contrato consiste en explicarle al paciente cual será su tarea dentro del consultorio; esa es *la regla fundamental del psicoanálisis* que radica en que el

paciente comunique todo lo que pasa por su mente sin censura, no importando lo absurdo o vergonzoso que le parezca. Uno le recordará que no cabe en nosotros juicio acerca de lo que diga, que esa no es nuestra tarea, y nosotros nos mantendremos escuchando al paciente en lo que llamamos *atención parejamente flotante*.

Dentro del encuadre, se le comunica al paciente la forma de trabajar, horario, costo, entre otros. Pero lo más importante es realizar un contrato que formalice verbalmente el encuadre y donde ambos, analista y analizando se comprometan a cumplirlo.

En cuanto a la atención parejamente flotante, Freud nos explica: “La regla, para el médico, se puede formular así: <<Uno debe alejar cualquier injerencia conciente sobre su capacidad de fijarse, y abandonarse por entero a sus “memorias inconcientes”>>; o, expresado esto en términos puramente técnicos: << Uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo>>”. (Freud, 1912b, pág. 112).

¿Por qué nos da este consejo Freud? La preocupación del analista, por lo general del analista inexperto consiste muchas veces en saber cómo podrá retener toda la información que el paciente le da, y cómo no la confundirá. La angustia consiste en perder algo trascendental para el tratamiento. Freud explica que el riesgo de querer atender a todo con un esfuerzo de atención podría provocar el perder información, lo mismo si uno se apoya en notas. La atención flotante complementa la regla fundamental del psicoanálisis, uno debe de fijarse por igual ante lo dicho por el paciente, pues Freud nos recuerda que: “No se debe olvidar que la más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá” (Freud, 1912b, pág. 112).

Al comienzo, los pacientes esperan recibir preguntas para así comenzar su discurso. Ante la ausencia de esas preguntas, repetidas veces escuchamos, “no sé

de qué hablar”, “no sé qué decir”, “no sé me ocurre nada” y “pregúnteme algo”.

Freud nos dice al respecto:

No se debe ceder, ni esta primera vez ni las ulteriores, a su ruego de que se les indique aquello sobre lo cual deben hablar. [...] Una fuerte resistencia ha pasado al frente para amparar a la neurosis; corresponde recoger enseguida el reto, y arremeter contra ella. El aseguramiento, repetido con energía, de que no existe semejante falta de toda ocurrencia para empezar, y de que se trata de una resistencia contra el análisis, pronto constriñe al paciente a las conjeturadas confesiones o pone en descubierto una primera pieza de sus complejos (Freud, 1913, pág. 138).

Y así, sin ceder nosotros, el paciente comienza su sesión y su análisis.

Pero ¿qué es esto que el paciente va a buscar al consultorio y no sabe? Son muchas cosas las que no sabe y tendríamos que recordar la imposibilidad del yo de acceder a ese conocimiento, *el yo no es dueño de su propia casa*, así, se complica la tarea de saber.

Lo que impide el camino hacia el saber del paciente son las resistencias. Las resistencias son todo aquello que se opone a la continuación del tratamiento analítico. Estas aparentan ser cosas que el paciente no sabe, es lo que se resiste a ser conocido y que el analista puede escuchar siguiendo el discurso del paciente, atendiendo a sus sueños, *lapsus*, etc., pero siendo así, parece sencilla la tarea, si las resistencias impiden el saber, y este no saber enferma al paciente comuniquémosle al paciente sobre su resistencia y asunto resuelto. En apariencia, el paciente sufre de algún tipo de ignorancia y, en apariencia, uno podría instruirlo y ayudarle a resolver su problema. Pero esto no es así, dice Freud:

Pero el factor patógeno no es este no-saber en sí mismo, sino el fundamento del no-saber en unas *resistencias interiores* que primero lo generaron y ahora lo mantienen. La tarea de la terapia consiste en combatir esas resistencias. La comunicación de lo que el enfermo no sabe porque lo ha reprimido es sólo uno de los preliminares necesarios de la terapia. [...] Ahora bien; como el

psicoanálisis no puede dejar de hacer esa comunicación, prescribe que no se la debe emprender antes que se cumplan dos condiciones. En primer lugar, que el enfermo haya sido preparado y él mismo ya esté cerca de lo reprimido por él; y, en segundo lugar, que su apego al médico (transferencia) haya llegado al punto en que el vínculo afectivo con él le imposibilite una nueva fuga.

Sólo cumplidas estas condiciones se vuelve posible discernir y dominar las resistencias que llevaron a la represión y al no-saber. Así, una intervención psicoanalítica presupone absolutamente un prolongado contacto con el enfermo, y el intento de tomarlo por asalto mediante la brusca comunicación, en su primera visita al consultorio, de los secretos que el médico le ha colegido es reprochable técnicamente y las más de las veces se paga con la sincera hostilidad del enfermo hacia el médico, quien así se corta toda posibilidad de ulterior influjo (Freud, 1910, pág. 225-226).

Antes de continuar sobre las resistencias, es importante apuntar esto que Freud nos indica como *apego al médico*, la transferencia, se vuelve la posibilidad y la imposibilidad del análisis al mismo tiempo. Este punto se aclarará más adelante, así continuando sobre las resistencias Freud en el *Esquema del psicoanálisis* expone:

Vencer las resistencias es la parte de nuestro trabajo que demanda el mayor tiempo y la máxima pena. Pero también es recompensada, pues produce una ventajosa alteración del yo, que se conserva independientemente del resultado de la transferencia y se afirma en la vida. Y simultáneamente hemos trabajado para eliminar aquella alteración del yo que se había producido bajo el influjo de lo inconciente, pues toda vez que pudimos pesquisar dentro del yo los retoños de aquello, señalamos su origen ilegítimo e incitamos al yo a desestimarlos. Recordemos que una precondition para nuestra operación terapéutica contractual era que esa alteración del yo debida a la intrusión de elementos inconcientes no hubiera superado cierta medida. (Freud, 1940. Pág 179-180).

Vencer a las resistencias es una lucha inacabable. A Freud, desde muy temprano y por siempre, le ocupó el problema de vencer y comprender a las

resistencias. En su comunicación del 27 de octubre de 1897 con Wilhelm Fließ escribe:

La resistencia, *que al fin deniega el trabajar*<sup>6</sup>, no es otra cosa que el carácter del niño en aquel tiempo, el carácter degenerativo que se desarrolló o pudo desarrollarse tras aquellas vivencias, al que encontramos como carácter conciente en los llamados casos degenerativos pero que aquí ha sido tapado por el desarrollo-represión. Gracias al trabajo lo exhumo, él se revuelve, el hombre al comienzo tan noble y sincero se hace vulgar, mentiroso o desafiante, simulador, hasta que se lo digo y así vuelvo superable el carácter. Con ello, la resistencia se me ha vuelto asible concretamente, y quería tener ya, en lugar del concepto de la represión, la cosa concreta que tras él se esconde. (Freud, 1986, pág. 296)

Pocos años después, nos habla de otra de las reglas del psicoanálisis que dice así: “Todo lo que perturba la prosecución del trabajo [analítico] es una resistencia” (Freud, 1900, pág. 511).

Durante el tratamiento psicoanalítico, denominamos resistencia a todo lo que se le opone al paciente para que tenga acceso al material inconsciente. Así, el paciente no podrá aclarar el por qué de sus síntomas y sufrimientos. Más adelante hablaremos de cómo se trabaja a la resistencia.

Freud, en 1926, en su texto *Inhibición síntoma y angustia*, nos explica los cinco tipos de resistencia que hay, tres pertenecen al yo: la ganancia secundaria de la enfermedad, la represión y la transferencia, otro más pertenece al super yo que sería la necesidad de castigo y por último la del ello, que consiste en la compulsión a la repetición.

Pero, para hacer comprensible no sólo lo que se conoce como la técnica psicoanalítica sino también a la teoría psicoanalítica, tenemos que hablar más a profundidad sobre la transferencia.

---

<sup>6</sup> Las cursivas me pertenecen.

Este fenómeno, no exclusivo del psicoanálisis, se presenta únicamente en el tratamiento psicoanalítico, su dispositivo facilita su emergencia. De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1983, pág. 439) transferencia: “Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. [...] Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad”.

La figura del analista es aquella donde se depositan o se actualizan esos deseos inconscientes de otros objetos, objetos del pasado, de la infancia. El paciente establece esa relación en su inconsciente y el analista está obligado a develar esos deseos sobre esos objetos del pasado y que se han depositado sobre la figura del analista.

Pero vayamos por pasos. Freud, en su trabajo *Sobre la Dinámica de la Transferencia* de 1912, es muy claro para explicar ese origen de la transferencia diciendo que, para el manejo de la vida amorosa (erótica), los seres humanos están determinados por la combinación de las disposiciones innatas y los factores accidentales durante la infancia. Así; “Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite —es reimpreso— de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes” (Freud, 1912a, pág. 97)

Pero ¿por qué se actualizan o depositan esos deseos inconscientes sobre la figura del analista? Freud aclara este asunto diciendo:

[...] según lo que hemos averiguado por nuestras experiencias, sólo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad

conciente, y constituye una pieza de esta última. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, está apartada de la personalidad conciente así como de la realidad objetiva, y sólo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconciente, siendo entonces no consabida para la conciencia de la personalidad. Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconciente, participen de tal acomodamiento (Freud, 1912a, pág. 98).

Así, podemos pensar en nuestros pacientes como personas que no tienen satisfecha esta necesidad de amor en la realidad y se vuelcan sobre la figura del analista. Por tanto, Freud explica que una porción de la libido de nuestros pacientes ha regresado e investido las figuras infantiles y las ha colocado en la figura del analista. Esa libido, es tarea nuestra volverla asequible a la conciencia y así ponerla al servicio de la realidad objetivo. Pero esto se convierte en un problema para el tratamiento, pues se manifiesta *como la más fuerte de las resistencias* ya que el análisis, al toparse con la libido, crea una batalla y se manifiesta la resistencia hacia la cura, hacia el tratamiento, pues lo que intenta la libido es permanecer en ese nuevo estado hallado. Así, podemos comenzar a comprender por qué la transferencia se convierte en una imposibilidad para el análisis.

Ahora bien, continuado con la exposición freudiana, falta por explicar la transferencia positiva y negativa. Dentro de la transferencia positiva, podríamos hablar de dos tipos, la de sentimientos amistosos que son susceptibles de conciencia y la de procesos inconscientes, de fuentes eróticas. Y dentro de lo que es la transferencia negativa, ésta implica los sentimientos hostiles hacia el analista. Así, como se puede ver, la transferencia es ambivalente; si se mantiene positiva en su sentimiento amistoso, el paciente colaborará en todo dentro del camino de la cura, pues quiere ganar la aprobación del analista. Ahora bien: “Si él (o ella)

registra la fuerte necesidad erótica que se esconde tras la transferencia positiva, creará haberse enamorado con pasión; si la transferencia sufre un súbito vuelco, se considerará afrentado y desdeñado, odiará al analista como a su enemigo y estará pronto a resignar el análisis” (Freud, 1940, pág. 177).

La tarea del analista será, en dado caso, develar esa ilusión y mostrar que es proveniente de su pasado y que ha colocado en la figura del analista esos sentimientos para resistir a la cura. Es decir, el paciente ha preferido actuar y no recordar. El paciente, en vez de reproducir el material reprimido como un recuerdo, lo actuó.

Ahora bien, el psicoanálisis intenta mantener todos los impulsos dentro de un reino psíquico y evadir la descarga a través de la motilidad, es decir, evita que el paciente actúe. En *Recordar, Repetir y Reelaborar* (1914), Freud introduce la idea de una neurosis de transferencia como una patología artificial. Durante el análisis, el paciente se percató del hecho de que una mera desfiguración del material patológico no es suficiente para mantenerlo oculto. Así, el paciente empieza a usar lo que Freud llamó *la desfiguración por transferencia* (Freud, 1912a, pág. 102). La transferencia se entiende, aquí, dentro del dominio de la compulsión a la repetición; el pasado olvidado se repite en la acción; el pasado se transfiere sobre el presente, fuera, por supuesto, de la conciencia. La reproducción del pasado no está en la forma de recuerdo, sino de acción. Una vez que esta repetición se centra en la figura del psicoanalista, podemos hablar de una neurosis de transferencia. Por un lado, la transferencia ahora sirve a la resistencia, pues comunicar nuestros impulsos eróticos o no a la persona hacia quien se dirigen, no es tarea fácil. Y por otro lado, la transferencia crea un reino intermedio entre la vida y la patología, es decir, si el psicoanálisis intenta mantener todos los impulsos dentro de los límites psíquicos, *la neurosis artificial que produce la transferencia, crea la posibilidad de curación, “[...] el principal recurso para domeñar la*

*compulsión a la repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para recordar, reside en le manejo de la transferencia*<sup>7</sup>” (Freud, 1914a, pág. 156). Esto es el psicoanálisis.

En su trabajo *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* de 1915, Freud da una amplia explicación del “enamoramiento” que se puede dar por parte del paciente hacia la figura del analista. Como hemos expuesto, esto se debe a la resistencia. También expone por qué el tratamiento se debe realizar en lo que se llama abstinencia.

“La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizá ningún enfermo lo toleraría. Lo que yo quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados. Es que uno no podría ofrecer otra cosa que subrogados, puesto que la enferma, a consecuencia de su estado y mientras no hayan sido levantadas sus represiones, será incapaz de lograr una efectiva satisfacción” (Freud, 1915, pág. 168).

Dicho principio dirige el tratamiento psicoanalítico con el mínimo de satisfacciones posibles para el paciente, el analista no satisfará las demandas del paciente y conducirá el tratamiento mediante la frustración. Esto se entiende así porque se parte de que la cura está sentada en un sufrimiento por la frustración y si la frustración desapareciera, el camino de la cura dentro del tratamiento se detendría boicoteando el análisis.

Freud nos explica qué sucedería si fuera correspondido el amor de un paciente por parte de su analista: “[esto], sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, repetir en la vida algo que sólo deben

---

<sup>7</sup> Las cursivas me pertenecen.

recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico” (Freud, 1915, pág. 169).

Nuevamente, en su texto *Recordar, repetir y reelaborar*, Freud aclara y precisa que lo importante no es el sólo levantar las resistencias, sino que la reelaboración es imprescindible:

El vencimiento de la resistencia comienza, como se sabe, con el acto de ponerla en descubierto el médico, pues el analizado nunca la discierne, y comunicársela a este. Ahora bien, parece que principiantes en el análisis se inclinan a confundir este comienzo con el análisis en su totalidad. A menudo me han llamado a consejo para casos en que el médico se quejaba de haber expuesto al enfermo su resistencia, a pesar de lo cual nada había cambiado o, peor, la resistencia había cobrado más fuerza y toda la situación se había vuelto aún menos transparente. La cura parecía no dar un paso adelante. Luego, esta expectativa sombría siempre resultó errónea. Por regla general, la cura se encontraba en su mayor progreso; *sólo que el médico había olvidado que nombrar la resistencia no puede producir su cese inmediato*<sup>8</sup>. Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para reelaborarla {durcharbeiten}, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia. En esas circunstancias, el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado. Ateniéndose a esta intelección, se ahorrará a menudo el espejismo de haber fracasado cuando en verdad ha promovido el tratamiento siguiendo la línea correcta (Freud, 1914a, pág. 156-157).

Ahora que comprendemos el proceder terapéutico del análisis, cómo es que se da por terminado un tratamiento. Por lo general, como dice Freud en *Análisis terminable e interminable* en 1937:

---

<sup>8</sup> Las cursivas me pertenecen.

En la práctica es fácil decirlo. El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho conciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión. Y si se está impedido de alcanzar esta meta por dificultades externas, mejor se hablará de un análisis imperfecto {unvollständig} que de uno no terminado {unvollendet} (Freud, 1937, pág. 222).

¿Implicaría esto que el paciente ha quedado inmunizado ante los avatares de los conflictos psíquicos, es decir, que el paciente habrá quedado sanado de por vida? Esta no es una pregunta fácil de contestar, pues habría que explicar el origen de la enfermedad neurótica.

Freud, en este mismo texto, nos explica que la etiología de las perturbaciones neuróticas es mixta:

...o se trata de pulsiones hiperintensas, esto es, refractarias a su domeñamiento por el yo, o del efecto de unos traumas tempranos, prematuros, de los que un yo inmaduro no pudo enseñorearse. Por regla general, hay una acción conjugada de ambos factores, el constitucional y el accidental. Mientras más intenso sea el primero, tanto más un trauma llevará a la fijación y dejará como secuela una perturbación del desarrollo; y cuanto más intenso el trauma, tanto más seguramente exteriorizará su perjuicio, aun bajo constelaciones pulsionales normales. No hay ninguna duda de que la etiología traumática ofrece al análisis, con mucho, la oportunidad más favorable (Freud, 1937, pág. 223).

Sobre la etiología traumática, Freud nos explica que si el paciente no vuelve a sufrir ninguna perturbación que lo llevara de vuelta al análisis, es más cuestión de un destino benévolo que de inmunidad.

Pero, sobre el fin del análisis todavía nos queda algo pendiente acerca de esta ausencia de inmunidad. Freud en *El Yo y el Ello* nos habla de las tres tareas imposibles de realizar: el educar, gobernar y analizar. Pero la imposibilidad no implica que la tarea se deje de realizar, la tarea en sí, es decir, el analizarse es ya una posibilidad de mejora en la vida de cualquier sujeto.

Freud en *Análisis terminable e interminable* nos apunta:

No tengo el propósito de aseverar que el análisis como tal sea un trabajo sin conclusión. Comoquiera que uno se formule esta cuestión en la teoría, la terminación de un análisis es, opino yo, un asunto práctico. Todo analista experimentado podrá recordar una serie de casos en que se despidió del paciente para siempre «rebus bene gestis». Mucho menos se distancia la práctica de la teoría en casos del llamado «análisis del carácter». Aquí no se podrá prever fácilmente un término natural, por más que uno evite expectativas exageradas y no pida del análisis unas tareas extremas. Uno no se propondrá como meta limitar todas las peculiaridades humanas en favor de una normalidad esquemática, ni demandará que los «analizados a fondo» no registren pasiones ni puedan desarrollar conflictos internos de ninguna índole. *El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea*<sup>9</sup>. (Freud, 1937, pág.251)

Así, podemos entender el fin del análisis como el cierre de un proceso, que tiene más un aspecto práctico que real, en el sentido de sanar o dar total salud a nuestros pacientes. Lo que se logra durante este camino es dar armas y posibilidades a nuestros pacientes de vivir aunque sea un poco mejor, al menos es lo que yo intenté con Jessica.

---

<sup>9</sup> Las cursivas me pertenecen.

### **III. La paciente.**

#### **El Caso Clínico de Jessica.**

El presente capítulo es la descripción de lo acontecido dentro del consultorio con la paciente, desde las primeras entrevistas hasta la finalización de su tratamiento. Aquí podremos observar cómo llegó, cuál fue su demanda primordial y cómo, poco a poco, la paciente pudo modificar su discurso y sus preocupaciones. La razón de por qué presentar primero la descripción es porque me parece imprescindible conocer el caso a detalle para después poder realizar el análisis que será presentado en el cuarto capítulo de este texto.

A lo largo de este capítulo, por medio de notas, realizaré comentarios sobre el mismo caso.

#### **3.1. Primera entrevista.**

Jessica llegó a tiempo a su primera entrevista, acompañada de la madre y de otra mujer, perteneciente a la tercera edad, y puedo suponer que se trataba de la abuela materna, aunque nunca lo supe con certeza.

Tuve la intuición, al ver a Jessica en la sala de espera de que, al hacerla pasar al consultorio, “escapó” de la presencia de la madre y de la supuesta abuela materna y, también intuí que la madre esperaba ser llamada para poder enterarse de lo que iba a hablar. La madre permaneció esperando junto con la “abuela” en la sala de espera y Jessica pasó sola al consultorio. En ningún momento, a lo largo del tratamiento, los padres me pidieron una entrevista ni Jessica parecía estar interesada en que éstos acudieran o intervinieran en su espacio.

Entró la paciente al consultorio y tomó asiento. Su gesto era de enojo. Tenía una apariencia hombruna, vestía pantalón de mezclilla, una camisa que le quedaba guanga y zapatos toscos que me dieron la impresión ser de hombre. A la paciente le pregunté:

—Dígame, ¿Qué la trae por aquí?

Jessica solloza, y dice:

—Es que reprobé quinto año, y no puedo estudiar, y qué caso tiene estudiar si vuelve a pasar lo mismo ¿para qué? ¿Para qué estudiar, si pasa lo mismo? ¿qué sentido tiene? —Lloró, incontrolable y sin parar, hablaba muy rápido y se le notaba muy angustiada.<sup>10</sup>

Jessica comentaba no saber si se inscribiría nuevamente a la escuela para repetir el quinto año de preparatoria, pues su miedo consistía en que “no podía estudiar”, y que si volvía a suceder lo mismo que en el ciclo escolar anterior, no valdría de nada el esfuerzo. Al mismo tiempo, se sentía muy presionada por parte de su familia, principalmente por parte de su padre. Al preguntarle: ¿Por qué cree que no puede estudiar? Contesta no saber, y agrega: *si supiera no estaría aquí*. Continuó llorando sin parar, tomó uno y otro pañuelo desechable, se limpió constantemente la nariz, los ojos y el sudor.

Jessica hablaba como telegrama, dio poca información, la mayor parte de las preguntas las contestó diciendo que no sabía la respuesta, y agregó que si supiera las respuestas no se encontraría ahí, conmigo. Jessica parecía estar en una posición muy defensiva. Yo comencé a buscar más información que me permitiera entender su llanto y su angustia.

Jessica platica haber reprobado el tercer grado de la primaria, y agrega: *quizá soy muy tonta y no sirvo para la escuela*.

---

<sup>10</sup> Quizá, una pregunta pertinente en esta misma circunstancia, hubiera sido ¿Qué es lo mismo? Quizá, hoy, haría esta pregunta a esta misma paciente bajo estas circunstancias.

Le pregunto por su familia, y describe a su familia nuclear, después me explica que vive en el mismo terreno en el que vive su abuela materna.

Dentro de su discurso entrecortado, mencionó que asistía una institución gubernamental de salud por varias razones y que ahí la Dra. Julia le había comentado que podía serle de ayuda acudir a psicoterapia para tratar de resolver los problemas que vivía en ese entonces.

Continuando con la exploración, le pregunté por qué acudía a dicha institución, y contestó que asistía regularmente a consulta con el ginecólogo, pues presenta un problema de irregularidad en su ciclo menstrual desde hacía dos años, y que también acudía para tratarse algunas alergias:

—Dicen que soy alérgica al polvo.

—¿Quién dice? —pregunté yo.

—Mi mamá, quien más.

Al hablar de que asistía a una reunión grupal con la Dra. Julia, explicó que con ella hablaba de temas diversos, pero sobre todo de sexualidad y de anticonceptivos.

Habló sobre sus amigas; explicaba que mantenía una muy buena amistad de la secundaria con Elsa, su mejor amiga, y que durante la secundaria la había pasado muy bien, *todo era muy padre*. Al preguntarle si tiene novio contestó: *he tenido tres novios, pero todos son unos tontos, me caen gordos*.

Con el último novio había terminado ocho meses antes de esa entrevista.

Ya había asistido en tres ocasiones a otros tratamientos, dice: *me caen gordos los loqueros, todos dicen y hacen lo mismo, dibujitos y se la pasan regañándome*.

Había acudido con otros psicólogos, pues la escuela era quien la remitía. En una primera ocasión durante la secundaria; después en cuarto de preparatoria. Esta

última experiencia fue con la psicóloga del colegio. La tercera ocasión trabajó con la psicóloga de su nueva escuela durante ocho sesiones.

Después de esto le pregunté a la paciente:

—¿Qué paso Jessica? ¿Por qué crees que reprobaste el año?<sup>11</sup>

—No sé... —Y después de un corto silencio conectó con esta idea.

—Mi abuelita, la mamá de mi papá, se murió de cáncer un día antes de mi cumpleaños y yo ya no quise hacer nada.

—¿A qué te refieres con nada? —pregunté yo—

—Pues nada es nada, NNNAAADDDAAA. Pero no hay por qué hablar de esto, esto no tiene nada que ver con lo que me pasa, lo que yo quiero saber es si sí vale la pena que me inscriba a la escuela, pues si vuelvo a reprobar ¿de qué va ha servir tanto esfuerzo?

—¿Por qué dices que no tiene nada que ver con la escuela lo de tu abuelita?

—Porque no puedo estudiar, no se me pega nada, parezco teflón, primero lo estudio y todo bien, me lo aprendo pero a la hora del examen, nada, no escribo nada, no me acuerdo de nada, lo entrego en blanco y no pongo nada. ¿Eso qué tiene que ver con mi abuelita? Nada, yo lo que quiero saber es si voy a pasar el año.

La paciente no contesta más preguntas en la entrevista acerca de la muerte de su abuela, y tampoco se detuvo a pensar si la muerte de su abuela tenía o no que ver con sus problemas escolares. Así culminó la entrevista.

Es importante comentar que, a la fecha de la entrevista, la muerte de la abuela paterna tenía un mes y una semana de haber sucedido.

Casi al finalizar la entrevista, le aclaré a Jessica que este espacio estaba abierto para ella, para poder pensar qué era lo que le estaba sucediendo y hablar

---

<sup>11</sup> Estas preguntas, hoy día, las reformularía, y definitivamente me hubiera mantenido hablándole de Usted a la paciente, como lo hice al comienzo de la entrevista. En el último apartado sobre el terapeuta se abordará el tema del usted.

también de cómo se sentía, y que si resolvía aceptar el espacio yo podía acompañarla en el camino que decidiera, si quería seguir estudiando o no. También le señalé que el espacio que estaba yo ofreciéndole era sólo “para ella”, que su madre y su padre se quedarían afuera, lo que pareció agradaarle mostrando un gesto de aceptación. Me parece que esta aclaración “sólo para ti el espacio” fue una intervención que realicé desde mi intuición en la sala de espera, cuando vi a la madre y a “la supuesta abuela” con ella.

Al concluir la entrevista y al salir Jessica del consultorio, me di cuenta que el sillón negro de piel donde se encontraba sentada había quedado completamente mojado del respaldo y del asiento, era sudor el que había dejado ahí. En ningún momento dejó de llorar, sudar, y moquear ni de mostrarse sumamente angustiada. Parecía que la paciente había ido a “escurrirse” a esa entrevista.

Después de esa entrevista, la única razón que podía encontrar hasta ese momento acerca del llanto y angustia de Jessica, era la muerte de la abuela paterna, de la cual no quiso hablar a pesar de que ella fue quien en algún momento hizo la relación de ésta con la escuela. Pero era temprano para hacer cualquier tipo de conclusión.

Al terminar la sesión me encontraba agotado, confundido y aliviado de que la entrevista hubiese terminado, pues al igual que la paciente, me sentí angustiado, rebasado por su desbordamiento. Lo único que me hacía sentido en ese momento era, como dije, la muerte de la abuela paterna.

### **3.2. El desarrollo del caso.**

Durante las siguientes entrevistas, Jessica continúa llegando a tiempo, mostrando la misma angustia y el mismo llanto. Pero conforme pasaban las entrevistas, el llanto fue suplantado por los relatos de su historia. Sus respuestas

cortantes como: *no sé*, permanecían ahí, y Jessica no parecía buscar otras respuestas.

En el transcurso de las primeras entrevistas realicé el “encuadre”, explicándole a la paciente en qué consistía su trabajo dentro del consultorio (asociación libre). Le pedí a la paciente que hablara de cualquier cosa que pasara por su mente, sin censura y aclarándole que dentro de este espacio no existiría juicio alguno. Al mismo tiempo, hablamos sobre el horario y la cuota de las sesiones que tendría que realizar en la Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En cuanto a la cuota que se daría por el servicio a la Clínica, los padres la cubrirían y por esa razón pensé que ella tenía que hacerse responsable por lo menos de alguna parte. Pero debido a que Jessica no trabajaba ni percibía ningún tipo de salario, le pedí que pensara en hacer “algo” para pagar parte de su terapia. Así, llegamos a la conclusión, de que, como le gustaba dibujar, la paciente entregaría en cada sesión un dibujo<sup>12</sup> como pago de su terapia. Yo no imaginé que desencadenaría una transferencia erótica y una transferencia (contratransferencia) tan fuerte en mí de rechazo hacia la paciente.

Después de unas cuantas sesiones —y de un arduo trabajo de supervisión— reestructuré el encuadre y le pedí a la paciente que pagara por lo menos diez pesos de su tratamiento con el dinero que le daban sus padres para la escuela. Durante esa misma sesión en la que se cambió el encuadre, la paciente no llegó con un dibujo, había llegado con una canastita fabricada de abate lenguas, con algodón y dos huevitos caracterizados como una pareja metidos dentro de la canastita sobre el algodón. Después de haber reencuadrado, le devolví a la paciente su canastita explicándole cuáles eran las razones de por qué no podía seguir aceptando sus

---

<sup>12</sup> En el Anexo 2 se encuentran los dibujos que la paciente entregó al terapeuta.

regalos. La explicación fue, que lo que la paciente estaba entregando no eran pagos de su terapia sino regalos para su terapeuta, y que debido a la relación de trabajo y el contrato establecido, me era imposible seguir aceptando los regalos. Este tema lo abordaré a fondo en el apartado sobre *La supervisión y la importancia del análisis*. Pero cabe aclarar que la paciente aceptó el cambio en el encuadre y a partir de la siguiente sesión comenzó a pagar los diez pesos que acordamos.

### 3.2.1. La muerte

La muerte es un tema importante a lo largo del tratamiento de Jessica, pues ha estado presente (como una sombra) en el transcurso de su vida.

La primera muerte que Jessica relata es la muerte de la abuela paterna que había fallecido días antes de la primera entrevista. Esta muerte casi coincide con el cumpleaños 18 de Jessica, pues la abuela paterna murió un día antes.

En el momento en el que se enteró de la muerte de la abuela (murió de cáncer, el cual padecía desde hacia seis años), venía llegando con su familia de una fiesta. Al recibir la noticia, los padres fueron inmediatamente a la casa de la abuela para velarla y no fue sino hasta el día siguiente que Jessica y su hermana fueron a despedirse de la abuela en el entierro. Jessica vive esto como un evento muy doloroso y de mucho enojo hacia los padres, pues ella hubiera querido ver a la abuela en su casa y no en el panteón. La impresión que me da, es que no tuvo el suficiente tiempo para despedirse.

Durante la primera entrevista, la paciente dio noticia de esto; vuelvo a reproducir lo narrado en el apartado de “la primera entrevista”. A la pregunta de:

—¿Qué pasó Jessica? ¿Por qué crees que reprobaste el año? Contesta de la siguiente manera:

—No sé... —Y después de un corto silencio conecta con esta idea—. Mi abuelita, la mamá de mi papá, se murió de cáncer un día antes de mi cumpleaños y yo ya no quise hacer nada. Pero no hay por que hablar de esto, esto no tiene nada que ver con lo que me pasa.

La paciente sobre este evento tiene diversos recuerdos que va trayendo a lo largo de su terapia. En uno de ellos comenta *mi cumpleaños lo pasé entre rosarios. Nadie me festejó, nadie me felicitó, lo único que hicimos fue ir al cine con mis papás y ellos se quedaron dormidotes ahí.*

En otra ocasión, le pregunté a Jessica que si alguien le había explicado<sup>13</sup> lo que sucedió con su abuela: *a mi hermana sí le explicaron y a mí no me dijeron nada, pues mi mamá estaba muy ocupada y se fue a cocinar después de explicarle a mi hermana.*

Al parecer, la madre se encontraba muy preocupada por la hermana de Jessica que sufría de problemas respiratorios y del corazón. Al mismo tiempo, la madre se encontraba sumamente preocupada por el padre, pues las presiones que tenían eran demasiadas: no le habían pagado un trabajo muy importante y de mucho dinero. Jessica comenta que la familia tenía miedo que le diera un paro cardíaco: *todo se le juntó*, dijo refiriéndose al padre.

Jessica, muy angustiada, decía que quería olvidar lo sucedido, que desde el principio lo intentó, trató de no pensar en nada, no le importaba la enfermedad del papá o de la hermana, ella no quería saber nada, no le interesaba nada, sólo dormir y ver televisión y así se la pasó todo el verano. Es esa una de las razones manifiestas por la cual Jessica reprobó el año, pues no se presentó a los exámenes finales ni estudió para ellos.

---

<sup>13</sup> Me llama mucho la atención mi pregunta a la paciente, pues recordemos que tiene 18 años, no era una niña, como hasta ahora la he descrito. Así, puedo pensar que yo caigo envuelto en la transferencia, intentando protegerla de algo, que era obvio que sucedería tarde o temprano, pues la abuela sufría de cáncer desde hacía 6 años.

Relata, muy angustiada y enojada, una ida al panteón la cual no quería realizar. A pesar de resistirse, el padre insistió en que tenían que ir a visitar a la abuela, así que fue obligada hacer la visita y lo único que consiguió para no llegar hasta la tumba fue quedarse en el autobús que los había conducido al panteón. Esto le provocó un pleito con el padre.

Por otra parte, una de las cosas que me llamó la atención desde un principio, fueron los siete años de diferencia entre la edad de Jessica y de su hermana María Elena.

La explicación es la siguiente, Jessica es la primera hija y el primer embarazo de la pareja. Dos años más tarde, la pareja había tenido otro hijo, Efraín, que falleció después de 40 días de haber nacido. Jessica cuenta: *...es que mi hermanito broncoaspiró y la flema se le fue al pulmón y se murió.* Jessica relata que su hermano estaba en su silla de comer mientras la familia desayunaba y que ahí fue cuando se ahogó; ella dice haber sido testigo de la muerte. Su temprana edad, me hace pensar que ella repite lo que le contaron, a pesar de que lo narra como si lo viera en imágenes. También me es difícil pensar en un niño de 40 días en su silla para comer. Jessica, a lo largo de todo el tratamiento, nunca dejó esta tesis ni le interesó averiguar más acerca de este tema con los padres.

Un año y medio después de la muerte de su hermano, Efraín, la madre de Jessica se embarazó nuevamente. El resultado un aborto, y unos años más tarde sucedió nuevamente lo mismo<sup>14</sup>. Tiempo después, su hermana nació, pero el embarazo de la madre se dio en circunstancias delicadas, pues el médico le ordenó cama durante los nueve meses del embarazo, debido al alto riesgo de aborto que existía.

Este embarazo, Jessica lo tenía muy presente, lo contó con mucho enojo y cargado de emociones. Contó que durante todo el embarazo tuvo que vivir con la

---

<sup>14</sup> La paciente no conoce los tiempos exactos de estos eventos.

abuela materna, pues la madre no podía hacerse cargo de ella y el padre se encontraba trabajando. Así, su sensación de abandono no permitió en ningún momento reconciliarse con ese momento ni entender las explicaciones que los padres tenían para haberla abandonado.

Pero por supuesto que este evento está conectado con otros.

Al nacer Jessica y después de salir del hospital, vivió con la abuela materna durante unos meses, pues la madre de la paciente se encontraba atendiendo a su hermana Virginia, tía de Jessica. Ésta se había escapado de su casa por haberse embarazado fuera del matrimonio y terminó, por alguna razón no explicitada, en una institución psiquiátrica. La explicación que da Jessica es la siguiente: *Mi tía 'tá loca, o 'taba loca, es que le dio una enfermedad de cochinos y estuvo en el hospital como dos meses. Se curó porque le metieron una aguja por la espalda y le sacaron un líquido como caldo de res.* Al salir del hospital se casó y dio a luz a Noemí, prima de Jessica.<sup>15</sup>

Después de esto, recordó que le contaron que cuando tenía como 8 meses había nuevamente ido a vivir con la abuela, pues la madre se encontraba estudiando derecho, el padre trabajando y no la podían cuidar. Después, la madre se embarazó de Efraín, dio a luz, y falleció el niño, y es así cuando entonces Jessica dice: *así cuando se murió mi hermanito, entonces regresamos a mi casa.*

Otra explicación que dio de esas mismas fechas y ese evento, es que su padre se había accidentado, y es por esa razón que la madre tuvo que dejar de estudiar para atender al padre y así Jessica regresó a su casa.

El reclamo de Jessica era: *por qué tenía que atender a mi papá y no a mí, si no se hubiera roto la pata, nada hubiera cambiado.*

Es importante mencionar que la abuela materna (Yesica) al igual que su hija María la madre de Jessica, tuvo dos abortos por problemas de anemia.

---

<sup>15</sup> Probablemente la tía de la paciente sufría de cisticercosis.

También es relevante decir que la abuela Yesica le encargó a su propia madre, Luz, (bisabuela de Jessica) a su hija María (madre de Jessica) para sus cuidados pues ella no podía hacerse cargo de tantos hijos al mismo tiempo. Después de un tiempo regresó María a casa con su familia.

Una sesión después de la celebración que se hace en México del día de muertos, Jessica explica que ni le gusta ni le disgusta hablar del tema de Efraín, su hermano fallecido. Pero en el recuento, comenta que su hermano fue bautizado después de haber muerto: *pues si no lo bautizaban entonces se hubiera ido al purgatorio.*

Después de este comentario, que hasta ese momento me parecía sólo una asociación por la fecha, ella continúa asociando y recordando otras muertes. Jessica hace una reconstrucción familiar y hace una historia sobre ella y la muerte.

Entre 1989 y 1990, Jessica narra que muere el abuelo paterno, Pedro, no recuerda los detalles de esta muerte. Después muere el abuelo materno, Sabás, un señor que sufría de diabetes y le fue amputada una pierna. Al poco tiempo, la bisabuela materna, Luz, también muere. La explicación que da Jessica es que estuvo mucho tiempo enferma: *Se le salió la matriz y nunca se atendió y se murió.* Y Roberto, hermano mayor de la madre de Jessica, tenía viviendo a su amigo Lorenzo en casa de sus padres. Lorenzo, durante ese mismo año, fallece electrocutado en casa de los abuelos de Jessica.

Antes de todos estos eventos, cuando los padres de Jessica se encontraban recién casados y su madre tenía pocos meses de estar embarazada de ella, el hermano menor de la madre, Salvador, muere atropellado en un accidente. La madre entra en una depresión “seria” y es así en este contexto como da a luz. Por si fuera poco, debido a una anemia que sufría la madre, el nacimiento de Jessica se complicó, ambas, madre e hija se encontraban muy delicadas y Jessica tuvo que permanecer en el hospital y en incubadora los primeros 15 días de su vida.

Jessica narra también un pleito con la madre en esas fechas (Día de Muertos), la razón fue que la madre se molestó mucho pues Jessica y su hermana no se habían despertado temprano “para arreglar y poner la mesa de su hermano Efraín”. Es decir, en la tradición de muertos se levanta una ofrenda, y al parecer en casa de Jessica, aparte de realizar esto, se reza y se va a misa. El rito consiste en que un día antes del día de muertos se le reza al muerto porque está por llegar, se levanta la ofrenda y se le pone la mesa con lo que le gustaba comer, en el caso de la familia de Jessica, le ofrecen leche a su muerto.

Pero Jessica explica que todo ese rito a ella le da *güeva* y que ella sólo pone las velas. *Es que mi mamá se toma todo eso super a pecho, y pues a mí no me interesa, pues ya se murió, ¿ya qué? La verdad es que mi mamá está lurias.*

Pero la muerte parece ser algo que acompaña al discurso y las costumbres de la familia de Jessica.

Durante otra sesión, Jessica habla de sus planes futuros. No sabe si quiere ser religiosa, actriz o educadora. Hasta ese momento, no había decidido cual sería su futuro. Pero en cuanto a su deseo de ser religiosa la explicación que da es la siguiente: *...sería monja pues ¿qué tal que no me caso? ¿Qué tal que sí? Todo puede pasar, pero si no me caso, no me voy a quedar como solterona, mejor me voy con las monjas yo creo que sería mas divertido que ser una solterona amargada. Pero puede ser que me case; y si es así, me gustaría que fuera alguien delgado, alto, moreno, como Dilan Makey, pero no importa su físico, lo que importa es que tenga sentimientos lindos. Pero igual y no tiene que ser así, o quién sabe. Pero tampoco me encanta Dilan pues es alcohólico y anda engañando a Kelly.<sup>16</sup> Pero quién sabe qué suceda, igual y me muero.*

En ese momento, yo intervengo y le pregunto:

---

<sup>16</sup> Dilan y Kelly son personajes de una serie de televisión llamada Beverly Hills 90210. Cuando se encontraba en la secundaria, jugaba con sus amigos a esta serie de televisión, pero este tema lo abordaré en otro momento.

—¿piensas mucho en la muerte?

Su respuesta es la siguiente:

—Yo no sé por qué mi mamá no me abortó, y se lo he dicho, o por qué no me morí yo y no mi hermanito, todo sería más fácil si yo no estuviera aquí. O también por qué se murió mi abuelita —refiriéndose a la abuela paterna— y no yo.

—¿Por qué crees que sería todo más fácil si tu no hubieras vivido o si te hubieras muerto en vez de tu abuela o tu hermano? —Pregunté yo.

—Pues porque sí me hace sufrir que la gente se muera. Pero, igual me da miedo morir, pero más miedo me da que se muera mi papá, mi mamá o mi hermana, es mejor que yo me muera a que ellos. También he llegado a pensar por qué no se murió mi mamá. Pues cuando yo iba a nacer, pues como tenía anemia era “ella o yo”. Pero el riesgo lo tomó ella, y pues no pasó nada. A los quince días de nacida casi me muerdo, y estuve en la incubadora.

Como expliqué anteriormente, la madre se encontraba muy anémica cuando estaba embarazada de Jessica, esto provocó que tanto la madre como la hija casi perdieran la vida a la hora del nacimiento, según la información que da la paciente.

Durante todo el proceso terapéutico, Jessica relataba y contaba las idas y venidas al panteón, por su hermano, por sus abuelos o abuela, por los preparativos para el día de muertos, al igual que todas las misas que se realizaban con motivo del recuerdo de la muerte de algún otro familiar.

### 3.2.2. Relaciones con la familia<sup>17</sup>.

Jessica describe en un principio a su familia de la siguiente manera: *Mi papá, es mucho muy enojón y mucho muy cerrado. Mi mamá, no es tan cerrada como mi papá, es regañona y es ¡muy metiche! Mi hermana, es consentida, me*

---

<sup>17</sup> En el Anexo 1 se encuentra el famiogramma apegado a la información que dio la paciente.

*cae gorda, 'tá tonta, me desespera. Mi abuela, (se refiere a la abuela materna) es la máxima autoridad. Y yo, pues yo estoy loca, es un mal hereditario.*

María Elena, la hermana de Jessica es vista como un obstáculo para mantener el cariño de los padres. El embarazo y su nacimiento fueron muy difíciles de entender para Jessica, como ya se había expuesto, la madre había enviado a Jessica a vivir con la abuela materna pues tenía que estar en total reposo. Lo que es de llamar la atención es que Jessica no puede, su inmadurez emocional le impide darse cuenta que la madre y su hermana estaban en peligro. A ella, lo único que le interesaba o de lo único que puede dar cuenta es de su abandono.

Así, Jessica tiene expresiones sobre su hermana como la siguiente: *a mi hermana le dieron todo lo que a mí no me dieron, no me gustaría ser como ella.*

Jessica y María Elena comparten habitación desde hace muchos años. Cada una de ellas tiene su cama y su escritorio dentro de la habitación. Hay un proyecto familiar de construir una habitación nueva para Jessica pero, por falta de recursos económicos, no se ha podido realizar ese proyecto.

Al describir su habitación es de llamar la atención el desorden y la inmadurez de Jessica para su edad. Dice: *mi escritorio es un desastre, mi mamá dice que soy una marrana, pero la verdad es que no me da tiempo de arreglarlo, pues todo el día hago la tarea ahí, y pues siempre tienen que estar mis papeles ahí. Pero bueno, luego no encuentro nada, pues entre los útiles y mis revistas y mis muñecas, pues se me pierden las cosas.*

Comentó que en las paredes hay recortes de revistas de los artistas que le gustan a ella y a su hermana. Y que en las camas hay ositos de peluche: *uno no tiene nombre, el otro se llama Pedro y el último Luis, se llaman como los niños que me gustaban en la escuela.*

Dentro del discurso de Jessica encuentro muchas contradicciones entre su actuar y decir con respecto a su hermana.

Repetía constantemente que le desesperaba su hermana, que todo preguntaba y que no sabía nada, y que hasta la había hecho llorar su hermana de tanto que la desespera. El único momento en el cual reconocía no sentir esa desesperación era cuando la hermana no estaba presente. Por otra parte Jessica relata: *mi hermana a veces se pasa a mi cama y platicamos y pues nos quedamos ahí dormidas y a media noche la corro de mi cama. Es que me abraza y pateo en la noche, y no me gusta que se pase a mi cama ni que duerma conmigo, es que con eso de que me abraza me falta el aire. Y bueno, duermo con ella porque ahí me agarra la noche.* Curiosamente, Jessica da noticia de que dormían juntas varias veces a la semana, y esto lo reporta por lo menos durante los primero 5 o 6 meses del tratamiento. También habla de que es la hermana es quien se pasa a su cama, pero cuando aclara, *duermo con ella porque ahí me agarra la noche*, me doy cuenta que ella también suele dormir en la cama de ella. Esto se confirmó después, ella misma lo aclara.

Explica que sí quiere a la hermana, pero que ahora, como conviven más que cuando estaba en la secundaria, la tiene que soportar y eso no le gusta nada.

Dice que los padres le toleran todo a la hermana y a ella nada. Por ejemplo, la hermana se puede maquillar y Jessica no, también que ella tiene muchos más deberes en la casa que su hermana.

—Siempre le hacen más caso a mi hermana que a mí.

—O sea estás bastante celosa de tu hermana. —Intervengo yo.<sup>18</sup>

—Yo no estoy celosa, mejor para mí, así no me molesta tanto mi mamá.

Los espacios privados parecen no existir. Cuando una está utilizando el baño, cualquiera de las otras dos mujeres puede entrar libremente.

---

<sup>18</sup> Quizá hoy mi intervención sería más una pregunta que una aseveración.

También comenta:

—Yo ya mejor me baño en la noche, pero bueno, no siempre puedo, solamente los fines de semana. Es que mi hermana se tarda mucho, y entonces cuando me tengo que bañar con ellas en la mañana nada más me andan correteando porque mi hermana se tardó. Entonces, mientras una está en el excusado, la otra se lava los dientes y la otra se baña. Pero si tenemos muchísima prisa, nos bañamos las tres juntas y una talla a la otra para que sea más rápido. Y mi mamá siempre esta ahí, o afuera o adentro, depende, pero siempre diciendo, “el ombligo, las orejas... y así”.

Jessica constantemente y durante todo el tratamiento se quejaba de que la madre era una metiche. En una ocasión, hablando de por qué acude al ginecólogo explica: *comencé a ir al ginecólogo porque me atrasé en una ocasión y mi mamá consideró que tenía que ir*. Yo le pregunté:

—¿Te atrasaste mucho tiempo?<sup>19</sup>

—No, sólo un día.

—¿Y tu madre cómo sabe que te retrasaste un día?

—Mi mamá sabe todo.

Uno de los tantos pleitos que tuvo con la madre durante el tratamiento fue el siguiente: habían asistido a la iglesia un domingo temprano, se encontraban en misa, y durante el sermón del sacerdote la madre constantemente volteaba y veía a Jessica diciéndole que pusiera atención. En un momento Jessica harta de la madre le contesta: *ya deja de estar chingando*. Desde ese momento y durante un tiempo, dejó de hablar con la madre.

---

<sup>19</sup> Esta pregunta la formulé más por una intuición que por curiosidad. Aclaro esto, pues da la impresión que es una pregunta motivada por la curiosidad, pero la forma en que expuso su primera ida al ginecólogo daba la impresión de ser más por una intrusión de la madre que por otra cosa.

Llegó al consultorio a relatar este suceso diciendo: *Estoy cansada de mi madre que se mete en todo, está menopáusica, no deja de meterse en todo. Así que ya no le hablo.*

Mientras lloraba y relataba lo sucedido, comenzó nuevamente a sudar, a sonarse la nariz: *y ella a mí si me habla, pero yo ni le contesto, ni le hablaré... Mi mamá es muy agresiva y, para colmo, mi papá dice que tenemos el mismo carácter. Y yo digo que no, pues yo no estoy menopáusica... Pero la quiero hacer enojar, quiero que se enoje por algo, pues ella a mí me hace enojar.*

El pleito duró algunos días. *Desde que me enojé con mi mamá tengo más tiempo para estudiar, pues ya no veo la tele, ni estudio ahí, pues siempre estudio donde está la tele. Continua: quiero cambiar de madre por una mejor. Bueno la misma madre sin ciertas cosas y con otras más, pero sin su genio, no tan metiche, que no sea tan cerrada, no menopáusica, es que todo le molesta... Bueno, a veces entiende cosas cuando no está de malas y no es tan cerrada.*

Jessica explica que en su familia todos son unos metiches, pero aclara que la persona más metiche de todos es su abuela materna. *Pero como yo soy su consentida y me hace todo mientras no sepa que estoy enojada con mi mamá, no importa. Ella es la máxima autoridad, es más importante mi abuelita que mi mamá. Y es feo enojarse con mi abuelita pues se pone mala.*

Los pleitos por cuestiones religiosas son constantes entre la madre y Jessica. Pequeñas cosas como que la madre durante todo el tiempo que está en la calle, pesero, metro, etc., se la pasa rezando para que no les suceda nada. Eso enoja mucho a Jessica. También le enoja todas las idas y venidas a las misas por cualquier tipo de celebración, si se murió alguien, si alguien cumplió años, si alguien consiguió un empleo nuevo, etc.

A diferencia de la relación con su madre, Jessica habla poco del padre, sólo que es un hombre muy enérgico, que está de luto, que antes de que muriera la

abuela paterna, acostumbraba tomar y que ahora, no. La descripción de Jessica sobre su padre hace ver a un hombre reservado, tibio, muy religioso y posiblemente deprimido.

Jessica cree que él sí es un hombre sumamente conservador, ella lo llama: *cerrado, de la época de las cavernas*.

Esto lo dice Jessica por su experiencia en cuanto a las conversaciones que tiene con él. Explica que cada vez que habla de tener novio, el padre le dice que si va a traer a alguien a su casa, él asumirá que con ese hombre se casará. También cuando se habla de cualquier tema que tenga que ver con sexualidad, el padre dice enérgico “no te pongas a pensar en eso, y mejor concéntrate en tus deberes”. También el padre quizá sea el que más habla sobre Efraín, el hermano fallecido. Según relata Jessica, el padre tiene expresiones constantemente como las siguientes: “Si mi hijo viviera sería un mujeriego”, o “Si mi hijo viviera, estaría todo el tiempo en la calle, en fiestas y con sus amigos”. —Esto le provoca a Jessica en ocasiones desear ser hombre, pues dice:— *así me dejarían hacer lo que yo quisiera*.

La madre, con respecto al tema de las relaciones sexuales, acostumbraba decirle a Jessica que su padre y ella no las tenían, que sólo habían tenido relaciones sexuales para procrear hijos. A Jessica esto le parecía una locura, pero tampoco preguntaba mucho ni le interesaba saber sobre la vida sexual de sus padres.

Pero en una ocasión, se despidió de los padres en la mañana para ir a la escuela. A la mitad del camino se dio cuenta que había olvidado su dinero, así que regresó por éste a su casa. Cuando llegó y pasó por enfrente del cuarto de los padres, la puerta se encontraba abierta y los vio teniendo relaciones sexuales. Los padres se dieron cuenta de que ella estaba ahí, así que Jessica, simplemente se desapareció y corrió a la escuela. Ella se sentía muy avergonzada por haber

sorprendido a los padres, pero tenía un sentimiento de agrado y enojo. *Por qué mi mamá dice cosas que no son ciertas, para que yo no tenga relaciones sexuales, eso a mí ni me interesa. Pero bueno, está bien que todavía se quieran.*

Después de este evento, Jessica dice que su padre le hablaba lo indispensable, pues se encontraba muy avergonzado.

Jessica decía mucho que quería hacer lo que ella quisiera, que los padres no se metieran en su vida. Deseaba ser una persona más independiente, pero no hacía nada por ello.

Así, regresando de las vacaciones de diciembre, comentó que habían llegado los reyes magos más codos de toda su vida, que no le habían traído lo que ella les había pedido, se encontraba molesta. Inmediatamente después comenzó a hablar mal de su madre, a quejarse de que no la había dejado ir a una fiesta con su primo. Ella explicaba que era una fiesta que se realizaría muy cerca de donde vivía, que su primo la llevaría y que no regresaría más tarde de la media noche. Al finalizar esa sesión, intervine y le dije: quizá si te comportaras no como una niña de 12 años que espera a los reyes y que su madre tiene que hacerle la tarea y comprarle sus materiales para realizar sus deberes escolares, quizá así tus padres se darían cuenta que de eres una mujer de 18 años, responsable, a la cual le pueden dar permiso de asistir a fiestas. Terminamos la sesión, pagó su sesión, no se despidió y azotó la puerta del consultorio al salir. Quizá en algo tuve razón, aunque la forma de decirlo no fue la mejor.

Con relación a esto, Jessica hablaba de tratar de cambiar a su madre, a su padre y a su hermana. Si lo lograba, quizá podría tener una mejor vida, más divertida, menos encerrada. Y yo después de escuchar este discurso durante algunos días, le pregunté: ¿Quizá puedas cambiar tú y eso sea más sencillo que

cambiarlos a ellos? Lo único que respondió fue: *A veces me desesperas*. Terminó la sesión y se fue.

Al parecer, todas estas intervenciones en ese sentido movilizaron cambios internos. Pero antes de notarlo, Jessica después de ocho meses de tratamiento vivió un pleito muy significativo.

Durante varios meses había estado muy pendiente de apartar una fecha y unos boletos para asistir al concierto de *Timbiriche*.<sup>20</sup> Había hablado muy emocionada sobre esto y había conseguido convencer a la madre de que la dejara ir. Para las fechas del pleito que vivió, ya tenía boletos y faltarían unos 15 días para su concierto. Así, un día asistió a comer a casa de la abuela materna. Había terminado de comer todo lo que le habían servido con excepción de algo que no le había agradado. La madre le pidió que se comiera todo. Jessica le dijo que no quería más. La madre le insistió. Y ella replicó nuevamente que ya no quería más. Entonces la abuela materna intervino y dirigiéndose a la madre le dijo:

—Que mal educadas tienes a tus hijas.

—Tú no te metas, metiche —Jessica contestó—.

Esto fue como la declaración de guerra más grande que se pudo haber generado en su familia. Nadie se refiere así a la abuela, nadie le falta al respeto y todo mundo hace y dice lo que la abuela decide. Jessica no estaba interesada en continuar ese juego. Así se retiró de su casa y le dejaría de hablar hasta que la abuela aceptara que no debía meterse en asuntos que no le incumbían. Los padres de Jessica le dijeron que tenía que ir a disculparse inmediatamente con la abuela. Ella decidió que no lo haría, pues ella era la que había intervenido en algo que no le correspondía. Los padres decidieron castigarla diciéndole: “no iras al concierto si no le pides perdón a tu abuela.”

---

<sup>20</sup> Un grupo musical, que realizaba unos conciertos en ese momento debido al rencuentro del conjunto.

Jessica relata todo esto en el consultorio llorando incontrolable, se movía constantemente en el sillón en el que se encontraba y pateaba fuertemente en el piso. Levantaba su pierna derecha y la dejaba caer con fuerza contra el piso, una y otra y otra vez. Así durante toda la sesión.

Estaba convencida de que ella tenía la razón. De que no daría su brazo a torcer y de que la madre debería de estar de su lado. Pero su decisión final fue no ir a pedir disculpas.

En esa sesión le pregunté que si golpear el piso era como golpear a la abuela. Y me contestó que siempre me burlaba de ella.

Ese pleito duró un poco más de un mes. No fue al concierto y en ocasiones, durante este periodo dentro su terapia, este tema se veía interrumpido por su siempre y constante preocupación por los exámenes escolares, pero después de pasados los exámenes, regresaba su enojo y angustia sobre el pleito con la abuela con la misma intensidad y rabia. Nunca dejó de vivirlo como una injusticia. El día de las madres, fue a casa de su abuela, le pidió disculpas y se regresó a su casa. Esto, enfrente de toda la familia, durante la comida del día de las madres. Su explicación de por qué fue a pedir disculpas fue: *no quiero que mi abuelita se enferme porque estamos peleadas o que se muera y estar peleada con ella.*

No había pasado mucho tiempo de este pleito cuando se suscitó el segundo. Jessica se encontraba en un centro comercial con su familia y la abuela materna. Tenía toda la intención de ponerse un segundo arete en la oreja izquierda para lo cual estaba tratando de convencer a sus padres de que se lo pagaran y se lo dejaran hacer. La madre insistía en que no lo permitiría, argumentando que era muy peligroso, pues podía contraer el SIDA, Jessica no dejaba de argumentar que era ridículo lo que su madre estaba diciendo. Una vez más, la abuela intervino diciendo que sólo las “locas” traían dos aretes en una sola oreja. Y la reacción de

Jessica una vez más fue la misma. *No seas metiche y no te metas en donde nadie te ha llamado.*

Nuevamente dejó de hablarle a la abuela, los padres le insistían que le pidiera perdón y que así ya la dejarían hacerse el nuevo arete. Jessica, una vez más, defendió lo que ella creía que era justo; la abuela no tenía por qué meterse.

Claro que esto le provocó el mismo enojo y angustia que ya había sufrido en el pleito anterior. Esta vez las cosas se hicieron más graves. Jessica dejó de ir a casa de la abuela, dejó de asistir a los festejos y reuniones familiares, se quedaba sola en su casa mientras su familia estaba con la abuela. Ella no quería pedir perdón, argumentaba que era culpa de la abuela y que la vez pasada ella ya había cedido y la abuela no había entendido. Toda la familia se enteró, ella explica: *los otros metiches ya están enterados y ahora están de metiches en lo que no les importa.*

Ahora Jessica tenía que lidiar con este pleito y con sus exámenes finales, pues el quinto año de Preparatoria estaba por concluir.

También Jessica se había decidido a estudiar el área cuatro, humanidades, para no volver a saber nada de matemáticas y química en su vida y al mismo tiempo estaba tomando su terapia ahora en mi consultorio privado con los mismos honorarios que en la Clínica, pues la UNAM se encontraba en huelga ya desde hacía unos meses.

El pleito poco a poco se fue disolviendo, pero pasaron por lo menos dos meses. Jessica, al finalizar sus exámenes, después de haber dejado el quinto año atrás, comenzó a concentrarse en su futuro. Qué haría después de la preparatoria. Quería hacer un muy buen sexto año.

Por fin, un día decidió ir a comer a casa de la abuela, no dijo nada, sólo llegó, saludó, comió y se fue. Al irse, la abuela abrazó a Jessica sin decir nada. Después comenta: *Los otros metiches me contaron que mi abuela se quedó*

*llorando de la felicidad. Ojalá ahora haya aprendido algo. Quizá la abuela aprendió algo, pero yo creo que la que ganó algo en verdad fue ella.*<sup>21</sup>

Los últimos meses en los que asistió a terapia, Jessica no peleaba tanto con la madre ni con la hermana. Ella dice que tenía mejores cosas que hacer que preocuparse por ellas. Comenta que se mantenía muy ocupada haciendo investigaciones para la escuela, yendo al teatro pues así lograr conseguir puntos extras para algunas materias. También pasa mucho tiempo leyendo y buscando el material que le piden en las clases.

Jessica durante los últimos meses de su terapia, constantemente llegaba con un libro, el que estuviera en turno de su lectura, *La Iliada*, *La Odisea*, *Las Siete Tragedias de Sófocles*, *Hamlet*, *El coronel no tiene quien le escriba*, etc.<sup>22</sup>

Ella comentó al principio de su tratamiento:

—*Yo estoy loca, es un mal hereditario.*

—*¿Y puedes hacer algo al respecto?* —pregunté yo.

—*No sé, si supiera no estaría aquí.*

Quizá encontró algo en su espacio que le permitió moverse para concentrarse más en ella de manera positiva.

### 3.2.3. La escuela.

Como señalé desde la primera entrevista, Jessica trae el tema de la escuela acompañado de una gran angustia que le provoca toda una serie de “escurrimientos”.

<sup>21</sup> Estos pleitos jugaron un papel muy importante en Jessica y su diferenciación.

A pesar de la inmadurez del pleito y que quizá pareciera más inteligente ir al concierto y ponerse el arete como quería a cambio de una disculpa, ella se mantuvo a pesar del sacrificio y el sufrimiento que vivió. Pero, se jugaba algo muy serio, y creo que lo que estaba realmente haciendo era diferenciarse de la madre y su sometimiento a su abuela. Es como si dijera, yo no soy igual que tú, o no quiero ser igual que tú, no estoy dispuesta a soportar el yugo de alguien más que no sea el mío.

<sup>22</sup> Pareciera que la paciente en vez de llevarle dibujitos a su terapeuta como lo hizo en un principio, comenzó a llevar sus libros, como señal de madurez e independencia.

La preocupación inicial y el motivo de consulta eran: no saber si volver a inscribirse a la escuela después de haber reprobado el quinto año de preparatoria. Ella describe lo que le sucede al estudiar y, esto será lo que acompañe a Jessica como su preocupación principal casi a lo largo de todo el tratamiento. Comenta: *No puedo estudiar, no se me pega nada, parezco teflón.*

Como pudimos ver, esto en un principio está asociado con la muerte de la abuela, pero tiene otras razones que a lo largo del tratamiento se pudieron analizar.

Jessica había realizado sus estudios de primaria y secundaria en escuelas públicas. El cuarto año del bachillerato lo realizó en una escuela privada y, al finalizar ese año, se cambió de escuela para realizar el quinto año de bachillerato, también en una escuela privada.

La razón por la cual cambió de escuelas públicas a escuelas privadas fue la imposibilidad de pasar el Examen Único de Admisión a las Preparatorias de la UNAM.

Este cambio de sistema educativo no sólo fue un problema económico para la familia, sino que, también parece que la no admisión de Jessica a la preparatoria pública había causado una herida tanto en Jessica como en la familia. La reacción de los padres a este rechazo fue la de involucrarse como activistas del Movimiento de Rechazados que se organizó en el año de 1996, para pedir que sus hijos tuvieran espacios en las preparatorias. Jessica recuerda vívidamente estar volanteando y yendo a las marchas.

Pero, a pesar de todos sus esfuerzos, Jessica jamás fue aceptada, ella cuenta que sí había pasado el examen, y que le habían asignado el bachillerato número 55, pero esta escuela no existía, era sólo un proyecto que no se había concluido.

Esa era parte de los argumentos de la familia cuando se encontraba en el *crucis* para lograr encontrar una escuela para su hija.

El cuarto año del bachillerato, Jessica lo realiza en una escuela privada, escuela que recuerda con mucho desagrado. No tenía amigos, no le gustaba en *ambiente*, ni los maestros. Durante todo ese año, Jessica estuvo tratando de convencer a los padres que la dejaran hacer nuevamente el examen de admisión para las Preparatorias de la UNAM, pero la respuesta de los padres era: “¿Para qué, que tal si vuelve a suceder lo mismo que el año pasado, qué caso tiene que vuelva a suceder lo mismo otra vez?”<sup>23</sup>

Al finalizar el cuarto año, se cambió a una escuela en la que le ofrecieron una beca y la cual se encontraba en la misma cuadra en la que ella vivía.

Ahí cursó por primera vez el quinto año de preparatoria. Se había hecho de algunas amigas y decía estar más contenta que en la otra escuela. Al reprobar, llegó a un acuerdo en esa misma escuela para que le tomaran en cuenta las materias que sí había pasado y así pudiera repetir el año sin tanta presión.

Parte de lo doloroso para Jessica, fue ver que sus compañeros y amigas se encontraban en el último año, y le parecía imposible volver hacer amistades pues tenía muchos problemas para socializar.

Las materias que había pasado la primera vez que había cursado el quinto año fueron, Anatomía, Educación Física, Teatro e Historia. A estas materias tenía que acudir a clase, presentar los exámenes y hacer las tareas, la única diferencia era que ya tenía la calificación desde el principio de quinto años que estaba volviendo a cursar.

Jessica relata desde un inicio, en su trabajo terapéutico, que reprobó el tercer año de primaria: *Lo reprobé igual porque no sirvo para la escuela, he de ser tonta.*

Y también relata en varias ocasiones que todo era diferente y más fácil cuando se encontraba en la secundaria.

---

<sup>23</sup> Este comentario y preocupación de los padres son muy parecidos a la preocupación que trae a Jessica al consultorio. “y si vuelvo a reprobar el año ¿qué?”

Esto lo explica diciendo que no tenía tanta responsabilidad, pues no contaba con tanto trabajo escolar, tareas u horas de estudio. Que sus padres, en la secundaria, eran mucho menos exigentes. Y que sus compañeros no eran tan *tarados* como los de ahora.

Recuerda un muy buen grupo de amigos, entre ellos se encuentra su mejor amiga, Elsa. Con este grupo de amigos, cuenta, tenían varios juegos en los que pretendían tener vidas diferentes. Uno de ellos era el juego de *Beverly Hills*. Juego en el que pretendía imitar la vida y los personajes de una serie de televisión llamado *Beverly Hills 90210*. En dicho juego cada uno de sus amigos y ella tomaban un personaje, Jessica era Brenda, uno de los personajes principales de la serie. Esta serie se desarrollaba en Los Angeles California, EUA, en una preparatoria ubicada en el vecindario de Beverly Hills. El programa trata de las vidas de este grupo de amigos, sus relaciones amorosas y familiares.

Otro juego consistía en que su grupo de amigos eran hermanos, y le daban a los miembros de su salón diferentes roles dentro del juego sin que esos miembros del salón participaran en el juego. Por ejemplo, Jessica y sus hermanas y hermanos, tenían a sus esposos e hijos dentro de los miembros del grupo. Así, ella se encontraba casada con el niño que le gustaba, Federico; tenía un hijo adoptivo que era Ernesto. El hijo era adoptivo pues su marido, en el juego, no era capaz de tener hijos. En alguna ocasión dijo que no podía tener relaciones sexuales. En el momento que se le preguntó por qué no podía Federico tener relaciones sexuales, dijo que ella no había dicho eso, que sólo no podía tener hijos. Y aclaró: *parece que no entiendes nada*. No contestó nunca más preguntas al respecto.<sup>24</sup>

Jessica explicó que todo en su vida había sido diferente desde la segunda mitad del tercer año de secundaria. Diferente refiriéndose a más *complicado y menos divertido*. Lo que sucedió fue que su mejor amiga, Elsa, había tenido que

---

<sup>24</sup> Sobre su vida sexual y su interés por las relaciones sexuales sólo habló para decir que no le interesaba tenerlas.

dejar la escuela y buscar un trabajo. También se tuvo que cambiar de casa a un lugar mucho muy lejano de donde vivía Jessica. A pesar de eso, Jessica y Elsa se veían de vez en cuando, pero mantenían mucha comunicación vía telefónica.

Cuando se veían, pasaban el tiempo hablando de los amigos de la secundaria, de niños que les gustaban. Y también hacían llamadas telefónicas de broma o para burlarse de la gente que conocían.

Durante todo el proceso terapéutico, el tema sobre la escuela va y viene. Era muy evidente que cuando estaban a punto de presentarse los exámenes la angustia regresaba sin freno alguno. Angustia muy particular, hablar con gran velocidad, llanto, enojo, reproches.

Hasta el final de su tratamiento, esta angustia parecía haber sido vencida, pero nunca del todo.

Era muy frecuente que las sesiones en temporada de no exámenes comenzaran diciendo: *No he hecho nada importante, nada interesante.... La escuela, ya mejor.* En temporada de exámenes: *Me fue fatal, todo fatal, tuvimos examen de Química y todos reprobamos. O Este día ha estado horrible, me fue pésimo en Etimologías, y mañana tengo Biología y no he estudiado nada.* En época de exámenes también sabía que Jessica faltaría a una o dos de sus sesiones. Siempre cancelaba con pocas horas de anticipación.

Durante el proceso de los exámenes o después de éste, comenzaba a decir que reprobaría casi todas sus materias, que no había podido hacer nada para evitarlo, que a pesar de que había hecho todo los trabajos, tareas, y actividades extra para ayudarse, de nada le serviría. También relataba cómo algunos profesores dejaban copiar, o daban trabajos extra para recuperarse, o en una ocasión comentó que el maestro de computación le había pedido dinero.

Pero después de este proceso, ella regresaba diciendo, *sólo reprobé matemáticas y química.* Por lo general, estas materias eran las que más dificultad

le causaban. Pero lo “terrible” que parecía ser la vida durante los exámenes dejaba de serlo. No importaba qué proceso difícil se viviera en su casa, o en sus relaciones familiares o amistosas; todo, absolutamente todo dejaba de tener importancia durante los exámenes. *Ahorita nada vale la pena, sólo la escuela, mañana tengo examen de biología.*

En una ocasión, como ya lo comenté, tuvo un pleito muy importante con la abuela materna, “Yesica”, pleito que describía ella como: *Pelearse con la máxima autoridad.* Sólo pudo ser superado por los exámenes, después regresó a interesarse nuevamente el pleito con la abuela con la misma intensidad de antes.

Algo importante también durante su proceso terapéutico, es la constante queja de que no le daba tiempo para nada, que su vida era demasiado aburrida, al igual que sus padres, sus amigos y ella misma. Que sólo se la pasaba estudiando o haciendo tarea.

Cuando se trató de profundizar en esto, pudimos darnos cuenta de que la mayor parte del tiempo la pasaba viendo televisión, escuchando la radio o tratando de estudiar con la televisión y el radio encendidos. También los espacios para estudio en su casa no existían, pues el único lugar que se podía utilizar era el cuarto de la TV, bueno por lo menos así lo vivía ella.

Pero después comenzó a mencionar toda la ayuda que recibía de parte de su madre en cuestiones escolares. La madre era la que le mecanografiaba los trabajos: *Es que yo soy muy lenta y tengo muy mala ortografía.* Era la que le compraba todos los materiales para sus investigaciones, o la madre misma era quien hacía la búsqueda de las bibliografías que le ayudarían para realizar ciertas tareas.

Cuando se le preguntó si sólo era la madre la que le ayudaba ella contesta:

—Pues quien más.

—¿Tu papá? —pregunté yo.

—Claro que no, siempre es mi mamá.

También dice Jessica: *Siempre estudio con mi mamá, para todos los exámenes. Estudiamos, yo me lo aprendo, después hacemos un examen o ella me lo pregunta, y lo contesto todo perfecto. Después, en la mañana, ella me vuelve a preguntar y yo lo vuelvo a contestar bien. Pero cuando llega la hora de la hora, cuando estoy en el examen se me olvida todo, y lo entrego en blanco. Cuando regreso a mi casa mi mamá me pregunta cómo me fue, yo le digo que mal, y me dice que cómo, si me lo sabía todo; entonces me vuelve a preguntar y yo lo vuelvo a contestar, pero no en el examen, no puedo acordarme de nada.*

Ella describe lo que le sucede en los exámenes, y cómo lo puedo entender sería como esa primera entrevista pero sin el llanto. Ella dice: *Estoy muy nerviosa antes del examen, cuando entra el maestro y nos da el pinche examen, me pongo mucho más nerviosa, sudo mucho, no puedo pensar, se me pone la mente en blanco, no me puedo acordar de nada y no puedo ni copiar. Hasta siento que se me va el aire, y veo como borroso.*

A la pregunta de: ¿Por qué crees que te sucede esto en los exámenes? Contesta: *si supiera no estaría aquí.* Siempre fue difícil pedirle asociaciones, ideas, o lo primero que le viniera a la mente y este caso no fue la excepción.

Su relación con la mayoría de los maestros no era nada particular. Pero los maestros jóvenes y *buena onda* tenían mucha importancia y seguramente eran parte de muchas de sus fantasías.

Lo primero que noté fue la relación con el maestro de inglés. Un joven que tenía una relación muy cercana con los alumnos, y Jessica lo describía físicamente como, *no está mal.* Lo que cuenta Jessica es lo siguiente: *El maestro de inglés me pidió que fuera su novia, y le dije que sí, pero si me daba un beso, y entonces se puso todo rojo y todo el salón se rió.*

Al parecer, esta anécdota o fantasía fue la siguiente, el maestro estaba contestando a la pregunta de un alumno que tenía que ver con *¿cómo se le llega a*

*una chica en inglés?* Y el maestro puso el ejemplo con Jessica y ella le contestó en español que sí, pero a cambio de un beso. Esto me parece difícil que sucediera. Jessica siempre se mostró como distante a todo lo que tuviera que ver con contacto sexual. Después, el maestro fue despedido pues fue sorprendido por alguna autoridad de la escuela saliendo con una alumna, según comentó la paciente.

El otro maestro que causó una fuerte impresión en Jessica y del que habló en varias ocasiones fue el maestro de ética, Paco. Un hombre joven que había estudiado filosofía y ahora se encontraba estudiando psicología.

Jessica cuenta varias anécdotas que tienen que ver con este maestro. Que le decía Roña a ella, que en el salón de clases era *mamón*, pero que fuera del salón de clases era *buena onda*.

En una ocasión, preocupada por el examen de ética, le pregunté si estaba tan nerviosa porque Paco era el maestro de esa materia y me contestó: *y eso qué tiene que ver, no tiene nada que ver, sólo que tengo que pasar esa materia*.

En otra ocasión se encontraba sumamente nerviosa y angustiada porque tenía que hacer una exposición en esa clase, ese asunto la tuvo ocupada como veinte días. El maestro se mostró muy cooperador con ella, y ella lo estaba viendo en las tardes para que le ayudara a realizar su exposición.

Ya casi al finalizar el quinto año de bachillerato, por segunda ocasión, Jessica había decidido tomar el área cuatro. La razón: *no quiero saber nunca más de matemáticas ni de química. No me quiero dedicar a nada que tenga que ver con estar encerrada. Así como tú, yo quiero dedicarme a algo que tenga que ver con la gente, con afuera, como teatro, o historia o también podría ser educadora*.

Jessica finalizó bien el quinto año, sólo tuvo un extraordinario, química. Lo pasó durante el verano entre quinto y sexto.

Entró al último año del bachillerato. Las tareas consistían en hacer trabajos y mucha lectura. Llegaba al consultorio con sus libros y por lo general después de

la sesión hacia sus compras de útiles y materiales para realizar sus labores escolares.

Durante ese año escolar, dedicó más tiempo a hablar de su familia, y de su vida. El tema de la escuela regresaba, pero no con la misma angustia ni con la misma fuerza que el primer año de su terapia. Ella misma lo dijo en alguna ocasión refiriéndose a la escuela: *este año, mucho mejor que el otro.*

El tema se fue modificando poco a poco, por su preocupación de qué estudiaría. Se encontraba preocupada por los exámenes de admisión a las universidades. Comenzó a realizar investigaciones acerca de los programas de las distintas carreras que le interesaban en las distintas instituciones. Se encontraba indecisa entre Literatura y Arte Dramático o Historia.

Jessica decidió finalizar su terapia diciendo que necesitaba tiempo para preparar sus exámenes para las universidades. Al final, su argumento fue: *yo vine porque tenía problemas en quinto, pero eso ya pasó y ahora necesito tiempo para prepararme para la universidad.*

Era cierto. Quizá yo no estaba del todo convencido de que se fuera, pero su demanda inicial era pasar quinto, poder estudiar. Creo que con el tiempo, al comenzar el sexto año, ella logró su cometido. Después tenía otras cosas pendientes en su proceso terapéutico, pero la escuela ya no fue la razón principal.

Jessica había madurado, no era la misma niña que llegó haciendo dibujitos de ositos a su terapeuta, quien por cierto, tampoco era el mismo. Tampoco era la púber que hacía llamadas telefónicas con sus amigas para burlarse de la gente. Ni la niña que pedía independencia cuando, por otro lado, reclamaba protección y cariños de la madre, muerta de celos por la hermana.

Mi impresión fue que si el deseo y sus planes eran ir a la Universidad, algo había cambiado de manera importante en su vida.

Es también de llamar la atención cómo a partir del inicio de la relación terapéutica, sus descripciones familiares y sus interacciones con éstos habían cambiado hacia el final de la misma, se notó un cambio y una mayor madurez en ella con respecto a estas relaciones. El lugar que ocupaba en un principio parece haber cambiado a lo largo del tratamiento: había alcanzado un comportamiento más correspondiente a su edad. Quizá también podamos escuchar (notar) una modificación en su discurso, argumentando por qué tenía que dejar su tratamiento, me da la impresión de ser por lo menos una adulta la que hablaba.

En este mismo sentido, se puede observar cómo, a lo largo del tratamiento, jamás escuché algún tipo de acercamiento de Jessica hacia la adultez, es decir, su forma de querer ser adulta la manifestaba como un derecho solamente, exigiendo ir a fiestas, conciertos, ponerse aretes, etc., pero nunca existía por su parte una posición en la que pudiera responsabilizarse como adulta para así pedir ser colocada en esa posición. Una de mis intervenciones va en ese sentido. Cuando llega comentando que recibió los *Reyes más codos* y durante esa misma sesión comenta que pidió permiso para poder asistir a una fiesta que le fue negado, lo cual evidentemente vivió como una injusticia. Yo ahí señalé que quizás en el momento que se comporte como una adulta pueda recibir el trato de un adulto. Intervención que le molestó.

Pero Jessica, después del primer año de su tratamiento comienza a pensar en tramitar su credencial de elector. Para ella, en ese momento, decía que era una simple identificación que no significaba nada más, *ni que eso fuera la gran cosa*. Pero al final de su tratamiento decidió tramitarla, poco después se interesó por temas sociales y políticos decía: *Cuauhtémoc no hace nada, la ciudad está igual y nada sucede a comparación de como era antes, me cae gordo*.<sup>25</sup> Primera vez que comenta un tema que no refería solamente a cuestiones familiares y escolares.

---

<sup>25</sup> Se refiere al Ex-Jefe de Gobierno del Distrito Federal, Cuauhtémoc Cárdenas.

Después de ese comentario yo traté de encontrar alguna identificación de ella con “Cuauhtémoc” en el sentido de **no hacer nada, que nada sucedía**, como ella tantas veces comentaba acerca de su vida. Pero simplemente contestó: *¿qué tiene que ver el Cuatemochas<sup>26</sup> con mi vida? Nada*. Quizá fue pedir demasiado. Pero me parecía que su discurso comenzaba a tener cambios importantes.

Después de la valoración que hicimos, ante la petición que realizó, de finalizar su terapia, tuvimos un periodo de cierre de aproximadamente dos meses. Jessica se mostraba cansada del tratamiento, pero al mismo tiempo agradecida, decía que algo había cambiado y, que no importaba qué hubiese sido lo que cambió, ella ya podía irse a la Universidad. Me parece que podrá entenderse que fue lo que cambio en Jessica al finalizar el siguiente capítulo.

---

<sup>26</sup> Como Cuatemochas se refería a Cuauhtémoc Cárdenas.

#### IV. Análisis del caso Jessica.

##### 4.1. Análisis teórico.

Ahora que ya se tiene toda la información necesaria después de haber leído el caso, es tiempo de resolver muchas preguntas sobre lo que, hasta donde puedo entender, acontecía en la vida de Jessica. Así, desde mi perspectiva, y esto tendrá que ser resuelto a lo largo de este capítulo, Jessica es una paciente que vive lo que conocemos como una problemática preedípica; entendiendo por esto lo que explican Laplanche y Pontalis; Preedípico: “Califica el período de desarrollo psicosexual anterior a la instauración del Complejo de Edipo, en este periodo predomina, en ambos sexos, *el lazo con la madre*<sup>27</sup>” (Laplanche, Pontalis. 1983, pág. 285).

Como pudimos observar a lo largo del relato del caso, existe una invasión en la vida de la paciente y de esto es fácil percatarse por la ligazón tan fuerte que hay entre la madre y Jessica.

Aunque el padre esta presente, se alude poco a él en el discurso de Jessica, el padre parece ser una figura que se encuentra descolocado o que sólo puede ejercer tangencialmente su función paterna, y así no permite la separación entre la madre y la hija.

Esto, como podremos ver a lo largo de este capítulo, puede tener múltiples explicaciones. La primera de ellas, que la madre no ha dado lugar al padre; la madre lo es todo, ha ocupado todo lugar y ella es la que sabe cada una de las cosas que se deben hacer y no se deben hacer en ese hogar. Al parecer, el padre sólo es el proveedor. Por supuesto, esto tiene una estrecha relación con la forma en que los padres de Jessica pudieran o no resolver sus Edipos. Pero este tema tendremos que resolverlo por pasos, y para esto, hay que hacer un paréntesis antes de explicar

---

<sup>27</sup> Las cursivas me pertenecen.

lo que tiene que ver *la sexualidad femenina y la diferencia anatómica entre los sexos*, y así dar paso a la explicación de los deseos de ser padre o madre.

Por ahora, imaginemos a la madre que espera a un hijo o hija; le proporcionará un ambiente determinado al pequeño antes de su llegada. Ella imagina desde el preconsciente a su bebé; lo desea, y espera a ese *sano e ideal*. La construcción de éste, con nombre, profesión, color de ojos, parecido a determinado abuelo “pero” con el carácter de la abuela, es llevada a cabo por la pareja<sup>28</sup>. Este constructo es lo que se llama *niño imaginario*. Así, nos explica Serge Lebovici: “El niño imaginario se describe entonces en el campo de una conciencia oscura en donde el contenido es denominado, en psicoanálisis, como el preconsciente, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las ensoñaciones diurnas o fantasías.” (Lebovici y Weil-Halpem. 1995, Pág. 114).

Pero no sólo así se construye el ámbito que espera al *inocente*, existe una parte más compleja e inconsciente. Un bebé que se filtra tras los sueños y los ensueños: el bebé del Edipo que cae bajo la represión. Nuevamente nos aclara Lebovici: “El niño fantasmático es muy diferente: es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia y los cuales son uno de los aspectos de la identificación con la madre que se produce en ambos sexos, pero que persisten en la niña. En los fantasmas edípicos de esta última, se trata de ser un día como la madre y de tener, como ella, un bebé del padre: el bebé que vendrá es construido entonces por el inconsciente de la madre como un niño de su abuelo materno. *Con respecto a la abuela materna esta joven madre tendrá una deuda de vida por pagar*”<sup>29</sup> (Lebovici, y Weil-Halpem. 1995, pág. 114).

Así, se puede comenzar a vislumbrar que, antes de su llegada “triumfal”, este bebé o bebida ya se estaba construyendo en la fantasía de sus progenitores y ancestros, y tendrá que pagar cuentas que no contrajo. Y se endeudará con ellos,

---

<sup>28</sup> Esto en el mejor de los casos.

<sup>29</sup> Las cursivas me pertenecen.

para endeudar en el futuro a nuevo *inocente*. Esto me lleva irremediablemente a una exposición realizada por Juan Carlos Plá en la Segunda Jornada de AMERPI, en donde expresa cómo la psicosis es creada por lo menos en tres generaciones, y cómo las locuras se enlazan en el núcleo familiar. Claro, si la “normalidad” lo hace, cuál es la razón para que la patología no lo haga. Al mismo tiempo Robertie, en su colaboración con Octave Mannoni (1996) nos recuerda parte de la discusión de su trabajo sobre *El adolescente y la familia* diciendo “...lo patógeno existe, se comprueba; pero si lo patógeno existe, si lo psicótico existe, ello es el producto de toda una genealogía y no se da por casualidad” (Robertie, en Mannoni, 1996, pág. 61.) Al parecer, esta genealogía se encuentra fácilmente en el discurso del psicoanálisis y de la psicosis, y ¿qué sucede con la neurosis? No encuentro por qué no pensar en esta genealogía dentro de ella. Pues en el caso que nos ocupa, Jessica, tiene toda una historia con las muertes, las abuelas, los tíos y las tías, etc.

Pero continuemos, así, a la llegada del *inocente* nos explica Gutton: “Entre el funcionamiento del cuerpo biológico del lactante y los primeros desarrollos libidinales se establece una relación primaria, un vínculo que se especifica en una hipótesis fundamental de la concepción freudiana: *el apuntalamiento pulsional*” (Gutton. 1987, Pág. 23). Y ahí podríamos enganchar la ligazón-madre, proceso que es indispensable deshacer para, si se me permite la expresión, desvincular a la madre ya sea del hijo o de la hija. Pero ¿por qué y quién tiene que realizar esta separación?

Por supuesto que, en un principio, la respuesta parece sencilla: el padre. Pero me parece que el camino para llegar a esto no es tan simple. Permiéndome adelantar un poco lo que serán mis conclusiones, es necesario que la madre dé paso al padre. Es decir, en la madre tiene que existir un deseo por ese otro, su pareja, para que éste pueda regalar al hijo o a la hija una vida menos “loca” y podríamos decir más neurótica. La madre tiene también que crear al padre, tiene

que inventar su autoridad para separar. En el lenguaje freudiano, es la madre quien dice al hijo, que si no deja su onanismo de un lado, vendrá el padre a cortarle su objeto preciado (pene). Ahí, esa madre, a través del padre, le regala a su hijo o hija la posibilidad de constituirse como otro sabedor de su propia existencia.

Pero como bien sabemos, siguiendo a Freud, el proceso de la castración, tiene sus complicaciones, aprovechemos lo didáctico de Juan David Nasio (1994) para la siguiente explicación. En un primer momento, en el varón, se encuentra la *Universalidad del pene*, después *El pene queda amenazado verbalmente por el padre*, en un tercer tiempo, *El pene está amenazado ante la visión del cuerpo desnudo de la mujer*, en un cuarto tiempo, *La madre está castrada*, “*Yo puedo estar castrado como ella*”, *piensa el niño*, *Emergencia de la angustia de castración*, y en un tiempo final se da *la separación de la madre y el deseo orientado hacia otras mujeres*. *Al mismo tiempo se da el fin del complejo de castración y el fin del complejo de Edipo*.

En la niña las cosas son distintas, comenzamos con un *Odio preedípico*, para así pasar al primer tiempo, *La Universalidad del pene (clítoris)*, en este caso no hay amenazas formales, pero en el segundo tiempo la niña *Compara visualmente, el clítoris resulta “inferior” al pene*, durante el tercer tiempo la niña piensa *La madre está castrada*, por lo tanto, “*Yo fui castrada como ella*” y se da la *Emergencia de la envidia del pene y el resurgimiento del odio*, el tiempo final consiste en la *Separación de la madre y el deseo orientado hacia el padre y hacia otros hombres*, en este caso, este último tiempo es también *el fin del complejo de castración y el nacimiento del complejo de Edipo*.

El proceso antes descrito, sería en el mejor de los casos, pues bien sabemos aleccionados por la experiencia clínica, que el niño, ante la no-aceptación de la ausencia del pene materno puede devenir, entre otras posibilidades, en un fetichista como nos lo explica Freud en 1927:

“... el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar [...] el varoncito rehusó darse por enterado de un hecho de su percepción, a saber, que la mujer no posee pene. No, eso no puede ser cierto, pues si la mujer está castrada, su propia posesión de pene corre peligro” (Freud, 1927, Pág. 148).

Al parecer, el fetiche le hace un favor al fetichista, le encuentra un sustituto del pene materno, alivia su angustia y como nuevamente Freud nos aclara: “Perdura como el signo del triunfo sobre la amenaza de castración y de la protección contra ella, y le ahorra al fetichista el devenir homosexual, en tanto presta a la mujer aquel carácter por el cual se vuelve soportable como objeto sexual” (Freud, 1927, Pág. 149).

La falta se vuelve intolerable, el fetichista sabe que la mujer no tiene pene, no puede negarlo, pero sí puede sustituirlo y solucionar su problema con lo intolerable de la falta, agregando ese algo más. *El fetiche el sustituto del falo materno*. El famoso “Ya lo sé, pero aún así...” de Octave Mannoni.

Bien, ¿a dónde conducen la amenaza de *castración* y el *fetichismo*? La presencia del padre en la resolución del Edipo es fundamental; de no permitirse su entrada provocará graves conflictos en el desarrollo del niño, que no tendrán marcha atrás. El padre hace un reclamo por su mujer, el niño por su madre, y la madre tiene que permitir que el padre haga su papel, que su deseo entre en juego para poder separar el vínculo simbiótico, madre-hijo, y así permitir la conformación de un nuevo sujeto, al frustrar al hijo en sus pretensiones con respecto al objeto deseado, la madre. En este punto, el deseo del padre es sumamente importante, no sólo desea a su mujer, desea a su hijo, para saldar la deuda que adquirió con su propio padre. Piera Aulagnier nos enseña cómo el niño había ignorado ciertos puntos en su primera relación con la madre:

“1) El cuerpo del hombre posee un órgano que la mujer no tiene. 2) Este órgano la hace gozar y es necesario para la procreación. 3) El *infans* descubre que el primer objeto catectizado por la totalidad de su libido no le responde del mismo modo, que la madre desea otra cosa que él no puede darle, que su placer sexual tiene otro soporte. 4) La madre respeta, teme o venera el discurso de otro u otros. El deseo del niño y su demanda no le bastan para obtener la respuesta que él espera, lo que da lugar a su búsqueda [...] para intentar saber qué desea ella o qué le dicta la ley. En nuestra cultura esta búsqueda lo conduce hacia el padre y su deseo” (Aulagnier, 1997, pág. 148).

Si la madre no reconoce o no permite, a través de su discurso la entrada del padre; la formación de un sujeto no se dará sin complicaciones, las cuales podrán estar, por el lado de fetichismo, como ya lo habíamos indicado, o por el de la homosexualidad o por el de la psicosis. Así, Piera Aulagnier explica la importancia de la intervención del padre en esta relación.

En palabras de Cohan:

“...el deseo materno es condición necesaria pero no condición suficiente para la organización psíquica adecuada, sólo alcanzable por efecto de la presencia de un padre presente en la realidad como soporte narcisista y libidinal, en tanto su deseo de hijo y por ese hijo le permitan experimentar anhelos hacia él como ser singular y su posibilidad de ejercer la función parental como resultado de su atravesamiento por la represión” (Cohan, 1991, pág. 46.).

La historia de los padres es fundamental en la del hijo: la no-resolución de sus complejos edípicos provocará la construcción de un sujeto “diferente” — asumo los riesgos de mi denominación—. Pero para comprender esta vicisitud, no es suficiente sólo tomar en cuenta la historia de los padres, es importante reconstruir también la de los abuelos, averiguar qué depositaron en los padres para ver cómo estos propiciaron la mencionada “diferencia”. Es por eso que comienzo hablando del hijo imaginario y fantasmático, y termino por afirmar que el corte que realiza el padre es fundamental, pero sólo podrá lograrlo si la madre lo

permite, y esto no depende de una voluntad consciente, sino de una resolución edípica, que envuelve a los progenitores y al hijo en su posición frente a la autoridad. Así, la madre a través de su discurso, inventa al padre, respeta su ley, y da al hijo la oportunidad de ser un neurótico más, que podrá conflictuarse después por otras razones, que en este momento son otra historia.

Así, después de esta explicación, me parece que más claro la posición freudiana sobre la sexualidad femenina.

Sobre el asunto de la unión madre-hija, Freud en su texto de 1931 *Sobre la sexualidad femenina*, en el cual de acuerdo con Strachey hace una reformulación de lo trabajado en *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925), uno de los puntos que señala es la intensidad y la prolongación de la ligazón preedípica de la niña con su madre. Al respecto dice: “También la madre fue, por cierto, su primer objeto;<sup>30</sup> ¿cómo halla entonces el camino hasta el padre? ¿Cómo, cuándo y por qué se desase de la madre? Hace tiempo hemos comprendido que la tarea de resignar la zona genital originariamente rectora, el clítoris, por una nueva, la vagina, complica el desarrollo de la sexualidad femenina.” Freud, nos explica Strachey, trabajó esto en *Tres ensayos de teoría sexual* y en su correspondencia con Fliess. Pero continúa nuestro autor: “Ahora se nos aparece una segunda mudanza de esa índole, el trueque del objeto-madre originario por el padre, no menos característico y significativo para el desarrollo de la mujer” (Freud, 1931, pág. 227). Trueque que, desde mi perspectiva, Jessica no ha podido realizar a consecuencia de los conflictos edípicos “quizá” no resueltos de los padres.

---

<sup>30</sup> Freud hace el comparativo con el niño varón.

En este texto de 1931, Freud continúa explicándonos su lugar acerca de la mujer y su sexualidad, partiendo de la conocida ligazón-padre de la niña creada por fuerzas neuróticas, y a este respecto nuestro autor señala dos puntos, el primero explicando que siempre (clínicamente hablando) que existía una particular ligazón-padre era presidida por una ligazón-madre de la misma intensidad, y el segundo punto, algo más complicado, señala Freud es el cambio de vía del objeto. “El vínculo-madre primario se había edificado de manera muy rica y plurilateral” (Freud, 1931, pág. 228.)

Freud hace hincapié en que se había subestimado la duración de la ligazón-madre en la niña y que: “En la mayoría de los casos llegaba hasta bien entrado el cuarto año, en algunos hasta el quinto, y por tanto abarcaba la parte más larga, con mucho, del florecimiento sexual temprano. Mas aún: *era preciso admitir la posibilidad de que cierto número de personas del sexo femenino permanecieran atascadas en la ligazón-madre originaria y nunca produjeran una vuelta cabal hacia el varón*”<sup>31</sup> (Freud, 1931, pág. 228) Esta precisión que realiza Freud es fundamental para apoyar mi tesis sobre el caso de Jessica. No sólo, por un dato muy importante, la estrecha unión entre ella y su madre, sino también por la rivalidad inconsciente con el padre y también la rivalidad con la hermana por el amor de la madre.

Y es importante continuar sobre este mismo texto el discurso de Freud, pues explica las consecuencias de este atascamiento en la ligazón-madre: “Con ello, la fase preedípica de la mujer alcanzaba una significación que no le habíamos adscrito hasta entonces. *Puesto que esa fase deja espacio para todas las fijaciones y represiones a que reconducimos la génesis de las neurosis, parece necesario*

---

<sup>31</sup> Las cursivas me pertenecen.

*privar de su carácter universal al enunciado según el cual el complejo de Edipo es el núcleo de la neurosis*<sup>32</sup> (Freud, 1931, pág. 228).

Así, Freud prosigue:

“...la mencionada fase de la ligazón-madre deja conjeturar un nexo particularmente íntimo con la etiología de la histeria, lo que no puede sorprender si se repara en que ambas, la fase y la neurosis, se cuentan entre los caracteres particulares de la feminidad; además, la intelección de que en esa dependencia de la madre se halla el germen de la posterior paranoia de la mujer. Es que muy bien parece ser ese germen la angustia, sorprendente pero de regular emergencia, de ser asesinada (¿devorada?) por la madre. Cabe suponer que esa angustia corresponde a una hostilidad que en la niña se desarrolla contra la madre a consecuencia de las múltiples limitaciones en la educación y el cuidado del cuerpo, y que el mecanismo de la proyección se vea favorecido por la prematuridad de la organización psíquica” (Freud, 1931, pág. 229).

En esta última cita, con la que podremos anudar buena parte de lo manifiesto por Jessica, se nos muestra el porqué de la hostilidad en contra de su madre que se puede entender como un deseo de separarse, de ser, y al mismo tiempo de no ser devorada por ella. Y, evidentemente las limitaciones educativas y la invasión a su cuerpo, me parece, afirman esto que trato de plantear. La dependencia intelectual de Jessica hacia la madre le angustia porque no quiere ser devorada por ésta, y la imposibilidad de pensar está estrechamente ligada a la imposibilidad de ser: si la madre piensa por ella, ella no tiene nada que realizar, nada que la pueda caracterizar como diferente de la madre. Sólo su rebeldía pareciera ser lo que hacía la diferencia, pero esto quedará claro al final de este trabajo. Jessica es, evidentemente una mujer angustiada, ansiosa y temerosa de la madre, no hay lugar que exista, con excepción de su espacio terapéutico, donde ella se pueda esconder de la madre. Y habrá que afirmar y aclarar el deseo de la

---

<sup>32</sup> Las cursivas me pertenecen.

madre de dar salud psíquica a su hija, pues nunca existió alguna amenaza de interrupción por problemas económicos o familiares.

Este último punto tiene que ser explicado, hasta donde la información dada por Jessica nos permita, pero podemos suponer que la madre de Jessica, María, en algún lugar quizá no muy inconsciente, sabe de su propia ligazón-madre con la abuela de Jessica. María, sabe que no tiene mucha escapatoria y que quizá Jessica sí la pueda tener.

Dentro de la temática del porqué Jessica mantiene este estrecho lazo con la madre, tendríamos que analizar la imagen del padre. Parece ser que Jessica tiene un padre débil o deprimido por la muerte del hijo varón<sup>33</sup>. Que seguramente tras la muerte de la madre, es decir, de la abuela paterna de Jessica<sup>34</sup>, se resignifica esta muerte en la familia. Pero el padre se ha mantenido “ausente”, quizá sería mejor decir, deprimido desde la muerte de su hijo. Lo que la paciente nos deja ver acerca del padre tiene que ver sobre todo con las fantasías de este mismo de lo que haría o no haría con su hijo, o lo que el mismo hijo tendría posibilidades de hacer si viviera.

Claro está que esto tiene una conexión con lo que explicábamos acerca del “niño fantasmático” de Lebovici y también con el problema edípico del padre. Este varón perdido era la continuación de su linaje, la posibilidad de poder saldar cuentas para que ese mismo, su hijo, se endeudara. Y esto tiene que ver necesariamente con lo llamado en Freud, la envidia del pene (con respecto a Jessica), que veremos más adelante.

Pero regresemos un poco, pues el material es muy denso.

¿De dónde infiero que la madre es la portadora de todo conocimiento? Jessica, durante todo el tratamiento, acudió a una institución gubernamental de

---

<sup>33</sup> El segundo hijo de la pareja murió a los 40 días de nacido.

<sup>34</sup> La abuela paterna de la paciente muere meses antes de comenzar su tratamiento psicoterapéutico.

salud, para atenderse con el ginecólogo y el alergólogo. Nunca pudo dar explicación de qué era lo que padecía para tener visitas tan frecuentes con estos médicos. Lo más que pudimos averiguar fue que sus visitas al ginecólogo eran por tener un problema en la tiroides. ¿Qué problema? Las explicaciones son muchas y surrealistas:

—Tengo una hormona de más, —en otro momento dijo —tengo un problema con mi periodo pues siempre me atraso un día —y también— mi mamá es la que sabe, yo nada más voy y punto.

Averiguando cuál fue el motivo de su primera visita al ginecólogo Jessica explica:

—Mi mamá me llevó porque me atrasé un día en mi periodo.

—¿Y tu mamá por qué sabe que te atrasaste un día?...—Pregunté yo—

—Mi mamá lo sabe todo —dijo.

No dudo que exista un problema médico para su atención ginecológica fuera de las revisiones periódicas que tendría que tener normalmente. Pero ella la desconocía. ¿No le interesaba saberlo? Creo que no le era necesario estar enterada de lo que le sucedía, pues su madre lo sabía, y si ella estaba enterada, no había nada más que comprender o saber.

Lo mismo sucede con el alergólogo. Sus explicaciones son también múltiples y muy poco claras:

—Dicen que tengo los cornetes volteados, quien sabe qué sea eso, — También explicaba—Tengo alergias a todo

—¿Me podrías dar un ejemplo de tus alergias? —Pregunté—

—A todo soy alérgica, no importa, mi mamá sabe. —Esas eran sus explicaciones—.

La escuela, es otro ejemplo. La madre durante todo el primer año del tratamiento era la encargada de conseguir, revisar y proveer los útiles que

necesitaba Jessica para sus tareas. También era la que le ayudaba a estudiar y hacer sus trabajos de investigación, ya sea haciéndolos o por lo menos mecanografiándolos.

Evidentemente, Jessica de todo esto obtenía una ganancia secundaria, de la cual era difícil que se quisiera desprender. Pues no está mal que alguien más piense por uno, no hay decisiones que tomar, no hay riesgos que vivir, sólo hay que someterse.

También, como parte de este problema, en el cual la madre la tiene invadida, podríamos entender parte del síntoma escolar de Jessica. ¿Por qué pensar? ¿Por qué estudiar? Si la madre lo hace por ella. También, haciendo esta revisión del caso, uno podría comenzar a comprender el porqué las respuestas tan constantes de Jessica durante las sesiones: *si supiera no estaría aquí, no sé, no importa, no tengo nada interesante que decir, no sé que contar, etc.* Pues ella no tiene que saber si la mamá sabe o el terapeuta entiende. Al parecer, su inteligencia, su autonomía no le pertenecían. Aún sabiendo que Jessica no tiene un problema de retardo mental, me parece importante apoyarnos en Maud Mannoni y su libro *El niño retardado y su madre*:

...el niño retardado y su madre forman, en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiéndose el deseo de uno con el del otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de la castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que hacer "hablar" a la angustia materna (Mannoni, 1989, pág. 53).

Si en este punto me encuentro en lo correcto, lo que entiendo por una problemática preedípica, es que la instauración del conflicto edípico no ha tenido lugar del todo. Así, las identificaciones secundarias (herederas del Edipo), no han

podido entrar del todo en juego. Entendiendo por identificación: proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. (Laplanche, y Pontalis, 1983, pág. 184).

Quiero aclarar que me parece que no puede haber o hablarse de totalidades en un caso clínico. Uno puede encontrar rasgos, ideas, indicios de lo que va sucediendo con la paciente.

Pero en el caso de la identificación, Jessica, en el momento en el que vive y sufre los pleitos con la abuela, me da la impresión que esta buscando *desprenderse* de ellas, es decir, de las figuras que siempre se le han presentado como ejemplos, la madre y la abuela materna. En ese caso, existe una identificación con ellas. En el momento del enfrentamiento, ella está buscando diferenciarse y saber quién es.

Nunca encontró a alguien que se interpusiera en su relación madre-hija, nieta-abuela. Así, ella tiene que buscar colorarse en esa relación desde la posición que ella quiere tener y no la que se le ha dado históricamente sin poder intervenir u opinar al respecto. Claro está, pensándolo desde el interior de su familia, pero Jessica, en su espacio terapéutico, encuentra a ese otro que cumple la labor de tercero, que le permite hablar, pensar y sobre todo escucharse para poder separarse de ese vínculo. En este sentido la figura, a través de la transferencia del terapeuta, ayuda, es clave.

Ahora bien, está muy bien señalado por Piera Aulagnier en su libro *La Violencia de la Interpretación* (1997) la importancia de la mentira, por qué hablar de la mentira en este caso, si se me permite se aclarará en unos momentos. El descubrimiento de parte del niño o la niña de que el discurso puede decir la verdad o la falsedad, es tan importante como la diferencia de los sexos.

En su libro *Un Intérprete en Busca de Sentido* (1994) en el apartado *El Derecho al Secreto* nos explica: “Enunciar una mentira es enunciar un pensamiento que se sabe es la negación de otro pensamiento que se guarda en secreto. Descubrirse capaz de mentir, descubrir que el Otro puede creer el enunciado mentiroso, descarga su primer golpe, y también el más decisivo, sobre la creencia en la omnipotencia parental” (Aulagnier, 1994, pág. 243). Podemos entender, que la mentira revela para el pequeño o la pequeña la idea de que los padres no lo saben todo, de que él puede engañarlos, burlarlos. Esto implica que ellos no lo ven todo, no lo pueden todo, por que él puede esconder y guardar algo que jamás lo sabrán hasta que él lo decida. En Jessica esto no pudo ser, la madre tenía ocupado todos sus espacios, hasta su pensamiento. Pero podemos ver claramente la intromisión de la madre en cuanto a su periodo menstrual, sus estudios, sus novios, sus pensamientos íntimos, su cuerpo, etc.

Pero continuemos con Aulagnier aquí nos recuerda que:

...la autonomía o la libertad de pensamiento representa de hecho para el yo [*je*] la condición única que puede motivar y justificar el investimento narcisista, tanto del trabajo de puesta en sentido que le incumbe como de las producciones que de ello resultan. El pensamiento es investido, sobre todo, como creación propia, da lo mismo que se trate de un pensamiento original o de un pensamiento sobre el pensamiento de otro. *Obligar* a un sujeto a no pensar más que pensamientos *impuestos*, aunque fuesen los más idílicos o los más risueños, haría *imposible* todo placer para la instancia pensante (el yo [*je*]); o, si hay placer, hay que hacer intervenir el placer que puede acompañar a la muerte silenciosa de su propia actividad de pensar (Aulagnier, 1994, pág. 244).

Jessica, es una víctima perfecta de esto último. Jamás tuvo ni se dio la oportunidad de pensar, por lo tanto que tipo de “amor propio” puede existir en ella. Ella misma lo decía, *‘toy loca, soy tonta’, toy fea, etc.* No existe en ella en un principio ningún tipo de creación propia de pensamiento, siempre le fue impuesto

el pensar sobre lo religioso, la muerte, lo social, la escuela, etc. Al final, en lo que comienza a ser su separación y su comienzo del pensar se ve su crítica a *Cuatemochas*. Esta unión, ligazón de Jessica con la madre, cancela una de las funciones básicas del yo, pensar, y con esto todo lo que implica, el placer de ser.

Pero continuemos con nuestra autora, que ilustrará mejor este punto:

A lo anterior[mente citado] se agrega otro factor: en la relación madre-hijo, es en el registro del pensar en el que va a liberarse una lucha decisiva en relación con la aceptación o la negativa, por parte de la madre, a reconocer la diferencia, la singularidad, la autonomía de ese nuevo ser que ha formado parte de su cuerpo, que ha sido de hecho totalmente dependiente de ella para su sobrevivencia” (Aulagnier, 1994, pág. 244).

La madre de Jessica, habrá que aclarar, en algún lado da esa oportunidad, un margen estrecho de libertad pero la da, pues sí existe un pensamiento en Jessica, muy influenciado, muy invadido, pero suyo. Y esto lo vemos evidente al saber que la paciente no es una psicótica.

Saber cuál es la razón por la que la madre no da muchos espacios, seguramente tiene que ver con su propia historia y su propia madre, es decir, la abuela Yesica. Pero también tendríamos que pensar en las muertes, las locuras y las depresiones de la madre y de la familia en general.

La llegada al mundo por parte de Jessica no se dio sin sobresaltos emocionales. La muerte deja en todo sujeto una marca y esto, combinado con un embarazo y la “locura” de una hermana tuvo que dejar una huella, una *traza* en la vida de Jessica.

Ahora bien, sumemos a la explicación anterior lo que concierne al tema de la muerte; hallamos al hermano fallecido a los 40 días, los dos abortos y la muerte de la abuela paterna. Estas son las muertes más cercanas a Jessica y lo más presentes en el discurso de Jessica desde el comienzo de su terapia.

Me parece, hasta cierto punto, fácil pensar que la muerte del hermano y los dos abortos que tuvo la madre, sean vividos por Jessica como cumplimientos de deseos. Expondré tan detalladamente como pueda esta segunda explicación sobre el padecimiento de Jessica como me sea posible, pero aclarando que esta segunda explicación tendrá que ser sumada a la primera.

A la muerte del hermano, Jessica contaba con 2 años. Me es natural pensar, en los celos y enojo de Jessica por haber sido desplazada por otro, y aparte un varón, es decir, que tiene algo *diferente* a ella. Esto lo aclaro, pues como ya había mencionado, para él, según Jessica, la muerte del hijo varón fue una pérdida irreparable. El que tenía la posibilidad de mantener su nombre, su legado, se fue.

Pero, retomando la idea del cumplimiento de deseo, podríamos decir que Jessica vivió lo siguiente: *mi mamá mató a mis hermanos porque me quiere más a mí, pero después quiso más a mi hermana que a mí, por eso nació,*<sup>35</sup> *[y por eso mi mamá no me quiso cuando estaba embarazada de mi hermana y por eso no se hizo cargo de mí].*<sup>36</sup>

Si esto es verdad, la culpa de Jessica por haber deseado la muerte o la desaparición de su hermano, y la de los otros embarazos se reactualizó en la muerte de la abuela paterna. Y desde esta perspectiva, podemos entender el comienzo del síntoma escolar. A partir de la muerte de la abuela paterna, ella comienza con (o se acentúan) los problemas escolares, pues abandona ese quinto año de preparatoria.

La hipótesis sería la siguiente: Jessica, desea la muerte (desaparición) del hermano, deseo cumplido a los 40 días. Jessica vive en dos ocasiones más la amenaza de ser desplazada, por lo tanto, desea la desaparición de esas amenazas:

---

<sup>35</sup> Dadas las condiciones en las que se dio ese embarazo, la madre de Jessica se vio imposibilitada de hacerse cargo de su hija durante todo el embarazo.

<sup>36</sup> Esto nunca lo dijo la paciente es una hipótesis que yo formulo.

deseos también cumplidos. Jessica, durante el último embarazo de la madre, el que da nacimiento a su hermana, y debido a que tiene que irse a vivir con la abuela materna, desea por su enojo la desaparición de la madre y del bebé que viene en camino, deseo no cumplido, pero deseo al fin.<sup>37</sup> A la muerte de la abuela paterna, Jessica revive las muertes o desapariciones que en algún momento deseó, algunas cumplidas y otras no. Jessica se siente culpable y, por lo tanto, se forma el síntoma escolar. La huella mnémica del deseo de muerte de sus hermanos se inviste nuevamente por la muerte de la abuela, reaparece en la conciencia encubierto en el síntoma, en el cual se condensa que sobre todo lo que Jessica no quiere saber.

Sobre este mismo punto, las consecuencias de la muerte en Jessica, se puede observar otro camino.

Dentro de su familia, los muertos ocupan un lugar sumamente importante: las misas, los ritos, los duelos, los huecos dejados por estas personas siempre están presentes. El discurso del padre cuando se deja escuchar siempre es sobre lo feliz y lo completo que estaría con su hijo, todo lo que haría él con su hijo. Todo lo que haría su hijo que no le permiten hacer a su hija, sería un mujeriego, muy fiestero, muy inteligente, muy estudioso, etc. El lugar de los muertos es un lugar que no se puede ocupar, y es un lugar más importante que el lugar de los vivos. Así, cuando Jessica le dice: *yo no sé por qué mi mamá no me abortó, y se lo he dicho, o por qué no me morí yo y no mi hermanito, todo sería más fácil si yo no estuviera aquí*. Quizá no simplemente sería más fácil que ella hubiera muerto, sino que ella “podría ocupar un mejor lugar que en el que está”. Ella no tendría que competir con los muertos, con los huecos, contra lo que no se puede competir, porque siempre estarán en mejor posición que ella.

---

<sup>37</sup> Conectemos esta última idea con el momento en el que Jessica explica que su hermana solamente le cae bien cuando no la ve. Esto lo decía en referencia a que ella acudía durante las tardes a la secundaria y, por lo tanto, no coincidía con su hermana. Durante la preparatoria tenían el mismo horario escolar y por eso tenía que tratar más con ella.

La muerte de la abuela paterna es otro ejemplo que se puede utilizar para comprender este punto, pues la reacción tan inmadura de Jessica ante ese evento tiene que decirnos algo. Mucho de su enojo consistía en que la muerte había sucedido un día antes de su cumpleaños: *mi cumpleaños lo pasé entre rosarios. Nadie me festejó, nadie me felicitó, lo único que hicimos fue ir al cine con mis papás y ellos se quedaron dormidotes ahí.* Una vez más un muerto es más importante que ella y en un día en el que la familia debería habérselo dedicado a ella, a la abuela *se le ocurre morir* y ella tiene que necesariamente pasar a segundo plano.

Jessica quería ser alguien, y un camino hubiera sido que ella hubiera muerto, al igual que el hermano. Un hermano al que se bautizó ya muerto, un hermano varón, un hermano que por el hecho de ser varón ya *era* en su familia.

Aquí, en este punto, podemos conectar también el problema de la feminidad de Jessica pues, al parecer, el ser mujer no le permite realizar sus deseos y podemos hablar aquí de la envidia del pene.

Trataremos de analizar el problema de la feminidad en Jessica. ¿Por qué mantiene esta posición tan negadora ante su sexualidad? ¿Por qué dice que todos sus amigos y ex-novios son unos tarados? ¿Por qué no puede buscar objetos de deseo que sean posibles, pues todos los buscados o encontrados son personajes ficticios o imposibles como el salesiano Pedro, como el maestro de ética o como su terapeuta (yo)? ¿Por qué todo se derrumba en la secundaria cuando su amiga Elsa se va? ¿Por qué Elsa es la única que puede saber qué le pasa o qué piensa? ¿Por qué quiere y no quiere dormir con la hermana? ¿Por qué no le gusta su cuerpo? ¿Qué le sucedió cuando sorprendió a los padres teniendo relaciones sexuales? ¿Por qué toda amistad, familiar o persona conocida, que tuviera relaciones sexuales, es una o un loco?

Puede ser que Jessica tome la misma actitud que la madre toma ante la sexualidad, es decir, la madre le dice “yo ya no tengo relaciones sexuales con tu padre”, por lo tanto, en ese mensaje podría pensar Jessica: no ha de existir nada bueno en las relaciones sexuales si mi madre no quiere tenerlas con mi papá. Pero después Jessica descubre una mentira, descubre un mundo prohibido.

Quizá el poner sus deseos en objetos imposibles como el caso del maestro, terapeuta o el salesiano, sea para mantenerse en una posición segura. Pues, al no tener contactos sexuales, no tiene por qué tener ningún tipo de cuestionamiento sobre su sexualidad y su preferencia sexual.

Otra posibilidad de explicación acerca de este problema podría ser la prohibición del incesto. Es decir, Jessica se fija en hombres con los cuales no puede haber ningún acercamiento sexual ya sea por la prohibición eclesiástica, escolar, social y ética, en el fondo, la del incesto. Así, su atracción por estas figuras podría estar desplazando la atracción por su padre.

Sobre la feminidad y la sexualidad, en mi opinión, Jessica tiene algunos rasgos homosexuales, propios de una estructura preedípica, que encuentro dentro de la descripción que hace Joyce McDougall<sup>38</sup> en su libro *Alegato por una Cierta Anormalidad*:

“El fetichismo es el prototipo de todas las formaciones perversas porque muestra ejemplarmente la manera como el vacío dejado por la renegación y la negación de la verdad es colmado posteriormente. En cierto sentido, es un acto de gran lucidez. Enfrentándose en primer lugar con el hecho de que posee una identidad propia, por lo tanto una identidad sexual con sus implicaciones edípicas, el futuro perverso no encuentra, como sí lo hace el neurótico, ningún velo suficientemente espeso como para cubrir el dolor y los contornos de la verdad insoportable. Sólo puede tapan el problema y encontrar nuevas respuestas al deseo. Durante el análisis de estos pacientes tenemos la impresión de que han estado expuestos, prematuramente, a una

---

<sup>38</sup> A pesar de que McDougall se refiere en su libro a pacientes con patologías más severas, encuentro en el caso de Jessica y la descripción de la autora, ciertas similitudes.

estimulación sexual, luego han sido rechazados y alimentados de conocimientos ilusorios. *Esto nos hace pensar en el artículo de Hellman (1954) sobre las madres de niños que sufren de inhibición intelectual porque no tienen derecho a saber lo que las madres no toleran que sepan.* En el niño destinado a una solución perversa del deseo sexual, el inconsciente de la madre desempeña un papel esencial. *Estamos tentados a pensar que la madre del futuro perverso rechaza, ella misma, la verdad y denigra la función fálica del padre. Es posible que además haga sentir al niño que él o ella es un sustituto fálico. En la historia de estos pacientes descubrimos, con frecuencia, que al niño se le ha dado como ejemplo otro modelo de virilidad (el abuelo materno, un tío, Dios) ofrecido, tal vez, por la madre como único objeto fálico valedero.* Sin embargo, esto explica muy parcialmente el complicado sistema psíquico del futuro perverso y sólo aporta una ayuda limitada al análisis de la perversión sexual” (McDougall, 1996, pág. 81-82).<sup>39</sup>

En este mismo libro, en el capítulo sobre *El dilema Homosexual: Estudio de la homosexualidad femenina* encuentro una serie de descripciones de este tipo de pacientes que de algún modo coinciden con Jessica, por ejemplo, McDougall explica: “tema que aparecía con ineluctable regularidad era el de una madre rígidamente controladora, que esgrimía un poder omnipotente sobre el cuerpo de su hija y estaba meticulosamente preocupada por el orden, la salud y la limpieza” (McDougall, 1996, pág. 81-82). En esta descripción encaja *perfectamente* la madre de Jessica. La forma en que Jessica es invadida en su privacidad por la madre es también muy significativa. Utilizan el baño juntas y cuando Jessica logra *escaparse* de la madre para entrar al baño, la madre se queda afuera: *platicándome la historia de su vida*, dice Jessica. O regresemos al simple ejemplo de cómo la madre lleva a Jessica al ginecólogo por haberse retrasado su menstruación un solo día. Cómo lo supo, Jessica se lo dijo o la madre lo averiguó. Cualquiera de las dos posibilidades es espeluznante.

Otra descripción que llamó mi atención es la siguiente: “Era sumamente penoso para estas pacientes sacar a la luz el sentimiento de que sus cuerpos, y todo

---

<sup>39</sup> Las cursivas me pertenecen.

su sí-mismo físico, habían sido seriamente rechazados por la madre, por más que todas ellas estaban al tanto desde el principio de su propio y violento rechazo físico de su cuerpo. 'Mi cuerpo me repugna, sobre todo mis pechos. Todo lo blando que tengo es asqueroso'" (McDougall, 1996, pág. 115.) Aquí encuentro coincidencia con el discurso de Jessica, con el enojo del desprecio de la madre sobre su cuerpo, especialmente sobre su ligero sobrepeso y su arreglo personal. Pero ella siempre dijo, nunca cambió de opinión y siempre repitió: *Odio mi cuerpo, no me gusta nada.*

Sobre este mismo punto del cuerpo, Jessica, en algún momento del tratamiento, se encontró sumamente preocupada por una operación que querían que se le realizara, ¿quién quería? La madre. Era una operación estética, pues tenía una cicatriz causada por los fórceps en su nacimiento. La madre decidió que se le operaría pues le parecía una marca *horrible*. La operación se efectuó a pesar de que Jessica en ningún momento dio su consentimiento para esto. Entre la madre y el médico *la obligaron*. Le quitaron la marca del nacimiento. Nacimiento forzado que hasta quizá el fin de su tratamiento se logró dar, en el sentido de poder *ser*.

Referente a todo este tipo de invasiones a su cuerpo y a su vida, Jessica siempre encontró en el consultorio y en su tratamiento una tranquilidad, su madre no se metería ahí. En una ocasión, llegó acompañada de su madre a sesión, la madre se quedó en la sala de espera. Al finalizar, acompañé a la paciente a la salida del consultorio, y la madre me preguntó en tono enérgico:

—¿Cómo la ve Doctor?

—¿Cómo la veo de qué? —respondí.

—Bueno, es mi hija y tengo que estar enterada de cómo va. —la señora replicó.

Y le contesté:— Si su hija o yo pensáramos que deberíamos de tener una entrevista con usted, se lo haremos saber; pero mientras tanto me parece que no hay nada que comentar.

—Bueno doctor, ahí se la encargo. —Terminó diciendo la señora.

Nunca existió ninguna entrevista con la madre.

Este pequeño suceso siempre lo he relacionado con la primera entrevista que tuvimos Jessica y yo.

La primera vez que vi a Jessica, se encontraba en la sala de espera de la clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, la sala se encontraba llena, y Jessica estaba sentada en medio de dos mujeres, una perteneciente a la tercera edad que supuse era su abuela materna y otra una mujer madura, su madre, de lo cual pude asegurarme después.

Al momento de nombrar a Jessica se levanta y le pido que pase hacia los consultorios, en ese momento veo una reacción de una de las mujeres que la acompañaba, la madre. Su reacción es como de querer ser invitada a entrar a la entrevista junto con su hija. Eso no sucedió, la hija apresuró el paso y entró al consultorio dejando atrás a sus dos custodias. Mi reacción fue gracias a que la persona que había solicitado la entrevista conmigo había sido Jessica, no la madre, es por eso que no permití que nadie más entrara a la entrevista, y claro está, nunca se me solicitó.

Pero después, como ya describí en el cierre de la primera entrevista, yo realicé una intervención que parte de esa impresión (intuición), pues yo “interpreto” ese suceso como que Jessica escapa de la madre y de la abuela y que la madre no puede hacer nada ante eso, sólo esperar sentada. Así pues, en mi intervención, al final de la entrevista, le digo a Jessica que el espacio que estaba yo ofreciéndole era sólo para ella y que su mamá y su papá se quedarían afuera, en lo cual ella respondió con beneplácito.

Así, cuando la madre me pregunta que cómo la veo, no podía menos que reaccionar como reaccioné. Hoy no sé si mi reacción sería con la misma intensidad, pero sí sería en el mismo sentido.

Todo el trabajo terapéutico de Jessica estuvo enfocado a algo muy similar a lo sucedido ese primer día en la sala de espera, escapar; y eso implicaría para ella independizarse y ser alguien diferente a esas dos mujeres tan dominantes y tan sofocantes para ella.

Jessica, al entrar por primera vez a ese consultorio, pudo darse cuenta de que era ella la que tenía que pensar, la que tenía que decir qué era lo que le sucedía, que no sería como con otros profesionistas (médicos y terapeutas) que la madre diría cómo se siente, cómo duerme, respira, sueña, piensa, etc. Aquí era ella, y sólo ella, la que podía dar razón de su sentir. Como dice Aulagnier “Preservar el derecho y la posibilidad de crear pensamientos, y más simplemente de pensar, exige arrogarse el de escoger los pensamientos que se comunican y los que se guardan secretos: ésta es una condición *vital* para el funcionamiento del yo [Je]” (Aulagnier1994, pág. 234). Esta es una de las tareas importantes de nuestra labor, y esto es algo de lo que principalmente fue hacer Jessica, pensar. *Pienso luego existo*. El pensar le da a Jessica la posibilidad de reapropiarse de sí misma.

Pero, por pasos nuevamente, este es terreno nuevo, sólo mencionado, pero las funciones de pensamiento en Jessica parecen estar atrofiadas y necesitamos aclarar esto.

Comencemos así:

Todo sujeto llega a tomar un lugar en un mito familiar, cuya importancia se demuestra, de ser necesario, por el lugar que él tendrá en el fantasma fundamental, y que le asigna, en la tragicomedia de su vida, un papel que determina con anterioridad las réplicas de los *partenaires*. Ahora bien, son esas “réplicas del Otro”, ese discurso que comienza por dirigirse no a él sino al personaje que encarna en la escena familiar, las que habrán de constituirlo como sujeto. Ésta es la primera ambigüedad

fundamental que el discurso impone al hombre: él lleva un nombre elegido en función de ese lugar al que se encadena su subjetividad (hablo aquí del nombre con el cual se lo llama y no del nombre legal; al nombrarlo lo que se designa es esto que es proyectado sobre él en tanto que heredero significante; es por este rodeo que se le asigna su primer lugar en el plano relacional), pero al mismo tiempo el discurso, en este inicio enajenante por definición, ese *malentendido* inicial y original, es lo que da testimonio de la inserción de quien es el lugar de la palabra en una cadena de significantes, condición previa a toda posibilidad del sujeto de poder insertarse en ella a fin de reconocerse como otra cosa que un simple accidente biológico. (Aulagnier, 1994, pág. 284).

Ahora bien, regresemos un poco al niño imaginario de Lebovici, o como dice Piera Aulagnier: “en la mayoría de los casos, el inicio del embarazo coincide —o acentúa— con la instauración de una relación imaginaria, en la que el sujeto hijo no es representado por lo que es en realidad, un embrión en curso de desarrollo, sino por lo que en otro lugar he denominado *cuerpo imaginado*, es decir un cuerpo completo y unificado, dotado de todos los atributos necesarios para ello” (Aulagnier, 1994, pág. 285). Pues bien, sea niño imaginario o cuerpo imaginado, pensemos nuevamente en la madre que espera a su bebé, y no será difícil ver la forma tan fuerte en la que inviste al grupo de células que se forman dentro de ella y que después se convertirán en su hijo o hija. Así, la relación entre la madre y ese que viene en camino da comienzo desde el mero inicio, dice Aulagnier, que inicia desde la fecundación. Yo diría que antes.

Pero así como el embarazo, para una mujer puede estar cargado de ilusión y de deseos, también implica una serie de ajustes y regresiones que no en todas las mujeres es fácil de vivir. Sigamos a Piera Aulagnier y después reflexionemos sobre lo que dice y el caso que nos concierne, así concentrémonos en el embarazo y ese primer vínculo.

No hay que olvidar que este fenómeno tal natural como sorprendente que es el embarazo amenaza con despertar de la manera más fácil todo lo que habitualmente describimos como el centro mismo de la estructura fantasmática; no hay más que oír a

las psicóticas hablar de su embarazo para ver con qué facilidad este objeto, que de pronto comienza a crecer dentro de su cuerpo, puede hacer revivir, volver actual y dramáticamente presente, todo lo que, fantasmáticamente, gira alrededor del objeto perdido, del falo introyectado, de esa falta a la que nos condena la castración; en una palabra, todo lo que es la esencia misma de lo reprimido más arcaico.

[Y continua nuestra autora] Freud decía que para el hombre, sea cual fuere el nivel, no hay probablemente representación posible de su propia muerte; yo me pregunto si hay una representación posible de lo que es el embrión, como punto original del hombre, en tanto "vida".

Hay que colocarse en esta perspectiva para comprender lo que significa esta primera inserción del hijo en el imaginario materno en tanto "cuerpo imaginado", *cuerpo imaginariamente concebido como sexuado y autónomo*.<sup>40</sup> Esta primera relación atestigua el hecho de que la madre ha podido simbolizar su discurso en torno a un significante, garante del orden de lo humano en el que ella se inserta, pero al que debe reconocer como preexistente e independiente de su propia existencia. Lo que se podría denominar "la dimensión histórica materna" es indispensable para que el sujeto sea reconocido a su vez como un eslabón que viene a insertarse en una cadena significativa de la cual él es el resultado y cuya continuidad ha de garantizar.

A partir de ese primer significante, que ha venido a recubrir el sinsentido original, se constituirá y ordenará la dimensión imaginaria, es decir, todo aquello del orden de la representación del objeto en tanto objeto de deseo y soporte de la palabra. [Volviendo al plano de la economía libidinal], cabe preguntarse si este investimento que, desde el inicio, es desplazado sobre ese cuerpo imaginado, concebido como ya unificado y separado de ella, lugar de una primera identificación imaginaria, no es lo que le permite a la madre un primer don libidinal que, si permaneciese en el nivel de ese cuerpo en su cuerpo, correría el peligro de revelarse como un engrandecimiento de su propio narcisismo.

El parto entonces no podría ser vivido sino como el equivalente de una pérdida, de una desgarradura, de un duelo (psicosis puerperal). (Aulagnier, 1994, pág. 286-287).

En nuestro caso, ni la paciente ni la madre de la paciente son psicóticas. Tampoco tenemos suficiente información sobre en qué condiciones se desarrolló el embarazo de la madre de Jessica cuando la esperaba, pero, tenemos dos datos

---

<sup>40</sup> Las cursivas me pertenecen.

importantes, la muerte de Salvador hermano de la madre y, al nacimiento de Jessica, la enfermedad de Virginia hermana de la madre, que provoca que la madre tenga que ir en su búsqueda y hacerse cargo de ella dejando a Jessica al cuidado de su abuela materna Yesica.

Lo que sabemos por la paciente acerca de los dos casos es poco, sí sabemos de la depresión de la madre por la muerte de Salvador, un accidente desafortunado le costo la vida. En cuando a Virginia, podemos suponer la preocupación de la hermana aún durante el embarazo, se juntan algunos factores: primero, parece ser que la hermana sufre de algo que podemos suponer fue cisticercosis. También sabemos que la internan en algún hospital y ahí no sabemos si fue por la cisticercosis o por alguna depresión. Pues, si recordamos, Virginia había escapado de su casa, para ser precisos, había escapado de su madre porque se encontraba embarazada.

Estas situaciones pueden ser un factor importante de influencia en la relación de Jessica con su madre y de su propia constitución.

Así, me interesaba resaltar con base en la propuesta de Aulagnier, la importancia del embarazo y de la relación que se establece desde el mero inicio con el bebé, pues ahora podemos suponer que desde ahí, en Jessica, algo pudo ser un factor de su sufrimiento.

La madre de Jessica, como ya se dijo, no es una psicótica, pero es alguien, que claramente también tiene una relación “complicada” con su propia madre. Esta mujer que aparenta ser la ley, como dice la paciente *la autoridad máxima*. Nadie discute con ella, nadie la enfrenta, y esto nos da para aumentar la reflexión junto con Aulagnier pues dice que: “la madre del psicótico no es alguien que ejerza la ley: *ella es la ley*” [...] “Pero, en el plano de lo que se puede denominar “ley social”, estas mujeres son con frecuencia hiperrígidas: reconocen y veneran la ley “fálica”, en el nivel social, al punto de que toda su energía sólo es invertida en

apropiarse del mayor número posible de emblemas reconocidos por esta ley". (Aulagnier, 1994, pág. 287-288).

Podemos pensar a la madre de Jessica, embarazada y envuelta en una relación en la cual la ley es su madre, totalmente incapacitada para poder escapar, da a su hija como tributo a la hora de su nacimiento. Esto lo podemos ver en las repetidas veces que la madre deja a Jessica con la abuela, incluso desde el día uno de su nacimiento.

¿Qué pasa con esa madre? Parece ser que la abuela no le dio mucha libertad como ella no se los da a Jessica: "Es evidente que ser madre representa, para toda mujer, la experiencia en la que ha de revivir de la manera más sorprendente lo que fue para ella su relación primera. No resulta extraño que, para este tipo de mujeres, en quienes esa relación siempre ha estado profundamente perturbada, el embarazo pueda ser la causa del retorno masivo de lo reprimido, retorno que, si no desemboca en una psicosis, vuelve psicotizante su relación con el hijo" (Aulagnier, 1994, pág. 288).

Ahora bien, continuando con esta hipótesis de la depresión de la madre de Jessica durante el embarazo y la imposibilidad de escapar de su propia madre, la abuela Yesica, y siguiendo los estudios de Frances Tustin podemos agregar algunas ideas a este análisis. Tustin deja ver cómo una explicación que puede sumarse a otras para el autismo, es la depresión materna: "Podía ser la descripción de un niño autista; el "rostro quieto, insensible" pudo ser el de una madre deprimida que se siente "no persona", según definición que algunas madres han dado de su depresión" (Tustin, 1997, pág. 68).

La autora nos explica como niños normales pueden recuperarse de la experiencia de depresión de sus madres, de la falta de respuesta, pero que los niños autistas esto puede ocasionar consecuencias en su desarrollo mental y emocional. Y nos dice que: "de acuerdo con Meltzer y Tischler [...] la depresión de la madre

[es] como un factor en el quebranto de las relaciones normales entre la madre y su hijo autista” (Tustin, 1997, pág. 68). Pero, por qué nada más autista, podríamos agregar con rasgos importantes de patología. Pero continuemos para aclarar este punto:

Tales depresiones de la madre no suelen llegar al nivel clínico que demande hospitalización. Han estado ligadas con sucesos que son parte de las peripecias corrientes de la vida, que asaltaron a una madre sensible en un período particularmente vulnerable [como el embarazo podríamos decir, o en el posparto] Por ejemplo, la familia se mudó, o el padre debió permanecer lejos del hogar mucho tiempo, o la madre tuvo que vivir en un país extranjero [...] o murió un pariente emocionalmente importante, o unos parientes interferían, o aniversarios significativos se cumplían para la época del parto.

Parte de las dificultades de estas madres parecen provenir del sentimiento de que el marido no las apoya. (Esto puede ser repetición de sentimientos que tuvieron ya en su infancia o su niñez.) Entonces se aferran a su hijo como si siguiera siendo parte de su cuerpo. Lo hacen para mantenerse activas no obstante su depresión y su inseguridad. *Esta situación se puede producir con el niño todavía en el útero y también después del parto.*<sup>41</sup> La madre teme el “agujero negro” que traería reconocer su separación de ella. Después, en el momento en que, por una razón cualquiera, el niño experimenta su separación, no lo puede amparar durante sus estados de alarma porque estos coinciden demasiado con los propios. Y no sólo en estados de alarma necesita el niño de su apoyo. También son amenazadores aquellos estados incontrolables de excitación placentera. [...]

Ahora bien, muchas madres relativamente normales se deprimen a consecuencia de sucesos perturbadores, pero sus hijos no se vuelven autistas (Tustin, 1997, pág. 70-71).

Muchísima más literatura sobre la relación temprana madre-hijo se ha escrito. Lo que es claro es que existen diversos factores que pueden provocar diferentes perturbaciones al recién nacido por causas que sólo se pensaría que afectarían a la madre. Esto, pensándolo en Jessica, parece ser un factor más de su sufrimiento y de sus diversos padecimientos inconscientes.

---

<sup>41</sup> Las cursivas me pertenecen.

En Jessica, sus conflictos parecen estar apoyados en una dinámica familiar poco saludable: en un padre deprimido y en una madre presa de su propia madre. Sus conflictos han atrapado desde un inicio a la hija mayor, la cual tuvo oportunidad de hablar de todo aquello que le molestaba y le atormentaba, para después pensar cuál era su *mal hereditario* y el lugar que ella ocupaba en ese mal.

En cuanto a la relación con Elsa (su amiga), según Ruth Fischer, en las mujeres adolescentes existe una característica notoria, la mejor amiga (*the best friend*). Nos explica:

“Tener una mejor amiga es uno de los caminos que toma la niña para resolver el lazo preedípico con la madre, una gran prueba en la adolescencia. La pubertad revive el deseo de acercarse a la madre. La niña voltea hacia su mejor amiga para satisfacer su deseo (anhelo), una prueba que jamás será cumplida. Así, su desilusión y enojo la hacen voltear y buscar solazar (consolarse) con otra mejor amiga. Con el tiempo, su necesidad se jugará con un niño en una relación pseudoheterosexual. Frecuentemente, ella tendrá múltiples mejores amigas, y una será intercambiable por otra. Estas relaciones son intensas, exclusivas e intercambiables” (Fisher, 1991, pág. 457).<sup>42</sup>

Y en cuanto a su hermana se le ve todo el resentimiento que guarda hacia ella, que en mi opinión refleja el malestar que tiene hacia los padres “...a mi hermana le dieron todo lo que a mí no me dieron, no me gustaría ser como ella”.

¿Pero qué cambió?

La inmadurez de los pleitos de Jessica parece que tenían una razón, que tenían un objetivo, *ser*. Diferenciarse, poder decirle a su mamá, yo que no soy igual que tú, no me someto como tú a tu madre, es decir a su abuela. Por lo tanto, yo la enfrento como nadie la enfrenta. Por lo tanto, yo, que sí me puedo enfrentar

---

<sup>42</sup> El original en inglés: Having a best friend is one way in which the girl attempts to resolve the preoedipal tie to the mother, a major task of adolescence. Puberty revives the longing for closeness with mother. The girl turns to her best friend to satisfy these longings, a task that can never be accomplished. So she turns in disappointment and anger and seeks solace with another best friend. At times, her need is played out with a boy in a pseudoheterosexual relationship. Frequently, she has multiple best friends as one is exchanged for another. These relationships are intense, exclusive, and interchangeable.

y ella que no se puede enfrentar, tengo por lo tanto que ser otra, otra diferente a mi mamá.

Jessica pudo abandonar esa actitud tan inmadura a lo largo de su tratamiento, esa posición adolescente que puede encontrar oídos en su terapeuta para poder elaborar parte de su conflicto. Como bien dice Louis de La Robertie:

“A la crisis del adolescente corresponde (como reflejada en un espejo) la crisis parental. Lo importante es el paso progresivo de una relación padres-hijo a una relación adulto-adulto, aun cuando esta nueva relación esté marcada por un aspecto específico que es el aspecto de la filiación. A la explosión pulsional del adolescente puede corresponder la revivificación de ciertas fuerzas pulsionales reprimidas en los padres y el levantamiento parcial de la represión. Esta crisis parental se caracteriza por un trabajo muy importante de duelo. Muchas cosas se reagrupan alrededor de esas ideas de duelo que se sitúan en varios niveles. La hipótesis que formulo aquí es la de que las dos crisis, la del adolescente y la de los padres, son correlativas, es decir, que el adolescente no puede salir de su crisis sino a costa del difícil camino que deben recorrer los padres. Y como los padres pueden tener tropiezos en ese camino, cabe esperar que el psicoanalista esté con el adolescente.” (Citado en Mannoni, 1996, pág. 61-62).

Así, el tratamiento tuvo que centrarse en el síntoma escolar, en cómo éste encubrió todo su malestar, y dado este encubrimiento por qué habría que deshacerse de ese síntoma que está arrojando lo intolerable, lo más oscuro, a lo que la madre no quiere que se tenga acceso, pues quizá para la madre sea igual de intolerable.

¿De qué podemos dar cuenta que el síntoma escolar está cubriendo: la muerte, la sexualidad, la homosexualidad, la ligazón inseparable con la madre, ésta que todo lo sabe, que todo lo puede, que todo lo adivina?

—Y yo, pues yo estoy loca, es un mal hereditario —dijo Jessica—.

Así se tendrá que indagar en el siguiente capítulo, por qué en la transferencia, yo no podía saber, sólo la madre podía saber. Por qué no me acepta

ningún señalamiento, ninguna construcción, todo lo toma como agresión y como si yo me estuviera burlando de ella. Esto, necesariamente, tiene que ver con la transferencia. En la contratransferencia me cae mal, porque ella se cae mal. En la transferencia, pensando en la referencia de la Dra. Julia, yo me engancho como paciente o como terapeuta, yo era qué, no hay diferencia tampoco, no hay claridad de saber qué lugar ocupaba yo para ella, y qué lugar ocupaba yo para mí. Por lo tanto, no podía haber ningún tipo de avance.

## V. El Terapeuta.

¿Qué lo hace a uno psicoterapeuta o psicoanalista? ¿Los estudios, las horas de análisis y supervisión, el reconocimiento de los pacientes y colegas, el título obtenido en alguna institución? ¿O sólo hecho de poder escuchar? Desde mi punto de vista, es difícil contestar a esta pregunta. Discusiones, pleitos, rupturas entre instituciones, formación de nuevas escuelas, etcétera, ha provocado esta pregunta y no es interés de esta investigación contestarla.

¿Cuál es el camino que lo lleva a uno a formarse como psicoterapeuta o psicoanalista? No hay uno sólo camino, realizar estudios de posgrado puede ser una vía, pero me parece que esa es una pregunta muy personal y que sólo tiene sentido su respuesta para la persona que se la plantea y que enfrenta el reto de convertirse en psicoterapeuta o psicoanalista. No es tampoco interés de esta investigación el hablar de la historia personal del autor para justificar su trabajo, es otro el objetivo, pues carece de importancia teórica el asunto y sólo tendría relevancia para el autor mismo.

Lo que entiendo como importante es el presentar mi primer caso dentro de mi formación como psicoterapeuta, las vicisitudes del mismo y cómo pude encontrar un camino a través del caso que me dio luz y lugar como psicoterapeuta. Espero se entienda que cuando me refiero a que el caso me dio luz y lugar estoy refiriéndome al esfuerzo que implica el poder escuchar a un paciente, es decir, uno logra trabajar con pacientes gracias a su análisis, su supervisión y por supuesto a un trabajo teórico disciplinado.

Qué nos asegura que alguien con estudios en psicoanálisis, con análisis y con supervisiones sea un psicoanalista o un psicoterapeuta. Nada, pero como reduce las posibilidades de que no lo sea. Esta es una discusión sin fin. Que me parece que el camino es ése, sí. Que creo que nadie puede asegurar que todo aquél

que siga dicho camino llegue ser un psicoanalista o un psicoterapeuta, tampoco creo que sea cierto del todo, pero la tarea es seguir esos caminos: estudios, análisis y supervisión, ya estará en cada quien con qué compromiso y con qué honestidad enfrenta cada uno de estos caminos, pero el hecho es que hay que andarlos. La paciencia, para recorrerlos y el esfuerzo son elementos imprescindibles que se suman al tiempo para madurar y asimilar lo experimentado con nuestro trabajo y nuestras vidas.

Estas líneas tienen un sentido, sin entrar a profanidad en el tema pero pareciéndome importante mencionar que el recorrido con esta paciente se dio evidentemente en un recorrido paralelo a mi vida personal, que tuvo cambios importantes, como finalizar una maestría, comenzar una vida profesional mucho más en forma y casarme. También, el recorrido en la realización de este trabajo de tesis se dio con otros cambios. Vivir en el extranjero, otros estudios, el comienzo de una formación analítica, nuevo periodo de análisis y un maravilloso hijo. Todo esto me ha acompañado en mis comienzos, en este recorrido que creo que ha influido en mejorar y comprender a mis actuales pacientes y a Jessica en particular. No me queda más que repetirme lo que en algún otro trabajo me dije y, así haciendo más palabras que en algún momento Freud hizo suyas cito:

«No arte ni ciencia solas;  
¡paciencia pide la obra!»<sup>43</sup>

La manera de ordenar esta tesis tiene su razón. Desde mi punto de vista, el caso, sin dejar de ser interesante y complicado, parece convertirse en el centro de la tesis, y no lo que tuviera que ver con el psicoterapeuta.

---

<sup>43</sup> Goete. Fausto en: Freud, S. (1905). Obras completas. Fragmento de análisis de un caso de histeria. Amorrortu Editores. Vol. VII, pág. 16

La razón es la siguiente. Tenía que verse el caso, para poder entonces pensar que hay posibilidades de guiar a los psicoterapeutas en formación y, al mismo tiempo, ayudar a los pacientes de estos psicoterapeutas. Y simultáneamente, el caso y su análisis reflejan mi postura teórica y mi forma de trabajar.

No puedo pensar que el caso de Jessica haya fracasado. La paciente obtuvo otra posibilidad de vivir sin esto ser una vacuna para el resto de su vida. La paciente conoce opciones que en un futuro le podrán dar una claridad y perspectiva a su vida, y la perspectiva que tenía al llegar por primera vez al consultorio no era nada alentadora, pero al finalizar su proceso psicoterapéutico podemos pensar que ella tiene sus propias posibilidades y que decidirá ella sus caminos y las formas de enfrentar su vida. Así mismo, creo que mi labor dentro de este recorrido con Jessica no fue el más afortunado en algunos momentos. Creo que su sufrir me invadió, me paralizó, me dejó sin la posibilidad de poder pensar y escucharla. Pero como ya había mencionado, esa contratransferencia que me paralizaba logra ser superada por las “buenas orejas” de quienes me acompañaron en este recorrido con Jessica, mis compañeros, pero sobre todo mi analista y mi supervisora.

Trataré de explicar cómo entiendo ese proceso, cómo creo que esta paciente a la que llamo mi primera paciente, por haber sido la que llegó primero a un cierre, me permitió el poder nombrarme psicoterapeuta.

### 5.1. La supervisión y la importancia del análisis.

Como ya mencioné oportunamente, el programa de la Maestría de Psicoanálisis e Interdisciplina contaba con una importante innovación en programas de posgrado de Psicología Clínica dentro de la UNAM. Consistía en supervisar los casos clínicos que nosotros, los estudiantes, teníamos dentro de las instituciones con las cuales se tenía convenio, y también -sin ser obligatorio- era altamente recomendable que los estudiantes nos mantuviéramos en análisis.

La supervisión siempre se realizó en forma grupal. En mi caso la Dra. Ana María Fabre era la supervisora y cuatro estudiantes supervisábamos con ella, una vez a la semana durante una hora y media. La dinámica era la siguiente, una vez a la semana uno de nosotros exponía un caso y se discutía, la continuidad de supervisar el mismo caso o no dependía del estudiante.

Quiero comenzar por entender la finalidad de la supervisión, tomé a Grinberg como referente, así nos explica:

Sabemos que uno de los propósitos principales que encierra el proceso de supervisión es lograr que el estudiante adquiera los conocimientos y la destreza necesarios para que se desempeñe lo más adecuadamente posible en su tarea como terapeuta. Es particularmente importante que el supervisor cuide que el estudiante no haga un aprendizaje por imitación, sino basado esencialmente en una asimilación provechosa de todas las nociones que se le vayan impartiendo. Lo primordial será que aprenda a escuchar a su paciente, a tener la capacidad de observar lo que ocurre en la sesión, a comprender y sacar conclusiones y a formular interpretaciones valiéndose de su equipo propio (Grinberg, 1975, pág. 22).

Esta es una finalidad con la que difícilmente se puede estar en total desacuerdo, me parece que abarca de manera general lo que es la supervisión; que

el psicoterapeuta en formación aprenda en y a través del trabajo clínico. Considero que lo interesante es el proceso.

Freud expone, en 1919, en su trabajo *¿Debe enseñarse el psicoanálisis en las universidades?* Que:

Es indudable que la incorporación del psicoanálisis a la enseñanza universitaria significaría una satisfacción moral para todo psicoanalista, pero no es menos evidente que éste puede, por su parte, prescindir de la universidad sin menoscabo alguno para su formación. En efecto, la orientación teórica que le es imprescindible la obtiene mediante el estudio de la bibliografía respectiva y, más concretamente, en las sesiones científicas de las asociaciones psicoanalíticas, así como por el contacto personal con los miembros más antiguos y experimentados de éstas. *En cuanto a su experiencia práctica, aparte de adquirirla a través de su propio análisis, podrá lograrla mediante tratamientos efectuados bajo el control y la guía de los psicoanalistas más reconocidos*<sup>44</sup> (Freud. 1919b, pág. 169).

Como no soy un analista experimentado, de lo único que puedo hablar es de mi experiencia como supervisando y eso trataré de transmitir en estas líneas.

Primero que nada, me parece que es claro que el primer trabajo de supervisión en el que uno se envuelve es, obviamente, a razón de los primeros trabajos como psicoterapeuta que uno realiza. Y esos siempre están envueltos por una angustia muy importante. Pero si a esto le sumamos lo contratransferencial<sup>45</sup>, es decir, lo que el paciente nos provoca, las cosas se complican. No sólo por que la contratransferencia y la transferencias sean aspectos complicados de por sí. Sino porque la ausencia de experiencia nos hace blanco fácil como receptáculos de angustia, dolor, sufrimiento de nuestros pacientes, pues nos es más difícil de observar y por lo tanto de controlar.

---

<sup>44</sup> Las cursivas me pertenecen.

<sup>45</sup> Entiendo la contratransferencia como lo exponen Laplanche y Pontalis: "Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste". (Laplanche y Pontalis. 1983, pág. 84).

Me parece que aquí debería de explicar un poco más lo que sucedió en cuanto a la relación que existió entre la paciente y el terapeuta. Aquí en estas últimas líneas, hago referencia a la contratransferencia y transferencia que se dan en un tratamiento de modo *normal*. Pero habría que explicar que, en este caso particular, por haber sido el que llamo el primero, se suman otros elementos. Pues se puso en juego todo el deseo de ser psicoterapeuta. Es decir, era para mí una oportunidad de mostrar y demostrarme que “devendría” terapeuta después de esto.

Así, queda claro que existía una demanda de la paciente, pero por supuesto que también una mía. Existió una dependencia doble. Creo yo que esa doble dependencia sostuvo el tratamiento. Así, contratransferencialmente despertó en mí muchos miedos de no ser capaz de entenderla, pero a lo largo del caso se resolvió, se le dio a la paciente la oportunidad de hablar y yo me di la oportunidad de escucharla.

Freud dice al respecto de la contratransferencia:

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la «contratransferencia» que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos (Freud. 1910b, pág. 144).<sup>46</sup>

Pero para explicar este punto, el que me involucra, es necesario que me apoye en mi experiencia y así recurro al caso aquí presentado. Jessica, como se describe en la primera entrevista, está completamente inundada de una angustia abrumadora que logra, al mismo tiempo, invadirme. Lo que hoy entiendo que me

---

<sup>46</sup> Sólo cabe aclarar que Freud cambia de idea acerca del autoanálisis y propone un análisis didáctico.

sostuvo ante su discurso tan telegráfico, tan avasallante y tan doloroso fue mi propio análisis.

El haber sido escuchado por algunos años me dio la capacidad de sostener y finalizar esa entrevista. Yo no contaba con mayor experiencia con pacientes, la única experiencia que se hizo presente en ese momento fue la mía como paciente.

Lo que narré dentro de esa primera entrevista fue que, al mismo tiempo que ella se “escurría”, yo me angustiaba y trataba de entender qué sucedía. Creo que la entrevista pudo “salir a flote” gracias a que no quede paralizado, parasitado, del todo por la angustia de la paciente, así pude continuar preguntando e intentando encontrar algo que me guiara a su dolor, algo que me funcionara como hilo conductor y yo poder devolver a ella algo que la hiciera regresar al consultorio en busca de una respuesta a esa angustia.

Algo sucedió, pues no sólo regreso, sino que comenzó un proceso arduo e interesante.

Pero el análisis es condición necesaria más no condición suficiente para la formación de un psicoterapeuta.

Pude “sobrevivir” a la entrevista, pero el comienzo de este tratamiento no se dio sin complicaciones. La primera que me es fácil detectar es esta idea que me surge, en que la paciente tenía que hacerse responsable de algo, económicamente hablando, de su tratamiento. Pero debido a que ella no contaba con recursos propios y a su agrado por dibujar me pareció sencillo pedirle a la paciente que a cada sesión como parte del pago entregase un dibujo<sup>47</sup>.

¿Por qué surge esta idea? Me parece, que soy capaz de detectar en las entrevistas su inmadurez y su simbiosis. Así, pienso en este momento, que esta paciente de 18 años que es muy dependiente de su madre, debía de ser separada y al mismo tiempo, lograr que hiciera con el espacio que yo ofrecía una forma de

---

<sup>47</sup> En el Anexo dos se presentan algunos de los dibujos entregados por la paciente como forma de pago.

compromiso con ella, con su independencia y su madurez. No sabía en ese momento que el tratamiento ya era un factor importante de independencia, separación, y madurez. Sobre todo al momento de ofrecerle ese espacio *sólo para ella*.

Toda esta idea sobre el pago se produce, a raíz de lo escuchado en las entrevistas y por supuesto muy influenciado por la escena de la sala de espera y su supuesta “escapatoria de la madre y de la abuela”. Quizá mi impulsividad me hace actuar de forma tan poco afortunada y no espero a que el proceso psicoterapéutico dé más herramientas para que la paciente pueda pensar su lugar.

Digo poco afortunada porque en ese momento se despertó una transferencia erótica que logró parasitarme y paralizarme, que no me permitió entender, escuchar y pensar. Me avasallo.

Es ahí donde entra la Dra. Fabre en mi supervisión, devolviéndome mi capacidad de pensar y por lo tanto de escuchar.

Quiero apoyarme en Bion, para exponer cómo entiendo que funcionó para mí la supervisión en ese momento. Pues me parece que no fue solamente un lugar donde la teoría y la práctica se conjugaron. Pienso este proceso mucho más cercano a un proceso analítico que a un proceso teórico clínico sin dejar de serlo. Ahí, comparto lo expuesto por Roudinesco en su *Diccionario* sobre el control (supervisión) y también con Laplanche y Pontalis al respecto.

Término introducido por Sigmund Freud en 1919, y sistematizado en 1925 por la International Psychoanalytical Association (IPA) como una práctica obligatoria, para designar el psicoanálisis al que se somete un psicoanalista que también está en análisis didáctico, analiza a un paciente, y acepta ser controlado o supervisado, es decir, acepta dar cuenta a otro psicoanalista (controlador) del análisis de ese paciente. *El control se refiere por una parte al análisis por el controlador de la contratransferencia del controlado respecto del paciente*<sup>48</sup>, y por otro lado al modo en que

---

<sup>48</sup> Las cursivas me pertenecen.

se desarrolla el análisis del paciente.<sup>49</sup> (Roudinesco, 2000, pág. 202).

*Psicoanálisis*<sup>50</sup> llevado a cabo por un analista en período de formación y del cual da cuenta, periódicamente, a un analista experimentado que le guía en la comprensión y la dirección de la cura y le ayuda a tomar conciencia de su contratransferencia. Este tipo de formación está especialmente destinado a permitir al alumno captar en qué consiste la intervención propiamente psicoanalítica, en comparación con otras formas de actuación psicoterápica (sugestión, consejos, orientaciones, esclarecimientos, apoyo, etc.) (Laplanche y Pontalis. 1983, pág. 24).

Como mencionaba, entender mi proceso de supervisión con la Dra. Fabre y de cómo pude darme cuenta de mis sentimientos contratransferenciales, requieren de un paréntesis. El concepto adoptado por Wilfred R. Bion *Reverie o ensoñación* es un instrumento importante para exponer mi idea sobre este proceso. Este concepto según Rafael E. López Corvo:

Se refiere a la capacidad de la madre de desarrollar un órgano receptor que permita metabolizar la información sensorial consciente del bebé y transformarla en elementos alfa y un aparato para pensar. Un desarrollo normal se establece, dice Bion, si la relación entre el bebé y el pecho permite que el bebé pueda proyectar dentro de la madre un sentimiento como, por ejemplo, que se está muriendo, y re-introyectarlo luego, después que su permanencia en el pecho le haya hecho más tolerable para la mente del bebé. Si la proyección no es aceptada por la madre, el bebé siente que su temor de muerte es real y re-introyectará, no un temor de morir más tolerable, sino un terror sin nombre. El bebé se beneficia de esta capacidad de ensoñación o *reverie* de la madre, de la misma forma en que la leche que consume es digerida dentro del canal digestivo (López Corvo, 2002, pág. 281).

---

<sup>49</sup> En francés el original: Contrôle: Terme introduit par Sigmund Freud en 1919 et systématisé en 1925 par l'International Psychoanalytical Association (IPA) au titre d'une pratique obligatoire, pour désigner une psychanalyse conduite avec un patient par un psychanalyste lui-même en cours d'analyse didactique et qui accepte d'être contrôlé ou supervisé, c'est-à-dire de rendre compte de cette psychanalyse à un autre psychanalyste (contrôleur). Le contrôle porte d un côté sur l'analyse par le contrôleur du contre-transfert du contrôlé à l'égard de son patient et de l'autre sur la manière dont se déroule l'analyse du patient.

<sup>50</sup> Las cursivas me pertenecen.

No es mi intención exponer el pensamiento de Bion, pero es necesario aclarar algunos conceptos que con ayuda de López Corvo podré realizar sencillamente.

*Elementos Alfa:* "... representan impresiones tanto sensoriales [...] como emocionales, almacenadas como memoria sirven para la realización de sueños, pensamientos y para formar además barreras de contacto entre el inconsciente y la consciencia." (López Corvo, 2002, pág. 123).

Los elementos alfa intervienen en el pensamiento, la memoria, el lenguaje y en el sueño.

*Elementos Beta:* "Representan impresiones sensoriales idénticas a lo que Bion, siguiendo a Kant, ha llamado la cosa-en-sí-misma. "Lo describió como objetos compuestos de cosas-en-sí-mismas, sentimientos de depresión-persecución y culpa, y por lo tanto, aspectos de la personalidad ligados a un sentimiento de catástrofe". (López Corvo, 2002, pág. 125).

Los elementos beta no se emplean para el lenguaje, el pensamiento o el sueño, sino que pueden ser expulsados por medio de la *identificación proyectiva*: "Término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona (his self), en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo" (Laplanche y Pontalis, 1983, pág. 189).

*Terror sin nombre:* "... se refiere al sentimiento que experimenta el bebé cuando la madre no es capaz de metabolizar la información sensorial de ansiedad que ha recibido de su bebé o, en otras palabras, que la capacidad de *reverie maternal* no existe". (López Corvo, 2002, pág. 334).

*Función Alfa:* "... corresponde a una abstracción usada por el analista para describir una función capaz de convertir información sensorial en elementos alfa y proveer a la mente con el material

para los pensamientos oníricos y en esta forma, ser capaz de despertar o dormir, estar consciente o inconsciente y permitir al *self* además, experimentarse y saber de sí mismo.” (López Corvo, 2002, pág. 161).

Ahora bien, Bion en *Aprendiendo de la Experiencia* explica que:

La función-alfa opera sobre las impresiones sensoriales, cualesquiera que sean, y las emociones, cualesquiera que sean las que el paciente acepta. Mientras la función-alfa opere con éxito, se producirán elementos-alfa y éstos resultarán adecuados para ser almacenados y satisfacer requisitos de los pensamientos oníricos. Si la función-alfa es perturbada, y por lo tanto resulta inoperante, las impresiones sensoriales que el paciente capta y las emociones que a la vez está experimentando permanecen inmodificadas. Los llamaré elementos-beta. En contraste con los elementos-alfa, los elementos-beta no son sentidos como si se tratara de fenómenos, sino como las cosas en sí mismas. (Bion, 1980, pág. 31-32).

Como entiendo mi experiencia de supervisión desde Bion, tiene que ver con el pensamiento; para ser más específicos, sobre su teoría del pensamiento presentada en *Volviendo a pensar*, y con el *reverie*, brevemente expuesta hasta el momento. Pero detengámoslos en *Una teoría del pensamiento* (1962). Bion explica que: “Es conveniente considerar el pensar dependiendo del resultado exitoso de dos desarrollos mentales fundamentales. El primero es el desarrollo de pensamientos. Estos requieren un aparato para manejarlos. El segundo desarrollo, por lo tanto, es el de este aparato que provisoriamente denominaré el pensar (*thinking*). Repito –el pensar es llamado a existir para manejar pensamientos.” (Bion, 1996, pág. 152).

Pero continuemos sólo un poco más, dice Bion:

Limitaré el término “pensamiento” a la conjugación de una preconcepción con una frustración. El modelo que propongo es el de un bebé cuya expectación de un pecho entra en conjugación con la realización de la no existencia de un pecho para su satisfacción. Esta conjunción es experimentada como un no-pecho o un pecho

“ausente” adentro. El próximo paso depende de la capacidad del niño para tolerar frustraciones: en particular depende de si la decisión es eludir la frustración o modificarla.

Si la capacidad para tolerar la frustración es suficiente el “no-pecho” adentro deviene un pensamiento, y se desarrolla un aparato para pensar (Bion, 1996, pág. 153-154).

Lo que yo entiendo desde Bion que sucedió en mi supervisión, es que la Dra. Fabre pudo contener mi angustia y mi desorganización, que era causada por lo que la paciente depositaba en mí y me invadía.

¿Por qué habló del *reverie*? Porque mi supervisora puede ayudarme a metabolizar eso que me invade de la paciente. Me devuelve algo más digerible, y eso me hace recuperar mi capacidad de pensar.

¿Por qué habló de pensar? Por que como entiendo el *reverie*, Bion en su trabajo *Una teoría del pensamiento* explica cómo el *reverie* permite el pensamiento del bebé.

¿Cómo sucede que la Dra. Fabre haya devuelto mi capacidad de pensar?

En los dibujos entregados por la paciente como parte de su pago, podemos observar, como los dibujos aparte de infantilizados tienen una obvia connotación erótica. Para mí, fue sumamente difícil poder observar eso, quizá para ser más claro, debería de hablar de tolerancia no de observación. La Dra. Fabre insistía en que revisara esta situación en mi análisis, pero creo que fue dentro del espacio de la supervisión (espacio que describe Laplanche como psicoanálisis) donde pude ser contenido en este aspecto. Yo tenía que preguntarme, cosa que jamás hice sino tiempo después, como por ejemplo: ¿por qué me pedía disculpas la paciente (dibujo 1)? ¿Por qué una flor, una rosa roja (dibujo 1)? ¿Por qué lo entrega con un encabezado que dice *de: Jessica Para: Vicente?* ¿Por qué un osito con un corazón (dibujo 2)? y ¿Por qué tenía yo que sonreír (dibujo 3)? Aparte que este último dibujo, el tercero, parece tener una serie de espermatozoides voladores como fondo donde se encuentra la carita sonriente. Todo me era muy difícil de entender.

Claro está, que la intervención de mi supervisora tenía que ir en la dirección de cortar ese vínculo dentro de ese consultorio, me estaba convirtiendo en el “novio”, amante, padre, maestro, que Jessica buscaba y no quería. Que obviamente, como ya se explicó, tenía que ver con sus temores incestuosos. Esto, estoy seguro, de haber seguido así, hubiera acabado por terminar con el tratamiento. Fue una intervención muy a tiempo la que realizó la Dra. Fabre.

Ahora, no sólo había que cortar el vínculo con dejar de aceptar los dibujos. Lo que en un principio me parecía una crueldad con la “niñita” -no con la adolescente de 18 años- que asistía al consultorio. Me encontraba cegado para poder entender que era una mujer de 18 años, no podía verla así, todo me era muy confuso y obviamente, dentro del encuadre del consultorio, se repetían aspectos de su vida. Había que explicarle que por el trabajo que realizábamos no se podían aceptar regalos, pues era lo que ella venía trayendo, no pagos, y una forma de cortar con esas transferencias tiene que ver con el dinero. Así, se hizo presente que yo no era su novio, amigo, etcétera, sino que era su psicoterapeuta, que estaba trabajando y que mi trabajo implicaba ciertos honorarios.

Pero existen otros eventos muy tempranos que me fueron imposibles de modificar. La Dra. Fabre insistía en que teníamos que hablarles de usted a los pacientes. Me parecía una exageración en ese entonces. Pero esto no tenía que ver con si era exagerado o no, con si era prudente o correcto. Tenía que ver para mí con ocupar un lugar. No era posible para mí tener el lugar del psicoterapeuta, así las cosas eran más fáciles si ocupaba el lugar de un psicoterapeuta “buena onda”. Jamás logré hablarle de usted a Jessica. No estoy seguro de que hubiera funcionado con ella una distancia en el lenguaje, me parece que la distancia la pude marcar en otras formas. Pero hoy comprendo la importancia de esa distancia y del *usted*, y hoy es algo cotidiano en mi práctica.

Una de las formas muy temprana que encontré para defenderme de su agresión, de sus constantes *no* a toda intervención, de sus *no sé*, de sus *si supiera no estaría aquí*, etcétera, era siendo muy agresivo. Creo que confundía lo directo con lo agresivo. Así, mis intervenciones no se marcaban como hipótesis a pensar, eran directas, hechos. Es por eso que ella reclamaba diciendo que no la entendía y que me burlaba de ella. Claro está que su resistencia jugaba parte importante en estos comentarios, al igual que la mía, pero después con el tiempo y gracias a la supervisión y al análisis, se pudieron modificar este tipo de aseveraciones y Jessica continuó rechazando y defendiéndose de todas las intervenciones, esto pudo modificarse hacia el final, donde ella puede permitirse más un espacio para pensar.

Los silencios, parecían retos, campeonatos de resistencia, y lo escribo en el doble sentido. De resistir el silencio y mantenerlo y de mantener nuestras resistencias al avance terapéutico. Era una buena forma de agredirla y defenderme.

¿Por qué agredirla y defenderme? Porque Jessica difícilmente aceptaba mis preguntas, mis comentarios, mis intervenciones. Todas sus respuestas eran contestadas con un *no sé, no importa* y eso, evidentemente, me enojaba. Me hacía sentir que mi trabajo no era bueno, que no sería posible avanzar con ella.

Todo esto cambia. Comprendo que estaba yo muy comprometido por mí mismo a sacar adelante este caso. Eso tenía que ver con mis propias exigencias y poder demostrarme que servía para esto, y otras exigencias tenían que ver con demostrar a los demás que lo lograría.

La Dra. Fabre me hizo descubrir mis posibilidades de pensar en la clínica, como mi pensar en el momento en que me señalo que sólo yo podría darme el lugar de psicoterapeuta y en un futuro de psicoanalista. Creo que en ese momento pude entender eso. Pero realmente años después, y con reiterados comentarios de

otras personas en ese sentido, pude entender lo que sucedía. Y creo que eso hoy me da la capacidad de exponer mi pensar en esta tesis y sobre este caso.

Con el tiempo, el campo de batalla se dejó. Se convirtió en un espacio terapéutico, donde la paciente al pasar de año escolar pudo permitirse continuar su proceso pensado sobre ella y no circunscribiendo toda la importancia de su vida a su síntoma, no poder estudiar.

Así, Jessica comienza a hablar de su familia, de cómo es invadida, de qué lugar ocupaba en ella y de cómo puede ir buscando distintas posibilidades para poder vivir sin enfrentamientos.

Esta etapa de su tratamiento no fue sencilla. Hasta donde entiendo y, difiriendo en ese momento de la Dra. Fabre, fue un proceso muy importante de separación y diferenciación de Jessica. Pelear y mostrar su punto de vista a la *máxima autoridad* fue desgastante, pero salió victoriosa.

Un proceso en el que Jessica, a pesar de siempre estar preocupada por la escuela, puede luchar, mantenerse, explicar que la abuela no tenía ningún derecho de meterse en su vida, de invadirla como invade todo y de dominar. Jessica, de alguna manera, le dice a la madre que ella no estaba dispuesta a vivir sometida, o por lo menos no lo haría sin pelear.

Aquí, la Dra. Fabre y yo teníamos nuestras diferencias. Ella argumentaba que era muy infantil su respuesta, que sería más inteligente ceder, pedir disculpas y obtener lo que quería. Yo siempre pensé que ella estaba sacrificando algo muy deseado, como el caso del concierto, por algo que sería mucho más benéfico en su vida. Y creo que así fue. Pero todas estas discusiones fueron importantes para pensar el caso, entenderlo y tomar yo un lugar que me había sido difícil encontrar.

Jessica ya no tenía por qué hacer dibujitos, ahora, me hablaba de sus lecturas y me llevaba sus libros para que los viera. Creo que ella y yo

sobrevivimos y pudimos pensar por la oportunidad que la Dra. Fabre nos facilitó de poder tolerarnos.

Lo último que supe de la paciente fue poco después que terminó el tratamiento, se encontraba preparando su examen de ingreso a la universidad para estudiar Literatura Dramática y Teatro.

## VI. Discusión y conclusiones.

Evidentemente, he presentado una forma de abordar un caso desde una posición teórica que da pie a pensar en un determinado diagnóstico. Obviamente existen otras posturas que podrán compartir o no mis planteamientos. Pero lo que me interesa resaltar es, que programas adecuados donde los alumnos podamos ser acompañados, supervisados, analizados y dirigidos en nuestro entender teórico permite que un psicoterapeuta devenga tal.

Me ha costado años finalizar este caso. Pues no terminó el día que la paciente se fue del consultorio, yo podría decir que hoy está concluyendo.

Escribir esta experiencia, el pensar mi trabajo, cuestionarlo, exponerme, ha dado la oportunidad de que yo pueda decir que mi primer caso como psicoterapeuta, ha finalizado.

Uno está todo el tiempo expuesto en este trabajo. No es posible que los años a uno le den algún tipo de inmunidad ante los pacientes y ante uno mismo. Uno nunca puede creer que ya, después de haber finalizado todas las formaciones *habidas y por haber*, haya concluido y decirse psicoterapeuta o psicoanalista y, por lo tanto, dejar entonces el trabajo de supervisión, el teórico y mucho menos el de análisis. Este es un trabajo que tiene que ser exigible de por vida, hay que asumir que siempre estamos en proceso.

Para lo que no se encuentra entendimiento, ya sea en el consultorio o en los libros, hay que hacer un esfuerzo y continuar buscando. Y si nuestro marco teórico no responde a nuestras preguntas, hay que buscar respuestas en otros marcos teóricos, y lo que el psicoanálisis no responda tenemos que buscarlo en la biología, la filosofía, la antropología, etcétera. Uno nunca termina. Uno nunca está listo del todo. Uno puede ser un psicoterapeuta experimentado o un psicoanalista *didacta*, pero eso nunca implica que no haya que seguir explorando y explorándose. No

sólo por el progreso de nuestra disciplina, o por el de nuestros pacientes, sino por el nuestro, así esta exigencia no debería de ser sólo para nosotros los que comenzamos.

Esto me quedó muy claro desde el comienzo de la maestría, pero hoy que termino este trabajo, me declaro un convencido.

Claro, es interminable el análisis, como bien lo dice Freud, y así se puede entender que este caso no queda concluido, mientras Jessica viva, podrá tener siempre la posibilidad de analizarse, lo que estoy seguro que ella ganó es que conoce esa posibilidad y en un futuro, si ella cree requerirlo, sabe que puede hacerlo.

Pero así como es interminable el análisis de un paciente, es interminable nuestra labor y nuestra formación.

Hoy, pensando este caso, puedo entender muchas cosas de las que me sucedieron, y en un futuro estoy seguro que entenderé más. Es por eso que creo que mi labor era transmitir mi experiencia. No hay nada de excepcional en ella, sólo que es la mía y que todo esto aquí expuesto, lo teórico, lo clínico y lo personal me fue dado gracias a la oportunidad de pertenecer a este programa.

Este programa no sólo me hace maestro en psicología, me da la oportunidad de saber que soy un psicoterapeuta y que en un futuro, trabajando encontraré el camino para ser psicoanalista.

Para concluir permítaseme pensar en voz alta:

Jessica, una mujer de 18 años, llegó al consultorio mostrando una serie de defensas y comportamientos muy primitivos, su defensa predilecta el NO y sus somatizaciones dejan sin duda alguna este punto.

Lo primitivo siempre provocará estados distintos en aquel que escucha, así hay que estar alerta para poder saber qué nos provoca. Claro que me provocó algo,

mi primera reacción ante esta mujer después de dejar el consultorio por primera vez, fue que había asistido para orinar mi consultorio, después reparé que era sudor.

Así, mi primera reacción fue que fue a orinarme. ¿Qué sucede ahí? Hasta el momento no tengo respuesta, parte de lo ominoso del terapeuta.

Esa primera entrevista es como un resumen de lo sucedido a lo largo del tratamiento. Hay una violencia que va de ida y de vuelta. Es decir, hay una violencia por parte del terapeuta al interpretar y por parte de la paciente que impone su discurso “enloquecido”. Ella llora y llora, y el terapeuta se empeña en poner en palabras lo que a ella le sucede en el cuerpo.

Al final, las alergias, las idas al médico, la imposibilidad de estudiar quedó de lado. Leía, narraba las historias que leía, pensaba que algunas estaban *bien jaladas* y que otras estaban bonitas.

Dejó el NO como primera respuesta, pero no hay en ningún momento que menospreciar a tan importante elemento dentro de este caso.

Freud en sus texto sobre La Negación (1925) nos dice: “Ahora bien, la operación de la función del juicio se posibilita únicamente por esta vía: *que la creación del símbolo de la negación haya permitido al pensar un primer grado de independencia respecto de las consecuencias de la represión y, por tanto, de la compulsión del principio de placer*<sup>51</sup>” (Freud, 1925b, pág. 257).

Al respecto Jean Hyppolite nos instruye y acentúa la importancia de este texto freudiano:

... digamos el psicoanalizado, dice a su analista: "Va a pensar usted seguramente que quiero decirle algo ofensivo, pero no es realmente mi intención." "Comprendemos", dice Freud, "que se trata del rechazo de la idea que acaba precisamente de emerger por medio de la proyección."

"Me he dado cuenta en la vida corriente de que cuando, como sucede a menudo, queremos decir no quiero por cierto

---

<sup>51</sup> Las cursivas me pertenecen.

ofenderle con lo que voy a decir, hay que traducir por "quiero ofenderle". Es una voluntad que no escasea."

Pero esta observación lleva a Freud a una generalización llena de audacia, y en la que *va a plantear el problema de la denegación*<sup>52</sup> *en cuanto que podría ser el origen mismo de la inteligencia*<sup>53</sup>. Así es como comprendo el artículo en toda su densidad filosófica. (Lacan, 1975, pág. 860).

Freud está centrando en el no, en la negación, parte del inicio del pensamiento. Freud nos expone un elemento único de la constitución del sujeto, *no soy mi madre* podríamos decir, así cabe la pregunta ¿Quién soy?

Continuemos un poco más con Hyppolite:

Tenemos pues aquí un análisis de procedimientos concretos, generalizado hasta encontrar su fundamento en un modo de presentar lo que se es en el modo del no serlo. Pues es exactamente eso lo que lo constituye: "Voy a decirle lo que no soy; cuidado, es exactamente lo que soy." Así es como Freud se introduce en la función de la denegación y, para ello, emplea una palabra con la cual no he podido evitar sentirme familiarizado, la palabra *Aufhebung* [...] Es la palabra dialéctica de Hegel, que quiere decir a la vez negar, suprimir y conservar, y en el fondo levantar. En la realidad, puede ser la *Aufhebung* de una piedra, o también la cesación de mi suscripción a un periódico. Freud aquí nos dice: "La denegación es una *Aufhebung* de la represión, pero no por ello una aceptación de lo reprimido."

Aquí empieza, algo verdaderamente extraordinario en el análisis de Freud, por lo cual se desprende de esas anécdotas, que hubiéramos podido creer que no eran más que eso, un alcance filosófico prodigioso que voy a tratar de resumir dentro de un momento

Presentar el propio ser bajo el modo de no serlo, de eso es de lo que se trata verdaderamente en esa *Aufhebung* de la represión que no es una aceptación de lo reprimido. El que habla dice: "Esto es lo que no soy." No habría ya aquí represión, si represión significa inconsciencia, puesto que es consciente. Pero la represión subsiste en cuanto a lo esencial, bajo la forma de la no-aceptación.

---

<sup>52</sup> Jean Hyppolite da una explicación importante de por que habría que traducir *Die Verneinung* como denegación y no como negación aludiendo al desjuicio. (En la traducción de Etcheverry de las Obras Completas de Freud la palabra *Die Verneinung* es traducida como La negación).

<sup>53</sup> Las cursivas me pertenecen.

Aquí Freud va a conducirnos a través de un proceso de extrema sutileza filosófica, que nuestra atención desaprovecharía groseramente si dejase pasar en la irreflexión de su uso corriente la observación a la que va a apegarse Freud de que "aquí lo intelectual se separa de lo afectivo".

Pues hay verdaderamente, en la manera en que va a tratarla, un descubrimiento profundo.

Diré, llevando adelante mi hipótesis, que para hacer un análisis de lo intelectual, no muestra cómo lo intelectual se separa de lo afectivo, sino cómo lo intelectual es esa especie de suspensión del contenido para la que no sería inconveniente en un lenguaje un poco bárbaro el término sublimación. Tal vez lo que nace aquí es el pensamiento como tal; pero esto no es antes de que el contenido haya sido afectado por una denegación. (Lacan, 1975, pág. 860-861).

Estos dos fragmentos son sobre dos textos riquísimos en pensamiento que me parecía importante citar para esclarecer cómo entendí a Jessica y sus constantes no:

- No quiero pensar,
- No quiero hablar,
- No quiero ser mi madre,
- No quiero separarme de mi madre,
- No se quién soy,
- No lo sé, si supiera no estaría aquí.

Jessica logró pensar. Eso quiere decir, que Jessica logró por lo menos decir No soy mi madre, y quizá en cierta medida se contestó quién era o en algún otro momento de su vida se lo contestará.

Eso ganamos con el tratamiento de Jessica: romper con su no querer pensar pues la madre pensaba por ella.

A Jessica la he descrito como una paciente preedipica, si mi hipótesis fue la correcta, su proceso constitutivo estaba seriamente afectado. Ahora, ella logró moverse de lugar para saber que quiere ser actriz.

## **Bibliografía.**

- Aulagnier, P. (1997). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina.
- Aulagnier, P. (1994). Un intérprete en busca de sentido. Siglo XXI. México.
- Bion, W. R. (1980). Aprendiendo de la experiencia. Editorial Paidós. España.
- Bion, W. R. (1996). Volviendo a pesar. Editorial Lumen-Horme. Quinta edición. Buenos Aires. Argentina
- Bleichmar, S. (1986). En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina
- Bleichmar, S. (1999). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina
- Cohan de Urribarri, A. (1991). En Psicoanálisis con niños y adolescentes. El deseo y el discurso del padre en la constitución psíquica del hijo según Piera Aulagnier. Tomo 1. Núm. 1. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina
- Fenichel, O. (1941). Problems of psychoanalytic technique. Editorial The Psychoanalytic Quarterly, Inc. Estados Unidos de América.
- Fenichel, O. (1945). Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2000). Editorial Paidós. México.
- Fischer, R. (1991). Pubescence: A psychoanalytic study of one girl's experience of puberty. Psychoanalytic Inquirí. Vol. 11. No. 4.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En: Freud, S. (1996) Obras completas. Amorrortu editores. Tomo IV. Buenos Aires.

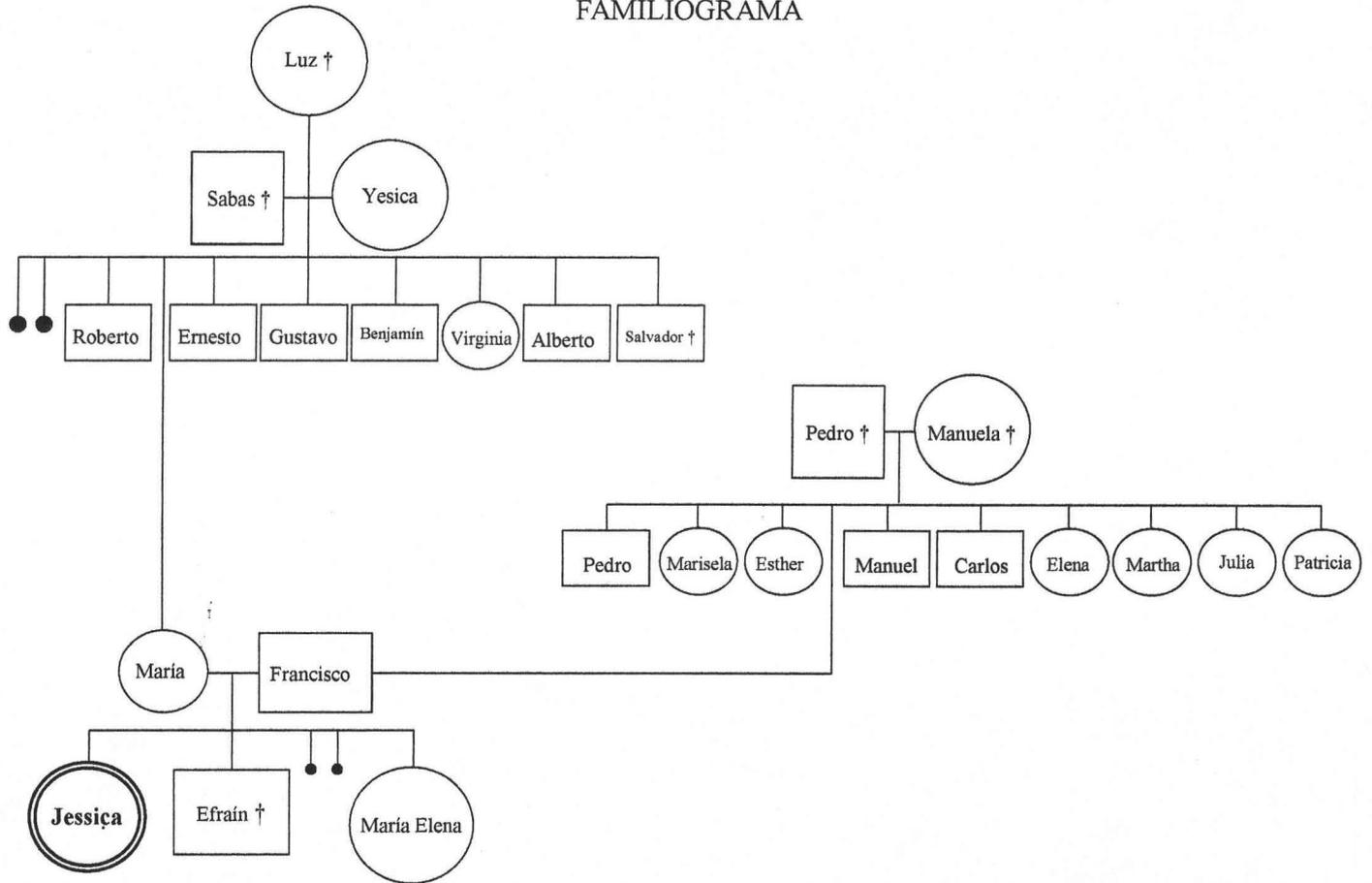
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo VII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1908). La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo IX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1910). Sobre el psicoanálisis “silvestre”. En: Freud, S. (1996) Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1910b). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En: Freud, S. (1996) Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1912a). Sobre la dinámica de la transferencia. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1912b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1912c). Notas sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1914a). Recordad, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II). En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XII. Buenos Aires.

- Freud, S. (1914b). Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIV. Buenos Aires
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III). En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1917a). Duelo y melancolía. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIV. Buenos Aires.
- Freud, S. (1917b). 22ª conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XVI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1919). “Pegan a un niño”. Contribuciones al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XVII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1919b). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XVII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XVIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1923). Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>> En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.

- Freud, S. (1924). Breve informe sobre el psicoanálisis. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1925b). La negación. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XIX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1926). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XX. Buenos Aires.
- Freud, S. (1927). El fetichismo. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXI. Buenos Aires.
- Freud, S. (1933). 31ª Conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1937a). Análisis terminable e interminable. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1937b). Construcciones en el análisis. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXIII. Buenos Aires.
- Freud, S. (1940b). La escisión del yo en el proceso defensivo. En: Freud, S. (1996). Obras completas. Amorrortu editores. Tomo XXIII. Buenos Aires.

- Freud, S. (1986). Sigmund Freud Cartas a Wilhem Fließ (1887-1904). Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Grinberg, L. (1975). La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1975). Comentario de Jean Hyppolite sobre la “Verneinung”. En: Escritos 2. Editorial. Siglo XXI. México.
- Laplanche, J y Pontalis, J.-B. (1983) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor. Tercera edición. Barcelona, España.
- Lebovici, S. y Weil-Halpern. F. (1995). La psicopatología del bebé. Editorial Siglo XXI. México.
- López Corvo, R. E. (2002). Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- Nasio, J. D. (1994). Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Mannoni, M. (1989). El niño retardado y su madre. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Mannoni, O. (1996). La crisis de la adolescencia. Editorial Gedisa. Tercera edición. Barcelona, España.
- McDougall, J. (1996). Alegato por una cierta anormalidad. Editorial Paidós. México.
- Plá, J. C. en versión grabada de una exposición en la II Jornada de AMERPI.
- Roudinesco, E. (2000). Dictionnaire de la psychanalyse. Nouvelle édition augmentée. Fayard. Francia.
- Tustin, F. (1997). Barreras autistas en pacientes neuróticos. Amorrortu Editores. Argentina.

ANEXO 1  
FAMILIOGRAMA



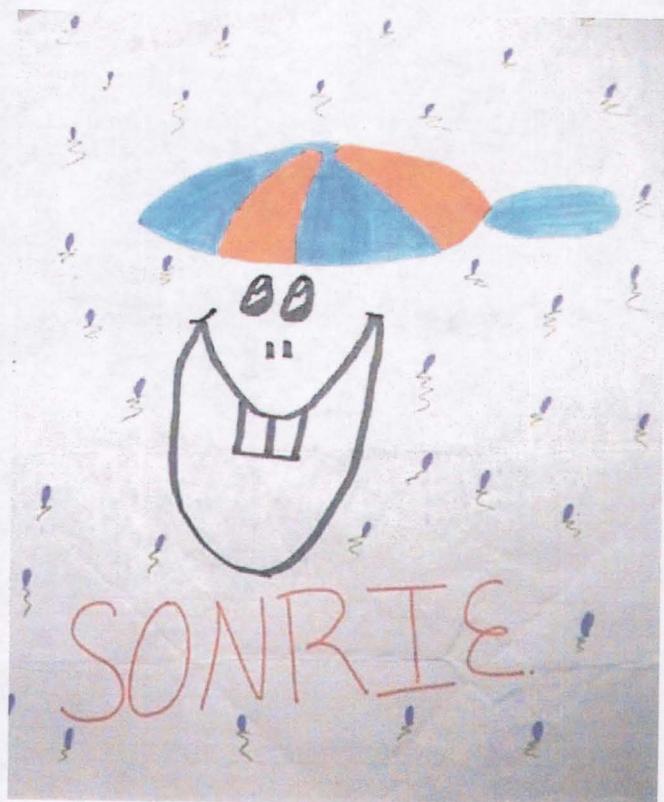
**ANEXO 2**  
**DIBUJOS DE LA PACIENTE**



**Dibujo 1**



**Dibujo 2**



**Dibujo 3**