



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**HACER DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, EXPERIENCIA: DONDE LA ANGUSTIA  
EN CONTRATRASFERENCIA ADQUIERE SIGNIFICADO.**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA  
EUNICE BOTELLO MARIN**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO  
DIRECTOR: DR. JOSÉ CUELI GARCÍA  
COMITÉ: MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES  
DRA. ROSA KORBMAN DE SHEIN  
DR. ENRIQUE GUARNER DALIAS  
DRA. MARTHA LILIA MANCILLA VILLA



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.

## **EN ETERNO AGRADECIMIENTO A:**

Mi mamá, por la mujer que es, su incondicional apoyo y cariño, por su enseñanza en cuanto a buscar de la vida profesional un placer, su ejemplo de profesionalismo, compromiso y dedicación; pero sobre todo por el gran ejemplo de fortaleza para enfrentar lo difícil e inesperado de la vida.

Mi papá, por sus consejos, cariño y apoyo en lo que hago.

Leslie, por ser mi compañera de vida, estar siempre presente en todo momento, por su fortaleza, su confianza y por compartir la alegría de la presencia de una nueva integrante en la familia.

Ti Alejandra, que iniciaste este camino conmigo, por tu inocencia, tu cariño incondicional y tu sonrisa.

Mis compañeros de Maestría, por los buenos momentos compartidos con cada uno desde su muy particular forma de ser, pero sobre todo por estar cuando él se fue.

Los profesores de esta maestría, por su conocimiento y experiencia profesional compartida.

Dra. Boni Blum, por su gran ayuda para la comprensión y análisis del caso que aquí presento, por llegar en el momento indicado, compartir su amplio conocimiento teórico y clínico, su disposición y entrega, ayudarme a simbolizar mi angustia y por esas “pastillitas” mañaneras.

Mtro. Vicente Zarco, por compartir su experiencia profesional, ayudarme a formular las preguntas indicadas, y supervisar el desarrollo de este trabajo.

Dr. José Cueli por su conocimiento y experiencia profesional compartida, y por resaltar la importancia para la comprensión de lo que sucede en el paciente, tanto desde el mundo interno del sujeto, como desde el contexto en el que se desenvuelve.

Y finalmente a la Universidad Nacional Autónoma de México, de la cual es un orgullo formar parte.

## ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	12
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO</b>	
I. ADOLESCENCIA.....	14
Adolescencia: Momento de transición y posterioridad ( <i>nachträglich</i> ).....	14
Posterioridad, <i>nachträglich</i> , <i>après-coup</i> .....	17
Acceso a la sexualidad genital.....	19
Reactualización del complejo de Edipo.....	24
Confrontación generacional.....	25
Elección de objeto exogámico.....	27
Realidad, ideal del yo e identidad.....	27
II. EL ADOLESCENTE EN PSICOTERAPIA.....	29
III. ANGUSTIA.....	32
Angustia: El afecto menos cualificado.....	32
Angustia: Consecuencia de la represión o motivo para la represión.....	35
Primera teoría.....	35
Segunda teoría.....	35
Origen y función de la angustia.....	39
Angustia y adolescencia.....	44
IV. CONTRATRASFERENCIA.....	46
Contratrasferencia y psicoanálisis.....	46
Relevancia de la contratrasferencia.....	48
Disimetría y neutralidad.....	51
Contratrasferencia en la clínica.....	54
Importancia del análisis para el manejo de la contratrasferencia.....	58
V. ANGUSTIA Y CONTRATRASFERENCECIA.....	60
VI. LO CONSTITUCIONAL EN LA RELACIÓN MADRE-HIJO(A).....	64
<b>PARTE II: MÉTODO</b>	
OBJETIVO.....	68
TIPO DE ESTUDIO.....	68
ESCENARIO Y PARTICIPANTES.....	69
PROCEDIMIENTO.....	70

TIPO DE INTERVENCIÓN.....	70
<b>PARTE III: PRESENTACIÓN DEL CASO</b> .....	<b>72</b>
ANTECEDENTES.....	79
LA MADRE.....	81
EL PADRE.....	87
LAS NANAS.....	88
VÍNCULO PACIENTE – TERAPEUTA.....	90
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	100
<b>PARTE IV: ANÁLISIS DEL CASO</b> .....	<b>104</b>
MOTIVO DE CONSULTA.....	104
CAUSA DESENCADENANTE.....	107
LO CONSTITUCIONAL.....	111
DISPOSICIÓN: LA HISTORIA DE REGINA.....	113
Desde la madre.....	113
Desde el padre.....	118
LA ADOLESCENCIA DE REGINA.....	121
Acceso a la sexualidad genital.....	122
Reactualización del complejo de Edipo.....	124
Realidad, ideal del yo e identidad.....	126
DESARROLLO DEL VÍNCULO PACIENTE-TERAPEUTA: ANGUSTIA EN CONTRATRASFERENCIA.....	130
Relación perseguidor-perseguido.....	133
Disimetría y neutralidad.....	135
El uso de la palabra y el lenguaje.....	138
<b>PARTE V: INTERVENCIÓN</b> .....	<b>142</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>149</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>164</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>171</b>

## RESUMEN

A través de la exposición del caso de una adolescente de 14 años, se comparte la experiencia profesional desarrollada a lo largo de la Maestría con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, la cual tuvo su sede en el “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El método que se utiliza es de tipo cualitativo, donde la descripción de las intervenciones realizadas en el proceso psicoterapéutico corresponde al tipo de Estudio de Caso. La línea a desarrollar se centra en los temas de adolescencia, angustia y contratrasferencia, desde una comprensión psicoanalítica.

El marco referencial, queda expuesto en el apartado de Marco Teórico, donde se muestran los fundamentos teóricos que guiaron y sustentaron el análisis y la intervención que se realizó con la paciente.

A partir del estudio del caso y de la revisión bibliográfica, se subraya la importancia de la supervisión y el análisis del propio terapeuta, para complementar los aspectos teóricos y técnicos en el ejercicio clínico; asimismo, se destaca la importancia que tiene para la comprensión de la adolescencia, las adquisiciones, los logros a los que accede el sujeto y el papel que juega el fenómeno de posterioridad (*nachträglich*); donde la angustia ante lo que acontece puede ser una de las causas de conflicto.

Finalmente se refuerza la importancia de los Centros de Atención Psicológica como opciones de apoyo al sector de la población adolescente, donde con el paso de los años se ha observado que el conflicto ha ido en incremento.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescencia, Posterioridad (*nachträglich*), Angustia, Contratrasferencia.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia en la cultura occidental es considerada como una etapa de transición, donde los jóvenes experimentan una gran variedad de cambios tanto físicos como psicológicos. Una de sus características es la consolidación de la identidad, la cual tiene su origen en la infancia, pero en la adolescencia implica una serie de renunciaciones personales y un nuevo enfrentamiento con la realidad, pues se va adquiriendo una representación más realista de sí, se descubre lo propio y lo individual, que distingue al sujeto de su familia y de su grupo de pares. Para lograr esto, es necesario que el yo realice una serie de desidentificaciones y nuevas identificaciones, siempre y cuando estos cambios le representen una imagen de normalidad. Es la etapa en que, finalmente, se espera que se deje de ser niño para convertirse en adulto y a la vez, adquirir un rol social.

En cuanto al contexto social, a lo largo de la historia se han presentado distintos movimientos generados por adolescentes, por tanto la adolescencia no sólo debe pensarse como un periodo individual ya que los sujetos que la atraviesan han llegado a marcar cambios en las generaciones en diferentes niveles, reconociendo que el impacto que tiene cada generación sobre éste escenario dependerá de los recursos con los que cuente el joven en ese momento, tanto a nivel personal como social.

Es aquí donde entra otro de los aspectos característicos del adolescente: La confrontación generacional. Dice Freud: “En el individuo que crece, su desasimiento de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas, del desarrollo. Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre devenido normal lo ha llevado a cabo en cierta medida. Más todavía: el progreso de la sociedad descansa, todo él, en esa oposición entre ambas generaciones.” (Freud, 1909[1908], p. 217)

De tal forma, que al representar un momento de transición, al mismo tiempo involucra lo que serán los próximos adultos que tendrán la responsabilidad de

guiar y educar a los niños y adolescentes que les seguirán, y así sucesivamente, por lo que el impacto social va más allá de sólo un momento histórico-social. Representa en una parte del desarrollo, de toda una sociedad.

En lo que corresponde al propio sujeto, como se verá en lo expuesto en el presente trabajo, la adolescencia implica un segundo momento de constitución, donde la experiencia de la vida infantil, las nuevas adquisiciones, el fenómeno de posterioridad (*nachträglich*) y las perspectivas hacia el futuro de la vida adulta estarán presentes y en constante movimiento; esto se da debido a una serie de cambios, crecimiento y un enfrenamiento con nuevas demandas familiares y sociales; que lo llevan a realizar modificaciones, tanto a nivel intrapsíquico como intersubjetivo, donde las más características son: el acceso a la sexualidad genital, la reactualización del complejo de Edipo, una elección de objeto exogámico y la consolidación de la identidad, así como del carácter.

La adolescencia comprende un nuevo enfrentamiento con la realidad tanto del lado del propio sujeto como del lado de los padres, pues, de alguna manera, es un momento en el que se pone en práctica lo que se ha venido estableciendo a partir de la experiencia infantil; en donde padres e hijos deben reubicar en un nivel más real aquellos aspectos que se encontraban hasta ahora en el plano de la fantasía, en los ideales y en el caso del adolescente, en la idealización de sus padres. Este movimiento implica la asimilación de una serie de heridas narcisistas generadas por la aceptación del cuerpo que se posee, las propias capacidades y habilidades, el hijo que se es y los padres que se tienen; aunque esto conlleva una serie de renunciaciones, la transición adolescente también representa un momento de nuevas adquisiciones.

Como se verá en el caso que aquí expongo, cuando a estas condiciones se le añade una falla en el desarrollo intelectual, en el manejo del afecto o de socialización que viene establecido desde el nacimiento, o bien es adquirido en algún momento del desarrollo, requiere de un trabajo de elaboración más complicado, ya que se suma la forma en que los padres enfrenten la situación que ven en hijo. La actitud que se tome ante ésta, compensará o incrementará la carencia que presente el sujeto.



Kancyper (2007) refiere que es en la adolescencia cuando el sujeto empieza a ser identificado en un rol y en un lugar determinado, lo que marca el punto de partida tanto de su propia identidad como de su identidad sexual; y dicho representante narcisista operará durante toda la vida como un referente a partir del cual el sujeto necesitará efectuar un trabajo de reelaboración constante para lograr su condición subjetiva de un ser vivo con existencia propia. En el momento en que se deja la representación del niño-rey se da la condición para que el yo empiece a nacer.

En este trabajo se presenta a la adolescencia como un momento de adquisiciones y posterioridad (*nachträglich*) más que como un período de duelos, como ha sido presentada por Aberastury y Knobel, o como una división en distintas etapas propuestas por Blos. Ya que, si bien es cierto que con la edad del sujeto implica el enfrentarse a nuevas y distintas situaciones, contextos, y demandas tanto familiares como sociales; esto se podría ubicar, desde los aspectos externos relacionados con el desarrollo de cada individuo y su contexto social. Sin embargo, lo que envuelve al mundo interno se mueve en otros tiempos y es aquí donde se puede colocar el fenómeno de posterioridad. Este fenómeno involucra las experiencias que se van teniendo en el transitar de la vida y que se presentan en un orden subjetivo. Por tanto, podemos ver que las ideas de Freud, como es el caso del desarrollo sexual, siguen vigentes hasta ahora ya que él se enfocó en darle importancia a lo que acontecía en el mundo interno de sus pacientes. Indudablemente la sociedad está en constante cambio y avance, pero esto está colocado en lo externo; como especie humana compartimos ciertas formas de relación, necesidades y afectos que nos constituyen como sujetos.

A partir de lo antes expuesto y como se presentará en este trabajo, el adolescente experimenta una serie de angustias ante lo que experimenta tanto desde su mundo interno como desde la realidad exterior, que en ocasiones por experiencia de vida, no alcanza a manejar o identificar. En estas experiencias pueden estar involucradas situaciones que vivió en su infancia que, de alguna forma, permanecieron latentes, y que resurgen en la adolescencia, generando en el sujeto, una serie de conflictos internos que le impiden desenvolverse en

su entorno. Cuando el sujeto no logra renunciar a sus deseos, surge una conflictiva entre lo que se es o se tiene, y las instancias ideales. Ante esto, una de las alternativas que se puede ofrecer a los adolescentes y a las personas en general, es la intervención mediante un proceso psicoterapéutico.

Durante mi experiencia en la clínica observé como algo común, que la consulta suele estar condicionada por episodios desencadenantes, donde los padres traen a su hijo(a) posterior a un episodio grave o espectacular, como: intento de suicidio, bajo rendimiento escolar, aislamiento, robos, mentiras, consumo de drogas, violencia intrafamiliar o en el colegio, por preocupaciones de los propios padres con relación al comportamiento anormal de sus hijos, o bien, son referidos por el colegio.

En lo que corresponde a los padres, es importante que el terapeuta se identifique lo suficiente con ellos, para apreciar su preocupación e incluirlos, hasta cierto punto, en el proceso psicoterapéutico, sobre todo, en el trabajo con adolescentes entre los 10 y 17 años, dependiendo del caso. La importancia de involucrar a los padres es que pueden dar información valiosa de lo que sucede con el paciente. Se debe tener presente que estos reviven su propia adolescencia y angustias frente a lo que acontece con sus hijos, pues hay padres que se sienten amenazados por éstos, e impotentes para tratarlos, ya que ahora pueden lograr objetivos prohibidos que antes alcanzaban a ser controlados por ellos, como: el acceso a tener relaciones sexuales, enfrentarlos físicamente, cierta independencia, entre otros. Además de que los padres pueden llegar a interrumpir o sabotear el tratamiento.

El adolescente en psicoterapia puede tener logros significativos, pues, como se verá más adelante, además de que vive un segundo apogeo en el desarrollo, como refiere Laplanche (2000), también involucra la adquisición de nuevos medios de elaboración, de dominio, de nuevas representaciones e igualmente de nuevas posibilidades de reacciones fisiológicas y de afectos, de tal forma que introduce un estadio nuevo y una nueva posibilidad de comprensión. Retomando el fenómeno de posterioridad, de igual forma, el adolescente tiene la alternativa de generar transformaciones en su personalidad y la posibilidad de

comprender y reescribir su experiencia de vida en una forma de estructura diferente y transfórmala así, en su propia historia. Por consiguiente, es trascendental generar el espacio para que el adolescente se pregunte y vaya constituyendo su propia demanda.

Bajo esta forma de intervención el terapeuta ocupa un lugar de aliado transitorio, principalmente para el adolescente pero también para los padres (Kancyper, 2007). Ayudando a lograr, con base a las propias capacidades y recursos del sujeto, un nuevo lenguaje, un nuevo modo de elaboración, una nueva batería de significantes, mayor gama de mecanismos de defensa, favorecer el tránsito entre la realidad psíquica y material, y mediar el tránsito entre el yo y el ello, con la participación de la realidad externa y las instancias ideales, que cumplen una función primordial en la adolescencia. De la misma forma, en el tratamiento hay que tomar en cuenta el contexto social y familiar en el que se desenvuelve el paciente y hacia el que busca ingresar.

Así, la psicoterapia con adolescentes funge como un espacio que favorece, apoya y sostiene esta transición, donde lo importante no es restituir el pasado ni buscarlo para revivirlo, sino para rescribirlo en una diferente estructura, ya que representa un lugar donde el sujeto puede reconstruirse, desarmarse y armarse; partiendo de una realidad objetiva, pero a la vez, permitiendo una situación donde los tiempos de su historia se pueden representar sin correr un riesgo, siempre y cuando esto se trabaje dentro de un encuadre terapéutico.

El reporte aquí presente trata del análisis del caso de una adolescente de 14 años que al llegar al Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM, es referida al proyecto PAPPIT, debido a que, cuando tenía ocho años su padre abuso sexualmente de ella. En ese momento se le aplica una valoración psicológica y después de un año es remitida al programa de "Residencia para Adolescentes". Es en ese momento es que empiezo a trabajar con ella. Para la presentación del caso, por motivos de confidencialidad, los nombres fueron modificados.

El tema a desarrollar es la angustia en contratrasferencia desde una comprensión psicoanalítica; ya que, en lo que corresponde a la adolescencia, la primera ocupa un lugar importante debido al aumento de libido y

debilitamiento yoico, reeditando los conflictos internos entre las instancias psíquicas. A esto se suma el despertar de los caracteres de la corporalidad, como son el crecimiento incontrolable, limitaciones o defectos, enfermedad, envejecimiento y mortalidad, imprevisibilidad de ciertos procesos, y el carácter enigmático de las pulsiones, inclinando al adolescente a buscar alguna forma de control que le permita adueñarse de esta situación que en cierta medida, tiene la sensación que se le sale de las manos. Así vemos que los principales generadores de angustia son la separación de objeto, el ataque pulsional y las diferentes situaciones que enfrenta; que, como se verá, lo que genera angustia es una situación de peligro para el yo, ya sea como señal o por un estado de impreparación de éste.

Por mi parte, el análisis de la contratrasferencia en cuanto a la angustia de la paciente, me enfrentó a una serie de situaciones de las que poca experiencia tenía, y que en un inicio no me fueron fáciles de manejar; pero que con la supervisión y mi propio análisis logré ir aclarando. Con el estudio del fenómeno de contratrasferencia adquirí una mayor comprensión de la relación interpersonal que transfería la paciente a la situación terapéutica, además de vivenciar que la intensidad de la contratrasferencia tiene que ver con la intensidad de la angustia, que a su vez, está relacionada con las angustias primitivas, como se verá a lo largo del presente trabajo.

Fédida (1995) señala que las situaciones contratrasferenciales son elementales en el manejo terapéutico que, adecuado al encuadre de la cura, evita que el terapeuta se enfrente de manera directa con la irrupción violenta de los afectos del paciente y de los propios, permitiendo restaurar la situación terapéutica cuando se ve perturbada o destruida.

Por su parte Heimann (1949, en Fédida, 1995), Raker (1959) y Kancyper, (2007) comparten la idea de incluir el fenómeno de contratrasferencia como parte de la teoría psicoanalítica ya que la presentan como un instrumento de investigación de lo inconsciente del paciente, que favorece la detección de situaciones transferenciales actualmente urgentes, además de facilitar la práctica y apoyar en la comprensión y desarrollo de la teoría psicoanalítica.

Retomando un punto importante, como se mencionó anteriormente, las implicaciones de la adolescencia no sólo caen en el sujeto que las vive, sino también en sus padres. En cuanto a la angustia, ambos atravesarán una serie de resignificaciones generadas por la incertidumbre de distintas angustias, como lo veremos más adelante.

Finalmente, a partir de la revisión bibliográfica y del análisis del caso que se presenta y, que tiene que ver con una falla en el desarrollo en las capacidades intelectuales, en el manejo del afecto y en la forma de establecer relaciones; en la adolescencia, se intenta enfatizar la importancia de las distintas adquisiciones y logros a los que accede el sujeto, así como el papel que juega el fenómeno de posterioridad (*nachträglich*); donde la angustia ante lo que acontece es una de las causas de conflicto.

## JUSTIFICACIÓN

La adolescencia no sólo implica lo que vive el sujeto, también tiene un alcance social. En la actualidad, se sabe que la violencia, la delincuencia, la drogadicción y la sensación de vacío, se han incrementado entre los adolescentes; por tal motivo, las opciones que brinda la sociedad a este sector de la población es trascendental, y una de éstas es la intervención del psicólogo, desde un proceso terapéutico, programas de prevención, talleres, o investigación en cuanto a los fenómenos que se observan en la adolescencia.

En cuanto a la intervención psicoterapéutica, en México un gran sector de la población no cuenta con recursos económicos para acceder a un tratamiento particular, por tal motivo, los Centros de Atención Psicológica como con el que cuenta la UNAM, son parte esencial dentro de los servicios de salud que ofrece el país. En estos centros, el costo es accesible y los terapeutas al estar en formación académica y bajo supervisión, cuentan con las herramientas necesarias para una adecuada intervención.

Es aquí donde entra la importancia de la Maestría teórico-práctica en Psicoterapia para Adolescentes impartida por la UNAM, pues además de brindar un servicio a la comunidad; desde el lado del terapeuta, implica un compromiso con la propia formación. Como se sustentará en el presente trabajo, la práctica, la supervisión y el análisis que se lleve, es esencial en el ejercicio clínico. Ya que además de complementar los conocimientos teóricos, permite experimentar y acceder a situaciones, afectos y fenómenos del mundo interno del paciente de los cuales la teoría no alcanza a abarcar.

Cabe aclarar que hay situaciones a las que nos enfrentamos como estudiantes de la maestría, sobre todo con los primeros pacientes, que llegan a mover nuestras propias fibras y por tanto, hay que aprender a detectarlas y manejarlas, pues de lo contrario, pueden representar obstáculos en el tratamiento. Asimismo, el compartir experiencias con colegas y con aquellos que tienen un recorrido más largo en la práctica terapéutica, favorece el enriquecimiento del aprendizaje.

El presente trabajo tiene como finalidad dar cuenta de la experiencia profesional que tuve a lo largo de la maestría y dejar un registro de ésta, para que a su vez, apoye el aprendizaje de otros. Cabe señalar que al realizar este reporte, con el análisis y las supervisiones que tuve del caso posterior al trabajo con la paciente, logré comprender mejor varios de los conceptos que estuve viendo a lo largo de la maestría.

## PARTE I: MARCO TEÓRICO

### I. ADOLESCENCIA

#### ADOLESCENCIA: MOMENTO DE TRANSICIÓN Y POSTERIORIDAD (*nachträglich*)

*La memoria de sí es la transformación de lo vivido en experiencia gracias a un trabajo que cada quien debe hacer por sí mismo si quiere escapar a la condición trágica de la confusión.*  
Fédida<sup>1</sup>

El presente capítulo tiene como finalidad exponer algunos de los aspectos relevantes de la adolescencia, que guardan relación con el caso que presento. Iniciaré con una breve introducción sobre el fenómeno adolescente y posteriormente, se detallarán situaciones concernientes a aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos experimentados por el sujeto durante este período.

La adolescencia inicia con la pubertad, que es un periodo en donde se pone en manifiesto la maduración física y genital. Este momento del desarrollo físico viene acompañado de una elevada exigencia pulsional. A partir de estos cambios el sujeto comenzará a experimentar una serie de situaciones provenientes tanto desde su interior como desde su realidad externa, que conllevan un segundo momento de constitución de su personalidad; donde la experiencia de la vida infantil, las nuevas adquisiciones, el fenómeno de posterioridad y las perspectivas hacia el futuro de la vida adulta estarán presentes durante la transición adolescente; asimismo, el joven enfrentará nuevas demandas familiares y sociales relacionadas con su desarrollo.

Bajo esta perspectiva podemos ver que la adolescencia implica modificaciones tanto a nivel intrapsíquico como intersubjetivo, siendo las características más relevantes: el acceso a la sexualidad genital, la reactualización del complejo de

---

<sup>1</sup> Fédida, 1995, p. 34



Edipo, una elección de objeto exogámico, la consolidación de la identidad, y del carácter.

Alejandro Klein (2002) expone que el movimiento entre lo regresivo y lo progresivo en el adolescente, conlleva a la consolidación de un aparato psíquico maduro, capaz de internalizar los conflictos y de generar la sensación de una interioridad en oposición de un afuera, en este aspecto el sentido de realidad es fundamental. Este movimiento entre los regresivo y lo progresivo *posibilita la inclusión del pasado en el futuro, lo que sin duda relativiza la "pérdida de lo infantil"* (Urribarri, 1990, p. 794). De tal forma que con la maduración del sujeto, las experiencias infantiles tomarán un nuevo sentido, lo infantil se modifica, complejiza y organiza bajo una nueva forma, es decir, se produce una tramitación que de alguna manera, incluye lo anterior.

El adolescente, como lo refiere Kancyper (2007) con el desarrollo genital se enfrenta con una realidad de incompletud centrada en una primer batalla narcisista y que pone en movimiento sus capacidades psíquicas: yo, superyó, ideal del yo, yo ideal; siendo necesaria una reestructuración. Aquí el adolescente debe aceptar la diferencia y su incompletud tanto en el sistema narcisista intrapsíquico como intersubjetivo (con los padres); por tanto realizará, a partir de la desidealización de los padres, una serie de desidentificaciones e identificaciones que, complementadas con sus propios recursos, darán la pauta para la adquisición de su identidad.

Sin embargo, la consolidación de la identidad no es algo sencillo, y el adolescente generalmente presenta una preocupación por la normalidad; Tubert (2000) señala que el sujeto no puede continuar sosteniendo su cuerpo como ideal y para restaurar esta herida narcisista donde está involucrada la pérdida de la omnipotencia, necesita configurar un nuevo ideal en función de ciertos modelos que se le ofrecen. El adolescente estará en una búsqueda constante del ser del sujeto, quién es, que lugar ocupa o anhela ocupar en el mundo que si bien es una problemática propia de la adolescencia, puede llegar a constituir un conflicto en la vida adulta cuando no es librado durante este período.

Por otra parte, las nuevas adquisiciones, el acceso a la genitalidad y a la independencia de los padres representan un logro para el adolescente. Urribarri (1990) comenta que la adolescencia no se caracteriza por pérdidas, sino por el cambio y la transformación, ya que el desarrollo no sólo implica la pena por lo que se deja, sino una satisfacción de lo que se logra y de lo que se progresa; esto último debe ser lo prioritario ya que de ser lo contrario se puede generar una detención o regresión en el sujeto.

Así, se puede pensar que el conflicto en el adolescente se desencadena a partir de cómo éste vive y enfrenta los cambios antes mencionados, y del significado tienen para él; un ejemplo de esto se puede observar cuando el adolescente idealiza lo infantil, generado por una dificultad de tramitar los aspectos implicados en el pasaje por la adolescencia, o debido a que presenta una angustia ante lo nuevo e inesperado que no logra manejar.

A este respecto Urribarri (1990) señala que las vacilaciones o trastornos relativos que se observan en el adolescente, pueden ser explicadas en cuanto a la necesidad de incluir las nuevas capacidades y funciones frente a las que se encuentra desconectado, ya que aún desconoce sus propias posibilidades efectoras y placenteras, en coordinación con sus deseos y afectos; así como el equilibrio entre la aceptación y la exigencia de su medio, con un predominio yoico en la organización de su vida, acorde a un sistema valorativo y de ideales cambiantes que regulen su accionar y orienten su vida.

Es importante comentar que en esta asimilación y vivencia de nuevas experiencias, uno de los recursos más utilizados por el adolescente, es la fantasía, ya que ésta le permite una fase preparatoria al hacer sucesivos ensayos, a diferencia del mundo real.

La transición adolescente no sólo influye en el sujeto que la vive, también los padres se verán afectados por las implicaciones de este fenómeno, donde revivirán su propia adolescencia. En ambos habrá una confusión y enfrentamiento entre las instancias ideales, así como una serie de heridas narcisistas. Por su parte, los padres tendrán que renunciar al anhelo del hijo

ideal y realizarán una serie de modificaciones intrapsíquicas, acomodaciones conductuales y duelos. Sin embargo, esto no siempre es una tarea fácil como lo veremos en análisis del caso que presento.

En cuanto a las actitudes que toma cada sociedad ante los jóvenes que se encuentran en el período adolescente, Tubert (2000) refiere que a medida en que la sociedad tienda a facilitar y proporcionar recursos para la entrada a la vida adulta, en virtud de la transición generacional, como son los valores propios de la cultura y las normas institucionalizadas, se favorece emocionalmente el apoderamiento por parte del adolescente, de las funciones adultas y el desarrollo de sus capacidades y posibilidades individuales.

### **POSTERIORIDAD, *nachträglich*, *après-coup***

Como sabemos, la adolescencia aunque esté marcada por la entrada del sujeto a la pubertad, no se define a partir de los cambios genéticos, sino que representa un proceso de continuidad temporal de distintos acontecimientos de la vida infantil, los cuales se presentan con posterioridad (*nachträglich*) a partir del crecimiento y desarrollo del sujeto, así como de la experimentación de nuevas vivencias por parte de éste, y la proyección que tiene hacia el futuro de su vida adulta. Por tanto, para la comprensión de la adolescencia, es importante tener presente lo que implica el concepto de posterioridad. Kancyper (2007) señala que la adolescencia representa un segundo apogeo del desarrollo, es la etapa privilegiada de la resignificación y la alternativa que tiene el sujeto para generar transformaciones en su personalidad.

Ya desde Freud, el concepto de posterioridad ha tenido un papel relevante, principalmente en lo relacionado con la temporalidad y causalidad psíquicas, donde se involucran las experiencias, impresiones y huellas mnémicas; de la misma manera, está íntimamente relacionado con la conformación del trauma en dos tiempos. Laplanche (2000) comenta que cada estadio del desarrollo humano, aporta un nuevo lenguaje, un nuevo modo de elaboración, una nueva *batería de significantes* y reacciones fisiológicas nuevas.

En cuanto a la adolescencia, lo que se debe resaltar del fenómeno de posterioridad (*nachträglich*), es lo señalado por Laplanche (2000). Este autor menciona que se trata de un *a posteriori*, que más que ser una resignificación, es el ensamble de dos escenas o elementos sucedidos en tiempos diferentes, donde el segundo momento puede estar marcado por una nueva experiencia o bien, por un acceso a un nuevo grado de desarrollo. Este ensamble implica que la escena anterior sea recompuesta por la presencia de una escena posterior; hay que aclarar que no es un efecto causal que implica un determinismo lineal, puesto que lo anterior no está necesariamente destinado a reaparecer en un futuro marcado por el destino, sino que, la conexión de ambas escenas, se debe a una situación anterior que quedó latente, ya que no pudo integrarse plenamente a un contexto significativo y es a partir de la interpretación, construcción e historización que vive el sujeto, que adquiere un nuevo significado, una nueva eficacia psíquica o bien un poder patógeno.

Siguiendo con la misma idea, Kancyper (2007) señala que el fenómeno de posterioridad representa un movimiento donde el pasado misterioso, repetitivo e incomprensible de la vida infantil, reaparece súbitamente en una realidad más clara y audible, que al ser integrado y reordenado en la realidad psíquica, permite al sujeto rescribir su propia historia.

Por su parte Urribarri (1990), expone que el pasado irrecuperable como tal, por parte del adolescente, continúa existiendo psíquicamente por posterioridad, lo que le permite adquirir un sentimiento de identidad, pese a los cambios que vive. Esta integración le permite seguir en un continuo donde la rapidez del presente se proyecta hacia un futuro altamente catequizado, otorgando al adolescente un sentido de continuidad yoica. Esta noción del tiempo no sólo da una nueva significación al pasado, sino que da pie a que se proyecte en el futuro, la posibilidad de concretar anhelos y satisfacer los deseos que se complementan con las capacidades, posibilidades e ideales, a partir de los que se organiza un proyecto de vida.

## ACCESO A LA SEXUALIDAD GENITAL

La sexualidad es un tema aún vigente, pues es de gran interés tanto a nivel personal como social, sobre todo en la adolescencia, donde constantemente se realizan distintas investigaciones. Para fines del presente reporte, sólo se tocarán los aspectos relacionados con el acceso a la sexualidad genital, propio de la adolescencia, tomando como eje central el texto de Freud de 1905: “*Tres ensayos sobre una teoría sexual*”.

Desde la teoría psicoanalítica, el desarrollo sexual inicia desde la niñez, pasando por un período de aparente interrupción marcado por la latencia, donde la sexualidad se manifiesta a través de otras actividades (juego, actividades académicas, por dar un ejemplo), reactivándose en la pubertad, donde se observa un predominio de la pulsión genital.

En el acceso a la sexualidad genital, el fenómeno de posterioridad ocupa un lugar relevante en lo que corresponde a las nuevas experiencias relacionadas con la sexualidad que vive el adolescente, ya que el desarrollo de ésta, está marcado por desfases temporales, y uno de estos momentos de la sexualidad humana está caracterizado por la pubertad. De tal forma que “si bien en la vida psíquica no es habitual que un recuerdo despierte un afecto que no conllevó como vivencia, eso es algo por entero habitual en el caso de la representación sexual [...] toda persona adolescente tiene huellas mnémicas que sólo pueden ser comprendidas con la emergencia de sensaciones sexuales propias [...]” (Freud, 1950, p. 404)

Así vemos que con el advenimiento de la pubertad, la sexualidad que durante la infancia era una sexualidad *autoerótica* donde predominaba la ternura, en este nuevo escenario, pasa a una sexualidad *genital*, donde el *hallazgo de objeto* cumple un papel predominante, presente ya, desde la vida infantil, y que en la adolescencia termina por lograrse; “la fórmula para la nueva función de las zonas erógenas sería: Son empleadas para posibilitar, por medio del placer previo que ellas ganan como en la vida infantil, la producción del placer de satisfacción mayor.” (Freud, 1905, p. 192)

Al concluir la adolescencia se esperaría que en la vida adulta hubiera una incorporación en el desarrollo sexual de estos dos momentos: la sexualidad infantil y la sexualidad adolescente, conservando la ternura y la sensualidad correspondiente; sin embargo, es sabido que alcanzar esta meta no es cosa fácil, y en la mayoría de los casos, representa más bien un ideal. En la adolescencia, el sujeto empieza a reconocerse como perteneciente a uno u otro sexo, que derivará en su identidad sexual.

Freud<sup>2</sup> argumenta que a partir de la maduración genital, hay un nuevo enfrentamiento con la diferencia anatómica de los sexos, que a diferencia de la edad infantil, es contrastada tanto por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como por la adquisición de nuevas capacidades psíquicas. El adolescente concibe que sólo posee un sexo entre dos posibles, y que le fue dado sin que lo eligiera, lo que lo lleva a una pérdida de la sensación de omnipotencia y de completad. En este momento, la noción de lo irreversible y la muerte adquieren un lugar elemental. Es sólo con la pubertad, que se establece la separación entre el carácter masculino y femenino, siendo, el fantasma de la homosexualidad, generalmente, un temor en la adolescencia.

A éste respecto Tubert (2000) refiere que el adolescente se ve obligado a vivenciar de forma pasiva toda una serie de transformaciones físicas y hormonales que se apoderan de su cuerpo, y que vienen acompañadas tanto por demandas de impulsos pulsionales como por demandas provenientes desde lo social.

Desde esta perspectiva, como lo expresa Alejandro Klein (2002), el período adolescente es inseparable del trauma, ya que en ambos fenómenos está implicado un cuerpo extraño, que adquiere esta cualidad por su imprevisibilidad, lo que hace que la sexualidad para el adolescente sea enigmática, pues está lejos de ser simplemente una sexualidad biológica y genital.

---

<sup>2</sup> Es importante tener presente que: "La activación autoerótica de las zonas erógenas es la misma en ambos sexos, y esta similitud suprime en la niñez la posibilidad de una diferencia entre los sexos como la que se establece después de la pubertad." (Freud, 1905, p. 200)

Urribarri (1990) refiere que a partir de las modificaciones corporales, la percepción de nuevas sensaciones tanto internas como externas, la aparición de nuevas funciones y el ser visto de forma distinta por otros; hace que el adolescente incorpore gradualmente y dé un nuevo significado a estos elementos, al mismo tiempo en que se modifica la representación psíquica del propio cuerpo. En esta reincorporación no se pierde la representación del cuerpo infantil sino que se encuentra incluida en la transformación que dicha representación sufre y desde la posterioridad permite una continuidad en el cambio y en el tiempo. Aquí, cabe señalar como lo refiere Laplanche (2000), que la pubertad es un período de adquisición de nuevos medios de elaboración, de dominio, de nuevas representaciones e igualmente, de nuevas posibilidades de reacciones fisiológicas y de afectos, de tal forma que introduce un estadio nuevo y una nueva posibilidad de comprensión.

Para el adolescente el enfrentarse a este nuevo cuerpo implica una dimensión real y material, donde entra en juego el valor que se tiene del cuerpo y el propio deseo, de tal forma que se busca una articulación entre la corporalidad, la sexualidad y la sexuación, que implica la posición de cada sujeto con respecto a la dualidad de los sexos. Como es señalado por Tubert (2000), la sexualidad femenina y masculina apuntan hacia una organización pulsional y a la elección de objeto, es decir, a la configuración del sujeto deseante con un cuerpo genitualmente diferenciado en relación a otro sexo.

Como es descrito por Freud (1905), en todos los casos en que se producen nuevos lazos y nuevas composiciones donde están implicados mecanismos complejos, como es la adolescencia, se pueden presentar perturbaciones patológicas por irrupciones en el reordenamiento de la sexualidad, de tal forma que las perturbaciones de la vida sexual se deben considerar como inhibiciones del desarrollo. Con la presencia de los cambios propios de cada sexo, lo trascendente se da en la necesidad de articular igualdad y diferencia, y como lo expone Tubert (2000), en no quedar capturados en una posición narcisista ni paralizados ante la carencia que supondría el poseer un sexo en un universo en el que existen dos.

Con lo mencionado en los párrafos anteriores es importante señalar que para la comprensión de la sexualidad se debe tener presente que ésta “ [...] no es un camino lineal que va de la pulsión parcial a la asunción de la identidad, pasando por el estadio fálico y el Edipo como mojones de su recorrido, sino que se constituye como un complejo movimiento de ensamblajes y resignificaciones, de articulaciones provenientes de diversos estratos de la vida psíquica y de la cultura, de las incidencias de la ideología y de las mociones deseantes.” (Bleichmar, S., 2006, p. 96)

Dentro del desarrollo de la sexualidad un tema estudiado por Freud, que está relacionado con la problemática del caso que presento en este reporte, es la inserción temprana de una sexualidad genital por parte del adulto, cuando el infante aún se encuentra en otro momento de maduración y de elaboración psíquica de su sexualidad.

En 1905 Freud señalaba que algunos niños presentan angustia ante los relatos donde los “espantaniños” son los culpables de reproducir la angustia infantil que se produce ante la presencia de un extraño, por la añoranza de la persona amada<sup>3</sup>; la explicación que ofrece, es que en estos casos, puede haber una hipertrofia, o bien, el desarrollo prematuro de su sexualidad, o es suscitada por los mismos excesos; de tal forma que el niño tiene la misma reacción que un adulto: cuando no puede satisfacer su libido, la muda en angustia.

Ahora bien, en cuanto al fenómeno de posterioridad, Freud expone en 1896 y lo retoma más tarde, en 1898, que una vivencia sexual en la época de inmadurez, al ser recordada en el período de madurez sexual, o bien, después de ésta, puede devenir en un efecto patógeno y sólo en mínima medida despliegan un efecto en la época en que se producen. Esto sucede ya que el efecto excitador que el recuerdo ejerce sobre el sujeto, es incomparablemente mayor al que en su tiempo produjo la vivencia, debido a las modificaciones generadas por la pubertad tanto en el aspecto somático como psíquico; pues el efecto retardado arranca las huellas psíquicas que han quedado como secuela de las vivencias sexuales infantiles. Justamente, estos efectos retardados

---

<sup>3</sup> Para complementar esta idea ver capítulo “Origen y función de la angustia”, página, 40.



(*nachträglich*), producidos como vivencias frescas a nivel inconsciente, son producto de los traumas infantiles. Esto se puede ver ejemplificado en el caso Emma expuesto por Freud, en 1895<sup>4</sup>.

Para comprender lo que sucede en el sujeto, cuando hay una inserción prematura de la sexualidad, hay que tener presentes algunos aspectos de la latencia. Freud (1905) explica que tanto la influencia externa como la seducción en este período, donde la sexualidad esta dirigida a otro tipo de actividades, pueden provocar intrusiones hasta llegar a cancelarlo, perjudicando la posibilidad de educar al niño.

Con relación a la capacidad que tiene el infante de simbolizar, Laplanche (2000) refiere que el juego entre dos escenas representadas por la noción de sexual-presexual, sólo puede entenderse por relación a la mutación en la capacidad de simbolizar. De tal manera que lo sexual que irrumpe en la etapa pre-sexual, en un estado de impreparación para simbolizar, es lo que define a la primera escena, implantándose en el yo del sujeto desde el exterior, en un momento de impreparación. Esta primer escena puede recuperar un sentido sexual, que implantada en el sujeto, ahora lo ataca desde el interior como pulsión y no desde el exterior como había sucedido originalmente. En este segundo momento, el yo es sorprendido debido a que, aunque ha habido dos tiempos, el primer tiempo no ha podido actuar como señal para el otro, generando desbordamiento y espanto en el sujeto.<sup>5</sup>

Finalmente, como es sabido y he corroborado con la experiencia clínica, pese a que el manejo de la sexualidad de los adolescentes por parte de los padres y profesores, llega a ocupar una de sus principales preocupaciones, hay una mayor tolerancia y manejo de éstos hacia las agresiones que puedan recibir del adolescente, que ante situaciones donde el erotismo esté presente.

---

<sup>4</sup> Freud, 1950 [1895]. *Proyecto de psicología* p. 400.

<sup>5</sup> Para complementar esta idea ver capítulo "Segunda Teoría", página 35.

## REACTUALIZACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO

En la adolescencia, a consecuencia del incremento pulsional, se reactualizan los deseos preedípicos generando una modificación en el superyó, que, a diferencia de la vida infantil, deberá revocarse y favorecer la actividad sexual. Para esto, el complejo de Edipo se pondrá de manifiesto nuevamente, ya que, como sabemos, desde Freud (1905), es el complejo nuclear de la neurosis en el que culminará la sexualidad infantil, como se he venido desarrollando. El complejo de Edipo tiene gran influencia sobre la sexualidad del adolescente. De tal forma, se debe pensar la situación edípica como una reactualización, en una dimensión diferente al complejo infantil.

“Este recentramiento significa que el complejo de castración será planteado en adelante como una condición *a priori* que regla el intercambio interhumano como intercambio de objetos sexuales; condición *a priori* en que resultan indispensables el derecho y la prohibición: el derecho al hijo –o el derecho al falo adulto- es correlativo de una interdicción.” (Laplanche, 2000, p. 151) Así, con la reactualización del complejo de Edipo el adolescente tiene que realizar una renuncia definitiva a la elección incestuosa de objeto. Cuando no se presenta dicha renuncia, puede enfrentar una profunda perturbación en su desarrollo psicosexual.

Esta renuncia corresponde a la re-asunción de la prohibición del incesto y tiene gran relevancia para la futura elección de objeto exogámico. Como lo refiere Urribarri (1990) es aceptada siempre que el adolescente pueda acceder al contacto genital y a la vida amorosa de pareja que es socialmente aceptada, lo que representa un incentivo de placer que promueve dicho proceso. Pero como lo señala Freud (1905), ni siquiera quien ha evitado la fijación incestuosa de su libido se sustrae por completo de su influencia.

Urribarri (1990) señala que los objetos a los que debe renunciar el adolescente no sólo son los más significativos y deseados que ha tenido y tendrá en su vida, sino que en esta separación enfrenta dos obstáculos principales; uno representado por la renuncia a los padres aún presentes, sin perder el vínculo

con ellos, y el otro representado por la renuncia al ligamen altamentepreciado y anhelado, el cual deberá tocarse por una relación deserotizada, donde predomine el cariño y la ternura.

Sabemos que los vínculos que se establecen en la infancia con los padres, son de gran importancia para la futura elección de objeto sexual, por tal motivo, como fue expuesto en el capítulo sobre *El acceso a la sexualidad genital*; cualquier perturbación por parte de los padres puede tener consecuencias en el desarrollo de la sexualidad del sujeto en su vida posterior. Como veremos más adelante, en el análisis del caso que presento.

### **CONFRONTACION GENERACIONAL**

Durante el período adolescente la confrontación entre generaciones es un punto nodal para la adquisición y formación de la identidad individual y social. Dice Freud: “En el individuo que crece, su desasimilación de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas del desarrollo. Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre devenido normal lo ha llevado a cabo en cierta medida. Más todavía: el progreso de la sociedad descansa, todo él, en esa oposición entre ambas generaciones”. (Freud, 1909, p. 217)

En este momento el sujeto requiere conquistar un territorio psíquico y social, independiente de las figuras parentales, que no tiene y anhela; sin embargo, en este movimiento siempre está presente una amenaza de dependencia. Por tal motivo, es común que el adolescente experimente una constante ambivalencia hacia sus padres. Urribarri (1990) refiere que cuando los elementos de odio y resentimiento son los que predominan, lo que se promueve es un enfrenamiento encarnizado; por tanto, para que el adolescente logre realizar la renuncia, deben predominar los sentimientos amorosos, de tal modo que neutralicen los impulsos hostiles, y que el amor hacia el padre del mismo sexo, promueva su apartamiento y no un temor hacia él o un enfrentamiento.

Tubert (2000) argumenta que, en el caso de la joven adolescente, el conflicto más perceptible corresponde a un vínculo ambivalente con la madre, quien por un tiempo tiene el papel de modelo de identificación, objeto de amor y rivalidad, esta relación marcará la feminidad de la joven.

En este movimiento de búsqueda de autonomía, el adolescente requiere de la presencia y permanencia de un otro que le permita la confrontación generacional en la realidad material, sin que el objeto represente una amenaza.

Siguiendo con esta idea, Kancyper (1993), en cuanto al tipo de confrontación de los adolescentes hacia sus padres, señala que, clínicamente, se pueden agrupar en tres categorías:

- Los que son incapaces de confrontar a los padres y hermanos.
- Los que se perpetúan en una interminable confrontación a través de un desafío fanático.
- Los que han superado el desafío fanático y han logrado efectuar un desafío trófico, obteniendo los efectos estructurales para la adquisición de la identidad, que provienen de la confrontación edípica y fraterna.

Agrega, que la denegación de la lucha generacional provoca severas perturbaciones en la identidad.

En otro momento, Kancyper (2007) expone que el adolescente sabe que necesita alejarse de aquello que hasta ahora ha constituido su fuente de seguridad: sus identificaciones parentales y su ideal del yo. Ante esta separación de los padres, el adolescente buscará en el grupo de pares, sustituir algunas de sus funciones ejercidas hasta ahora por éstos, por tal motivo, sus relaciones son altamente catectizadas y generalmente son opuestas a sus padres. Urribarri (1990) afirma que en este tiempo hay coexistencia del nuevo objeto y del objeto anterior aún no plenamente resignado.

## **ELECCION DE OBJETO EXOGÁMICO**

A la par del desarrollo sexual, desde el lado psíquico, se consuma el hallazgo de objeto preparado desde la más temprana infancia, y es durante el período de latencia donde el niño aprende a amar a otras personas que remedian su desvalimiento y satisfacen sus necesidades. Así vemos que “[...] la pulsión sexual pasa a ser, regularmente, autoerótica, y sólo luego de superado el período de latencia se restablece la relación originaria. No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor. El hallazgo (encuentro) de objeto es propiamente un reencuentro.” (Freud, 1905, p. 202)

Freud (1905) comenta que existen dos caminos para el hallazgo de objeto, el primero, que tiene que ver con lo mencionado en el párrafo anterior, se realiza por apuntalamiento en los modelos de la vida infantil, y el segundo, el narcisista (homosexualidad), está relacionado con la búsqueda del propio yo, reencontrándolo en otros.

Los primeros vínculos heterosexuales que establece el adolescente son generalmente transitorios y poco comprometidos, ya que en realidad lo que está en juego es el movimiento entre desidentificaciones y nuevas identificaciones. Anna Freud (2007) expone que el adolescente más que desear la posesión del objeto en el sentido corporal, su interés parece ser la asimilación de la persona amada en ese momento, donde después de estas pruebas y paulatinas renunciaciones se llega al desenlace edípico, y es cuando surge un nuevo tipo de posibilidad de ligarse al objeto, referido por Freud (1905) como *hallazgo de objeto*.

## **REALIDAD, IDEAL DEL YO E IDENTIDAD**

Con los cambios que experimenta el adolescente y a partir de la confrontación que lo somete la realidad, hay un debilitamiento en el narcisismo secundario y un reacomodo en las instancias ideales, donde el ideal del yo funge como la instancia más diferenciada y relativamente autónoma. Esta participación del

ideal del yo, como lo refiere Tubert (2000), ofrece un relevo para el narcisismo una vez que el yo no puede sostenerse como ideal, puesto que ha tenido que enfrentar sus debilidades y carencias; además de ser el medio utilizado para controlar lo desconocido que la corporalidad evoca.

Tanto el adolescente como sus padres, deben renunciar a la imagen ideal concebida en la infancia, donde el cuerpo, las capacidades y habilidades del sujeto son los protagonistas. Sin embargo, esto no es una tarea fácil, por ejemplo, en cuanto a la renuncia del cuerpo ideal, el adolescente puede llegar a presentar un conflicto cuando hay una discordancia entre lo anhelado y lo que aparece, ya que los cambios corporales están basados en determinantes genéticos y no en el propio deseo o en el de los padres. En la actualidad, el incremento de casos en trastornos alimenticios, es común entre los adolescentes; y parte de su frecuencia se debe a los estándares sociales en cuanto a éste. Hay que aclarar que los Trastornos Alimenticios, requieren de una exploración más detallada, y no sólo se basan en lo mencionado anteriormente; pero es un tema que sale del alcance de lo que se presenta en este trabajo.

Retomando el tema de la consolidación de la identidad en el adolescente, en este movimiento, como lo señala Urribarri (1990), los ideales son puestos en otros objetos y no en las figuras parentales como había sucedido hasta ahora. Hacia los padres hay una desidealización que está más ligada al pasaje del yo ideal al ideal del yo, al distanciamiento de las figuras parentales como soporte narcisista y a la declinación de la omnipotencia de éstos, la cual, a su vez remite a la del sujeto.

A partir de esta serie de renunciaciones y enfrentamientos con la realidad el adolescente va adquiriendo una representación más realista de sí, donde descubre lo propio, lo individual, que lo distingue de su familia y de su grupo de pares. Es decir, el yo realiza sucesivamente desidentificaciones y nuevas identificaciones para consolidar su identidad, siempre y cuando estos cambios representen para éste una imagen de normalidad.

Cuando el sujeto no logra renunciar a sus deseos, se genera una conflictiva entre lo que se es o se tiene y las instancias ideales. Por ejemplo, como lo explica Tubert (2000), cuando el cuerpo o la imagen que el adolescente tiene de éste, no responde al ideal, el yo no puede identificarse con éste y es necesario situar al ideal en otro espacio, de tal forma que se desprende de él y busca un refugio en su mundo interior.

Esto puede suceder de manera similar en los padres, cuando por situaciones constitucionales que salen de su alcance, su hijo(a) no logra cumplir con las expectativas puestas en él, como se verá más adelante en el análisis del caso de *Regina*.

## **II. EL ADOLESCENTE EN PSICOTERAPIA**

La psicoterapia con adolescentes al igual que se ha visto en el trabajo analítico con niños, afecta al terapeuta de forma distinta dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el paciente, particularmente en aquellos que se ubican en lo que corresponde a la adolescencia temprana y propiamente dicha (Blos, 1971). A esto se agrega la intervención de un tercero representado por los padres. Es función del analista abordarlos en una visión conjunta.

Para Bernstein y Glenn (1991) una diferencia entre los adolescentes y los niños, es que los primeros pueden resultar amenazantes por su mayor capacidad para lograr objetivos prohibidos, pues han adquirido otro tipo de capacidades físicas, como poder tener relaciones genitales y mayor desarrollo corporal y muscular. Esto lleva al analista como a los padres, a verse sujetos a un peligro real. Asimismo, la voluntad del adolescente, puede ser fortificada por un sentimiento de omnipotencia a medida que se convence que puede lograr cualquier cosa que desee.

La presencia continua en el horizonte del campo analítico que los padres tienen, genera una serie de efectos tanto en el paciente como en el analista, diferente a los que se presentan en el análisis con niños, ya que como se expuso anteriormente, durante la adolescencia la relación entre padres e hijos

atraviesa por una modificación, donde las figuras parentales son descatectizadas, lo que representa uno de los conflictos principales en la adolescencia.

Kancyper (2007) señala que un efecto que se puede observar, ante la figura de los padres es que el analista resignifique a su propio adolescente con relación a los padres de su historia personal; al mismo tiempo que la relación vincular en la pareja analítica, hijo-analizado con el analista, resignifica aquellas situaciones narcisistas, fraternas y edípicas no resueltas de la historia individual de cada uno de los progenitores y de la pareja conyugal; ejerciendo en ellos continuas reestructuraciones que a su vez inciden en las vicisitudes del proceso analítico del hijo. Por tal motivo, el analista debe estar al tanto sobre el modo en que interactúan la resonancia de las trasferencias masivas de los padres sobre la transferencia del paciente, y también sobre la contratransferencia del analista, y la medida en que éstas influyen en la detención del proceso.

Fédida (1995) expone que el paciente a través de su discurso, al llevar al analista a ocupar un lugar que se puede considerar materno, en el sentido de Winnicott, le da la posibilidad de pronosticar lo que le pudo faltar en cuanto a necesidades vitales relacionadas con lo psíquico y lo somático, lo que promueve en el analista actitudes contratransferenciales en las que imaginariamente se identifica con el niño lastimado de la madre defectuosa y, correlativamente, con una madre reparadora.

Por su parte, Bernstein y Glenn (1991) comentan que los pacientes adolescentes presentan reacciones emocionales características relacionadas con los cambios volcánicos correspondientes al período por el que atraviesan, como: el aumento de pulsiones tanto eróticas como agresivas, intereses homosexuales latentes, la búsqueda por escapar de los peligros simbióticos para así devenir un individuo separado de aquellos por los que se siente atraído, entre otros. Esto lo hace propenso a experimentar cambios radicales en su comportamiento, y aunado a que ha adquirido la capacidad de pensamiento abstracto y una aguda perceptibilidad, puede llegar a inquietar al



analista. Por tal motivo, es esencial que el analista tenga conocimiento de éstos cambios.

Al intervenir los padres en la configuración analítica paciente-terapeuta, la visión que tenga el analista de su contratrasferencia debe diferenciar e involucrar la contratrasferencia hacia el paciente y hacia los padres de éste.

Kancyper (2007) refiere que en el trabajo con adolescentes, el análisis de la contratrasferencia es fundamental para evitar los procesos de neurosis contratrasferenciales y la creación de baluartes<sup>6</sup>, que se llegan a dar con mayor frecuencia con pacientes adolescentes, debido al uso constante de la identificación proyectiva. Con base a esto, propone una forma de entender la contratrasferencia en el análisis de adolescentes, que resume en los siguientes puntos:

1. Traducciones simultáneas de las reacciones afectivas del analista y su incidencia en las reacciones afectivas en el analizado ante las vivencias de los padres.
2. La contra-identificación del analista frente a la identificación proyectiva de los padres.
3. Enganche inconsciente del analista con algún aspecto de la “trasferencia” del analizado o por algún aspecto de la transferencia de los padres sobre el analista, o por la intervención de los aspectos inconscientes de ambos componentes, los cuales resignifican en el analista aspectos inconscientes no superados de su propia niñez o adolescencia, cristalizándose en la formación de un campo patológico. Por ejemplo: la instauración de una alianza en contra de los progenitores. (Kancyper, 2007, pp. 79)

---

<sup>6</sup> “Los Baranger denominan baluartes a las áreas del campo relacional donde, debido a identificaciones proyectivas cruzadas, se produce entre analista y paciente una colusión inconsciente que tiende a inmovilizar a ambos y se opone a la evolución del proceso analítico.” (Kancyper, 2007, p. 78)

### III. ANGUSTIA

#### ANGUSTIA: EL AFECTO MENOS CUALIFICADO

La finalidad del presente capítulo es tener un acercamiento a la comprensión de la angustia, ya que ésta ha sido estudiada por varios autores psicoanalistas como Melanie Klein, Lacan, Spitz, entre otros; lo que requeriría de un estudio más profundo. Para los fines del presente trabajo me centraré en lo expuesto por Laplanche (2000) en su texto sobre *“Problemáticas I”*, complementándolo con lo descrito por Freud en varios artículos de su obra.<sup>7</sup>

Partiré de la concepción de la angustia, como la traducción percibida somáticamente de un movimiento energético, considerándola el afecto menos cualificado. De tal forma es importante iniciar con algunos de los aspectos relacionados con el afecto.

Sabemos que toda pulsión es registrada a través de lo que Freud llama *representantes psíquicos*, éstos son delegados a través del *representante-representación*<sup>8</sup> (contenido ideativo del deseo, escenas, recuerdos de escenas) y del *representante-afecto* (angustia, tristeza, nostalgia, desesperación). En lo que corresponde al afecto, éste puede ser agradable o penoso, vago o preciso, y se llega a presentar en forma de una descarga masiva o como una tonalidad general.

“Un afecto incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas; en segundo lugar, ciertas sensaciones, que son, además, de dos clases: las percepciones de las acciones motrices ocurridas, y las sensaciones directas de placer y displacer que presentan al afecto, como se dice, su tono dominante [...] en el caso de algunos afectos [...] el núcleo que mantiene unido

---

<sup>7</sup> “Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?” (1894), “25ª Conferencia: La angustia” (1917) e “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926 [1925])

<sup>8</sup> La representación, “designa lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior.” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 367) Los mismos autores agregan que las representaciones inconscientes, una vez que se reprimen permanecen en el sistema lcs como una formación real, en cuanto al afecto inconsciente queda como un rudimento que no ha podido desarrollarse.

a ese ensamble es la repetición de una determinada vivencia significativa. Ésta sólo podría ser una impresión muy temprana de naturaleza muy general, que ha de situarse en la prehistoria, no del individuo, sino de la especie.”(Freud, 1917, p. 360) A esto hay que añadir que el afecto es susceptible de aumentar, o de disminuir, pero principalmente de ser desplazado o de ser descargado.

Afecto y representación actúan como elementos independientes y no están necesariamente ligados, ya que un afecto puede estar ligado a cierta representación que de ninguna manera lo justifica. Así, éste puede reproducirse sin representación, o se pueden desplazar el uno por relación al otro. Cuando de forma interna o externa se percibe un malestar, o como expone Freud (1915) el yo se rehúsa, por orden del superyó, a determinada pulsión originada en el ello; el yo reprime esa representación y el afecto unido a ésta (ese quantum de libido) sigue una vía distinta: se desplaza (a otra representación), se convierte (síntoma), se proyecta (fobias), se introduce en otro objeto (Identificación proyectiva<sup>9</sup>), o se suprime (único mecanismo consciente).

El afecto mismo puede cambiar en su cualidad, como es referido por Laplanche (2000) la angustia no tiene necesariamente su origen en angustia o el miedo en miedo, por tanto no sólo está desplazado en cuanto a su punto de ligadura sino que, en el desplazamiento ha tenido una modificación cualitativa. En lo expuesto a continuación sobre la angustia se observará que ésta, está soldada secundariamente, lo que implica una relación circunstancial, y no específica entre ella y las representaciones.

En cuanto a la liga entre representación y afecto, Silvia Bleichmar, en el prólogo que escribe en el texto sobre *Problemáticas I* de Laplanche (2000) comenta que a partir de la simbolización, lograda o fallida, o del desligamiento

---

<sup>9</sup> Se entiende por Identificación proyectiva: Un mecanismo que se traduce por fantasías, en el cual se busca dañar, poseer y controlar al objeto. Para lograr este objetivo el yo se posesiona por proyección de un objeto externo (en un primer momento la madre), y lo transforma hasta cierto punto en una extensión de éste (Melanie Klein 1974). En este mecanismo se escinden y apartan partes del yo y objetos internos, proyectándolos en el objeto externo; de tal forma que el objeto externo quede controlado por las partes proyectadas, e identificado con ellas (Segal, 2002).

o re-ligamiento que se realiza a través de la represión, se deben pensar diferentes niveles de ligazón y elaboración, siendo el más básico el que corresponde a la angustia. En el caso del afecto se puede concebir ya un nivel de elaboración o de ligazón, la angustia estaría situada en el lado contrario, sería la desligazón del afecto o, incluso, el afecto más elemental, más primordial, más cercano a una excitación, que se descarga de manera no específica.

### **ANGUSTIA: CONSECUENCIA DE LA REPRESIÓN O MOTIVO PARA LA REPRESIÓN**

La teoría desarrollada por Freud sobre el origen y función de la angustia, se presenta principalmente en dos momentos de su obra y es el surgimiento de la segunda tópica en 1920, lo que hace que Freud retome el fenómeno de la angustia, pero esta vez reubicándola con relación al proceso defensivo y en el proceso defensivo. En *“Problemáticas I”* Laplanche hace un examen detallado de estos dos momentos.

Refiere que en el texto de 1926 *“Inhibición, síntoma y angustia”*, Freud se enfrenta a una disyuntiva al momento de replantear la angustia como motivo para la represión, ya que esto lo lleva a pensar que es una contradicción con relación a su primer concepción de la angustia, donde exponía la idea de que la represión transformaba la libido en angustia. Sin embargo, en este mismo texto, Freud hace un intento por conciliar los dos aspectos principales entre su primer teoría, la cual no es abandonada por completo y la segunda teoría que implica aspectos históricos del individuo. Tentativa, señala Laplanche (2000), que no es una síntesis, ya que yuxtapone, una angustia repetida y una angustia reproducida, originada por el yo.

Para tener una idea de cómo se fue dando esta transformación en la teoría de Freud sobre la angustia, se señalarán algunos aspectos característicos de cada una de estas dos teorías.

## PRIMERA TEORIA

La primera teoría sobre la angustia, refiere Laplanche (2000), se desarrolla entre 1892 y 1900. Dice Freud: “Toda vez que una tensión sexual física se genera con abundancia, pero no puede devenir afecto en virtud de un procesamiento psíquico (a causa de un desarrollo deficiente de la sexualidad psíquica, a causa de un intento de sofocarla [defensa], a causa de su decadencia o de una enajenación habitual entre sexualidad física y psíquica), la tensión sexual se muda en angustia. Y esto implica también una acumulación de tensión física y obstaculización de la descarga hacia el lado psíquico.” (Freud, 1894, p. 234)

Laplanche (2000) presenta que esta primera teoría es principalmente una teoría económica y constituye el fondo común de la neurosis de angustia y de la histeria de angustia. La angustia es expuesta como una energía sexual derivada de lo somático, que es desbordada sobre el cuerpo; asimismo es explicada como una energía sexual no elaborada que le es rehusada la vía de cierta elaboración, por lo que se descarga de manera más o menos anárquica. O bien es una libido, pero no, en este caso, *no-elaborada*, sino despegada de sus representaciones, en particular por el proceso de la represión. Una libido liberada, y que se descarga nuevamente en forma de angustia.

En esta primera teoría la angustia no es comprensible por un miedo antiguo, como se observa en la segunda, sino que es un fenómeno originario que no guarda relación con el objeto de miedo; sino que es la manifestación subjetiva de la invasión.

## SEGUNDA TEORIA

La segunda teoría propuesta por Freud se encuentra principalmente en el texto de 1926 “*Inhibición, síntoma y angustia*”, Laplanche (2000) expone que en este segundo momento la angustia ya no está ligada de forma orgánica a la efracción interna de la pulsión, sino al peligro real, el de la castración, por tanto estará soldada sólo secundariamente a la pulsión, la cual no representa en sí

misma un peligro. Así, el yo no es indicado como lugar de la angustia, sino como causa posible de ésta, que a su vez, estará relacionada con el peligro ya sea como reacción o preparación ante éste; de tal forma que el yo podrá repetir la angustia por su propia cuenta, al menos como señal.

“La angustia sentida a raíz pasó a ser el arquetipo de un afecto de angustia que debía compartir los destinos de otros afectos. O se reproducía en situaciones análogas a las originarias, como una forma de acción inadecuada al fin, después de haber sido adecuado en la primera situación de peligro, o el yo adquiría poder sobre este afecto y él mismo lo reproducía, se servía de él como alerta frente al peligro y como medio para convocar la intervención del mecanismo de placer-displacer [...] Así se atribuían dos modalidades al origen de la angustia en la vida posterior: una involuntaria, automática, económicamente justificada en cada caso, cuando se había producido una situación de peligro análoga a la del nacimiento; la otra, generada por el yo cuando una situación así amenazaba solamente, y a fin de movilizar su evitación. En este segundo caso, el yo se sometía a la angustia como si fuera una vacuna [...]” (Freud, 1926, p. 152)

En el análisis que hace Laplanche (2000) de esta segunda teoría, concluye que es una teoría más *funcional*, puesto que Freud se empeña mucho más en descubrirle a la angustia cierta función; una teoría más *histórica*, porque la angustia como señal, o como símbolo, deberá ser puesta en relación con otras experiencias angustiantes que ella repite, al mismo tiempo que constituye una especie de vacuna contra su retorno. Y finalmente es una teoría más *objetivista*, que haría de la angustia neurótica la repetición de un peligro o de una reacción a un peligro objetivo.

En el reubicamiento de la primera teoría, con relación a la segunda, que implica pensar la angustia desde la segunda tópica, Freud (1926) concluye que la angustia, es un estado afectivo que sólo puede ser registrado por el yo, debido a que el ello no es capaz de apreciar situaciones de peligro.

“Aquí distinguimos de nuevo, con buen fundamento, entre dos casos: que en el ello suceda algo que active una de las situaciones de peligro para el yo y lo mueva a dar la señal de angustia a fin de inhibirlo, o que en el ello se produzca la situación análoga al trauma del nacimiento, en que la reacción de angustia sobreviene de manera automática. Ambos casos pueden aproximarse si se pone de relieve que el segundo corresponde a la situación de peligro primera y originaria, en tanto que el primero obedece a una de las condiciones de angustia que derivan después de aquella.” (Freud, 1926, p. 133)

Laplanche (2000) apunta que para él no existe una distinción de una angustia del yo, como lo llega a señalar Freud, y no es necesario distinguir entre una angustia del yo y una angustia del ello, ya que desde su forma de pensar, toda angustia viene del ello (en cuanto a la fuerza de la pulsión) y se produce en el yo. Así la angustia sería entonces el yo librado de la pulsión (ataque interno-externo), de la que no puede huir y que debe asumir, que lo desborda como en el caso del lactante que está librado al desbordamiento de la energía interna (la pulsión). En otro momento agrega, que se puede hablar de angustia del superyó o angustia del ello, pero sólo como provocadores de angustia; por ejemplo, cuando el yo se siente abandonado por aquellos altos impulsos instintivos que llegan a ser excesivos; donde tal silenciosa hostilidad contra el instinto aumenta hasta la angustia.

Con esto se puede observar que al generarse una inadecuación entre la excitación sexual en el nivel somático y la posibilidad de elaborar esta excitación en un nivel psíquico, lo que sería la *elaboración psíquica* o la capacidad de simbolización de la excitación somática por parte del yo; hay una falta de mediación a través de la representación. A partir de esto, se puede pensar como lo señala Freud (1926), el análisis del estado de angustia permite distinguir: un carácter displacentero específico; acciones de descarga, y percepciones de éstas.

Ahora bien, cómo aclarar el dilema entre pensar la angustia como consecuencia o como motivo para la represión. Laplanche (2000) propone lo siguiente:

Para entender la angustia generada como *consecuencia de la represión*, se debe retomar la idea mencionada con relación a, que el afecto y la representación siguen vías distintas; es importante señalar que la energía siempre tiene que fluir hacia alguna parte, y en la medida en que una pulsión está reprimida, el afecto correspondiente puede calificarse como angustia. Si una energía “x” encuentra bloqueada la vía de salida, tiene que encontrar otra vía de descarga, su opción es ser descargada bajo la forma de angustia, y es a través de ésta, que la angustia es la magnitud separada de la representación que encuentra una expresión adecuada a su cantidad, es decir, una expresión que no es finalmente más que la traducción de un fenómeno de descarga cuantitativa; es por esto que se infiere que es el afecto menos ligado.

En cuanto a pensar la angustia como *motivo para la represión* Laplanche refiere que con relación al proceso defensivo Freud en el texto sobre “*La represión*” de 1915, señala que tiene que haber un motivo para la represión y qué mejor motivo que la angustia; así ésta es utilizada por el yo para poder descargar su proceso defensivo. “En un principio la angustia sería la *reacción a un peligro real*: reacción que, en el momento mismo de ese peligro, puede ser considerada adaptativa, adecuada; reacción que puede devenir inadecuada cuando es producida automáticamente en otras circunstancias que no la motivarían; reacción que, en cierta finalidad, en cierta funcionalidad, puede ser utilizada de nuevo de manera adecuada *como señal*, producida entonces por el yo.” (Laplanche 2000, p. 146) Con esto se observa que la angustia está íntimamente ligada al problema de la represión, en la medida en que las representaciones son reprimidas, suscitarán angustia aquellas representaciones que constituyan un *peligro* para el yo.

Con lo expuesto sobre la angustia, es importante señalar el papel que tiene el síntoma con relación a ésta; Freud (1926) señala que los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo habría sido descargada a través de angustia, pero su función principal no es el evitar el estado de angustia, sino evitar la situación de peligro que es señalada por el desarrollo de angustia. Un ejemplo de esto, son las acciones obsesivas, las cuales aparentemente están exentas de angustia, pero se puede deducir que la acción obsesiva tiene la



función de evitar justo que se presente un estado de angustia, el cual evitaría una situación de peligro específica. De tal forma, como es referido por Freud (1915), el síntoma en tanto constituye un mecanismo de sustitución que se manifiesta en lugar de la actividad del proceso pulsional, que es el signo, no sería la represión misma sino el inicio de un retorno de lo reprimido.

## **ORIGEN Y FUNCIÓN DE LA ANGUSTIA**

El análisis que realiza Freud sobre el origen y la función de la angustia, están plantados principalmente en la segunda teoría. Para comprender estos dos aspectos es importante situar la angustia desde el nacimiento del sujeto, donde éste representa el primer momento en que se experimenta angustia, ya que la realidad se presenta al máximo y el peligro de supervivencia es un hecho. Sin embargo, las sensaciones producidas no se pueden englobar en la función de la angustia, ya que como sabemos, ésta es generada por el yo, y en el momento del nacimiento, desde la línea que vengo desarrollando, aun no hay registro de un yo; por tanto de lo que se habla, es que el bebé lo que experimenta es una sensación de malestar, que como se verá más adelante, irá adquiriendo la cualificación de angustia.

Así, en este primer momento sólo se puede situar en un nivel somático puesto que no necesita de la mediación de representaciones para funcionar, en este momento la idea de una relación entre angustia y peligro, o entre angustia y separación, como lo expresa Laplanche (2000), es discutible.

Sabemos que su función principal es dar una señal ante un peligro, con el desarrollo del niño, y las experiencias vividas, el lactante se va constituyendo como sujeto, va adquiriendo independencia y va presentando nuevas necesidades, esto hará que haya modificaciones en él a partir de lo experimentado desde su interior como desde el exterior; las diferentes experiencias vividas serán las que determinen lo que el sujeto irá registrando y representando como situaciones de peligro ante su realidad.

Este peligro tiene su origen en las primeras representaciones que vive el sujeto ante la separación o la pérdida del objeto, donde se percibe una situación de vulnerabilidad y desvalimiento provocada por la acumulación de deseos insatisfechos; llevando al yo a generar una señal de angustia. La pregunta sería: ¿Cómo es que se desarrolla la señal de angustia ante este peligro? Freud (1926) explica que en el momento del nacimiento no hay un objeto que se eche de menos, es a partir de las repetidas situaciones de satisfacción que el lactante empieza a concebir al objeto madre, que en el caso de presentarse una necesidad, advierte una investidura intensiva. A esta vivencia por parte del lactante Freud la llama reacción de dolor, que considerará como la genuina reacción frente a la pérdida del objeto-madre; poniendo la angustia frente al peligro que esta pérdida conlleva, y que finalmente es desplazada al peligro de la pérdida misma del objeto.

De tal forma que “la primera condición de angustia que el yo mismo introduce es, la de la pérdida de percepción, que se equipara a la de la pérdida del objeto. Todavía no cuenta una pérdida de amor. Más tarde la experiencia enseña que el objeto permanece presente, pero puede ponerse malo para el niño, y entonces la pérdida de amor por parte del objeto se convierte en un nuevo peligro y nueva condición de angustia más permanente.” (Freud, 1926, p. 159)

Entonces, la sensación de peligro empieza a tomar lugar en el yo primitivo del lactante ante la ausencia de la madre, pero sobre todo por las implicaciones que ésta conlleva, lo que hace que el yo genere la señal de angustia, aún antes de que sobrevenga la situación económica temida. En este primer momento del desarrollo de la angustia, es importante señalar, como es señalado por Freud (1926), que constituye un logro en la autoconservación del sujeto; al mismo tiempo que la angustia deja de ser un pasaje de neuroproducción involuntaria y automática. Ahora es reproducida como señal de peligro.

Con relación a lo anterior, se puede pensar, retomado al idea de Laplanche (2000), que lo que liga a los precursores de la angustia es el afecto expresado a través de la angustia de separación, ligado con las circunstancias

relacionadas con un fantasma de desprendimiento (sistema de representaciones), de tal forma que la angustia del nacimiento ha fluctuado desde la angustia automática (real), para situarse del lado del fantasma. Así la angustia producida como fenómeno automático y como señal de alarma, debe considerarse como producto de un estado de desamparo psíquico del lactante, el cual constituye la contrapartida del estado de desamparo biológico.

Freud (1926) expresa que el peligro de desvalimiento psíquico percibido en el yo se va adecuando al período de la inmadurez de éste, de tal manera, se observa que el peligro de la pérdida de objeto se relaciona con la falta de autonomía de los primeros años de la niñez, el peligro de castración a la fase fálica, y la angustia frente al superyó al período de latencia. Pero todas estas situaciones de peligro y condiciones de angustia pueden subsistir lado a lado, y mover en el yo cierta reacción de angustia aún en épocas posteriores a aquellas en que habría sido adecuada; o bien varias de ellas pueden ejercer simultáneamente una acción eficaz.

En lo que corresponde a la angustia frente al superyó, ésta, estará presente durante toda la vida, la ira, el castigo y la pérdida de amor, es lo que el yo registra como peligro, respondiendo con la señal de angustia. La cual se mudará finalmente en angustia de muerte (de supervivencia), ya que el yo reacciona ante la situación de ser abandonado por el superyó protector, que representa un seguro ante todos los peligros que se le puedan presentar.

A partir de lo expuesto se puede tener una clara diferencia entre algunos tipos de angustia planteados por Freud, como son: la angustia automática, angustia señal, desarrollo de angustia y la angustia generada ante un peligro real.

Se entiende por *angustia automática* al estado de impreparación del yo, “el factor determinante es una situación traumática, y ésta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen interno o externo, que aquel no puede tramitar.” (Freud, 1926, p. 77) Tiene sus orígenes en la vivencia del nacimiento, donde el lactante queda privado de sus fuentes de alimentación y de oxígeno, esto se presenta sin que

esté aún adaptado a este nuevo medio, por tanto se presenta una sensación de desbordamiento y ataque interno, que se presenta en toda angustia. Laplanche (2000) expone que en este momento sólo las consecuencias de esta situación se hacen objetivas para el sujeto, y consisten en un desarrollo automático de reacciones anárquicas, catastróficas, que son precisamente aquellas que se reproducirán en la angustia infantil o neurótica.

En la *angustia señal* se puede decir que ya hay cierta elaboración, pues es generada por el yo como señal de alarma, éste ha hecho una cualificación del peligro, que cuando hay indicadores de que algo se producirá y que pondrá en riesgo al yo, se presenta esta señal de angustia, la cual abrirá el camino para que empiecen a actuar los mecanismos de defensa. Laplanche (2000) refiere que por poco simbólica que sea la angustia como señal, al menos marca algo, un límite. Pero cuando ni siquiera hay angustia entonces, es el reino de lo económico puro. “De acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), podemos resumir: La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro.” (Freud, 1926, p. 156)

Sin embargo, esta señal amenaza siempre con transformarse en *desarrollo de angustia*, éste último se presenta cuando en una situación traumática la angustia, ante un estado de impreparación del yo (angustia automática), no puede ser controlada, y por tanto registrada posteriormente, como una señal de angustia destinada a evitar que ésta surja. El desarrollo de angustia indica el proceso que hace pasar de una a otra, si la señal de angustia no ha resultado eficaz. (Laplanche & Pontalis 1996) El desarrollo de angustia a su vez corre el riesgo de desembocar en el desbordamiento.

Se encuentra también la *angustia generada ante un peligro real*, Laplanche y Pontalis (1996) la presentan de esta forma y no como angustia real, ya que refieren que la angustia “neurótica” es tan real, como la angustia ante un peligro real en tanto fenómeno psíquico, aunque en el caso del neurótico sea

un peligro fantasmático o interno. Señalan que no es la angustia como fenómeno la que sería más real que otra, sino que se sitúa ante un fenómeno efectivo de la realidad exterior. La angustia realista aparece como algo muy racional y comprensible, “es una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación.” (Freud, 1917, p. 358) Ante el peligro realista se desarrollan dos reacciones: la afectiva, el estallido de angustia, y la acción protectora, es importante señalar que para Freud (1926) el peligro exterior (realista) tiene que haber encontrado una interiorización si es que ha de volverse significativo para el yo, y por fuerza es discernido en su vínculo con una situación vivenciada de desvalimiento.

Para la comprensión de la angustia es importante diferenciarla del miedo y del terror, que como lo señala Freud llegan a ser confundidos en su entendimiento. Cito: “Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente; en cambio, se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa”. (Freud, 1920, p. 13) Así vemos, como es señalado por Laplanche (2000), que para el miedo la relación con el objeto es esencial, y para la angustia importa poco que el objeto sea conocido o desconocido pues lo característico es la posición subjetiva frente al peligro al que se enfrentó en un inicio.

A esto hay que agregar que la angustia “lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto; y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el miedo.” (Freud, 1926, p. 154)

Continuando con su función es relevante señalar que es la angustia de castración el motor que lleva al yo a la renuncia de las exigencias pulsionales y es en las fobias dónde este tipo de angustia sale a la luz. En cuanto a éstas

últimas, debido a que es un tema que requiere de un análisis más extenso, sólo se mencionará que las fobias representan la angustia frente a los objetos, donde el objeto es secundario. Laplanche (2000) señala que interviene como sustituto de otra cosa, como punto de fijación y como elemento de ligazón de una angustia que sin la presencia ese objeto, la angustia estaría desencadenada, desligada. Así las fobias tienen que ver con la angustia generada por el yo para provocar la represión; “el afecto-angustia de la fobia, que constituye la esencia de esta última, no proviene del proceso represivo, de las investiduras libidinosas de las mociones reprimidas, sino de lo represor mismo; la angustia de zoofobia es la angustia de castración inmutada, vale decir, una angustia realista, angustia frente aun peligro de amenaza efectivamente o es considerado real.” (Freud 1926, p. 104)

## **ANGUSTIA Y ADOLESCENCIA**

Con lo expuesto sobre la angustia y el período adolescente, se reconoce la idea, que en este período la angustia ocupa un lugar importante debido al aumento de libido y al debilitamiento yoico, reeditando los conflictos internos entre las instancias psíquicas. A lo que se suma, el despertar de los caracteres de la corporalidad, como son el crecimiento incontrolable, limitaciones o defectos, enfermedad, envejecimiento y mortalidad, imprevisibilidad de ciertos procesos, y el carácter enigmático de las pulsiones. Inclinando al adolescente a buscar alguna forma de control que le permita adueñarse de estas situaciones que en cierta medida, tiene la sensación que se le sale de las manos. Así vemos que los principales generadores de angustia, partiendo de la idea, que ésta es generada ante una situación de peligro, ya sea como señal o por un estado de impreparación del yo, son: la separación de objeto, el ataque pulsional y las diferentes situaciones de las que viene acompañado el periodo adolescente.

Como se ha mencionado, las implicaciones del movimiento adolescente no sólo caen en el sujeto que las vive, sino también en sus padres. Ambos atravesarán una serie de resignificaciones generadas por la incertidumbre ante distintas angustias que les despierta la situación adolescente.

Con lo expuesto en el apartado anterior sabemos, que la génesis de toda angustia esta ligada con la amenaza de separación, donde la angustia de muerte (última separación) es el principal origen. En el adolescente como lo señala Kancyper (1993) la angustia originada conlleva la una a posteriori de diferentes pérdidas:

- a) Pérdida de la madre en el nacimiento (primera separación)
- b) Pérdida del objeto de amor, angustia del niño pequeño frente a la ausencia de los padres.
- c) Amenaza frente a la pérdida de una parte valorada del cuerpo: angustia de castración.
- d) Pérdida del amor del superyó en la latencia.

Ante estas angustias, dependiendo de la experiencia de vida que ha tenido hasta ahora el sujeto, utiliza distintos mecanismos de defensa o bien, puede tender a expulsar de alguna manera la energía libidinal de la que vienen acompañadas. En los adolescentes, como es referido por Anna Freud (2007) los mecanismos propios de este periodo son el ascetismo y la intelectualización.

Por su parte Tubert (2000) comenta que entre los adolescentes se pueden observar diferentes actividades empleadas para aliviar la angustia cuando es suscitada por una falla en la comprensión y asimilación de los cambios experimentados. Entre los que observamos el caso de las novatadas y la delincuencia; los cuales son actos irreflexivos, donde la imposibilidad de otorgar algún sentido a lo que están viviendo, implica una falla en la elaboración simbólica, a través de la palabra, el pensamiento o alguna actividad creativa.

## IV. CONTRATRASFERENCIA

### CONTRATRASFERENCIA Y PSICOANÁLISIS

Para abordar el fenómeno de contratrasferencia partiré de lo propuesto por Laplanche y Pontalis quienes la definen como el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 84) En la comprensión de ésta se debe tener presente que “la contratrasferencia [...] no se define como una reacción del inconsciente del analista por influjo del inconsciente del paciente; se la concibe como una disposición, en el analista, que se instala *por el influjo del paciente sobre el sentir inconsciente del médico*”. (Fédida, 1995, p. 226). Como varios de los conceptos trabajados en psicoanálisis, es elemental pensarla como un concepto dialéctico de causalidad y no como una causalidad mecánica.

Bernstein y Glenn (1991) señalan que dentro del campo analítico el terapeuta puede experimentar una serie de contra-reacciones hacia el paciente (y/o hacia los padres en el caso del trabajo con niños y adolescentes), que no corresponden al fenómeno propio de la contratrasferencia. Ejemplo de estas contra-reacciones pueden ser, la empatía<sup>10</sup>, las identificaciones reactivas<sup>11</sup>, la contra-identificación<sup>12</sup>, las reacciones transferenciales del analista ante la apariencia o conducta del paciente, y la identificación con el propio paciente; esta última es presentada con mayor frecuencia en el análisis de niños y

---

<sup>10</sup> La empatía involucra “una identificación de prueba con el paciente que también abarca la proyección, posibilita al analista la experimentación de sentimientos y fantasías afines pero no idénticos a los del paciente [...] El sentimiento empático, diferenciado de la contratrasferencia, es menos intenso y de relativa corta vida. Se puede llamar a los sentimientos relativamente ligeros *afectos señales*” (Orden, 1953; 1958 – Greenson, 1959, Beres & Arlow, 1974, c. p., Bernstein & Glenn, 1991, p. 490)

<sup>11</sup> “En estos casos, el analista trata al paciente de modo opuesto al del objeto original. Por ejemplo, el analista puede, a sabiendas o no, ser firme con un niño cuyos padres, considera, son demasiado blandos, o, al revés, puede comportarse benignamente si piensa que los padres del niño son punitivos.” (Bernstein & Glenn, 1991, p. 489)

<sup>12</sup> Reacción del analista a la identificación que presenta el paciente hacia él, identificándose con éste; lo que representa una regresión a un estado en que las representaciones del yo y las representaciones objeto están pobremente diferenciadas. (Bernstein & Glenn, 1991)



adolescentes, bajo el contexto de las relaciones del analista con el paciente y sus padres.

Ahora bien, las preguntas que surgen son ¿Cómo es que se genera la contratrasferencia? ¿Cuál es su relevancia dentro de la teoría psicoanalítica? y ¿Cómo es el manejo clínico de ésta?

Fédida (1995) hace hincapié en que la situación analítica se trata de una relación entre dos personas, y lo que la distingue de otro tipo de relaciones, no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes y su ausencia en el otro, el analista; sino el cómo se vivencian estos sentimientos, y el uso que se hace de ellos, los cuales representan factores que involucran a ambos participantes.

En la relación analítica una de las características básicas y eje central para la teoría y la técnica del trabajo analítico es el establecimiento del fenómeno de transferencia, el cual fue ampliamente trabajado por Freud. Pero ya que el objetivo del presente trabajo es la comprensión del concepto de contratrasferencia no se profundizará en cuanto a las implicaciones y manejo de la transferencia, pues implicaría un análisis detallado de este concepto. Sin embargo, debido a que la contratrasferencia no se puede pensar como un fenómeno aislado de la transferencia, es importante mencionar lo siguiente con relación a la transferencia: Freud refiere que ésta, está presente en todas las relaciones de una persona con su medio humano, y el análisis no hace más que descubrirla y aislarla. Cito: “En todo tratamiento analítico, y sin que el médico lo promueva en modo alguno, se establece un intenso vínculo de sentimiento del paciente con la persona del analista, vínculo que no halla explicación alguna por las circunstancias reales. Es de naturaleza positiva o negativa, varía desde el enamoramiento apasionado, plenamente sensual, hasta la expresión extrema de rebeldía, encono y odio [...] Pero sería un disparate querer evitarla; un análisis sin transferencia es una imposibilidad.” (Freud, 1925 [1924], p. 40)

Es aquí donde podemos responder a la primera pregunta;<sup>13</sup> en toda relación terapéutica se establecerá una situación trasferencial, que generará por consiguiente una reacción contratrasferencial en el terapeuta. De tal forma que ésta última, se puede concebir como “[...] un dispositivo inherente a la situación analítica y adecuado al encuadre de la cura que evita al analista tener que enfrentarse de manera directa con la irrupción violenta de los afectos del paciente y de los propios; esto le permite reinstaurar la situación analítica si momentáneamente resulta perturbada o destruida”. (Fédida, 1995, p. 199)

Es fundamental que el analista este consciente que sus “afectos hacia el analizado, las modificaciones de su atención, las variaciones de actitudes subjetivas apenas perceptibles para él mismo tienen un alcance de accidentalidad considerable sobre la vida psíquica del paciente.” (Fédida, 1995, p. 76)

## **RELEVANCIA DE LA CONTRATRASFERENCIA**

Para saber de la importancia de la contratrasferencia se debe rastrear en qué momento empieza a adquirir un lugar dentro de la teoría psicoanalítica. Fédida (1995) menciona que para Freud el fenómeno de contratrasferencia representaba uno de los problemas técnicos más complicados del psicoanálisis; sin embargo, agrega, que Freud lo atendió muy tarde y no llegó a estimar toda su potencia de reserva teórica; manteniendo la contratrasferencia dentro de coordenadas técnico-éticas. Cita, “lo que se dé al paciente nunca debe ser precisamente un afecto inmediato, sino siempre un afecto acordado concientemente, y esto en mayor o menor grado según la necesidad del momento. En ciertas circunstancias se puede brindar mucho, pero nunca desde el propio inconsciente. Para mí, esa sería la fórmula. Es preciso entonces reconocer en cada caso la propia contratrasferencia y superarla; sólo entonces se es libre. Dar a alguien demasiado poco porque se lo ama demasiado es una injusticia cometida contra el paciente, y una falta técnica. Nada de esto es fácil, y quizá también se debe ser más viejo para salir airoso” (Freud, 1913, c.p., Fédida, 1995, p. 244). El mismo autor agrega que en esta prudencia por parte

---

<sup>13</sup> ¿Cómo es que se genera la contratrasferencia?

de Freud se observa que ya había conocimiento de los lazos que se presentaban en lo que podía pasar desapercibido para el analista, ante la presencia de ciertas situaciones trasferenciales; lo que habla ya de una contratrasferencia.

En el texto sobre "*Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*" dice Freud: "Otras innovaciones de la técnica atañen a la persona del propio médico. Nos hemos visto llevados a prestar atención a la *contratrasferencia* que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine [...] 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." (Freud, 1910, p. 136)

En "*Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*", indica que: "Para el médico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una contratrasferencia acaso aprontada en él. Tiene que discernir que el enamoramiento de la paciente le ha sido impuesto por la situación analítica y no puede atribuir, digamos, a las excelencias de su persona; que, por tanto, no hay razón para que se enorgullezca de semejante conquista, como se la llamaría fuera del análisis." (Freud S., 1915, p. 164)

Así vemos que desde los escritos de Freud, ya se podía pensar en la importancia de incluir el fenómeno de contratrasferencia en la clínica, pues permite al analista adquirir una mayor comprensión de la relación interpersonal en la situación terapéutica, principalmente en el trabajo con los primeros pacientes, como lo pude experimentar en la práctica clínica que tuve a lo largo de la maestría. Cito "Acaso todo principiante en el psicoanálisis tema al comienzo las dificultades que le depararán la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. Pero pronto aprenderá a tenerla en poco y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente

serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia.”  
(Freud, 1915, p. 163)

Laplanche y Pontalis (1996) comentan que a partir de Freud, el fenómeno de contratransferencia ha ido adquiriendo especial importancia entre los psicoanalistas, especialmente en la medida en que la cura se ha ido interpretando y describiendo como una relación. Además que el campo del psicoanálisis se ha extendido al trabajo con niños y adolescentes, donde las reacciones inconscientes del analista pueden ser más estimuladas.

Por su parte, Fédida (1995) resalta la importancia de la inclusión de la contratransferencia en el trabajo analítico, principalmente a partir del análisis de casos que refiere como difíciles (estados fronterizos, personalidades como si, patologías narcisistas, patologías del sí-mismo, adicciones, etc.). Menciona que existe gran demanda de asistencia por parte de estos pacientes o sus familiares, además de que el trabajo clínico con este tipo de pacientes lanzan un desafío a la persona del analista, al encuadre y al análisis como tal; del cual parecen tener una intuición clara y exacta. Lo que ha llevado a una extensión técnica de la contratransferencia, y al desarrollo de una capacidad de pesar contratransferencialmente organizaciones del vínculo.

Raker (1959), Heimann (1949, en Fédida, 1995) y Kancyper, (2007) comparten la idea de incluir el fenómeno de contratransferencia como parte de la teoría psicoanalítica ya que la presentan como un instrumento de investigación de lo inconsciente del paciente, que favorece la detección de situaciones transferenciales actualmente urgentes, además de facilitar la práctica y apoyar en la comprensión y desarrollo de la teoría psicoanalítica.

Es importante señalar que, aunque la contratransferencia es una herramienta en la clínica, se debe evitar caer en el extremo, como lo menciona Raker (1959), de esperar con fe ciega la verdad pura y la explicación de las situaciones psicológicas del paciente, a partir de ésta; ya que al entender a la contratransferencia como reacciones inconscientes del analista, es importante tomar en cuenta que “nuestro inconsciente es una *receptora* y *emisora* muy

personal y que debemos con falsificaciones frecuentes de la realidad objetiva.”  
(Raker, 1959, p. 10)

Esto nos lleva a otra de las implicaciones que tiene la importancia de incluir la contratrasferencia como parte del proceso analítico, que es la relación que tiene con la supervisión y el análisis personal<sup>14</sup>. Fédida (1995) señala que el análisis de la contratrasferencia, ha llevado al análisis de supervisión a una atención crítica, siendo ésta, una práctica teórica específica distinta de la práctica aplicada, además de hacer de ésta una condición clínica que favorece los medios para desarrollar una investigación metapsicológica sobre la técnica psicoanalítica.

## **DISIMETRÍA Y NEUTRALIDAD**

Para el manejo de la contratrasferencia en la clínica se deben tener presentes los conceptos de disimetría y neutralidad que definen el lugar del analista, y son aspectos relevantes en psicoterapia. Ya que “Las contratrasferencias y transferencias a los pacientes son desviaciones de la posición óptima neutral del analista.” (Bernstein y Glenn 1991, p. 488)

Freud comenta que “Somos advertidos de que el trabajo analítico consta de dos piezas por entero diferentes, que se consuma sobre dos separados escenarios, se cumple en dos personas, cada una de las cuales tiene un cometido diverso [...] Todos sabemos que el analizado debe ser movido a recordar algo vivenciado y reprimido por él, y las condiciones dinámicas de este proceso son tan interesantes que la otra pieza del trabajo, la operación del analista, pasa en cambio a un segundo plano. El analista no ha vivenciado ni reprimido nada de lo que interesa; su tarea no puede ser recordar algo”. (Freud, 1937, p. 261) A esto se puede sumar que “Por su presencia en persona, el analista hace que se reproduzca la memoria amnésica de la horda transferencial. Y por el puesto que el analista le asigna, él instauro el lenguaje como la única memoria posible de la amnesia infantil.” (Fédida, 1995, p. 66)

---

<sup>14</sup> La supervisión y el análisis son retomados en “Importancia del análisis para el manejo de la contratrasferencia”. Ver página, 59.

Aulagnier (1997) explica que es importante no pretender que la neutralidad del analista elimine todo intercambio del registro de afecto, y hacer de éste sólo un soporte silencioso de proyecciones de los afectos del paciente, ya que los elementos implicados en la reconstrucción que hace el paciente de su historia son básicos para que el analista pase de aspectos universales a lo singular, y esto se logra a través de los afectos que sirven de puente y de liga entre ambos relatos históricos.

En lo que corresponde al trabajo con adolescentes, el analista está más expuesto a cruzar las fronteras de su asimetría y situarse en una función parental o pedagógica; lo que puede estar unido a las fantasías depositadas por padres que proyectan en forma manifiesta o latente estas funciones. Por ejemplo: “Doctor, le deposito a mi hijo en sus manos, espero que lo encamine en el estudio y en la elección definitiva de una sana pareja”; que en la práctica clínica que tuve a lo largo de la maestría se presentó en varias ocasiones. Por tanto, como lo señala Fédida (1995) el analista debe instaurar la situación analítica, dependiendo de las condiciones en que se encuentre, recrearla continuamente y velar por garantizarle al paciente esa situación aunque la provocación de los pasajes al acto, lo desafíen en su posibilidad de seguir manteniendo su lugar como analista. De la misma forma el analista debe mantener atención a los menores cambios que sobrevengan en la vida psíquica del paciente como reacción o modificación del encuadre-ambiente<sup>15</sup>.

Continuando con lo expuesto por el mismo autor, a partir del trabajo con pacientes fronterizos, se observa que cuando se presenta por parte del paciente una dificultad en mantener esta disimetría, se produce una ilusión de simetría, que se genera como “fenómeno de negación previa de esta relación y de lo que ella trae intrínsecamente consigo, a saber: una precisa distancia de los cuerpos que se disponen en el lugar que a cada uno conviene sobre su propia escena, [...] gracias a la cual la palabra traduce, transporta, trasfiere, sin que se confundan, ni los cuerpos, ni las memorias. La disimetría de la situación analítica está simbolizada ciertamente por los valores instituidos por medio del

---

<sup>15</sup> Las sesiones, su fijeza, su duración regular, el pago, la estabilidad del lugar, la materialización de los puestos ocupados.

encuadre [...] Y al mismo tiempo que se produce el fenómeno de ilusión simétrica, el paciente exige del analista que sea rigurosamente analista y por lo tanto no se deje captar ni capturar por la demanda que se le dirige en persona: no estar en el papel de un analista.” (Fédida, 1995, p. 185)

Como se verá más adelante en el análisis del caso que aquí presento, y por lo que coincido con lo planteado por Fédida (1995); es común que los pacientes hagan desempeñar al analista un papel determinado ya que de esta forma es como repiten el conflicto de su demanda. Como es sabido, estas representaciones trasferenciales se generan como un obstáculo en la instauración del análisis pero al mismo tiempo revelan el complejo infantil. Hay que tener presente que, ante esta situación el paciente simultáneamente pide al analista no caer en los lazos que le tiende.

A partir de estas representaciones, el analista puede intuir en las primeras entrevistas, la forma en que intervendrá con el paciente; no obstante, el paciente a lo largo del tratamiento presentará en repetidas ocasiones el lazo y el medio para desarmar al analista.

El que el analista mantenga y reinstaure la situación analítica representa la tarea de colocarse en una posición de *extraño íntimo* que de alguna manera es la condición temporal de la disimetría. “Ser el extraño confiere su plena significación a lo neutro [...] Lo neutro se caracteriza en consecuencia aquí por la capacidad de representación que confiere la oportunidad máxima del lenguaje [...] Lo neutro-extraño no es por lo tanto un comportamiento sino un lugar fundador de trasferencias [...] El sitio del extraño se abre para la palabra y así abre la palabra para entenderla como lenguaje. Hablar del sitio del lenguaje para designar no tanto el puesto del analista como los lugares que ese puesto constituye hace ciertamente referencia a una materialización de la disimetría (diván/sillón).” (Fédida, 1995, p. 207) Si por alguna razón el analista se aparta del sitio del extraño, la configuración local/temporal o escénica puede derivar en que el extraño/íntimo, palabra y escucha, se tornen de algún modo familiar.

Finalmente, otro punto a considerar en la relación analítica es el cómo se coloca el analista frente al paciente, Octave Mannoni, citado por Fédida, apunta que “La imagen que un médico se forma de sí mismo, como cualquiera se hace imagen de sí, es del orden de las defensas [...] el analista tiene en mayor o menor medida algún sentimiento de su propia identidad profesional, de lo que ciertamente resultan ventajas, pero también inconvenientes.” (Fédida, 1995, p. 106)

## **CONTRATRASFERENCE EN LA CLÍNICA**

En la práctica clínica es importante retomar el valor ético que daba Freud en el manejo de la contratrasferencia, cito: “El psicoanalista debe librar así una lucha triple: en su interior, contra los poderes que querrían hacerlo bajar del nivel analítico; fuera del análisis, contra los oponentes que le impugnan la significatividad de las fuerzas pulsionales sexuales y le prohíben servirse de ellas en su técnica científica; en el análisis, contra sus pacientes, que al comienzo se comportan como los oponentes, pero que luego dejan conocer la sobrestimación de la vida sexual que los domina, y quieren aprisionar al médico con su apasionamiento no domeñado socialmente.” (Freud, 1915, p. 173)

En cuanto al análisis y desarrollo de la teoría y técnica psicoanalítica, el manejo de la contratrasferencia ha tenido un papel importante, Laplanche y Pontalis refieren que desde el punto de vista técnico, hay tres orientaciones a distinguir:

a) Reducir todo lo posible las manifestaciones contratrasferenciales mediante el análisis personal, de tal forma que la situación analítica quede finalmente estructurada, como una superficie proyectiva, sólo por las transferencias del paciente.

b) Utilizar, aunque controlándolas, las manifestaciones de contratrasferencia en el trabajo analítico siguiendo la indicación de Freud, según la cual: “[...] cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las expresiones del inconsciente en los demás”. (Freud, 1913, c.p. Laplanche y Pontalis, 1996, p. 85)



c) Guiarse, para la interpretación misma, por las propias reacciones contrasferenciales, que desde este punto de vista se asimilan con frecuencia a las emociones experimentadas. Tal actitud postula que la resonancia “de inconsciente a inconsciente” constituye la única comunicación auténticamente psicoanalítica. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 84)

El ser cauteloso en la diferenciación y comprensión de la contrasferencia, permite que sea correctamente detectada y por tanto ser utilizada como una herramienta en el trabajo directo con el paciente. Dentro de este contexto el siguiente paso será “establecer a qué imago o conducta de objeto, es decir, a qué situación contrasferencial imaginada o real, responde el analizado con ésta situación o aquella situación trasferencial”. (Raker, 1959, p. 1)

Bernstein y Glenn (1991), subrayan que los afectos señales que surgen en el analista a partir de la contrasferencia pueden ser utilizados para dirigir la atención de éste hacia determinados comportamientos y comunicaciones del paciente. Por ejemplo: El analista puede percibir una ligera sospecha de ser atacado o un ligero resentimiento hacia el paciente; si observa con mayor detenimiento a su paciente puede detectar en éste agresiones o provocaciones sutiles que probablemente de otra forma no hubiera visto. De la misma forma afectos señales de naturaleza libidinal pueden servir como indicadores de una seducción por parte del paciente. Esto lo podemos complementar con lo siguiente: “La contrasferencia conservará hasta hoy la acepción *cognitiva* que la concibe como una *protección anti-estímulo* y, sobre todo, como un instrumento de lectura simultánea de los signos del otro y de sí mismo”. (Fédida, 1995, p. 225) “como una *protección anti-estímulo*, su particularidad no estaría sólo en mantener un nivel de regulación estable de la atención (denominada pareja en suspenso) sino también en representar un instrumento perceptivo que requiere una fina movilidad de adaptación”. (Fédida, 1995, p. 199)

Son diversas las situaciones contrasferenciales provocadas por determinadas trasferencias, que pueden representar un problema central en el tratamiento y constituir puntos ciegos para el analista, influyendo en la

comprensión, conducta y técnica de éste, ya que si el analista se alía con las resistencias del paciente puede llegar el momento en que no pueda percibir las, representando un punto decisivo en el curso adecuado del tratamiento. Mencionaré algunas de las dificultades en el manejo de la contratrasferencia expuestas por diferentes autores.

Como ya se mencionó fue poco lo que Freud habló sobre este fenómeno, sin embargo se pueden retomar algunos aspectos que lo reflejan, como en el caso del *“Amor de transferencia”*. Si bien en esta situación Freud no se enfoca en la contratrasferencia del analista, es importante señalar lo que refiere con relación a cómo se coloca el analista frente a ésta, cito: “[...] el experimento de dejarse deslizar por unos sentimientos tiernos hacia la paciente conlleva, asimismo, sus peligros. Uno no se gobierna tan bien que de pronto no pueda llegar más lejos de lo que se había propuesto. Opino, pues, que no es lícito desmentir la indiferencia que, mediante el sofrenamiento de la contratrasferencia, uno ha adquirido.” (Freud, S. 1915, p. 168) Añade más adelante que en el caso de responder ante el cortejo de amor de la paciente, aparentemente representaría un gran triunfo para la paciente, pero una total derrota para la cura.

Bernstein y Glenn (1991) refieren que un inadecuado manejo contratrasferencial con relación a los sentimientos dirigidos por el paciente, puede llevar al analista a percibir estos sentimientos como reales y por tanto, no analizarlos. Así, el analista puede verse tentado a actuar sobre su transferencia reactiva o bien, desarrollar inhibiciones o puntos ciegos con relación a la problemática real del paciente.

Dentro de este tipo de situaciones contratrasferenciales se pueden destacar el odio, los sentimientos de culpabilidad y la angustia<sup>16</sup>.

Raker (1959) refiere que la angustia y los sentimientos de culpabilidad contratrasferenciales, pueden llevar al analista a un sometimiento contratrasferencial, e inclinarlo a evitar frustrar y hasta mimar al paciente, dando como consecuencia una inhibición de la agresión por parte de éste, y un

---

<sup>16</sup> “Angustia y contratrasferencia”. Ver página, 61.

bloqueo en el desarrollo de las transferencias negativas.<sup>17</sup> Reich citado por el mismo autor, destacó que existe en algunos analistas una tendencia por evitar la transferencia negativa. Con relación a esto, Fédida (1995) explica que en el sentimiento de culpa por la violencia ejercida por el otro, se trata a la vez de protegerse efectivamente de la violencia exterior, de interiorizarla como si emanara de sí a fin de apropiarse de su deseo, y que quizá esto representa un componente fundamental de la contratransferencia como estrategia de la culpabilidad.

Otra situación que adquiere importancia cuando se presenta con frecuencia, es el aburrimiento o la somnolencia contratransferencial. Raker dice: “suelen ser respuestas taliónicas inconscientes del analista frente a un alejamiento o abandono afectivo del analizado” (Raker, 1959, p. 9). Agrega que aunque este alejamiento puede tener distinto origen, tiene características específicas, ya que no todo alejamiento por parte del analizado produce aburrimiento. Una de esas características es el alejarse sin irse, abandonar afectivamente al analista, pero permaneciendo con él. Este tipo de alejamiento o abandono parcial puede ser manifestado por el paciente como intelectualización, (que implica un bloqueo afectivo) como una monotonía en su forma de hablar y puede llegar hasta la total represión de toda relación transferencial; esto genera en el analista una sensación de exclusión y de impotencia con respecto al curso de las sesiones. En este tipo de situación, se puede pensar que lo que evita el paciente es caer en una dependencia latente y muy temida con el analista, y es el rechazo de estos peligros, junto con el dominio de la angustia mediante diferentes mecanismos, que lo inclinan al alejamiento, y generan en el analista una reacción de aburrimiento y somnolencia.

Por su parte, Kancyper (1993) señala que el desarrollo de un vínculo simbiótico que resulta de una identificación proyectiva masiva de aspectos fragmentados, conducen a la confusión e indiscriminación en las dimensiones intrapsíquicas e intersubjetivas, entre el analista y el paciente.

En el caso del trabajo con adolescentes cuando el analista percibe un estancamiento en el tratamiento, como es mencionado por Bararger (1992, c.p.

---

<sup>17</sup> Transferencias del superyó y de otros objetos internos frustrantes.

Kancyper, 2007), uno debe interrogarse sobre el obstáculo que pueda estar provocando esta detención, haciendo un análisis de los aspectos involucrados en el tratamiento, incluyendo a los padres, principalmente en lo que corresponde a las transferencias y contratrasferencias de los participantes. Agrega: “El afecto contratrasferencial es lo que obliga a echar una segunda mirada a la instrumentación del afecto hacia el campo, incluyéndose el analista mismo como objeto de una pregunta. A título de ejemplos: “aquí no pasa nada, ¿dónde está la traba? o ¿por qué siente tanta irritación? o ¿de dónde viene esta angustia que nada justifica?” (Kancyper, 2007, p. 79)

Por su parte, Maldonado (1992) expone que cuando hay en el analista la necesidad contratrasferencial de obtener resultados terapéuticos y de medir el proceso en función de esos resultados, le impide la mayoría de las veces, advertir otras relaciones que no son causales y reconocer que el verdadero resultado positivo, depende de que el proceso se mantenga.

## **IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS PARA EL MANEJO DE LA CONTRATRASFERENCE**

*“el objeto psíquico es incomparablemente más complicado que el objeto material del exhumador, y nuestro conocimiento no está preparado en medida suficiente para lo que ha de hallarse, pues su estructura íntima esconde todavía muchos secretos.”*  
Freud<sup>18</sup>

El análisis, la supervisión y la experiencia clínica del propio terapeuta es esencial en el manejo de la contratrasferencia, cito: “Como trasfondo de todas sus puntualizaciones sobre la técnica, Freud nunca dejó de insistir en que su apropiado dominio (refiriéndose a las reacciones de los pacientes y el analista) sólo podía adquirirse a partir de la experiencia clínica, y no de los libros; la experiencia clínica con los pacientes, sin duda, pero ante todo la que el analista obtiene de su propio análisis” (Strachey, 1996, en Freud, 1911-1915 [1914], p. 81). A esto podemos agregar lo expuesto por Fédida (1995), quien refiere que

<sup>18</sup> Freud, 1937, p. 262

el analista además de disponer de los conocimientos adquiridos, debe tener una formación que le permita experimentar una gran variedad de afectos, permitir el acceso de éstos sin descargarlos (como lo hace el paciente), y desarrollar una habilidad asertiva para extraer la comprensión empática del paciente sin confundir lo que éste da a vivenciar con lo que pertenece a su propia personalidad, todo con el propósito de someter los afectos emergidos al trabajo analítico.

Bernstein y Glenn (1991) señalan que las respuestas hacia el paciente como objeto real se ubican en el plano consciente, pero como se ha venido desarrollando, los aspectos relacionados con la contratrasferencia son en su mayoría inconscientes. Por ende, el analista debe estar alerta de su comportamiento y de los afectos generados en él, atribuyéndolo todo a la realidad objetiva, y realizar un análisis tanto de las contratrasferencias evidentes como de las que llegan a pasar inadvertidas, con la finalidad de descubrir aspectos trasferenciales, que de otra forma podrían representar puntos ciegos en el análisis de las transferencias del paciente.

Son varios los escenarios trasferenciales y contratrasferenciales que se pueden suscitar en el campo analítico, por tal motivo éstos deben ser claramente detectadas por el analista, y un amplio conocimiento de sí mismo le permitirá ubicarlas apropiadamente. Con respecto a esto, Bernstein y Glenn (1991) señalan distintas situaciones que pueden surgir en el proceso terapéutico: a) Que surjan transferencias del analista hacia el paciente, b) Que la contratrasferencia del analista se conecte con situaciones de su propia historia, y que si éste no tiene claramente identificadas, puede confundirlas con la situación transferencial del paciente, y c) Que la situación transferencial del paciente se conecte con situaciones de la propia historia del analista.

Si el analista no detecta la diferencia entre estas situaciones, puede llevarlo a actuar a consecuencia de esta confusión y cometer una falla en el trabajo analítico. De tal forma que la presencia de una situación contratrasferencial sólo se puede establecer por el análisis que lleve el propio terapeuta, ya que de otro modo sólo se puede especular sobre la naturaleza exacta de las

trasferencias, contratrasferencias, empatía u otros sentimientos emocionales; y el carácter activo que tengan en el tratamiento.

Si la comprensión y el manejo evidente de la contratrasferencia, se logra a partir del análisis y la supervisión, son los pacientes difíciles como expone Fédida, los que llevan al analista a enfrentar el desconocimiento de las partes más frágiles de su persona y por tanto a continuar con su propio análisis de las zonas más oscuras de su vida psíquica. “Los verdaderos psicoanalistas terapeutas son los que, trabajando con su íntegra vida psíquica propia, conocen lo patológico, saben observarlo e intentan comprenderlo, y, desde la experiencia que de ellos mismos tienen, el análisis les confía, si no los medios de curar, al menos los de cuidar: son los que reciben de lo psicopatológico la conciencia de la distinción entre su propia vida psíquica y la del otro, y la contratrasferencia se les impone como la medida siempre disponible de esa conciencia.” (Fédida, 1995, p. 225)

## **V. ANGUSTIA Y CONTRATRASFERENCECIA**

Como se ha venido desarrollando, la contratrasferencia corresponde a diferentes afectos surgidos en el vínculo que se establece entre el paciente y el analista, y es la angustia en contratrasferencia, o como lo refiere Fédida (1995) la inquietante extrañeza de la transferencia, la que tiene un carácter particular en el presente trabajo.

En cuanto a este tema, Raker (1959), basándose en la ansiedad persecutoria y depresiva de la vida emocional temprana desarrolladas por Melanie Klein, describe algunas de las situaciones contratrasferenciales que pueden perturbar la labor del analista y que a la vez permiten comprender puntos importantes de la neurosis interpersonal, que surgen durante la psicoterapia con diferentes intensidades tanto en el paciente como en el terapeuta.

La angustia contratrasferencial puede ser, en términos generales, de *carácter depresivo* o de *carácter paranoide*. En la angustia depresiva el peligro inherente consiste en haber destruido o enfermado al analizado. El registro que

percibe el analista, como angustia depresiva, parte, de la no mejoría, el sufrimiento y la depresión del paciente. Estas angustias también suelen aumentar los deseos de reparo. En cuanto al paciente, las situaciones trasferenciales, a las que se refieren las angustias depresivas del analista, son aquellas en que el analizado, por un aumento de frustración o por un peligro de frustración y de la subsiguiente agresión, vuelca esta agresión contra sí. El analizado en respuesta, se defiende adelantándose a este peligro, ejecutando él mismo y contra sí mismo, parte de la agresión temida proveniente del analista; amenazando con ejecutarla aún más. Así vemos que, la angustia depresiva contratrasferencial surge, ante todo, frente a la “defensa masoquista” del analizado y frente al peligro de que ella continúe; con el fin de protegerse frente a la revivencia de la destrucción de los objetos y de proteger a éstos de la propia agresividad.

En cuanto a la angustia paranoide, hace una diferencia entre una contratrasferencia *directa* y una *indirecta*. En el primer caso las angustias surgen frente al peligro de la intensificación de la agresión del analizado mismo; en el segundo caso, surgen frente al peligro de la agresión de terceras personas con quienes el analista ha hecho sus trasferencias principales; por ejemplo, el grupo analítico. Siendo los destinos de estas relaciones de objeto codeterminados por la actuación del analista como tal.

La angustia paranoide *directa* en contratrasferencia, tiene que ver con las posiciones de amenaza y agresión en que se sitúa el analizado; como pueden ser: recriminación, desprecio, abandono, ataque físico. Haciéndola surgir como una respuesta o una anticipación a posiciones equivalentes del objeto transferido.

Si se analizan adecuadamente estas situaciones se observa que los aspectos contratrasferenciales incluidos en ellas, permiten detectar una situación trasferencial determinada del paciente, como la necesidad de éste de satisfacer, por un lado, al vengador, y, por el otro, de controlarlo y frenarlo, invirtiendo parcialmente la situación victimario-víctima, aliviando de esta manera su sentimiento de culpa y colocando parte de éste en el analista. Así,

cada una de estas situaciones trasferenciales pudo indicarle al analista las imagos de objeto del paciente, es decir, las situaciones contratrasferenciales fantaseadas o reales que determinan aquellas situaciones trasferenciales.

Los sentimientos contratrasferenciales de culpabilidad, representan una forma específica de angustia: la angustia ante la *conciencia moral*. De ahí, que en parte, tengan el mismo origen. Por ejemplo, un serio empeoramiento del estado del analizado puede provocar al mismo tiempo temor ante su venganza (angustias paranoides); así como, angustia y preocupación por haberlo dañado al paciente (angustias depresivas), unido al dolor y al temor ante la recriminación moral por parte del superyó.

Bernstein y Glenn (1991) exponen que en tales situaciones de sentimientos de culpabilidad, el superyó (del analista) suele ser proyectado sobre el analizado (o sobre una tercera persona), siendo el analista el yo culpable. El acusador es, al mismo tiempo, el atacado, la víctima del analista; éste es el acusado, es decir, el victimario, el que por lo tanto tiene que sufrir luego la angustia (tensión) ante su objeto y la dependencia con respecto a él. Esta situación contratrasferencial, registrada como sentimiento de culpa, al igual que las anteriores, pueden referirse a factores reales o fantásticos; o bien, a una mezcla de ambos.

Para la comprensión y análisis del caso que aquí presento, lo expuesto por Fédida (1995) nos da una visión clara de lo que sucede cuando el afecto que se genera en contratrasferencia es la angustia; por tanto, a continuación se describe lo planteado por el autor.

Fedidá refiere, que el conflicto que presentan determinados pacientes con una necesidad de dependencia, los inclina a buscar un contacto físico con el analista; lo que da una idea de que este tipo de pacientes tienen una dificultad para distinguir entre el pensar, sentir y actuar, poniendo al analista en una situación de angustia. Ante este tipo de situaciones, el analista enfrenta un desafío por la familiaridad que buscan este tipo de pacientes en cuanto al cuerpo y la palabra, generando en éste una sensación de amenaza



disociadora, así como una demanda de reparación, principalmente cuando se pone en juego su identidad. Aunque sólo se de por la escisión producida entre la importancia cualitativa acordada por el paciente a su persona, y la función del analista.

Asimismo, plantea que el modelo implícito de la contratrasferencia es el de una relación ficticia madre-hijo, donde la madre se hace receptora de lo que le ocurre a su hijo: ella experimenta una angustia que la alerta para el peligro, aumentando la agudeza de su percepción ante lo que sucede en ella y en su hijo. Esto le permite restituir, lo que percibe, con palabras y gestos adecuados, dando una significación clara de lo que él experimenta, es decir, sin confusión con la propia de ella. “La angustia contratrasferencial del analista podría ser idealmente la de una madre capaz de resonancia con el estado del hijo, de contención de las energías de esta angustia, de metabolización y de metaforización de los afectos confundidos que tienden a desbordar al niño. En consecuencia, es el modelo de la relación madre-hijo el que regla aquí la función de experiencia intersubjetiva de la contratrasferencia y la convierte en un dispositivo preconciente apto para dar, en el lenguaje, resonancia a los diferentes estados vividos por el paciente. En estas condiciones, la angustia contratrasferencial no se presenta sólo como una *respuesta* sino más bien, como un momento de la atención y, por ello, como un instante en que se constituye la interpretación.” (Fédida, 1995, p. 202)

“La sollicitación de las reacciones familiares, la convocación de respuestas afectivas personales, no dejan de producir, en el analista, la angustia de una colusión fantaseada entre sus reacciones habituales frente a sus allegados y las que el paciente exige [...] Es por cierto la pérdida del lenguaje lo que se vive como la amenaza más terrorífica. Si ocurre que el analista se vea viéndose sin estar dotado de las capacidades de movilidad kinestésica e imaginarias que le son habituales (para evaluar las transformaciones de su propia imagen en el otro), la angustia contratrasferencial se vive primero como un pasmo mortífero antes que ella comunique el afán del paciente de crear un doble simbiótico idénticamente el mismo que él.” (Fédida, 1995, p. 203)

Aunque la angustia que se genera en la relación analítica puede ser auxiliada por el encuadre, el analista no puede depender totalmente de éste ya que la palabra, la escucha y la inconsistencia del equilibrio entre la atención pareja del analista y las asociaciones libres del paciente, dan como resultado que el analista reciba las palabras del paciente con todo lo que traen consigo, lo cual lleva a una activación de la memoria del analista, y por consiguiente, a una actividad interna de palabra asociativa.

Por último, Fédida apunta que: “En tanto el fenómeno de angustia es un fenómeno del yo, no se lo podría considerar en metapsicología sin comprenderlo por una referencia al otro ajeno a mí. Dicho de otro modo: ¿Puede una teoría psicoanalítica de la angustia abstenerse de incluir la cuestión del otro? Hacer que esta cuestión se plantee sobre la base de la contrasferencia, y conferirle el poder de iniciar nuevas especulaciones metapsicológicas sobre la angustia: he ahí una de las razones por las cuales la situación de supervisión nos parece enteramente privilegiada.” (Fédida, 1995, p. 198)

## **VI. LO CONSTITUCIONAL EN LA RELACIÓN MADRE-HIJO(A)**

Las series complementarias planteadas por Freud que implican, lo constitucional (aspectos congénitos y hereditarios), la disposición (experiencia de vida) y la causa desencadenante (situaciones actuales que rompen o perturban el equilibrio); son de gran importancia para la comprensión y análisis de la personalidad del sujeto. En el caso que aquí presento, lo constitucional guarda íntima relación con la problemática de la paciente, principalmente en lo que concierne al vínculo madre-hija, y que se desarrolla con mayor detalle en el capítulo sobre el análisis del caso.

La relación que se establece entre madre-hijo(a) a partir de una deficiencia en el desarrollo, ya sea por causas innatas o adquiridas, implica una serie de factores que estarán presentes a lo largo de la vida del sujeto, sobre todo en los primeros años y en los años donde haya reacomodos en la personalidad, como es el caso de la adolescencia. Estos reacomodos, se complican,

principalmente cuando no ha habido un trabajo de elaboración de dicha problemática, tanto desde los padres, como desde sujeto que la vive.

Para abordar de este tema, se toma como texto central "*El niño retardado y su madre*" de Mannoni (1989). Éste está basado principalmente en el trabajo con niños que presentan un nivel alto de daño de las capacidades intelectuales; sin embargo, para el análisis de caso que presento, se pueden retomar algunas situaciones relacionadas con aspectos intersubjetivos que llegan a presentarse en cualquier nivel de daño, que implique un déficit en la capacidad del sujeto.

El autor expone que para los padres, el tener un hijo con alguna falla orgánica sobre todo en lo que corresponde a habilidades intelectuales y que repercuten directamente en el desarrollo de éste, será muy difícil de asimilar y aceptar por éstos. Por tanto, estarán constantemente revisando el diagnóstico y acudiendo a distintos médicos, con la finalidad de encontrar un diagnóstico distinto, y que en caso de existir una daño orgánico, haya algún médico que les ofrezca una "cura". Con esta actitud por parte de los padres, el autor infiere que, lo que se encuentra latente es el deseo de no obtener jamás una respuesta de lo que le sucede de a su hijo.

Con respecto a la relación amorosa madre-hijo, hay una inclinación hacia una indiferencia patológica o bien de rechazo consiente, donde las ideas de muerte están presentes, aunque sabemos, que las madres no pueden tomar consciencia de ello, por lo que esto implicaría en ellas. Esta situación se presenta ya que la enfermedad de un hijo afecta el narcisismo de la madre, generando fallas en la identificación y una la posibilidad de conductas impulsivas. De tal forma que la enfermedad del niño, llega a suscitar pánico ante la imagen que la madre tiene de sí y que no logra reconocer ni amar.

En la adolescencia, como se ha venido desarrollando, hay una serie de resignificaciones de distintos fenómenos, esto se aplica de igual forma en lo que corresponde a aspectos constitucionales, ya que como se menciona en el capítulo sobre adolescencia, es común que tanto el adolescente como los padres, enfrenten una serie de renunciadas marcadas por la realidad, donde las

instancias ideales cumplen un papel fundamental. Generando en ambas partes, una serie de heridas narcisistas. En el caso de jóvenes con fallas en su desarrollo, implica una serie de reacomodos más complicados de elaborar, y que no todos los padres están dispuestos a aceptar.

Kancyper (2007) señala que la historia del adolescente inicia desde antes del nacimiento, en un orden simbólico donde el hijo ocupa un lugar en el fantasma individual de cada uno de los padres, como en el de la pareja. Este lugar está determinado con base al deseo y al sistema narcisista de éstos, y se plasmará en la representación que se tenga del hijo o de la hija. Es en la adolescencia cuando hay una mayor carga en el rol que los padres han identificado en su hijo, marcando nuevamente tanto su identidad, como su identidad sexual. Dicho representante narcisista primario, operará durante toda la vida como un referente a partir del cual el sujeto necesitará efectuar un trabajo de reelaboración constante para lograr su condición subjetiva de un ser vivo con existencia propia. Es en el momento en que se deja la representación del niño-rey que se da la condición para que el yo empiece a nacer.

El cómo se ubique la enfermedad dentro de la constelación familiar tendrá una relación directa en el desarrollo del niño, de tal manera que el niño en tanto es reconocido como sujeto autónomo, tendrá un mejor desarrollo intelectual y motriz, ya que estas capacidades serán puestas en él y no suplidas por la madre, o por otra persona, quienes estarían poniendo un freno en su desarrollo. Por tanto, la gravedad depende en esencia del sistema de relaciones en el que el sujeto se halla agarrado. Esta situación se puede observar en el caso que aquí expongo.

Para el presente trabajo, es relevante, saber en donde se ubica la angustia en este tipo de situaciones, Aulagnier citado por Mannoni (1989), declara que lo propio de la angustia es que no es nombrada, ya que el decir que se está angustiado implica haber tomado distancia y así reconocer la angustia. En el caso de los niños que presentan un déficit en su desarrollo, la angustia aparece cuando el Otro no reconoce al sujeto como objeto de deseo, lo que inicia con el amamantamiento donde paralelamente a la absorción de la leche, hay

absorción de una relación fantasmática, donde se involucran deseos de ambas partes. El fantasma fundamental se presenta cuando el sujeto ya no puede colocarse frente al deseo del otro; por tanto la angustia surgirá como consecuencia de lo que no puede ser nombrado, transformándose en un objeto cuyos signos ya no son descifrables. Esto nos remite a lo expuesto en el capítulo sobre angustia y contratrasferencia.

Ante la angustia que vive la madre, la falla en la capacidad de simbolizar, es decir la traducción en palabras de dicha angustia, generada por el afecto devenido, no entra en el orden de la ley ni en el de la cultura, por tanto, implica para ella, una vivencia imaginaria del otro, el otro que no es ese sujeto, ni semejante, sino la representación de su doble. Esta situación la percibe como un acorralamiento, dejándole como única salida la violencia.

En cuanto al padre, generalmente, en tanto representante de la ley, no hace más que resignarse ante la situación que el niño estará destinado a vivir fuera de todas las reglas.

Con relación al trabajo terapéutico, este tipo de pacientes, generalmente desembocan en la situación analítica una reacción de angustia contratrasferencial, la cual surge en la relación trasferencial, donde lo que está presente es el tipo de vínculo que el niño establece con su madre, con la forma en que éste se sitúa con respecto al deseo del Otro.

## PARTE II: MÉTODO

*“El conocimiento del analista sobre el itinerario a recorrer y sobre la teoría que lo funda no conlleva el conocimiento anticipado de las causas que han hecho que este sujeto se haya encontrado con este conflicto, haya movilizado estas defensas y no haya podido evitar su fracaso. A este conocimiento, el analista sólo lo puede adquirir con el sujeto, que es el único que posee una memoria de su historia, que conoce la versión que de ella se ha creado. El analista, por su parte, pondrá al servicio de su escucha y, así, de su partenaire, una versión universal de una historia infantil-universal porque cree en la presencia y en las consecuencias, en todo sujeto, de un mismo conjunto de experiencias: el encuentro con ese objeto primordial que es el pecho; su pérdida; el reconocimiento de un padre que es quien tiene el exclusivo derecho de goce sobre la madre; la confrontación con exigencias culturales y una ley que en todos los casos prohibirán el incesto y ciertas satisfacciones pulsionales; el descubrimiento de que el cuerpo es mortal, de que no se puede ser hombre y mujer, de que no basta desear para tener, ni aun para vivir o morir.”*

*Aulanier<sup>1</sup>*

### OBJETIVO

El objetivo del presente reporte profesional, es dar cuenta de la experiencia teórico-clínica que tuve a lo largo de la Maestría con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, la cual a su vez tiene como objetivo, formar psicólogos clínicos con un alto nivel de conocimientos y habilidades teórico-metodológicas para: diagnosticar trastornos y/o problemas psicológicos en adolescentes, y realizar una intervención psicoterapéutica que permita la atención oportuna. Con base a los principios éticos que reclama el ejercicio de la Psicología, así como, con una actitud de servicio en la comprensión y solución de lo problemas que son foco de su atención.

### TIPO DE ESTUDIO

El método que se utiliza es de tipo cualitativo, donde la descripción de las intervenciones realizadas en el proceso psicoterapéutico corresponden al tipo de Estudio de Caso, el cual señala Kazdin (2001) se refiere a observaciones no controladas de un solo paciente, en el contexto psicoterapéutico y en el que se reportan datos basados en la información anecdótica del paciente, sin los procedimientos de control usuales para registrar las amenazas de la validez.

---

<sup>1</sup> Aulanier, 1997, p. 20

## ESCENARIO Y PARTICIPANTES

El escenario se estableció en el “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM, el cual tiene como funciones: 1) Del lado del estudiante, ofrecer una formación clínica y especializada a nivel de estudios superiores y de posgrado, complementada con una experiencia clínica teórico-práctica, y supervisada. 2) Como lugar de servicio, tiene como objetivo ofrecer atención psicológica a la comunidad universitaria y social.

Las personas que asisten al Centro realizan una solicitud escrita, para posteriormente pasar a una preconsulta, donde se escucha el motivo por el que acuden, con la finalidad de detectar la problemática y hacer una adecuada canalización.

El caso que presento, se trata de una paciente de 14 años. Se encuentra cursando el primer año de secundaria en un colegio particular que según descripción de la madre: *es un colegio para gente de clase media-baja y con bajo rendimiento académico*. Llega al Centro a finales de Octubre de 2006, con 12 años de edad; debido a que la madre refiere que su padre abusó sexualmente de ella a los 8 años, es referida al Proyecto de Investigación e Innovación PAPIIT, “Factores de Riesgo para la Salud Mental y Psicopatológica del Maltrato Infantil”; investigación realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM. Después de un año, es canalizada a la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes.

Tomo el caso, el 30 de Noviembre del 2007, fecha de la primera entrevista. Trabajé con Regina, que es como llamaré a la paciente, durante un período de 8 meses en sesiones de 50 minutos, una vez por semana. La madre la presenta como una joven: *manipuladora y dominante, me ha robado dinero, y con eso les compra cosas a sus compañeros, es una niña que no se queda quieta y debido a eso ha estado bajo tratamiento médico... no puede socializar, lo normal es que a su edad la inviten a casa de otras niñas, pero a Regina nadie la invita a su casa, me han dicho que las niñas la rechazan, pero es que siempre quiere estar abrazando a la gente, utiliza sus abrazos para dominar,*

*sólo sé de un amigo pero creo que ese niño tiene muchos problemas, siento que Regina no es feliz; para ella Dios no existe, no sé que hacer con esta niña, si me preocupa, ya he intentado de todo y nada.* A lo que agrega, que la han corrido de varios colegios por conducta y bajo rendimiento escolar. Está separada del padre de la paciente, y ésta última no tiene contacto con su padre desde los 8 años, decisión que toma la madre al enterarse del abuso sexual.

Regina ha pasado por distintas evaluaciones y diagnósticos donde se informa que presenta dificultades en aprendizaje, conducta, control de impulsos y socialización. Para el análisis del caso, lo que resalto es el diagnóstico referido por la madre: Inmadurez Cerebral con afección en el Sistema Límbico.

## **PROCEDIMIENTO**

El análisis del caso se realizó a través de una revisión bibliográfica, la supervisión y el registro de las sesiones que se efectuó durante el tratamiento. Bajo la escucha, comprensión e intervención, de una psicoterapia de corte psicoanalítico, donde lo que se pretende, a través de los datos clínicos proporcionados por el paciente y sus padres, lograr organizar y analizar la información, permitiendo realizar hipótesis clínicas, establecer una impresión diagnóstica y guías en el tratamiento. Sustentadas a su vez en un marco teórico.

## **TIPO DE INTERVENCIÓN**

El tipo de intervención se basó en una psicoterapia de corte psicoanalítico, la cual se respalda “en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 324)

En cuanto a la psicoterapia, Laplanche (2000) señala que permite que el sujeto rescriba su historia en una forma diferente de estructura y transformarla así en su propia historia; donde el terapeuta ocupa un lugar de aliado transitorio, principalmente para el adolescente pero también para los padres de éste;



donde se busca favorecer un nuevo lenguaje, un nuevo modo de elaboración y una nueva batería de significantes.

“Al mismo tiempo, el analista requiere operar, durante el proceso analítico del adolescente, como un “otro auxiliar” (Freud, 1921), para favorecer el tránsito entre las realidades material y psíquica. Y en ésta última requiere operar además como el yo mismo, como un “ser fronterizo” (Freud, 1923); mediando el tránsito del yo con el ello, con la realidad externa y con el ideal del yo, el yo ideal y el superyó del propio analizante.” (Kancyper, 2007, p. 22)

Bajo esta línea el encuadre es el único elemento que se mantiene fijo, y por tanto el único representante de la realidad en el tratamiento, a partir del cual se puede intervenir con el paciente. Por lo que es importante mantenerlo y ser claro al momento de establecerlo. Éste involucra las sesiones, su fijeza, su duración regular, el pago, la estabilidad del lugar, y la materialización de los puestos ocupados.

### PARTE III: PRESENTACIÓN DEL CASO

Regina, al igual que todos los pacientes con los que trabajé durante la residencia, me es referida por la Directora del Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM, quien me comenta que cuando llegó al centro fue canalizada para evaluación, al proyecto de investigación e innovación PAPIIT<sup>1</sup>, ya que a los 8 años fue abusada sexualmente por su padre. Ahora tiene 13 años y el proyecto está dirigido a niños, por lo que no pueden darle tratamiento. Me dice que el expediente lo tienen en PAPIIT, pero que puedo solicitarlo. En PAPIIT me dicen que no pueden darme el expediente hasta que lo autorice la Doctora a cargo.

Llamo a la madre de Regina para concertar una cita. A la primera entrevista llegan Regina, su madre y su nana, la cual es presentada como su psicóloga. Esto me llama la atención, ya que no es común que una adolescente esté bajo el cuidado de una nana, además, me surge la pregunta: ¿Por qué viene al Centro, si tiene una psicóloga particular? Más adelante, la madre aclara que Ana (la nana), ayuda a Regina a hacer sus tareas, y ha llegado a manejar programas de establecimiento de límites; pero piensa que su hija necesita un apoyo psicoterapéutico, ya que Ana más que ser una psicóloga para Regina, cumple funciones de cuidado, que la madre no puede hacer.

Las recibo en la sala invitando a que pasen sólo madre e hija, es notoria la ansiedad de Regina quien venía sujeta del brazo de su nana, al soltarla muerde el popote de un vaso grande con agua que lleva con ella.

Regina aparenta alrededor de 15 años de edad, es alta, mide aproximadamente 1.70m, complexión robusta, con sobrepeso, tez blanca, ojos café claro, cabello largo, rizado y rubio, sujetado por una liga, viste el uniforme del colegio. Su madre es una mujer de 57 años, aparenta una edad similar a la referida, es un poco más baja que ella, con un sobrepeso marcado, facciones toscas, usa maquillaje en ojos y boca, cabello café (teñido), a la altura de los

---

<sup>1</sup> “Factores de riesgo para la salud mental y psicológica del maltrato infantil” Investigación realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (2007).

hombros, lo lleva suelto, viste pantalón, blusa y saco tipo sastre, pero en general muestra un ligero desaliño.

En esta ocasión el consultorio donde realicé la entrevista contaba con dos sillones tipo *loveseat* y una silla. Al entrar, la madre se sienta en uno de los sillones e inmediatamente Regina en el otro, su madre le dice que se pase con ella, pero ella no acepta, yo le comunico que no hay problema y tomo la silla con la finalidad de que se sintiera cómoda, ya que continuaba muy ansiosa.

Le pregunto a Regina la razón por la que viene al centro y me dice que le pregunte a su mamá. La madre me dice que vinieron hace aproximadamente un año y la razón por la que acudieron es debido a que Regina es muy impulsiva, miente mucho, presenta bajo rendimiento escolar y a partir de los 12 años empezó a aumentar de peso, actualmente come todo el tiempo y en los últimos meses ha subido aproximadamente 5k. Cabe señalar que durante el tiempo que trabajé con ella no hubo cambios significativos en su peso.

Comenta que desde chica ha presentado muchos problemas, a los 4 años le diagnosticaron *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*<sup>2</sup>; se detiene y agrega: *pero todo eso ya se lo dije a los psicólogos, me han hecho varias entrevistas, de hecho le hicieron varias pruebas y a mi también... también traje varios estudios que le han hecho antes*. Le pido que me ponga al tanto de los antecedentes pues es importante retomarlos. Como si ya tuviera un guión

---

<sup>2</sup> Según lo señalado en el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2002) la característica esencial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar, el cual interfiere en la actividad social y/o académica del sujeto; donde las actitudes relacionadas con los síntomas se presentan en dos contextos distintos, por lo menos.

Los sujetos que presentan este tipo de trastorno suelen ser sucios y descuidados en sus tareas, realizándolas sin detenerse a reflexionar en lo que hacen; asimismo pueden cambiar de una actividad a otra sin completar ninguna de ellas. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo, se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes interrumpiendo lo que están realizando en ese momento para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problema, por los demás. Las características asociadas varían en función de la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima. Con frecuencia el rendimiento académico está visiblemente afectado y devaluado, lo que conduce típicamente a conflictos con la familia y el profesor.

preparado me habla un poco sobre el desarrollo de Regina: desde chica ha presentado problemas de conducta, la han corrido de varios colegios y por tanto ha tenido que llevarla a que le realicen varias evaluaciones. A los 10 años estuvo bajo tratamiento de Neurofeedback<sup>3</sup> con la finalidad de corregir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, donde asistió alrededor de 5 sesiones. *Es manipuladora y dominante, me ha robado dinero, y con eso les compra cosas a sus compañeros, es una niña que no se queda quieta y debido a eso ha estado bajo tratamiento médico.*

Actualmente ya no toma ningún medicamento porque el último le había empezado a provocar náuseas, así que la madre decidió suspenderlo, le pregunto si comentó esto con el psiquiatra, y me dice que todos los medicamentos que le han recetado le han caído mal, así que decidió no darle más medicamentos. Ha llevado a Regina con varios psicólogos, y ha gastado mucho dinero, por lo que en este momento ya no puede seguir pagando los tratamientos. Le dijeron que aquí en la UNAM había un centro donde daban tratamiento psicológico y que no era muy caro. A esto agrega *además está ese problema de su papá... su padre abusó de ella cuando tenía 8 años.*

Durante la entrevista Regina había permanecido en silencio, su respiración era fuerte y se mostraba ansiosa. En el momento en que la madre toca el tema del abuso, se muestra aun más ansiosa, tira con el pie el vaso con agua que había colocado en el piso a un lado del sillón, la madre no hace ningún comentario.

---

<sup>3</sup> El EEG-Biofeedback o Neurofeedback es un tipo de tratamiento desde la neuropsicología, el cual por medio del uso del electroencefalógrafo, busca entrenar al sujeto para que modifique los patrones de su actividad eléctrica encefálica; a través de una tecnología multimedia, asistida por ordenador para monitorizar los patrones individuales de actividad cerebral asociados a condiciones biológicas tales como tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, presión sanguínea, ritmo cardíaco, etc. Para lograr este objetivo se le colocan al paciente una serie de electrodos, los cuales registran una actividad eléctrica del cerebro, misma que observa en tiempo real en el monitor de una computadora; a partir de esto se le instruye para que aprenda a incrementar o disminuir los valores de cada una de las ondas cerebrales.

Como instrumento terapéutico ha tenido dos objetivos principales: 1. Modificar específicamente ciertas funciones fisiológicas; 2. Lograr una mayor conciencia por parte del individuo de sus procesos psicológicos y sus concomitantes fisiológicos.

Quien utiliza este tratamiento realiza entre 2 y 5 sesiones semanales, hasta completar un *pack* mínimo de entre 20 y 40 sesiones. Está dirigido principalmente a personas que presentan Déficit de Atención, trastornos alimenticios, dolor de cabeza, tartamudeo, Ansiedad y Epilepsia. (Sánchez, Oliveros, Núñez, Casas del Valle, y Bustos, 1998)

Refiriéndome a Regina le digo: No te preocupes lo vamos a limpiar.  
Limpiamos el agua.

- ¿Puedo esperar allá afuera? Pregunta Regina aún ansiosa
- Si, vamos a seguir hablando tu mamá y yo, pero me gustaría después platicar contigo, ¿estás de acuerdo?
- Sí. Sale del consultorio.

La madre continúa hablando sobre el abuso, en ese momento el padre de Regina tenía 36 años, me dice que están separados y que Regina no ve a su padre desde el día que tuvo que ir a declarar. Refiere que se puso muy mal cuando lo vio, *gritaba y lloraba diciendo que no lo quería ver*. Después del abuso recibe tratamiento psicológico por poco tiempo, no entra en más detalles. Cuando ocurre el abuso, ellos ya estaban separados Regina se iba los fines de semana con él, a ella no le comenta nada, es su abuela materna a quien le dice que no quiere seguir yendo con su papá. En un principio no quiere decir el por qué, pero después de un tiempo le dice que su papá se acuesta con ella, la acaricia y que le ha llegado a tomar fotos desnuda. A partir de este momento deja de llevarla a casa de su padre y decide levantar una demanda solicitando la patria potestad. Durante este proceso Regina tuvo que ir a declarar en varias ocasiones, la madre describe que era una situación muy difícil para ambas y que a Regina le afectaba emocionalmente, por tal motivo después de obtener la patria potestad decide no continuar con el proceso el cual iba encaminado a la detención del padre.

A lo largo de la entrevista la madre tiene poca iniciativa en profundizar en los temas abordados e insiste en que ella ya había comentado con un psicólogo del centro toda la problemática que ha presentado Regina a lo largo de su desarrollo, así como, compartido los resultados de varios estudios que le han aplicado. Agrega que estuvieron viniendo al centro, refiriéndose al proyecto PAPIIT, durante varios meses a que les aplicaran pruebas y Regina asistió a varias terapias con un psicólogo.

Me quedo con la sensación de que Regina es un problema para ella y que piensa que ha hecho mucho al respecto, pero al mismo tiempo espera que otros se encarguen de esta situación.

Salimos del consultorio, nos dirigimos a la sala de espera donde se encuentra Regina, al invitarla a pasar se sujeta del brazo de su nana y me pide pasar con ella, lo cual acepto. Al entrar al consultorio se sientan en el sillón donde había estado sentada la madre y permanece abrazada del brazo de su nana.

- ¿Sigues nerviosa? Dirigiéndome a Regina

- Sí

- Tranquila no va a pasar nada, sólo vamos a platicar un rato, me gustaría hablar un momento contigo así que le voy a pedir a Ana (la nana) que te espere afuera.

Sujeta más fuerte el brazo de Ana, la voltea a ver y le pide que no se vaya. En este momento Regina me da la impresión de una niña de 6 años, lo cual contrasta con su aspecto físico que, como mencioné anteriormente, aparenta una joven de 15 años.

- Si Regina no te va a pasar nada y es importante que hables tus cosas, para eso estás aquí, le dice Ana.

Regina acepta, suelta el brazo de Ana y al momento en que cierro la puerta del consultorio, Regina dice: "me van a matar".

- ¿Por qué piensas eso? pregunto.

- No sé, pero me van a matar

Silencio

- ¿Qué piensas de lo que dijo tu mamá sobre la razón por la que vienes a terapia?

- Yo creo que no tengo problemas pero mi mamá insiste en traerme.

- ¿Y tú quieres venir?

Se encoge de hombros

- Tu mamá está preocupada por ti y por eso te trae a terapia, pero aquí también es importante saber qué es lo que tú piensas con relación a esto.

Silencio

- Este es un espacio que puedes ocupar para hablar de las cosas que te pasan, de lo que te preocupa, comentar tus sueños o cualquier tema que se te ocurra por tonto o insignificante que te parezca. Lo único que no está permitido es lastimarnos físicamente o dañar el lugar. Es importante que sepas que lo que hablemos tú y yo, no lo voy a comentar con tu mamá a menos de que sea una situación en la que tú o alguien más pueda estar en riesgo, lo cual comentaríamos primero aquí.

Regina, interesada, pregunta: -¿no le vas a decir nada a mi mamá?

- No

Silencio

Quedaban pocos minutos para que terminara el tiempo de sesión, le pregunto si tiene alguna duda o si quiere comentar algo. A lo que ella responde que no. Acordamos el horario, la acompaño a la sala de espera y nos despedimos.

Tratándose de adolescentes, generalmente citaba a sus padres en entrevistas posteriores; sin embargo, en esta ocasión, debido a que tanto Regina como su madre habían pasado por la valoración realizada en PAPIIT, decido no citar a la madre hasta tener el expediente. Esto representó un obstáculo en el trabajo con Regina ya que no tuve acceso a éste, hasta después de cuatro meses de haber iniciado el tratamiento, y durante este período había información referida por Regina que no me quedaba muy clara y llegaba a ser confusa en cuanto a relaciones personales, eventos y fechas.

A partir de la primera entrevista considero que ha pasado por demasiadas valoraciones y no es extraño que se sienta amenazada ya que a partir de lo que comenta la madre, observo que el contacto que ha tenido con psicólogos ha sido con la finalidad de evaluarla y diagnosticarla; sin embargo, no ha recibido un tratamiento en forma. A pesar de que en las primeras sesiones observaba que presentaba dificultades en el desarrollo de autonomía, lenguaje, relaciones interpersonales, y mostraba una carencia afectiva, decido no realizar ninguna valoración y seguir esperando el expediente. Considero que lo más conveniente es generar un vínculo con ella que le permitiera disminuir su

angustia, ya que era perceptible una gran dificultad en la forma en que entablaba relación con otras personas y un conflicto marcado con su madre.

El expediente estaba conformado por el formato de preconsulta del centro, la copia de varias pruebas realizadas en el proyecto PAPIIT y una serie de estudios realizados en diferentes lugares.

Al tener el expediente averiguo que Regina es traída al Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM por su madre, en ese momento tenía 12 años, refiere como motivo de consulta que: *desde bebé ha presentado una conducta anormal con manifestaciones de ansiedad, impulsividad, hiperactividad y falta de conciencia*, a esto agrega enuresis nocturna, la cual continúa presente hasta la fecha, y trastorno del sueño. En el momento en que llega al Centro estaba medicada con TOLVON<sup>4</sup> 15 mg después de comer, según la madre se lo habían recetado debido a que presentaba dificultad para conciliar el sueño. A esto agrega que había sido diagnosticada a los 8 o 9 años (la madre no recuerda exactamente la edad) con *inmadurez cerebral con afección en el sistema límbico*<sup>5</sup>.

En la preconsulta la madre lleva dos valoraciones que le habían aplicado a Regina. La primera se la realizan a los 10 años en el CIANPP (Centro Integral de Atención Neuropsicopedagógica) donde la habían valorado por presentar bajo rendimiento escolar, el diagnóstico que le dan es: Coeficiente intelectual limítrofe, *Trastorno Mixto del desarrollo del Aprendizaje*<sup>6</sup> y Síndrome hiperactivo. En este lugar le aplican el WISC-R, Figura incompleta de Rey, Bender, Wisconsin, Stroop, Tova, Tale y Prolec. La segunda a los 11 donde le

---

<sup>4</sup> Antidepresivo atípico, sustancia activa *Mianserina*. Es útil en ansiedad, tensión emocional, síntomas psicósomáticos y depresión de todo tipo, incluyendo melancolía involutiva. (Uriarte, 1999)

<sup>5</sup> La función e implicaciones de fallas en el Sistema Límbico son expuestas en el capítulo que corresponde al análisis del caso.

<sup>6</sup> Según lo señalado en el CIE 10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992) este trastorno se trata de una alteración, mal definida y sin embargo necesaria como categoría residual, en la cual están alterados de modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el de la lectura u ortografía y en el que la inteligencia general está dentro del rango normal y no está presente una mala enseñanza escolar. Asimismo para los criterios de diagnóstico el sujeto debe presentar las pautas establecidas en el Trastorno específico de la lectura F81.0 o de la ortografía F81.1, y en el Trastorno específico del cálculo F81.2.



realizan un Electroencefalograma nocturno prolongado con polisomnografía debido a que presentaba enuresis y se sospechaba de TDA. No hay un informe final de este estudio.

En la entrevista de preconsulta realizada en el Centro, la madre comenta que Regina fue abusada sexualmente por su padre a los 8 años y que había recibido tratamiento por esta razón, agrega que presenta bulimia y exceso de peso. A la entrevista llega también la nana quien refiere que es demandante y hace berrinches. Cuando se le pregunta a Regina cómo se siente, ella dice que tiene miedo hacia todos los hombres que ve y que siente vergüenza por su enuresis ya que tiene que usar pañal en la noche.

Pasa un tiempo después de haber realizado la preconsulta y es referida al proyecto PAPIIT, en este momento tenía 13 años de edad. Las pruebas que le aplican son: WISC-R, TAT, Bender, MMPI-A, Frases incompletas, Machover, HTP, Test del dibujo de una familia y el Test del dibujo de una persona bajo la lluvia. En la pruebas realizadas por PAPIIT observo que en general Regina se mostraba renuente a los test, *Odio dibujar, es que me choca dibujar humanos, porque luego me vas a preguntar de ellos y no te voy a contestar, voy a dibujar cualquier familia entonces*. No hay un informe final de la valoración realizada por PAPIIT.

## **ANTECEDENTES**

Regina ingresa a maternal al año 7 meses. En el colegio le decían a la madre, que era una niña muy inquieta. Empieza a tener dificultad en su rendimiento escolar al iniciar la primaria y continúa con problemas de conducta, la madre dice: *siempre fue una niña muy difícil, las maestras la tenían que sentar en un lugar y la rodeaban con sillas para que no se estuviera moviendo tanto*. A mitad de curso decide cambiarla a una escuela con sistema Montessori donde estuvo hasta los 8 años, persistiendo los problemas de aprendizaje, la madre comenta que durante este tiempo recibió regularización y apoyo psicopedagógico. Esta época coincide con la demanda legal emitida por la madre hacia el padre de Regina, la madre comenta que narraba historias a sus compañeros, donde la

violaban, creando molestia entre los padres de familia, por tal motivo se siente obligada a cambiarla de colegio, dice: *En la escuela no me dijeron nada abiertamente, pero me dieron a entender que era un problema con los padres y lo mejor era cambiarla de escuela, además que el tipo de escuela no era conveniente para ella.*

Ingresa a un colegio particular donde, refiere la madre que el nivel académico es muy alto y Regina tiene problemas para relacionarse con sus compañeros, nuevamente en el colegio le comentan que lo mejor es que la cambie de colegio, debido a los problemas de aprendizaje y conducta que presenta, esta situación se complica ya que no la aceptan en otros colegios por la misma razón. Finalmente la inscribe en un colegio donde el nivel académico y socioeconómico es bajo, según descripción de la madre: *es un colegio para gente de clase media-baja, a nosotras nos dan un trato especial.* En el momento que trabajé con Regina cursaba el primer año de secundaria en este mismo colegio.

La madre refiere que le reclama el no haberse percatado del abuso sexual que vivió por parte de su padre, y agrega: *yo siento que Regina esta enojada con la vida por su situación, no puede socializar, lo normal es que a su edad la inviten a casa de otras niñas, pero a Regina nadie la invita a su casa, me han dicho que las niñas la rechazan, pero es que Regina siempre quiere estar abrazando a la gente, utiliza sus abrazos para dominar, sólo sé de un amigo pero creo que ese niño tiene muchos problemas, siento que no es feliz, para ella Dios no existe, no sé que hacer con esta niña, si me preocupa, ya he intentado de todo y nada.*

Debido a que Regina le gusta estar abrazando a los niños, cuando ingresó a secundaria le sugirieron que le colocara un dispositivo intrauterino con la finalidad de prevenir un embarazo, en ese momento no estaba muy segura de hacerlo, sin embargo, ahora que se presentó la menarca (14 años), lo está reconsiderando: *es muy lanzada con los niños y sexualmente esta muy despierta, me preocupa que algún chico se aproveche de esa situación y pueda quedar embarazada,* comenta la madre.

Para la madre, la problemática de Regina representa una frustración, comenta que ha sido muy pesado tener que estar metida en diferentes tratamientos, y que hay ocasiones que ya no sabe qué hacer: *yo creo que Regina me ve como un ejemplo muy fuerte para ella, yo nunca fui así, siempre fui muy buena estudiante... soy una ejecutiva responsable... para mí la madre es el deber ser y un ejemplo es la educación... para mí Regina era un proyecto, qué más me hubiera gustado verla haciendo una carrera, pero apenas puede pasar de año... no me gusta que me vean como víctima pero así me siento.*

## **LA MADRE**

La madre de Regina estudió una carrera universitaria, actualmente trabaja en una empresa como ejecutiva. No se involucró mucho en el tratamiento, después de la primer entrevista no volvió a acompañarla a sesión, era Ana (la nana) quien se encargaba de traerla al Centro. Al tener el expediente cito nuevamente a la madre, a quien veo en dos ocasiones más, durante estas entrevistas su relato carecía de afecto, dando una descripción de las situaciones breve, y evitaba entrar en detalles.

En lo que corresponde a la infancia de Regina no hay referencia de placer ni de compartir actividades, comenta que hasta que conoce al padre de la paciente decide embarazarse, él teniendo 28 años y ella 43, por lo que el embarazo fue considerado de alto riesgo, en el primer trimestre de gestación presentó amenaza de aborto, requiriendo reposo relativo durante el embarazo. Nace por cesárea a las 38 semanas debido a que la madre presenta preeclampsia. Al momento de nacer no hubo más complicaciones.

A los 8 días del nacimiento de Regina, se le va la leche, por lo que inicia con fórmula. Comenta que Regina tuvo intolerancia a la lactosa mostrando irritabilidad y llanto. La describe como una bebé que lloraba mucho: *era muy difícil hacer que dejara de llorar, intentamos de todo, paseos en coche... hasta tuve que poner una hamaca sobre mi cama y estarla meciendo porque nada hacía que dejara de llorar... casi no dormía.*

Desde el año de edad, Regina ha pasado por diferentes nanas (la relación con éstas se abordará más adelante). La madre refiere que siempre ha tenido que trabajar, y no podía dejarla al cuidado de su padre ya que éste era muy irresponsable. Por el discurso de la madre, me da la impresión que más que buscar en las nanas un apoyo, busca que la sustituyan.

Según referencia de la paciente, recuerda que sus padres tenían problemas desde que tenía 5 años, debido a esta situación se separaron en varias ocasiones, siendo la definitiva cuando Regina tenía 7 años. La madre comenta que decide separarse, debido a que dejó de querer al padre de la paciente, quien acostumbra participar en juegos de apuesta, al grado que en una ocasión les embargaron la casa. A partir de este momento Regina y su madre se van a vivir a casa de su abuela materna.

Con el cambio de casa, inician los conflictos entre ellas, ya que según referencia de la madre, una de las tías, que vivía con ellas, y la abuela, no le ponían límites, la consentían mucho y en ocasiones le restaban a ella autoridad. Desde hace dos años viven solas; sin embargo, los conflictos entre ellas se han ido incrementando.

Regina presenta a su madre como una mujer racista (refiriéndose al color de piel), que no acepta a sus amistades y muy intrusiva, dice la paciente: *siempre esta metida en mis cosas, todo quiere saber de mi*. Durante el tratamiento la paciente comentaba que ella y su madre eran muy diferentes, su relación era distante, y no le gustaba estar con ella. En un principio, evitaba hablar de ella, cambiaba el tema o decía: *no quiero hablar de eso*. Con el tiempo, le fue más sencillo hablar de la relación que tenía con ésta, comenta que cuando era chica su relación era mejor, pero después empezó a cambiar y ahora le es muy difícil compartir tiempo con ella: *mi mamá y yo no podemos estar juntas porque todo el tiempo peleamos* dice Regina. En ocasiones al hablar de su madre, llegaba un momento en el que se detenía:

- Ya no quiero hablar de mi mamá, mejor hablemos de otra cosa, decía Regina.
- ¿Qué es lo que pasa?

- Es que cuando empiezo a hablar de mi mamá me empiezo a enojar mucho.
- Es importante que hables de las cosas que te molestan, para poder entender la razón por la que estas situaciones te enojan y comprender qué es lo que realmente te molesta de tu mamá.
- Bueno, pero si empiezo a gritar es porque siempre que hablo de mi mamá me enojo mucho.

Continuaba hablando de su madre y su tono de voz no aumentaba, sin embargo, era notorio su disgusto sobre lo que comentaba respecto a ella. Lo que más le molestaba es que fuera racista, y no aceptara a sus amigos por ser morenos, decía: *a mi no me importa si alguien no es güero de ojos azules, yo saludo al de la basura con la mano y no me pasa nada*. Sentía que había gran distancia entre ellas, cuando estaban las dos en casa discutían por todo, había ocasiones en las que terminando la sesión me pedía quedarse más tiempo ya que no quería llegar a su casa, porque estaba su mamá y cuando estaba con ella, *se ponía de muy mal humor*, refiere. En una ocasión me comentó que le había pasado algo muy extraño con relación a su madre:

- Quise abrazar a mi mamá y no pude, me paralicé. Comenta Regina.
- Te escucho
- Bueno... estaba mi mamá acostada en su cama y me acerqué a ella para abrazarla, pero te juro que no pude, hasta se me paralizó la pierna, quería acercarme a ella y no podía, no se por qué... mi mamá me preguntó: “¿qué pasó?”, yo le dije *nada, nada*, y ya me fui, y realmente no supe qué pasó.
- Platícame más sobre la relación que tienes con tu mamá.
- Pues es que no sé si la odio o la quiero, quiero saber qué siento por ella. Te voy a ser sincera yo la quiero cuando me compra cosas, pero me cae muy mal. Mi mamá es hipócrita, critica, enojona, odia a los negros, para ella sólo los güeritos están bien. Imagínate a mi mamá no puedo ni decirle *mami*, o *ma* no puedo llamarla así, sólo le digo mamá.

Ana (la nana), comenta acerca de la relación entre la paciente y su madre, que pasan poco tiempo juntas, me dice que cuando la mamá de Regina está en su casa permanece la mayor parte del tiempo en su cuarto encerrada. La madre

confirma esta historia, relata que ella cuando está en su casa, acostumbra estar en su cuarto viendo televisión, y si estaba su pareja (Roberto), lo hacían de igual forma.

En lo que respecta a la pareja de la madre, ésta señala que inició su relación hace año y medio, en ese momento Regina tenía 11 años, es profesionista (no especifica en qué trabaja) tiene 37 años, divorciado, con dos hijas con las que no tiene relación, la madre de Regina narra que la ex-mujer de Roberto (su pareja) no lo dejó ver más a sus hijas debido a que no le daba dinero para su manutención.

Conoció a Roberto, en un jardín de arte donde ella organizaba unos talleres, Regina y su madre iban todos los fines de semana, en una ocasión sale a comer con varias de las personas que trabajaban en este jardín, incluyendo Roberto y es a partir de ese momento cuando empiezan a salir y después de un tiempo deciden formalizar su relación. La madre refiere que al conocerlo se entera de que Regina y él ya se conocían, sin embargo, deciden no comentarle a la paciente sobre su relación, es hasta después de 8 meses cuando platican con ella. La madre dice: *recuerdo que fue un 14 de febrero cuando decidimos decirle a Regina, que Roberto y yo estábamos saliendo juntos* Y agrega que Regina, al enterarse de esta situación, se molesta con los dos, le dice a su madre que ella se lo quitó, al mismo tiempo que le reclama el haberla cambiado por él. Ésta situación hizo que los conflictos entre ellas aumentaran.

Ante el enojo que muestra Regina, la madre señala que después del divorcio con su padre, no había tenido otra pareja, por tanto sentía el derecho de iniciar una relación: *no le he dado un mal ejemplo a Regina, de estar metiendo a cualquiera a mi casa*. Comenta la madre. Esto contrasta con el discurso de la paciente quien decía:

- Me eché a los otros novios de mi mamá pero con éste no he podido... me cae muy mal... Sus otros novios sólo querían el dinero de mi mamá y me caían muy mal. Aprendí a hacer la letra de mi mamá y le escribí una carta a su novio diciéndole que ya no quería seguir con él.

Este tipo de contradicciones, entre lo relatado por la paciente y lo referido por la madre, se presentaron en varias ocasiones a lo largo del tratamiento. Aspecto que será retomado en el apartado correspondiente al vínculo entre paciente y terapeuta.

La madre describe la relación entre su hija y Roberto como buena, pero al mismo tiempo refiere: *Regina quiere estar abrazándolo todo el tiempo, y lo llega a atosigar... platican poco, a Roberto no le gusta cómo me trata Regina, y le dice que me debe de tratar bien.* Cuando están en su casa, la mayor parte del tiempo están en su cuarto viendo televisión, señala la madre que esperan a que Regina se duerma para tener relaciones sexuales, aunque hay ocasiones que suben el volumen de la televisión para que no los escuche.

Con relación a esta situación, en una ocasión Regina comenta en sesión, que se iban a cambiar de casa y que Roberto iba a vivir con ellas, entre ella y su nana, comentaban que ahora iba a tener que estar escuchando los gritos de su mamá todo el tiempo.

Cuando Regina pregunta sobre la entrevista que tuve con su madre le comento:

- Tu mamá habló sobre Roberto y dijo que eras muy amiga de él antes de que ellos se conocieran, pero que cuando te comentó de la relación que había entre ellos, empezaron a haber problemas entre ustedes.

- Pues si, y no es que me gustara, pero ¿Te dije lo que hizo una vez Roberto?  
Permanezco en silencio

- Tiró un condón usado en mi bote de basura y pues cómo no me voy a enojar, y lo hizo a propósito porque cómo es que llegó hasta mi cuarto. Mi mamá se encierra con Roberto en su cuarto desde la 1 hasta las 7 de la mañana del otro día... Pero qué más te dijo mi mamá. (No retoma el tema)

Agrega que la relación entre ellos era distante, ya que le caía muy mal porque todo el tiempo la molestaba y sólo estaba con su mamá por su dinero (del tiempo que trabajé con Regina, puedo pensar que tienen un nivel

socioeconómico medio), comentaba que no entendía por qué su mamá estaba con él si era moreno.

- Quiero saber si Roberto es el culpable de que mi mamá no esté conmigo. Porque yo pienso que él la separó de mí, y no son celos, celos son otra cosa.

- Para ti ¿Qué son los celos?

- No lo sé, pero no son celos, celos es otra cosa y nunca los he sentido, y es que todo mundo me dice “lo que pasa es que estas celosa de él”, pero no creo, ¿Por qué tendría que estar celosa?

Regina siempre fue informada sobre las entrevistas que tuve con la madre, las cuales fueron realizadas en días distintos al de su sesión, antes de estas entrevistas Regina decía: *¿pero no le vas a decir nada de lo que hemos hablado verdad?* Después de la primera vez que cito a la madre, la paciente inicia la sesión diciendo:

- Seguro te dijo mi mamá que no tengo amigos, a todos los doctores les dice eso, pero no es cierto, y no te estoy diciendo mentiras.

- ¿Por qué crees que tu mamá le dice a los doctores que no tienes amigos?  
Pregunto

- No sé, pero a ella no le caen bien mis amigos porque son morenos, para mi mamá es super importante cómo seas físicamente, sino eres güero de ojos azules... yo no soy suficiente para ella porque no tengo los ojos azules.

- ¿Cómo te sientes con eso?

- A mí no me importa, porque para mí no es importante cómo seas por fuera sino por dentro, Octavio (novio de Regina) es moreno, y por eso mi mamá lo odia, pero a mí eso no me importa. Pero ya no quiero hablar de ella, porque me enoja y llego a discutir con ella.

Durante el tratamiento el tema del racismo de la madre, se presentó en repetidas ocasiones.



## EL PADRE

Como ya se mencionó, Regina no ve a su padre desde hace 5 años, los datos que tuve sobre él fueron referidos por la madre y lo poco que comentó la paciente sobre él.

La madre lo presenta como un hombre que no tenía autoridad en casa, le gustaba apostar, la mayor parte del tiempo permanecía sentado frente a la computadora y no hacía otra cosa, era un hombre alto y con sobrepeso significativo, agrega que cuando vivían juntos ella llegó a pesar 100 kilos. Jugaba poco con Regina y cuando lo hacía era muy violento, la aventaba en la cama o la abrazaba muy fuerte impidiéndole la movilidad. Era despreocupado en cuanto al cuidado de la paciente.

El recuerdo que conserva la paciente de su padre desde chica hasta el día de hoy es el de un hombre “alto y muy gordo”. El hablar de él lo refería como un tema prohibido. Pocas fueron las veces que lo trajo a sesión. La primera vez que le pregunté sobre él, me dijo:

- De mi papá no quiero hablar.
  - ¿Por qué no quieres hablar de tu papá?
  - No sé, no quiero hablar; no me importa, me es indiferente (hace un silencio)
- Bueno me da un poco de coraje.
- ¿Qué es lo que te enoja de tu papá?
  - No sé, no quiero hablar de él, hablemos de otra cosa.

Cuando por alguna razón salía al tema la relación con su padre, decía: *cambio de tema... o no quiero hablar de él... no me acuerdo de nada.*

En una sesión, tocamos el tema del abuso sexual que vivió por parte de éste, en esa ocasión comentó que no le causaba ningún problema, que ya lo había superado, que estaba muy chica cuando sucedió y por tanto ya no se acordaba. Sin embargo, hubo una vez que inició la sesión diciendo:

- Hoy pasó algo, hablaron de un problema con mi papá... y me lo recordó.
- ¿Qué recordaste de tu papá?
- No me acuerdo mucho de él. (Trata de narrar algunos momentos con su padre, pero no logra hacer un relato coherente)
- ¿Recuerdas lo que pasó con tu papá, cuando tenías 8 años? Le pregunto.
- Mi mamá exageró, no me penetró, sí me hubiera penetrado si me hubiera traumatado, además yo antes era una niña muy valiente, ya no, ahora soy más miedosa. Hace una pausa. Sólo me acarició, pero yo estaba muy chica y pues no me acuerdo, pero mi mamá me manda con psicólogos... Yo sé que mi papá está casado y tiene una hija, yo quisiera rescatarla pero pues eso a mí no me corresponde.
- ¿Te hubiera gustado que alguien te rescatara cuando tu papá abusó de ti, tú siendo una niña que no podía defenderse de un adulto con más fuerza y altura que tú?
- Es diferente, ella tiene 12 y pues sí sabe lo que está pasando.
- Y ahora tú que tienes 13 años ¿Qué piensas de lo que te hizo tu papá?
- Nada, ya no me afecta, dice Regina y cambia de tema.

Como en otras ocasiones en la necesidad que tenía Regina por cambiar de tema, empezaba a ser poco clara en sus ideas y me daba la impresión que se generaba en ella una serie de afectos que sentía que no iba a poder controlar y que el tema la ponía en una situación persecutoria, por tanto su salida a este tipo de contextos era cambiando de tema o haciendo alguna pregunta sobre mi vida personal.

## **LAS NANAS**

Regina desde el año ha estado bajo el cuidado de alguna nana, su primera nana tenía 19 años estuvo con ella durante un año, la madre refiere no recordar la razón por la que se fue. La segunda nana tenía 17 años y cuidó de ella durante 3 años, la razón por la que se fue la desconoce la madre, sólo refiere que se fue "sola". Tiene otra nana de 15 años junto con otra señora de 66 años que vivía con su abuela materna *era una viejita mazahua, apenas hablaba español* comenta la madre. Quien estaba principalmente al cuidado de

Regina era la chica de 15 años, estuvo con ella durante 7 u 8 años, la razón por la que se va es porque empezó a estudiar: *era una niña muy inteligente y muy estudiosa*. Según comentarios de la madre. Cuando se va esta chica, la madre de Regina, la deja al cuidado de unas vecinas, consigue a otra nana de 30 años, quien la cuida por un tiempo, la madre refiere que esta nana se va porque Regina la ofende, lo cual ella no soporta y renuncia. Al momento de indagar sobre la edad de Regina en los cambios de nana, y la relación que tuvo con cada una de ellas, la madre no logra profundizar en esto, ya que los recuerdos que conserva son muy vagos.

Ana, su actual nana, es una señora de 35 años, mide aproximadamente 1.55m, es delgada, cabello largo por debajo de los hombros, color negro (teñido), de facciones no muy finas pero sin ser toscas, morena clara. Tiene una hija de 6 años. Estudió la carrera de psicología. La madre la presenta como una chica agradable, pero que le falta carácter, ya que Regina llega a desobedecerla mucho.

Cuando le pregunto a Regina sobre Ana me dice: *lleva conmigo 8 años, es hermana de mi mamá, hija de mi abuelo, pero con otra señora... la conocimos por mi abuelo, y un año después empezó a ser mi psicóloga... tiene una hija que quiero mucho, es mi prima... vive en el departamento de abajo* Cabe señalar que nada de lo referido era verdad, por lo que podemos suponer que es un deseo de la paciente.

Cuando llega con la paciente tenía 31 años y Regina 11, fue referida por un colegio en el que dejó su currículum y de ahí le presentan a la madre de Regina, quien tenía relación con este colegio. Cuando empieza a trabajar con la paciente comenta que el acuerdo que tenía con la madre, era estar de lunes a jueves después del horario de comida. En un principio la madre de la paciente le había dicho que su función era “trabajar límites”, debido a que era muy desobediente. En el trato estaba ir por ella al colegio los viernes, y dejarla en su casa; sin embargo, la madre empezó a pedirle que se quedara los viernes y había ocasiones en que le pedía que la cuidara los fines de semana, debido a que salía con Roberto.

Refiere que tiene una buena relación con Regina, principalmente, le ayuda a hacer las tareas, en cuanto a la problemática de la paciente desde su percepción, no es falta de capacidad sino que se distrae mucho, por lo que le cuesta trabajo terminar las tareas, dice: *estamos haciendo la tarea y ya le dio sed, o le da frío, o busca cualquier pretexto para pararse, así que lo que yo hago es antes de empezar la tarea tener todo lo que pueda necesitar para que no se este distraiendo o parando, agrega, Regina siempre rompe los límites... siempre esta buscando cómo romperlos, parece como si las reglas que acordamos fuera la primera vez que se las digo... yo veo que es muy tosca con sus compañeros y los abraza mucho, por eso se alejan de ella.*

Piensa que Regina está muy sola, pero que ella lo niega, también miente mucho para evadir los problemas. Ana narró en una ocasión un evento que hubo en el colegio: *Yo veía a Regina muy sola, había varios grupitos de niños, Regina se acercaba al grupo y los niños se iban, sólo estaba con un niño, que yo veo que es igual a ella, tiene problemas, es un niño muy insistente, le habla todo el tiempo a la casa y yo le digo que está ocupada que le hable más tarde y habla a los cinco minutos. En esta ocasión Regina llegó conmigo y me dijo: ¿Viste a todos mis amigos? y en realidad yo había visto lo que te comenté... Cuando pasaba por Regina, yo veía que ella se despedía de las niñas y ellas la ignoraban o la evitaban.*

## **VÍNCULO PACIENTE – TERAPEUTA**

Trabajé con Regina en sesiones semanales, durante 8 meses. Llegué a proponer en un momento aumentar el número de sesiones; esto no se hizo ya que Ana comenta que la madre de la paciente considera que las tareas le son muy difíciles y les dedica toda la tarde.

En el Centro no tenía un consultorio destinado, por tanto el que ocupaba no era siempre el mismo, esto se les comunicaba a los pacientes. Antes de pasar a Regina al área de consultorios, ya tenía preparado el espacio donde íbamos a trabajar, al entrar, normalmente me preguntaba en qué consultorio íbamos a estar y como si tuviera prisa por llegar, caminaba rápidamente hacia éste.

La mayoría de las veces Regina llegaba con el uniforme del colegio, el cual consistía en una blusa blanca tipo polo y falda azul por debajo de las rodillas. Nunca faltó a las sesiones y siempre llegó puntual, con excepción de la sesión seguida a la primera entrevista. En esa ocasión recibo una llamada al Centro por parte de la madre, me pregunta si podemos recorrer la sesión ya que habían castigado a Regina en el colegio por pelearse con una niña y no la dejaban salir. Yo acepto.

Llega acompañada por Ana, se levanta del sillón de la sala de espera, intentando levantar a Ana, pregunta si puede entrar con ella, le recuerdo que es conveniente que entre sola, lo cual acepta. La sensación que tengo respecto a esta situación es de una niña temerosa que necesita entrar al doctor acompañada de su mamá para sentir seguridad.

Decidí no preguntar sobre lo que pasó en el colegio y dejar que ella iniciara la sesión. Es notoria su ansiedad, cambiaba de postura constantemente, cruzaba una pierna, luego la otra, decía: *no me acomodo*. En esta ocasión vestía una blusa blanca con cuello de tortuga, con el que se cubría la boca al hablar, su discurso era poco claro, pasaba de un tema a otro sin que existiera una conexión aparente. Pregunto que si lo que hablemos no se lo voy a decir a su mamá. Le recuerdo que este es su espacio y sólo si hay alguna situación que considere que es importante que su madre esté enterada, lo hablaríamos con ella.

Esto parece tranquilizarla, me dice que su mamá no la deja tener novio, pero que ella tiene un novio, Octavio, cuando le pregunto sobre él no logra hacer una descripción clara de éste, ni de su relación, dice: *no sé cuantos años tiene, sólo sé que va en 3ero de secundaria*.

En un momento de la sesión habla sobre la razón por la que no la dejaron salir temprano del colegio: *lo que pasó es que estaba jugando con una niña, pero no nos estábamos peleando ni nada, estábamos jugando a pegarnos con las manos y en eso pasó el director y pensó que nos estábamos peleando y nos castigó*. No comenta más sobre el tema. Al terminar el tiempo, le digo:

- Bueno Regina, nos vemos el próximo viernes.
- No me quiero ir.
- Ya terminó el tiempo de la sesión.
- No quiero irme, me quiero quedar más tiempo.

Me levanto

- No quiero regresar a mi casa y menos ver a mi mamá, insiste Regina permaneciendo sentada.

Era la primera vez que me enfrentaba a una situación así, en ese momento lo único que se me ocurrió fue decirle, *bueno... ahí cierras*, salgo del consultorio, me dirijo hacia la sala de espera, volteo y veo a Regina caminando agachada tratando de no ser vista, me ve, se sonríe *ya me cachaste* y camina normal, se dirige hacia donde estoy. Nos despedimos.

Después de esta sesión, no me volvió a pedir entrar acompañada. Las sesiones siguientes fueron muy parecidas; entraba rápidamente al consultorio, cambiaba constantemente de posición en el sillón, su discurso era confuso, y había situaciones que me daban la impresión, que no habían sucedido como las narraba la paciente ya que carecían de contenido y eran poco congruentes. Aunque era perceptible que Regina presentaba una dificultad en su desarrollo, preferí esperar a recibir el expediente antes de citar nuevamente a la madre, ya que como mencioné anteriormente, sentía la responsabilidad de darle seguimiento a lo trabajado en el proyecto PAPIIT.

En un principio el contenido de las sesiones trataba sobre aspectos cotidianos de su vida; hablaba sobre sus mascotas (gato, tortuga, perico, perro), comenta que tocaba la guitarra eléctrica, narra situaciones que les ocurrían a sus amigos, y sobre su novio. Con relación a éste los temas tenían un contenido principalmente sexual, me decía que jugaba con sus amigos a ver quien aguantaba el beso más largo.

Nunca habló sobre su infancia ni de su relación con Ana. Sobre sus padres, como mencioné anteriormente, al inicio del tratamiento eran un tema “prohibido”, Regina decía: “de ellos no quiero hablar” o “cambio de tema...”

cuando haga así (golpea entré sí la punta de sus pies) es cambio de tema”. En esto era determinante:

- ¿Por qué no quieres hablar de tus papás?
- No sé, sólo no quiero hablar de ellos.
- Bueno, por ahora no, pero es importante que en algún momento hables de ellos.

Pocas veces trajo a sesión el tema de su padre, en cuanto a su madre, a lo largo del tratamiento se convirtió en el contenido central de las sesiones.

En el tiempo que trabajé con Regina se dieron diferentes situaciones que, según mi percepción, fueron las más sobresalientes; éstas involucran su lenguaje preverbal, el uso del espacio físico y el tipo de discurso. Varios de estos temas marcan la línea a desarrollar en el presente trabajo, y son retomados en el capítulo correspondiente al “análisis del caso”.

El cambiar constantemente de postura fue un aspecto que se presentó especialmente en las primeras sesiones: cruzaba una pierna, se acostaba, se volvía a sentar, se quitaba los zapatos, etc. En estos movimientos se detenía la falda y me decía: *se me abre la falda ¿A ti no se te abría?* Por su historia se puede suponer que es el reflejo de una actitud exhibicionista. Esta situación fue disminuyendo con el transcurso del tratamiento, llegó un momento en que permanecía en una postura cómoda durante toda la sesión. Sólo cuando hablaba de temas relacionados con sus padres empezaba a mover las manos o los pies.

La situación que se presentó en la primera sesión que tuve con ella, en la cual no quería salir del consultorio, se repitió de forma distinta en algunas sesiones al inicio del tratamiento. En una ocasión se levanta y se pone en la puerta: *no te voy a dejar salir*, lo que considero hábil del su parte ya que en la sesión anterior donde me dice que no se quiere ir, yo salgo del consultorio, en esta ocasión me impide la salida. Ante esto le digo: *sabes que tienes más fuerza que yo y no te voy a poder quitar de la puerta*. Regina no hace ningún

comentario, permanece por un momento en la puerta, yo me quedo frente a ella y finalmente se aleja de ésta, yo abro y salimos.

En otra ocasión, antes de levantarme del sillón, se levanta ella y se pone frente a mí. Aunque este suceso no volvió a repetirse, me quedé con la impresión de que este tipo de actitudes por parte de Regina podían estar ligadas con su historia, como es el abuso sexual que vivió por parte de su padre o lo comentado por su madre y Ana con relación a que Regina abrazaba mucho a sus compañeros del colegio y era muy tosca con ellos.

Como mencioné Regina se adelantaba a entrar al consultorio. En la quinta sesión, cuando llego, veo los sillones pegados frente a frente, alejo un poco mi sillón y me siento, ante esto, ella vuelve a acercarse a mí, decido no moverme más. Transcurre la sesión y no tocamos este tema. Pasan algunas sesiones más y repite el juntar los sillones, esto me hacía sentir incómoda, invadida, enojada, y siento que estoy perdiendo seriedad con ella. Así que comento esta situación en supervisión y se me sugiere averiguar el por qué de la ocurrencia de la paciente de juntar los sillones y a la vez marcar mi espacio. En la siguiente sesión, al momento en que Regina mueve mi sillón, yo lo regreso a su lugar y le digo: “Vamos a dejar los sillones en su lugar, yo necesito mi espacio”; no muy convencida, intenta volver a mover el sillón, así que le repito: “deja tu sillón en su lugar”. Poco conforme con esto, acepta, sube los pies en el sillón sentándose de lado.

- ¿Cómo es que se te ocurrió juntar los sillones? Pregunto.
- Es que así te siento muy lejos y no puedo platicar bien.

No hace más comentarios sobre esta situación, después de esta sesión, no volvió a juntar los sillones, pero llegó a sugerirlo.

En el transcurso del tratamiento, al entrar al área de consultorios, en lugar de adelantarse al consultorio me tomaba por el brazo, sin embargo, la sensación que me transmitía en un inicio de tener prisa por entrar al consultorio



permanecía. Casi llegando a la puerta del consultorio, me soltaba y se apresuraba a entrar.

Otra situación que se presentó repetidamente con Regina, era una insistencia por saber sobre mí. En la segunda sesión, inicia preguntándome:

- Y ¿tienes amigos aquí?
- Mejor hablemos de tus amigos, contesto.
- No tú dime de tus amigos (silencio), bueno... ¿Qué comiste?
- Estamos aquí para hablar sobre lo que a ti te pasa.
- Ok, pero dime qué comiste, ándale que te cuesta, dime ¿si?

Permanezco en silencio

- Ándale, dime, qué te cuesta, sólo quiero saber que comiste.

Ante su insistencia le digo: - Un *sandwich*.

- ¿De los de aquí afuera? Me pregunta.
- Sí, ahora hablemos sobre ti.

Éste interés fue muy marcado, sobre todo en el inicio del tratamiento, me preguntaba dónde vivía, cómo eran mis amigos, si tenía hijos, si estaba casada o tenía novio, o qué tipo de música me gustaba. Regina era muy persistente en sus preguntas, generando en mí una sensación de persecución. Por ejemplo, en una ocasión me pregunta:

- ¿Tienes novio?
- ¿Por qué te interesa saber si tengo novio?
- Pues quiero saber si tienes novio
- Estamos aquí para hablar sobre ti, sobre lo que te pasa, qué te preocupa o cualquier tema que te interese.
- Pues por eso, a mí me interesa hablar sobre ti; dime, ándale qué te cuesta, yo creo que si tienes novio.
- ¿Qué te hace pensar eso?
- Pues porque tienes la cara de estar enamorada, ya sé... tu novio es Oscar (refiriéndose al psicólogo del proyecto PAPIIT)
- Y ¿cómo es tener cara de enamorada?, le pregunto.

- Pues así, como estas tú, ya ándale dime si tienes novio.
- ¿Por qué te interesa tanto saber sobre mí?
- Necesito saber de ti para poder platicarte mis cosas.
- Sabes que estamos aquí para hablar sobre situaciones relacionadas contigo, no conmigo.

En sesiones posteriores, ante su insistencia, yo intentaba explorar el por qué de su curiosidad con relación a lo que me preguntaba, sin embargo, no importaba lo que le dijera, Regina continuaba aferrada a saber la respuesta, así que opté por decirle: ya sabes mi respuesta o quedarme en silencio; ante esto ella decía: *ok, ya sé... estamos aquí para hablar sobre mí no de ti... bueno, entonces tú pregúntame*. Ante esta petición, yo le daba la opción de que hablara de lo que se le ocurriera, sin embargo, se angustiaba y no lograba concretar ninguna idea: *no se me ocurre nada, mejor tú pregúntame* refería Regina.

En el transcurso del tratamiento, dejó de hacer preguntas sobre aspectos que tenían que ver conmigo, y empezó a hablar más sobre situaciones relacionadas con ella. Sólo en algunas ocasiones me llegó a decir: *dime algo de ti Eunice, deja un ratito tu papel de psicóloga*.

En una ocasión, Regina comenta que ella me veía como una amiga, refiere que antes le daban miedo los psicólogos, y que aunque ahora ya no era así, no podía verme como psicóloga porque si me viera así, no podría decirme nada: *yo con una amiga me suelto, yo soy así, a mi maestra, a la directora, las veo como amigas porque si no les tendría que mentir*.

En sesiones posteriores cuando preguntaba algo sobre mí, puedo pensar que no era con la misma intención que en un principio, ya que en estas ocasiones su interés no tenía la finalidad de evitar hablar de ella, más bien me daba la impresión que buscaba un punto de referencia, además no insistía y retomaba la idea que estaba narrando. Lo que me dejaba ver era que lo hacía con la finalidad de tener un punto de referencia y fomentar una confianza, esto lo hacía principalmente con relación al tema de su sexualidad. Preguntaba si a mí

me había pasado algo similar, cómo me sentiría si me sucediera algo parecido, qué haría o qué había hecho en una situación determinada.

Por dar un ejemplo; en una ocasión, al entrar al consultorio se va hacia una esquina y permanece de pie:

- No quieres saber lo que pasó, o ¿quieres que te lo diga? Pregunta Regina.

Permanezco en silencio

- Es que me está bajando y no traigo toalla, y no quiero manchar el sillón. (Esto me hace pensar que por la situación de Regina, es más un descuido por parte de la madre o de la nana) ¿A ti te ha pasado? Hace una pequeña pausa y continúa. "A mí me baja mucho, me acabo un paquete, ¿Tú cuantas toallas usas? Bueno eso no me lo puedes responder, es una pregunta muy personal."

Permanece un momento en silencio y continúa.

- Hoy me salí de la clase de ciencias, estábamos viendo lo del ciclo reproductor y pues a mí me está bajando y me puse nerviosa, estaban hablando de la menstruación y pues qué pena.

- ¿Sentiste como si estuvieran hablando de ti?

- No, pero qué pena que estén hablando de eso y que te este bajando, decían que según cuando te baja tienes más orgasmos, yo no creo porque he tenido dos veces y no es cierto.

- ¿Qué has tenido dos veces?

- Relaciones, y tú, bueno mejor eso no te lo pregunto, me da pena. ¿No te sientes incómoda de hablar de eso?

- ¿Tú cómo te sientes?

- Me da pena, ¿Cómo es una relación multiorgásmica? Tengo una amiga que dice que tuvo una relación multiorgásmica y dice que le dolió.

- ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

- 13, fue con mi ex-novio, pero después lo dejé porque me sentí mal...

culpable. (En este momento Regina tenía 14 años)

- ¿Por qué dices que te sentiste culpable?

- No sé, pero ya ni quería verlo... pero mejor hablemos de otra cosa.

Por la historia de Regina se puede pensar que en realidad está hablando de su padre, al referirse que había tenido relaciones sexuales a los 13 años con su ex-novio, dejándolo debido a que se sintió culpable.

Respecto a otra forma en que Regina mantenía relación conmigo, desde el lenguaje preverbal desarrolló un juego para comunicarnos, quien tuviera el objeto (su pulsera o liga de cabello) tenía la palabra, recurrió a este juego en varias ocasiones y se inició de la siguiente forma:

Regina se quita la liga del cabello. “Así le vamos hacer, tú me avientas la liga y me preguntas y yo te la regreso y te contesto”. Me la lanza y dice: “ahora sí, no puedes hablar si no tienes la liga”. Tomando la liga le digo: te escucho. Le regreso la liga.

Mantén esta dinámica casi toda la sesión, pues en momentos permanecía con la liga y continuaba con la sesión, en cuanto lo recordaba decía: *espera, no tienes la liga*, y me la volvía a lanzar.

Para Regina era difícil seguir un discurso continuo que tuviera inicio, desarrollo y desenlace, eran como fragmentos de diferentes acontecimientos, y cuando yo intervenía tratando de hilar las ideas que no me quedaban muy claras, se contradecía y decía: *ya no quiero hablar de eso, mejor hablemos de otra cosa*, o simplemente cambiaba de tema. Había situaciones que relataba que me hacían dudar que pudieran haber ocurrido de la forma en que las describía, esto me daba la impresión que la información que agregaba era con la finalidad de cubrir los huecos que quedaban sueltos, o que a ella le hubiera gustado que hubiese sucedido de la forma en que lo narraba. Esto también lo fui observando al momento de transcribir las sesiones, ya que aunque recordaba el contenido, me era difícil armarlas, o recordar con detalle el discurso de Regina.

Estas situaciones se presentaban en momentos en los que lo que estaba relatando la hacían sentirse incómoda, o empezaba a confundirse entre sus ideas, o bien, cuando lo que estaba describiendo se conectaba con algún

afecto que no lograba identificar y se angustiaba. En una ocasión tratando de conectar varias ideas lo cual me resultó poco claro, al devolverle lo que me había comentado, ella me dijo “me confundes” a esto yo le señalé que le había dicho exactamente las cosas cómo ella las había relatado, y que a mí me pasaba lo mismo: que me confundía. Ante esto permanece por un momento en silencio y continúa con lo que estaba narrando.

En los momentos en que Regina, empezaba a confundirse o ser poco clara, yo daba un espacio para que identificara lo que la incomodaba o lo que sentía en ese momento, averiguar el por qué necesitaba cambiar de tema, e ir armando con más detenimiento el contenido de su discurso.

En varias ocasiones llegó a suceder que algunas de las cosas que comentaba no coincidían con lo referido por su madre o la nana; por ejemplo lo que se mencionó anteriormente con relación al parentesco referido por Regina quien presenta a Ana (su nana) como su tía. O cuando comenta que ha logrado deshacerse de las parejas de su madre, cuando ésta última refiere no haber tenido pareja antes de Roberto.

Hubo una sesión en la que Ana, antes de que entráramos al consultorio se acerca conmigo y me dice: *la mamá de Regina me pidió que te dijera que vieras con Regina qué había pasado, pues en el colegio la castigaron por estar jugando con una máquina para hacer tatuajes que llevó uno de sus compañeros; en el colegio le dijeron que ningún otro de sus compañeros se tatuó, y varios de ellos la incitaron a tatuarse*. Cuando yo hablo de esta situación con Regina, me dice que todos se tatuaron, y que la máquina era del hermano de uno de sus amigos.

En la sesión citada anteriormente, en la que refiere que su primer relación es a los 13 años, cuando le pregunto que si se protegieron, ella responde: “Pues si, a mi me bajó desde los once”. En una entrevista con la madre, posterior a ésta, menciona que Regina presentó la menarca a los 14 años. La paciente comentaba que en ocasiones se quedaba a dormir en casa de sus amigos, en una ocasión refiere haberse ido con unos amigos a Acapulco, cabe señalar,

que en esta sesión la información que daba era poco convincente, sin embargo, parte de lo descrito por ella se fue esclareciendo durante la sesión.

En algún momento, señala que Octavio (su novio) esta en la porra del América, y ella no está de acuerdo porque piensa que es peligroso; en otro momento comenta que quiere ingresar a la porra del América, yo le recuerdo lo que había dicho sobre Octavio, y Regina refiere que ella nunca dijo eso.

## **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Este apartado tiene como finalidad dar una descripción general de lo que se observó en relación a la conducta y procesos internos de la paciente; para esto iniciaré con lo que corresponde a los mecanismos de defensa, los cuales poseen la función de proteger al yo, por un registro que hace éste de peligros que tienen su origen principalmente en el interior del sujeto; y como es referido por Anna Freud (2007), estos, están condenados a falsificar la percepción interna y posibilitarnos sólo una noticia deficiente y desfigurada de nuestro ello, y por tanto, del paciente.

En el caso que presento, los mecanismos de defensa que predominan son: la represión, la negación, la proyección y la identificación proyectiva, los cuales en *Regina*, tienen como propósito, principalmente, evitar la aparición de angustia.

Un claro ejemplo donde se observa tanto la represión como la negación, es en el tema sobre el abuso sexual y lo que le genera el recuerdo de la relación con su padre, pues se puede suponer ha reprimido lo sucedido (representación-abuso) donde el hablar de éste puede hacer resurgir las representaciones reprimidas; de tal forma el yo hace uso de la negación para complementar la represión y así evitar que emerjan todas las representaciones y la inunden nuevamente.

Asimismo durante el proceso terapéutico se observó que la negación está bajo la forma de la no existencia, y así la representación aparece desprovista del afecto y éste último es proyectado; ejemplo de esta situación lo podemos ver

en la sesión donde habla de la hija de su papá, de la quien sospecha podría estar abusando éste, como lo hizo con ella.<sup>7</sup>

Sin embargo veremos que con la situación constitucional que presenta, incrementada por aspectos de su disposición, hay fallas en el proceso secundario, que caracteriza el sistema preconsciente-consciente, y por tanto los mecanismos no le son suficientes; cabe señalar que la angustia es un asunto inherente a la disminución de ciertas funciones o capacidades del sujeto. Así, en *Regina*, hay situaciones en las que predomina el proceso primario (desplazamiento, condensación), donde el lenguaje está unido a la acción, pues no hay capacidad simbólica, esto se da principalmente en lo correspondiente a su sexualidad. A partir sus acciones podemos pensar que busca excitar, llegando a inundar como fue inundada. En este tipo de situaciones no hay una liga entre afecto y pensamiento y por tanto no puede procesar psíquicamente lo que en ese momento surge desde su interior. Los actos inflexivos que presenta tanto en el escenario terapéutico como en las relaciones que establece fuera de éste, podemos suponer, son el origen de una imposibilidad de otorgar algún sentido a lo que está viviendo, pues no logra elaborar simbólicamente lo sucedido a través de la palabra o del pensamiento; que se suma a lo que trae consigo el periodo en el que se encuentra, la adolescencia. Es aquí donde podemos situar la angustia, ya que como fue expuesto en el capítulo correspondiente a ésta, es el nivel de ligazón y elaboración más básico, donde el afecto está más cercano a una excitación que se descarga de manera no específica, menos ligado.<sup>8</sup>

En cuanto a la identificación proyectiva, relacionada con transferencias intensas de la paciente, fue una de las situaciones que me llevaron a centrarme en el desarrollo y análisis de la angustia en contratransferencia. Ya que en *Regina* como se verá en el análisis del caso, va perdiendo la diferencia entre ella y el otro por el uso que hace de éste mecanismo, y su propia historia, pues tiene que ver con el aceptar las leyes y normas, relacionadas con las instancias ideales.

---

<sup>7</sup> Ver página, 88

<sup>8</sup> Ver página, 34

Segal (2002) señala que la identificación proyectiva en Melanie Klein tiene la función de dirigirse hacia el objeto ideal para evitar así la separación de éste, o bien se dirige hacia el objeto malo con la finalidad de controlarlo y así evitar la fuente de peligro. En este movimiento las partes proyectadas del yo cumplen distintos objetivos: se proyectan partes malas del yo para librarse de ellas o, para atacar al objeto; o bien, se proyectan partes buenas del yo para evitar la separación del objeto, o para mantenerlas a salvo de la maldad que se vive desde el interior, o para reparar al objeto externo.

En cuanto a la disposición en *Regina*, los aspectos más sobresalientes son las fallas en la madre y las conductas transgresivas del padre que han repercutido en su desarrollo y han incrementado las dificultades generadas principalmente por la Inmadurez Cerebral que está afectando al Sistema Límbico, a lo que se añade que es una situación que la madre no ha podido asimilar. Es importante señalar, que lo mencionado en este párrafo, lo debemos tener presente en el momento del análisis de lo que sucede en *Regina*.

Por otra parte el uso que hace de la mentira, con esto me refiero a las situaciones relatadas por la paciente y que poco coincidían con lo comentado por Ana (la nana), como el parentesco que ella refiere tener con su nana, cuando esta última señala no tener relación familiar con *Regina*. Podemos suponer, que más que mentir lo que sucede, es que confunde o sustituye lo que desea con lo que pasa en realidad, e intenta hacer así, una reedición menos angustiante de lo vivido; y que a su vez guarda relación con las dificultades constitucionales que presenta. Por otra parte corresponde al temor que tiene de ser rechazada y la búsqueda de afecto, valoración y aceptación por parte del otro.

En su historia se observa que los límites y las normas no han sido respetados, y por tanto han generado confusión en ella, donde a partir de las fallas en las funciones maternas y las conductas transgresivas del padre, cambiando la ley y las prohibiciones; podemos suponer que se está transformando en éste último, repitiendo para no recordar. Ahora ella es invasiva con los chicos y desde la memoria del cuerpo, la cual se compone del registro de experiencias que el



sujeto va teniendo a lo largo de su desarrollo, ella ahora es “alta y gorda” como lo único que refiere recordar de su padre; además de ingresar con una sobrecarga de excitación a la sexualidad adolescente. Con lo anterior se formula la hipótesis que un síntoma podría ser la conducta erotizada.<sup>9</sup>

Lo comentado en este apartado será desarrollado a detalle a continuación.

---

<sup>9</sup> Ver página, 38

## **PARTE IV: ANÁLISIS DEL CASO**

Para la comprensión y análisis del presente caso partiré de las series complementarias de la personalidad planteadas por Freud, ya que en la experiencia de vida de *Regina*, lo constitucional guarda íntima relación con la problemática que presenta, principalmente en lo que corresponde al vínculo madre-hija, donde lo constitucional y la disposición entran en relación contrarrestando o incrementando las fallas en su desarrollo representadas por el primero. Lo expuesto en este capítulo se apoya en lo visto durante el seminario de “Teorías psicoanalíticas de la adolescencia” (Blum, 2008).

En cuanto a la disposición se abordan situaciones dadas en su infancia, principalmente, en lo que corresponde a la relación con los objetos significativos, las implicaciones que ha tenido para la paciente el presentar un déficit en el desarrollo de habilidades tanto intelectuales como psíquicas, y el momento actual en el que se encuentra: la adolescencia. Posteriormente se abordan las situaciones contratrasferenciales relacionadas con la angustia de la paciente y que es el eje del presente trabajo. Para concluir con el tipo de intervención realizada.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

A la primera entrevista asisten madre e hija, esta última le cede la palabra a su madre quien la presenta como una chica “que desde pequeña ha presentado muchos problemas, es manipuladora y dominante, muy impulsiva, miente constantemente, presenta bajo rendimiento escolar, le ha robado dinero, y con eso les compra cosas a sus compañeros, es una niña que no se queda quieta y debido a eso ha estado bajo tratamiento médico, come de forma compulsiva y desde los 12 años ha aumentado significativamente de peso”, agregando el abuso sexual que vivió por parte del padre. En el formato de preconsulta la madre refiere que la paciente “desde bebé ha presentado una conducta anormal con manifestaciones de ansiedad, impulsividad, hiperactividad y falta de conciencia”, a esto agrega enuresis nocturna, que continúa presente hasta la fecha, y trastorno del sueño; por lo que estuvo bajo tratamiento psiquiátrico.

Desde lo manifiesto hay un interés de la madre por que su hija reciba tratamiento; sin embargo, por las entrevistas realizadas con ella y su falta de presencia en el tratamiento, me hace pensar que dicho interés está dado por una presión del colegio que debido a las fallas en su desempeño académico, a los problemas de conducta y su dificultad para relacionarse con sus compañeros, le han solicitado que reciba apoyo psicoterapéutico. Cabe señalar que en la experiencia que hasta ahora he tenido, los padres de chicos que se encuentran sobre todo entre los 11 y 17 años de edad, están constantemente al tanto de la evolución del tratamiento de sus hijos, y buscan el espacio para hablar de sus propias angustias generadas por la relación que tienen con éstos; al grado en que hay ocasiones en que uno debe aclarar que el paciente es su hijo(a) y no ellos, pues también manifiestan una necesidad de ser escuchados. En el caso aquí presente soy yo la que solicita las entrevistas con la madre, debido a su falta de presencia.

Por lo tanto esta situación es de llamar la atención, a lo que se suma que *Regina* desde muy chica ha estado al cuidado de alguna nana, donde éstas más que tener una función de apoyo para la madre, parecen sustituirla. Este conflicto en el vínculo con su hija, podemos pensar que constituye una de las demandas latentes de la madre, quien no sabe como incluir y relacionarse con una hija que no cumple con sus expectativas; expresando al respecto: “no sé que hacer con esta niña, si me preocupa, ya he intentado de todo y nada”.

Es importante señalar que no hay un abandono total, por parte de ésta, ya que cumple con las necesidades básicas de *Regina*, ha pagado distintas evaluaciones psicológicas, paga el tratamiento, al cual siempre llegó puntual y sólo faltó en una ocasión; y cumple algunos caprichos de la paciente, por dar un ejemplo: *Regina* llegó a comentar que su mamá le había comprado una *Laptop*, en su cumpleaños le regaló un celular, y en general me daba la impresión que la madre acostumbraba a comprarle cosas. Como se desarrolla más adelante en lo que corresponde a la causa desencadenante y a la disposición. Con lo anterior, se puede pensar que el conflicto central desde la madre se ubica en el choque entre la representación ideal que tiene de su hija y la *Regina* que es; y que no ha logrado asimilar.

En cuanto a cómo se coloca la paciente frente al motivo de consulta, niega toda problemática en ella, refiriendo que es la madre quien tiene el interés de que ella reciba tratamiento, por ejemplo con relación al abuso sexual por parte del padre dice: “sólo me acarició, pero yo estaba muy chica y pues no me acuerdo, pero mi mamá me manda con psicólogos”. No obstante, como se verá más adelante este evento continúa latente, y se resignificó para ella con la entrada en la pubertad.

Para *Regina* el venir a psicoterapia representaba ser evaluada, sobre todo por la experiencia que había tenido con los psicólogos; siempre busco ubicarme en un rol de amiga que según su percepción le resultaba menos amenazante, y pese a que parecía no tener claro cómo o qué trabajar en sesión, ubica la demanda en la madre. En el transcurso del tratamiento empezó a traer preguntas muy específicas sobre que hacer con algún chico, dudas sobre su sexualidad, y especialmente hablar sobre la relación con su madre donde percibía un rechazo y alejamiento por parte de ésta, principalmente a través del racismo y de la relación con Roberto (la pareja de la madre), buscando cómo ubicarse como sujeto separado de ésta y a la vez teniendo un lugar ante ella.

- Siento que me estoy separando de mi mamá, como en la película de bichos yo soy la hormiga grande y ella es el grupo. Dice *Regina*

- ¿Qué las separa?

- Roberto, ella le da preferencia a él y debería ser al revés, no es que yo sea envidiosa pero debería darme más cosas a mí.

En esta película la hormiga a la que se refiere, es distinta a las demás, no muy apreciada en su entorno ya que está constantemente creando cosas raras y poniendo en dificultades a los habitantes de la colonia; después de un incidente provocado por ésta, el Consejo Real decide por unanimidad que se vaya de la colonia, cuanto más lejos mejor, para quitarse un problema.

En otra ocasión comenta: “tengo dos preguntas, quiero saber si Roberto es el culpable de que mi mamá se haya alejado de mí y quiero saber qué siento por

mi mamá”. Estas situaciones referidas por la paciente fueron constituyendo su demanda en el tratamiento.

## I. CAUSA DESENCADENANTE

A partir de lo referido por la madre se observa que la paciente ha presentado desde muy chica algún tipo de conflicto, principalmente, en conducta y aprendizaje. En una de las entrevistas la madre comenta que al año siete meses de edad de la paciente, le dicen en el colegio que es una niña muy inquieta, sin embargo, aunque ésta confirma esta situación y agrega que en casa también presentaba problemas de conducta, en este momento no parece representar un conflicto significativo para ella. Es a los 4 años cuando asiste a valoración donde le dicen que presenta Trastorno por Déficit de Atención por lo que estuvo bajo tratamiento psiquiátrico por un tiempo. No da más detalles.

Posteriormente a los 8 o 9 años, la madre no recuerda con precisión la edad, le diagnostican Inmadurez Cerebral con afección en el Sistema Límbico; que coincide con el abuso sexual por parte del padre, es en este momento donde acude por primera vez un tipo de intervención psicológica a la que asiste a pocas sesiones, agrega la madre que debido a dificultades en el colegio asiste a terapias de regularización y apoyo pedagógico.

La madre la lleva nuevamente a valoración a los 10 y 11 años de edad, que por su discurso, se puede pensar que el interés está colocado principalmente en el colegio ya que comenta que la lleva porque la han corrido de varios colegios por problemas de conducta; asimismo aunque el diagnóstico que le dan es que la paciente presenta, fallas en el aprendizaje y Trastorno por Déficit de Atención parece no tomar cartas en el asunto, ya que la paciente con 10 años de edad asiste a 5 sesiones de Neurofeedback, y suspende el tratamiento.

Cuando llega *Regina* al Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM, estaba bajo tratamiento psiquiátrico, al momento en que llegan conmigo la madre comenta que suspendió el medicamento pues hasta ahora todo lo que le han recetado le ha caído mal, cabe señalar que esta decisión la toma sin

consultarlo con el psiquiatra. Algo que hay que tener en consideración es que las evaluaciones que le han realizado parecen carecer de importancia para la madre, asimismo, al inicio del tratamiento le señalé que era importante que retomara el tratamiento psiquiátrico; sin embargo no lo retomó.

En las entrevistas que tuve con ella su discurso carecía de afecto, evitaba entrar en detalles y refería no recordar aspectos que podemos considerar importantes en el desarrollo de *Regina*, como su relación con las nanas, el cómo ha vivido los distintos cambios de colegios y lo que ha implicado para ella el ser evaluada en varias ocasiones. Y que por otra parte, parecía tener un guión armado, el cual se centraba en las fallas que percibía en su hija.

A partir de esto se puede suponer que la madre no ha podido aceptar, ni asimilar, totalmente la situación que tiene que ver con el déficit en el desarrollo de la paciente, donde se puede pensar que las evaluaciones que le han realizado las trae con la finalidad de presentarla, pues evita enfrentar esta problemática por lo que le representa.

Según comentarios de la madre, esta situación representa una frustración, y ha sido muy pesado para ella, tener que estar metida en diferentes tratamientos; habiendo ocasiones que ya no sabe qué hacer: “yo siento que esta enojada con la vida por su situación, no puede socializar, lo normal es que a su edad la inviten a casa de otras niñas, pero a ella nadie la invita a su casa, me han dicho que las niñas la rechazan, pero es que siempre quiere estar abrazando a la gente, utiliza sus abrazos para dominar, sólo sé de un amigo pero creo que ese niño tiene muchos problemas, siento que no es feliz, para ella Dios no existe, no sé que hacer con esta niña, si me preocupa, ya he intentado de todo y nada”. Refiere la madre.

Con lo expuesto en los párrafos anteriores se puede pensar que en el momento en que llega al Centro a los 12 años de edad, e incrementando con la edad 13 y 14 años, hay una perturbación más real en el equilibrio principalmente en la madre pero también en *Regina* debido a que entra a la adolescencia donde el

conflicto toma un nuevo sentido en ambas;<sup>1</sup> sobre todo por que hasta ahora la madre no ha logrado aceptar ni asimilar lo que implica para ella la problemática de su hija. Esto se suma a lo propio de la adolescencia donde los padres viven una confusión y desafío entre las instancias ideales y una serie de heridas narcisistas, donde deben renunciar al anhelo del hijo ideal.<sup>2</sup> Poniendo nuevamente en movimiento el conflicto que ha presentado desde su infancia, y constituyendo la adolescencia como la causa desencadenante, asumida principalmente por la madre.<sup>3</sup>

Sabemos que el momento adolescente implica un rearmado psíquico donde están implicadas diferentes experiencias de vida y fenómenos relacionados con la constitución de la personalidad del sujeto;<sup>4</sup> lo que funcionaba en la niñez, ahora en la adolescencia toma un nuevo sentido y movimiento. En Regina observamos que la falla en sus propias capacidades con relación a la proyección hacia el futuro de su vida adulta; confrontan a la madre con un escenario de vulnerabilidad y de incertidumbre, despertando angustias en ella, pues no es la hija maravillosa que ella esperaba y se pregunta: *ahora que voy hacer, esperaba que hiciera una carrera*. Pues estas fallas han trascendido a las relaciones objetales que entabla fuera de la familia, la forma en que busca separarse de su madre y la búsqueda de autonomía que se espera emerja en la adolescencia.

Así, del lado de la madre se puede pensar que la causa desencadenante es suscitada por el revivir de su propia adolescencia con las angustias que ésta conlleva, así como el movimiento que hay de su propia sexualidad y las expectativas narcisistas que tenía puestas en *Regina*, que debe modificar y que aún le son difíciles de aceptar. Dice la madre: “yo creo que Regina me ve como un ejemplo muy fuerte para ella, yo nunca fui así, siempre fui muy buena estudiante... soy una ejecutiva responsable... para mí la madre es el deber ser y un ejemplo es la educación... para mí Regina era un proyecto, qué más me

---

<sup>1</sup> Ver página, 18

<sup>2</sup> Ver página, 16

<sup>3</sup> Ver página, 64

<sup>4</sup> Ver página, 14

hubiera gustado verla haciendo una carrera, pero apenas puede pasar de año... no me gusta que me vean como víctima pero así me siento”.

Ante esto, cabe señalar que Kancyper (2007) refiere que la relación de los padres con sus hijos se sostiene estructuralmente, en diferentes grados, sobre un tipo de elección de objeto narcisista. Cuando el sujeto llega a la adolescencia, representa para cada uno de los padres y según la ubicación en la fantasmática individual y de la pareja: lo que uno mismo es, lo que uno mismo fue, lo que uno querría ser y, privilegiadamente, la persona que fue una parte del sí-mismo-propio. Que con los movimientos propios del adolescente lleva a una reestructuración en el yo ideal de los padres y adquiere una conmoción dramática, por el choque de sentidos, ya que reabren *a posteriori* las heridas narcisistas que no fueron superadas en ambas partes especulares.

En cuanto a la sexualidad de *Regina* al entrar a la secundaria le sugirieron a la madre que le colocara un dispositivo intrauterino debido a que las personas con las que tenía contacto en ese momento referían que era muy “lanzada con sus compañeros”; la madre refiere que en ese momento no lo consideró, no obstante, ahora que presentó la menarca lo ha revalorado, dice: “es muy lanzada con los niños y sexualmente esta muy despierta, me preocupa que algún chico se aproveche de esa situación y pueda quedar embarazada”.

Como fue expuesto en el capítulo sobre adolescencia, con el acceso a la sexualidad genital, hay un movimiento de la propia sexualidad de los padres, y para la gran mayoría de éstos es más fácil lidiar con la agresividad de sus hijos que con su sexualidad, unido a que han adquirido capacidades físicas, desarrollo corporal y muscular, como el poder tener relaciones sexuales. En que aquí expongo, la sexualidad de la paciente, para su madre, toma un nuevo sentido y le resulta amenazante; sin embargo, llama la atención la trasgresión que hace de la intimidad de ambas al tener relaciones sexuales sabiendo que *Regina* puede ser oyente de éstas. Continuando con esta idea, teniendo el antecedente del abuso sexual por parte del padre, algo que se debe considerar es por qué su preocupación la coloca solamente en un embarazo no deseado, sin tomar en cuenta lo que pueda llegar a generar en su hija: ser objeto ahora



de un nuevo abuso, o en el peligro que representan las enfermedades de transmisión sexual. Podemos pensar al respecto, que lo que más la angustia es la posibilidad de un nieto que constituiría una carga y una vergüenza visible, más.

Del lado de *Regina* la causa desencadenante se da por la entrada en la adolescencia, donde hay un aumento en las exigencias pulsionales, que por lo que implica la adolescencia adquiere una nueva dimensión *a posteriori*, removiendo las experiencias infantiles donde el abuso sexual que vivió por parte del padre cobra un nuevo significado; reapareciendo los sentimientos de culpabilidad, excitación y el enojo por no haber sido defendida. La madre comenta que la paciente ahora le reclama el no haberse percatado del abuso. El cómo se pueda situar éste, ahora que se encuentra en la adolescencia, lo desarrollo con más detalle en el análisis que corresponde al acceso a la sexualidad genital en la paciente.

Podemos concluir que a partir del surgimiento de los cambios y vivencias experimentados por el adolescente y la proyección hacia el futuro de la vida adulta; distintos acontecimientos de la vida infantil llegan a tomar un nuevo significado para el sujeto<sup>5</sup>. Asimismo, como he mencionado, se espera un rearmado en el adolescente tanto a nivel intrapsíquico como intersubjetivo. En el caso de *Regina*, observamos además, fallas en la madre y conductas transgresivas del padre, que se sumadas al déficit que presenta en sus propias capacidades, han incrementado las fallas en su desarrollo y adaptación.

## II. LO CONSTITUCIONAL

*Regina* ha pasado por distintas evaluaciones y diagnósticos donde se informa que presenta dificultades en aprendizaje, conducta, control de impulsos y socialización. Pero lo que se puede pensar que representa una falla en su desarrollo es la Inmadurez Cerebral que está afectando principalmente al Sistema Límbico. Con base a esta idea en este apartado se expondrán algunas de las funciones de éste, vinculadas con la problemática de la paciente.

---

<sup>5</sup> Ver página, 14

El Sistema Límbico está relacionado con distintos aspectos del sujeto como: memoria, atención, instintos sexuales, personalidad, conducta y el manejo del afecto. Sus funciones principales son: dar respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales, la prevención del organismo y la especie, integrar la información genética y ambiental a través del aprendizaje y tiene la tarea de integrar el medio interno con el externo antes de realizar una conducta. Una falla en las funciones del Sistema Límbico, incide en el desarrollo de otras áreas como una dificultad de atención, retraso en el aprendizaje, falta de habilidades comunicativas, y un conflicto en el manejo del afecto; influyendo en la forma en que el sujeto establece relaciones donde hay una complicación en la interacción con otros y por tanto en la adaptación. (Doane y Livingston, 1986)

Como se ha venido desarrollando, la madre ha registrado que desde bebé hay algo diferente en *Regina* a otros niños, de lo que ella esperaba de la paciente y que se lo han confirmado las maestras con quienes ha tenido relación. Esto confronta a la madre a aceptar una situación donde debe modificar los ideales puestos en su hija y que hasta ahora no ha logrado reacomodar. Retomo a Kancyper (2007) para complementar esta idea, quien refiere que la existencia del sujeto ya está presente desde antes del nacimiento en un orden simbólico, ubicado en el fantasma individual de los padres basado en el deseo y el sistema narcisista de éstos, que posteriormente se plasma en la representación que tiene los padres de su hijo. Sin embargo, como se he señalado parece que la madre de Regina, no ha logrado asimilar ni aceptar la problemática que presenta. Por ejemplo no da seguimiento a los tratamientos y suspende el medicamento sin consultarlo con el psiquiatra; conducta común en los padres con hijos que presentan algún déficit, que sale de sus manos, y que afecta directamente las habilidades y capacidades del sujeto.

En cuanto a esto, Mannoni (1989) refiere que este tipo de padres hacen revisar constantemente el diagnóstico y asisten con distintos médicos, donde se infiere que el deseo que hay detrás, es el de no obtener respuesta sobre lo que le sucede a su hijo, ya que implica una herida narcisista que no es fácil de manejar, ni aceptar<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Ver página, 64

Podemos concluir que en el caso de la madre, puede existir un conflicto interno entre sus propias instancias ideales, por lo que no ha alcanzado a asimilar lo que implica para ella estas heridas narcisistas; irrumpiendo en el vínculo madre-hija y en el desempeño de sus funciones, que complementado con la conducta del padre, han incrementado las fallas constitucionales que presenta *Regina*. Esta idea se refuerza con lo comentado por Mannoni (1989) quien señala que la gravedad del déficit del sujeto en gran medida depende del sistema de relaciones en que éste se halla inmerso.

En cuanto a *Regina*, el rechazo que llega a percibir de su madre, el pasar por varias evaluaciones psiconeurológicas, y el no ser aceptada, o bien, expulsada de varios colegios; inciden sin lugar a dudas en su autoestima y en su propia valoración.

### **III. DISPOSICIÓN: LA HISTORIA DE REGINA**

#### **DESDE LA MADRE**

Desde los primeros años de *Regina* el vínculo que se ha establecido entre ella y su madre ha presentado algún tipo de dificultad. La madre refiere que a los 8 días de su nacimiento se le va la leche, se puede pensar que esto puede estar marcando ya cierta angustia en la madre y un movimiento de su propia sexualidad. Como sabemos, el pecho no sólo cumple con la función de nutrición, sino que principalmente es la vía de transmisión del afecto y de la sexualidad; donde el amoldamiento entre el bebé y la madre es relevante para el desarrollo cognitivo, muscular y afectivo del sujeto; a lo que se suma, que determinados tipos de cuidados más o menos eficientes, pueden relacionarse, también, con el aprendizaje.

En cambio, en las interacciones tempranas entre Regina y su madre, parece existir un vacío en la afectividad y empieza a presentarse un predominio de malestar, en vez del amoldamiento. Dice ésta: “era muy difícil hacer que dejara de llorar, intentamos de todo, paseos en coche... tuve que poner una hamaca sobre mi cama y estarla meciendo porque nada hacía que dejara de llorar...

casi no dormía”. Niña llorona, madre desesperada, -o a la inversa, también- de cualquier manera estas imágenes parecen no corresponder son las del bebé ideal que posiblemente había imaginado.

En estos primeros momentos, parece que la madre no logra manejar su propia angustia y por tanto no puede ayudar a la niña a tranquilizarse, ni a metabolizar los afectos que la desbordan, lo cual puede llegar a tener como corolario fallas en el armado del aparato psíquico de la paciente.

El que la madre ayude a que el lactante disminuya su malestar es constitutivo para éste, donde se espera que las buenas experiencias predominen sobre las malas, ya que en éste momento la angustia del bebé es básicamente la respuesta a una experiencia intersubjetiva. En la angustia que se puede suponer experimenta *Regina* en este primer momento, hay que tener presente la parte constitucional, y que la angustia y confusión entre madre e hija no llegó al borde de lo psicótico, ya que se observa en la paciente (aunque con fallas) la presencia de la represión primaria donde la palabra funciona de contracarga y el proceso secundario aparece.

Con base a lo expuesto en el capítulo sobre “*Lo constitucional en la relación madre-hijo(a)*”; desde lo señalado por Aulagnier (c.p. Mannoni, 1989)<sup>7</sup>, se puede pensar que la madre no ha reconocido ni tomado distancia de su propia angustia, generada al no alcanzar a reconocer a *Regina* como objeto de deseo, que inicia con el amamantamiento, donde paralelamente a la absorción de la leche, hay absorción de una relación fantasmática, en la que se involucran deseos de ambas partes. En este caso vemos que la paciente no puede colocarse frente al deseo de la madre, y la angustia surge de lo que no puede ser nombrado, y por tanto la madre hasta ahora no ha logrado descifrar los signos su hija. Esta situación la ha acorralado, dejándole como única salida la violencia o el rechazo.

A partir de lo expuesto con relación a cómo la madre se ubica frente a la problemática de la paciente, se puede suponer que el vínculo que se ha ido

---

<sup>7</sup> Ver página, 66

estableciendo tiene que ver con lo que llega a movilizar en ella, donde su propia angustia juega un papel importante, al no ser nombrada como tal, y que se suma al lugar que viene a ocupar *Regina* en la representación de su ideal. Esto, como veremos más adelante, repercute en la consolidación de la identidad de la paciente, pues como sabemos, desde la vida infantil las instancias ideales cumplen una función importante, donde el yo ideal, puesto en el presente y asociado con el ser del sujeto, está relacionado con el ideal narcisista de los padres; pero es en la adolescencia donde el ideal del yo, asociado con el tener y las propias aspiraciones, cumple un papel fundamental para el sujeto.

Como he expuesto en el capítulo sobre “*Adolescencia*”<sup>8</sup> cuando los padres no logran renunciar a sus deseos, y enfrentar sus propias heridas narcisistas, se genera un conflicto entre lo que es el hijo y lo que los padres esperan de éste. Esto hace que en el caso de *Regina* su madre no logre identificarse con ella, ya que la paciente representa el negativo de la imagen que está (la madre) tiene de sí y que no consigue amar; generándole conductas y sentimientos ambivalentes. A esto se suma que en la adolescencia se reedita el contrato narcisista; donde entran en interacción lo que le hubiera gustado que fuera como niña, esa hija maravillosa, y las aspiraciones puestas en el futuro; generando un movimiento en la madre donde no alcanza a situar su ideal en *Regina* y por tanto necesita colocarlo en otro lugar, poniéndose ella misma como ideal, donde la paciente representa el negativo de su ideal. Siguiendo con esta idea probablemente presenta un grado significativo de angustia debido a la negación del conflicto y una dificultad de clarificar el futuro y desarrollo de su hija, que con la adolescencia es inevitable tener presente, así como todo lo que implica el paso por ésta, como es el acceso a la sexualidad genital.

Lo mencionado en el párrafo anterior, representa para la madre un obstáculo, ya que se puede pensar que quiere reparar pero no lo logra porque no alcanza a integrar a la *Regina* idealizada con la que empieza a conocer, la no inteligente, con problemas escolares y de relación social; por tanto hay una

---

<sup>8</sup> Ver página, 28

escisión en la capacidad cognitiva, en el yo ideal que depositó en la paciente, y que ésta última tomará como ideal del yo.

Es importante señalar que parece haber un abandono de la madre por su propia persona y un conflicto en su sexualidad por el tipo de relaciones que ha entablado, tanto con el padre de *Regina* como con su actual pareja. Donde presenta al padre como un hombre que no tenía autoridad en casa, le gustaba apostar, la mayor parte del tiempo permanecía sentado frente a la computadora y no hacía otra cosa, era un hombre alto y con sobrepeso significativo; añade que cuando vivían juntos ella llegó a pesar 100 kilos.

Es aquí donde se puede suponer entra la función de las nanas, que más que apoyar a la madre, la sustituyen. La madre registra que ni ella ni el padre pueden hacerse cargo de *Regina*, a lo que se suma un nivel de rechazo de la paciente por parte de ésta, dejándola bajo el cuidado de otra persona. Sin embargo, no hay un abandono total ya que busca ayuda y cumple con las necesidades de alimentación y educación; además de satisfacerle algunos lujos como son: el celular, computadora, mascotas. Aquí se puede retomar la idea sobre la relación que existe entre el primer momento del vínculo madre-hija a través del amamantamiento, donde se le va la leche y es sustituida por fórmula, a la cual ésta responde con intolerancia.

En lo que corresponde a las nanas, se puede suponer que éstas han desempeñado la función de cuidado y transmisión de afecto, y que al parecer *Regina* ha registrado, ya que hay mayor cercanía y sensación de seguridad con la nana, que en este momento se encuentra a su cuidado que con su propia madre, como se puede observar con la primer entrevista, donde *Regina* de quién busca el apoyo y cercanía es de Ana (la nana).

Con lo expuesto en los párrafos anteriores, se refuerza la idea sobre la irrupción que hace la madre en la intimidad de ambas, al tener relaciones sexuales, “audibles” en la propia casa. Así como el dejar cada vez más a *Regina* al cuidado de Ana, el acudir a un servicio psicológico para la comunidad, cuando podría asistir a uno particular, y el no hacer presencia en el

tratamiento. A partir de estas conductas se puede pensar que no toma en cuenta la existencia de la paciente, y las funciones que no logra desempeñar sitúan entre la culpa y el cariño que tiene hacia su hija; donde el colegio podría estar representando una función de evaluador de su propia conducta, y de la sensación de culpa por el rechazo que siente hacia su hija. El cual podemos suponer está presente desde los primeros años de la paciente, inferido por la falla en el acoplamiento.

Dice Freud que todos compartimos el sentimiento de ser arrojados al mundo, pero hay alguien que rescata, y es donde entra la función materna que en este caso es compartida con las nanas, que hacen una diferencia con la madre: se hacen cargo; pero al mismo tiempo desde *Regina* las nanas representan que la madre no está.

Con relación a las nanas hay algo que no dice la madre, y que es importante en la historia de la paciente: el tipo vínculo que puedo establecer con cada una ellas, ya que como sabemos las primeras figuras tienen gran significado para el sujeto y especialmente las que representan las funciones maternas y paternas. Que por el tipo de vínculo que pudo entablar con éstas, podemos pensar que el alejamiento de las nanas, pudo representar pérdidas significativas para la paciente. Asimismo, es de llamar la atención la relación que pueda tener el racismo de la madre en cuanto al color de la piel reportado por la paciente, y las nanas que están a su cargo, ya que Ana es una joven de facciones no muy finas, cabello negro (teñido) y tez morena clara.

Finalmente, las jóvenes al cuidado de *Regina* han sido en su mayoría adolescentes que con lo que sabemos que éste momento implica para el sujeto. Por tanto, se puede hacer la hipótesis de que pudieron haber existido dificultades en el cuidado y contención de las emociones de la paciente, ya que ellas podrían haber estado padeciendo sus propias angustias y conflictos de los que viene acompañado el periodo adolescente. Así, cabría la pregunta: ¿Quién contenía a quién?

## DESDE EL PADRE

Por la situación familiar nunca tuve contacto con el padre, por tanto éste fue presentado por la paciente y principalmente por la madre<sup>9</sup>. La paciente señala no recordar la relación que tenía con éste, y en sesión hablar de él lo refería como un tema prohibido o que no recordaba; “sólo recuerdo que era alto y muy gordo” comenta.

Con relación al padre lo que está más presente es el abuso sexual. Del cual, puedo inferir que en su momento, lo que hace es seducir a *Regina* fallando y transgrediendo sus funciones principales que son: el separar, prohibir, proteger y transmitir las leyes. Donde la prohibición representa un papel elemental en el complejo de Edipo en cuanto a la renuncia por parte del sujeto ante el amor incestuoso del padre. Que como sabemos, es a partir de este momento que el superyó y el ideal del yo estarán en juego, en la constitución de la personalidad del sujeto. Por tanto, en el caso de la paciente que vengo presentando, puedo pensar que la conducta del padre, ha generado consecuencias en las instancias ideales.

Podemos suponer que el abuso lo puedo haber vivido, a los 8 años, como un desbordamiento de emociones y sensaciones donde el deseo y la culpa pudieron estar presentes, y que si lo unimos a las conductas actuales de *Regina*, al aspecto constitucional y a las fallas de la madre, antes expuestas; se puede formular la hipótesis de que no logró integrar, ni darle un sentido a lo que pudo experimentar en ese momento. Asimismo, representó un ataque desde el exterior, en un momento de impreparación para simbolizar la excitación que pudo experimentar, y que además viniendo del padre, entre cuyas funciones está el transmitir las leyes y prohibiciones, resulta aún más traumático. Siendo ella un objeto pasivizado, y cosificado por su padre.

---

<sup>9</sup> Ver página, 87



Como fue expuesto en el apartado sobre “*El acceso a la sexualidad genital*”, la inserción temprana de la sexualidad por parte de un adulto repercute en el desarrollo del infante, con relación a esto dice Freud “influencias externas como la seducción pueden provocar intrusiones prematuras en el período de latencia hasta llegar a cancelarlo, y que en tales casos la pubertad sexual del niño se acredita de hecho como perversa polimorfa; averiguamos también que cualquier actividad sexual prematura de esa índole perjudica la posibilidad de educar al niño.” (Freud, 1905, p. 214) Que en *Regina* se suma al déficit que presenta, incrementando su falla en el aprendizaje y el avance que se espera de sus habilidades puestas en el colegio.

De tal forma que el padre no sólo falla en su función sino que trasgrede en un momento clave de la constitución del aparato psíquico: la latencia, que está caracterizada por un periodo productivo para el aprendizaje formal donde la vida de grupo atrae más la atención de los niños. En este momento, entre los 5 y 10 años, la sexualidad está desplazada y sublimada en otras actividades por lo que no surgen nuevas metas sexuales, y se espera que el niño adquiera fuerza y competencia para manejar la realidad y los instintos con el apoyo de las influencias educativas.

Actualmente lo que representó para *Regina* este suceso, puedo suponer, continúa generando en ella un conflicto; ya que en la primera entrevista cuando la madre narra la situación del abuso la paciente no logra manejar su nivel de angustia y los mecanismos de defensa no le resultan suficientes: se levanta del sillón y pide salir del consultorio. Más adelante el evitar hablar de su padre me hace pensar, que de esta forma evita que surja cualquier representación, y que pueda venir acompañada de angustia. Asimismo, para evitar que esto suceda hace uso del mecanismo de negación, pues de otra forma podría enfrenarse con un ataque interno de desbordamiento del que viene acompañada la angustia, como pudo suceder con el abuso. Dice *Regina*: “de mi papá no quiero hablar... cambio de tema... o no quiero hablar de él... no me acuerdo de nada... no sé porque no quiero hablar de él, sólo no quiero”.

Una forma de elaborar una situación que representa un conflicto para el sujeto es a través de contar lo sucedido una y otra vez, por tanto podemos pensar que *Regina* a los 8 años, hizo el intento por elaborar esta situación narrando historias a sus compañeros donde era abusada sexualmente, de tal forma que el decir que la violaban fue un intento de darle un nombre, una forma de ligar la angustia que pudo venir acompañada de este suceso. Sin embargo, como observamos en lo que he expuesto en párrafos anteriores, en ese momento no lo logra; la excitación que experimenta no encuentra canales de descarga, y está sobre excitada. Con lo anterior, podemos inferir que el abuso es uno de los factores que anticipan su entrada a la pubertad. Esta idea se refuerza con lo que refiere la madre, quien dice que desde antes de entrar a la secundaria ya buscaba mucho el contacto físico con los niños.

Una hipótesis, en relación a lo que puedo representar el abuso para la paciente, es que no volvió a ser la misma niña, en una sesión comenta: *mi mamá exageró, no me penetró sí me hubiera penetrado si me hubiera traumado, además yo antes era una niña muy valiente, ya no, ahora soy más miedosa. Hace una pausa. Sólo me acarició, pero yo estaba muy chica y pues no me acuerdo, pero mi mamá me manda con psicólogos... Yo sé que mi papá está casado y tiene una hija, yo quisiera rescatarla pero pues eso a mí no me corresponde.*

Finalmente, sabemos que el cuerpo también nos representa, por tanto podemos sospechar que se está transformando en el padre “alto y muy gordo”, a partir de una identificación transitoria que hace con éste (el agresor), en una escena de la cual fue víctima y al mismo tiempo oculta su sexualidad. Esta identificación no sólo está dada desde el cuerpo sino también la pone en acción, buscando inmovilizar a sus compañeros y abrazándolos aún en contra de su voluntad, lo que hace que éstos se alejen de ella o la eviten. Simultáneamente a esto, como es señalado por Fédida: “El origen del trauma no depende de la memoria y es sólo a favor de ciertas situaciones vividas (pero cuya causa desencadenante escapa de la conciencia) como sobreviene la obligación de una actividad de repetir el trauma y llevarlo a la descarga motriz.” (Fédida, 1995, p. 75)

#### IV. LA ADOLESCENCIA DE REGINA

Como he venido desarrollando en los apartados anteriores, a la situación constitucional que presenta Regina, que se debe tener presente para la comprensión y análisis de lo que sucede en ella, se le han sumado las deficiencias que ha tenido la madre en sus funciones y la conducta transgresiva del padre, lo que ha incrementado las fallas en el armado de su aparato psíquico, principalmente en las instancias ideales y funciones yoicas. Generando pocos recursos para enfrentar tanto las exigencias internas como externas.

Uno de los aspectos principales y que guarda íntima relación con el tema central que desarrollo en este reporte, es el manejo que hace de su angustia. Como menciono en el capítulo sobre la angustia, el lactante se va constituyendo como sujeto, va adquiriendo independencia y va presentando nuevas necesidades, generando modificaciones en él, a partir de las diferentes experiencias vividas y lo que experimenta ante éstas, desde su interior como desde el exterior. Es aquí donde entra la función de la angustia que es dar una señal ante un peligro, que a partir de lo antes mencionado determinará lo que el sujeto irá representando como situaciones de peligro ante su realidad, y que se suma a lo expuesto por Freud (1926) sobre la relación que existe entre el peligro y la angustia.<sup>10</sup>

En cuanto las experiencias que ha vivido con relación al vínculo con su madre y la trasgresión por parte de su padre se puede pensar que han generado en ella una sensación de rechazo y peligro, donde éste último estaría ubicado en la pérdida de amor por parte de la madre que implicaría una condición de angustia más permanente y que tiene su origen en un estado de desamparo psíquico.

Actualmente está atravesando el periodo adolescente, que implica un segundo momento de constitución, en el que hay modificaciones tanto a nivel intrapsíquico como intersubjetivo, generadas por una serie de cambios,

---

<sup>10</sup> Ver página, 40

crecimiento y un enfrenamiento con nuevas demandas familiares y sociales. Como expuse en el capítulo sobre adolescencia, la proyección hacia el futuro de la vida adulta, empieza a ocupar un lugar importante en el sujeto; que en *Regina* al parecer todavía no adquiere un lugar significativo; a diferencia de la madre quien empieza a preguntarse por el futuro de su hija. En la paciente lo que parece preocuparle, en este momento, es dónde se ubica con relación a su madre, está en una búsqueda de su ser, común en la adolescencia, donde el conflicto en las instancias ideales cobran un nuevo sentido. Asimismo, se puede observar una falla en el manejo de su sexualidad, en la cual el abuso podría estar cobrando un nuevo sentido.

### **ACCESO A LA SEXUALIDAD GENITAL**

Como mencioné, la causa desencadenante de la angustia de *Regina*, guarda relación con la reactivación de su sexualidad, que con el incremento de las exigencias pulsionales, propias de la adolescencia, y la nueva dimensión *a posteriori* que adquieren las experiencias infantiles, ingresa a ésta con una sobre carga debido al abuso sexual y al aspecto constitucional que presenta.

En cuanto a lo que puede implicar el abuso del padre, en el desarrollo de la sexualidad de Regina. Sabemos que la mayoría de las veces una inserción temprana de una sexualidad genital por parte del adulto, donde se presenta lo simbólico/afectivo (niñez) y lo erótico/orgánico (adolescencia), en un tiempo en que el infante aún se encuentra en otro momento de maduración y de elaboración psíquica de su sexualidad, genera un obstáculo en su desarrollo<sup>11</sup>. En el caso de Regina, a esto, se añade el aspecto constitucional que presenta. Por tanto, podemos pensar que en el momento que ocurre el abuso, el nivel de simbolización de lo que puedo experimentar es aún más bajo, dejando en ella un registro de lo que no alcanzó a integrar en un contexto significativo, y que ahora en la adolescencia podría cobrar una nueva dimensión (*nachträglich*).

Con esto podemos suponer que el primer momento (el abuso), representó un ataque desde el exterior, que ahora con la adolescencia, y el aumento de las

---

<sup>11</sup> Ver página, 22

exigencias pulsionales, el ataque es vivido desde el interior como pulsión, donde el yo es sorprendido debido a que aunque ha habido dos tiempos, el primero no ha podido actuar como señal para el segundo,<sup>12</sup> generando en ella angustia por esta primera escena, que a su vez, pudo implicar un desbordamiento de emociones que no logró simbolizar; enfrentándose así, a una sobre excitación.

Por la historia de Regina, vemos que aún no ha logrado encontrar canales de descarga, ya que a través de su conducta podemos suponer que no alcanza a simbolizar lo que viene desde su interior: pasa al acto, abraza de manera invasiva, es dominante, inundando como fue inundada en un primer momento; donde fue cosificada por el padre. A esto se puede agregar la identificación que tiene con éste último, provocando que los chicos se alejen de ella o la eviten. Lo que repitió en la situación terapéutica y será retomado en la relación contratrasferencial.

A partir de esto, se formula la hipótesis que el evitar hablar de su padre, se debe a que aún lo mantiene ligado al abuso, el cual le representa un tema que despierta en ella, sensaciones difíciles de manejar. Ante esto, reprime las representaciones que vienen acompañadas del recuerdo y que podemos pensar, ahora toman un nuevo sentido, complementándolo con la negación, y proyectando el afecto, como lo vemos en la sesión en la que habla de la hija de su padre<sup>13</sup>. De lo contrario, podría sentirse desbordada como sucedió en un primer momento, donde parece que los mecanismos de defensa no logran enfrentar el ataque interno, el cual viene acompañado de angustia.

Asimismo, la sensación de sentirse inundada por lo que ahora experimenta desde su interior y que irrumpe su sexualidad, hace que pierda la diferencia. En una sesión comenta: “Hoy me salí de la clase de ciencias, estábamos viendo lo del ciclo reproductor y pues a mí me está bajando y me puse nerviosa, estaban hablando de la menstruación y pues qué pena”. A lo que pregunto; ¿Sentiste como si estuvieran hablando de ti? “No, pero qué pena que estén hablando de eso y que te este bajando, decían que según cuando te baja tienes más

---

<sup>12</sup> Ver página, 23

<sup>13</sup> Ver página, 88

orgasmos, yo no creo porque he tenido dos veces y no es cierto”. Responde. En esta sesión podemos ver como su primera reacción es negar lo que puede empezar a generarle lo que está relatando y que más adelante, optará por cambiar de tema.<sup>14</sup>

## REACTUALIZACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO

Sabemos que el complejo de Edipo en un primer momento se juega desde la intersubjetividad donde se introyectarán las normas de ley, que quedarán registradas en lo intrapsíquico. Así, éste como estructura, estará relacionado con las instancias ideales (superyó e ideal del yo) y como complejo tendrá que ver con la renuncia al amor incestuoso de los padres, donde se espera, sea sustituido por un amor tierno, de tal forma que el sujeto opte por identificarse con el padre del mismo sexo. En lo que corresponde a la adolescencia, la reactualización del complejo de Edipo, se juega nuevamente desde la intersubjetividad, y estará relacionado con el conflicto generacional y el hallazgo de objeto.

En cuanto al conflicto generacional representa un punto nodal para la adquisición y formación de la identidad individual y social, pues el adolescente requiere conquistar un territorio psíquico y social independiente de las figuras parentales, que no tiene y anhela; sin embargo, en este movimiento siempre está presente una amenaza de dependencia; por tal motivo, el sujeto experimenta una constante ambivalencia hacia sus padres.<sup>15</sup> Comenta *Regina*: “No sé si la odio o la quiero”, refiriéndose a la madre, “quiero saber qué siento por ella. Te voy a ser sincera yo la quiero cuando me compra cosas, pero me cae muy mal. Mi mamá es hipócrita, critica, enojona, odia a los negros, para ella sólo los güeritos están bien. Imagínate a mi mamá no puedo ni decirle mami, o ma no puedo llamarla así, sólo le digo mamá”.

---

<sup>14</sup> Ver página, 97

<sup>15</sup> Ver página, 25

A partir de esto, se puede suponer que intenta separarse de su madre principalmente a través del odio, no obstante como vimos en el apartado del análisis “Desde la madre”, no hay una diferenciación entre ellas. Obstaculizado por la propia madre ya que tampoco ha logrado establecer la diferencia: “Siempre está metida en mis cosas, todo quiere saber de mí”; refiriendo la paciente sentirse agredida por las actitudes que toma su madre, en cuanto a su vida personal. “Hoy me enojé con mi mamá. Fue a al colegio y ella sabe muy bien cuales son mis puntos débiles y se puso a señalar a la gente... Sabe que a mí no me gusta que lo haga”. Más adelante agrega: “Yo siento que ella sólo cantó para molestarme”.

Continuando con esta idea, Tubert (2000) expone que en el caso de la joven adolescente el conflicto más perceptible corresponde a un vínculo ambivalente con la madre, quien por un tiempo tiene el papel de modelo de identificación, objeto de amor y rivalidad; esta relación marcará la feminidad de la joven.

En Regina, podemos pensar que en la separación que busca de su madre, y que como vimos, corresponde a una de las demandas que empieza a constituir durante el tratamiento, entran en juego, su deseo y su sexualidad, donde los sentimientos de envidia y celos están presentes. En una sesión cometa:

- Quiero saber si Roberto (pareja de la madre) es el culpable de que mi mamá no esté conmigo. Porque yo pienso que él la separó de mí, y no son celos, celos son otra cosa.
- Para ti ¿Qué son celos?
- No lo sé, pero no son celos, celos es otra cosa y nunca los he sentido, y es que todo mundo me dice “lo que pasa es que estás celosa de él”, pero no creo, ¿Por qué tendría que estar celosa?

En lo que corresponde al hallazgo de objeto en la adolescencia, a consecuencia del incremento pulsional se reactualizan los deseos preedípicos generando una modificación en el superyó, que a diferencia de la vida infantil, deberá revocarse y favorecer la actividad sexual. Para esto, el complejo de Edipo adquirirá nuevamente participación, que como sabemos desde Freud

(1905), es el complejo nuclear de la neurosis en el que culminará la sexualidad infantil. De tal forma, se debe pensar la situación edípica como una reactualización, en una dimensión diferente al complejo infantil<sup>16</sup>.

En este momento los vínculos establecidos en la infancia con los padres son de gran importancia para la futura elección de objeto sexual, por tanto las perturbaciones por parte de éstos pueden tener consecuencias en la sexualidad del sujeto en su vida posterior. En el caso de *Regina*, podemos pensar que es este momento donde el abuso sexual toma lugar y es resignificado. Por tanto la hipótesis que desarrollo es que su sexualidad permanece en el registro de lo incestuoso, generando en ella un sentimiento de culpa. Esto queda ejemplificado con lo siguiente:

- ...decían que según cuando te baja tienes más orgasmos, yo no creo porque he tenido dos veces y no es cierto. Refiere *Regina*.
- ¿Qué has tenido dos veces?
- Relaciones, y tú, bueno mejor eso no te lo pregunto, me da pena. ¿No te sientes incómoda de hablar de eso?
- ¿Tú cómo te sientes?
- Me da pena, ¿Cómo es una relación multiorgásmica? Tengo una amiga que dice que tuvo una relación multiorgásmica y dice que le dolió.
- ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?
- 13, fue con mi ex-novio, pero después lo dejé porque me sentí mal... culpable. (En este momento *Regina* tenía 14 años)
- ¿Por qué dices que te sentiste culpable?
- No sé, pero ya ni quería verlo... pero mejor hablemos de otra cosa.

## **REALIDAD, IDEAL DEL YO E IDENTIDAD**

Como fue expuesto en el capítulo sobre adolescencia, en este momento hay una re-edición del contrato narcisista establecido en la infancia, ahora el ideal del yo, en término de aspiraciones, funge como la instancia más diferenciada y relativamente autónoma, y que a la vez, cumple la función de soporte ante el

---

<sup>16</sup> Ver página, 24



debilitamiento narcisista; movilizándolo las capacidades del sujeto y generando un re-acomodo intrapsíquico.

En Regina, el rechazo que ha registrado por parte de su madre y las pocas aspiraciones que tiene ésta última, puestas en la paciente; ahora se suman a la realidad que la confronta con sus propios recursos, donde el ideal del yo es el actor principal. Incidiendo directamente en su autoestima y su propia valoración. Dice *Regina*: “Hay muchas cosas que no le perdono a mi mamá... que es que no me tome en cuenta para las decisiones y que sea racista”.

Al parecer en la paciente aún su atención no está puesta en lo que implica su futuro en la vida adulta, que por la edad en la que se ubica y el aspecto constitucional que presenta, podemos suponer aún no representa, y quizás aun, no representará, un aspecto relevante; como lo es en los jóvenes que se hallan en un contexto más avanzado de la adolescencia. Sin embargo, en la madre, como hemos observado, con la entrada en la adolescencia y el pasar de los años ha incrementado su preocupación.

En lo que corresponde a su identidad, como sabemos, el yo se va constituyendo principalmente a través de una serie de identificación de rasgos que el sujeto hace del otro, principalmente de las figuras parentales. En la adolescencia, con el rearmado del aparato psíquico, que corresponde al sistema narcisista intrapsíquico e intersubjetivo, y que va en paralelo a la desidealización y descatectización de los padres, y de las figuras paternas internalizadas. Se ponen en juego, una serie de desidentificaciones y nuevas identificaciones, que complementadas con los propios recursos dan la pauta para la consolidación de la identidad del sujeto.<sup>17</sup> En *Regina* vemos, identificaciones momentáneas como las que presenta el carácter histérico. En una sesión, que en el contexto social muchos jóvenes (sobre todo adolescentes tempranos) se definían como Emos y movilizaron a la sociedad, comenta:

- Me voy a convertir en Emo
- ¿En Emo? Pregunto.

---

<sup>17</sup> Ver página, 27

- Si... permanece en silencio
- ¿Cómo fue que decidiste convertirte en Emo?
- Me gusta como se visten... yo no soy depresiva ni nada de eso, tu lo sabes... sólo me falta aprenderme el himno de los Emos, ya casi me lo sé todo... lo que yo no estoy de acuerdo es que los golpeen, cada quien es libre de ser como quiera ser.

Cabe señalar que nunca adoptó la vestimenta ni los aspectos físicos que distinguían a este grupo de jóvenes.

Continuando con los aspectos que pudieron constituir parte del desarrollo de su identidad, están las nanas. Éstas, debido a que más que apoyar la educación de *Regina*, han cumplido funciones maternas, podemos inferir que en su momento representaron figuras significativas con las que pudo identificarse. Esto lo vemos, a partir de la relación que tiene con su actual nana<sup>18</sup>.

Retomando lo que implica la adolescencia en cuanto a la consolidación de la identidad del sujeto, vemos en la paciente, que al igual que lo esperado, las nuevas identificaciones están colocadas en su grupo de pares. Sin embargo, al haber un rechazo y devaluación de estos, por parte de su madre, crea un conflicto en la consolidación de su identidad, pues con esta actitud, no sólo los rechaza a ellos; también la rechaza a ella. Al tiempo que no refuerza una parte importante de su narcisismo, necesario en el adolescente por el debilitamiento que presenta éste, a causa de los cambios experimentados y la confrontación que lo somete la realidad. A esto se suma, el aprieto en que se han visto hasta ahora, sus propias instancias ideales por el vínculo madre-hija establecido desde su infancia.

Cabe señalar que ante la separación de los padres, el adolescente busca que el grupo de pares sustituya algunas de sus funciones, por tal motivo estas relaciones son altamente catectizadas y generalmente son opuestas a sus padres. Urribarri (1990) con relación a esto comenta, que en este momento hay

---

<sup>18</sup> Ver página, 89

coexistencia del nuevo objeto y del objeto anterior aún no plenamente resignado.

Varias fueron las ocasiones en que trajo a sesión el tema del racismo de la madre:

- Lo que más me molesta de mi mamá es que sea racista y que no acepte a mis amigos... a mí no me importa si alguien no es güero de ojos azules, yo saludo al de la basura con la mano y no me pasa nada.

- Mi mamá es hipócrita, crítica, enojona, odia a los negros, para ella sólo los güeritos están bien, si alzo la voz es porque me estoy enojando. (Su tono de voz no cambia)

- A ella no le caen bien mis amigos porque son morenos, para mi mamá es super importante cómo seas físicamente, sino eres güero de ojos azules. (Más adelante agrega) Yo no soy suficiente para ella porque no tengo los ojos azules.

- ¿Cómo te sientes con eso? Le pregunto.

- A mí no me importa, porque para mí no es importante cómo seas por fuera sino por dentro, Octavio (novio de Regina) es moreno, y por eso mi mamá lo odia, pero a mí eso no me importa. Pero ya no quiero hablar de ella, porque me enoja y llego a discutir con ella.

- Yo valoro a las personas por lo que son, Ana (la nana) es morena y yo la quiero.

- Mi mamá dice que todos los "x" (refiriéndose a su apellido materno) son ricos. Yo no puedo soportar tres cosas de la gente: que sea racista, que se meta con mis amigos y que sea hipócrita.

## V. DESARROLLO DEL VÍNCULO PACIENTE-TERAPEUTA: ANGUSTIA EN CONTRATRASFERENCIA

Una forma de registro de los afectos surgidos en el vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta es a través de la contratrasferencia<sup>19</sup>. El análisis de la angustia en contratrasferencia, se desarrollará con base a lo expuesto en el marco teórico, y en los capítulos sobre la causa desencadenante, lo constitucional y la disposición.

Fédida (1995) hace hincapié en que la situación analítica se trata de una relación entre dos personas, y lo que la distingue de otro tipo de relaciones, no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes y su ausencia en el otro, el analista, sino el cómo se vivencian estos sentimientos y el uso que se hace de ellos, los cuales representan factores que involucran a ambos participantes.

Lo que expongo de la angustia en contratrasferencia, se basa en lo que *Regina* transfería a la situación terapéutica de su propia historia, y lo que implicaba para mí el experimentarla. Pues constantemente buscaba romper con el encuadre terapéutico, con actitudes de las que poca experiencia tenía de su manejo.

En cuanto a la participación que tuvo la madre en el proceso terapéutico, fue poco lo que se involucró en el tratamiento, a diferencia de lo que se espera, suceda en el trabajo con adolescentes, donde los padres representan un tercero en el campo terapéutico.<sup>20</sup> A esto se sumó, el antecedente de la intervención realizada por el proyecto PAPIIT<sup>21</sup>. Pues al tomar el caso, y desconocer dichos antecedentes, siento la responsabilidad de darle seguimiento, antes de realizar las entrevistas obligadas con la madre, sobre todo cuando comenta en la primer entrevista: “Todo eso ya se lo dije a los psicólogos, me han hecho varias entrevistas, de hecho le hicieron varias pruebas a *Regina* y a mi también... también traje varios estudios que le han

---

<sup>19</sup> Ver página, 48

<sup>20</sup> Ver página, 29

<sup>21</sup> “Factores de riesgo para la salud mental y psicológica del maltrato infantil” Investigación realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (2007).

hecho antes”. Con lo referido por la madre, siento el compromiso de respaldar el trabajo de la clínica de la facultad, que se suma al respeto y cuidado que se debe tener con el paciente, y que en este caso había el antecedente de que a *Regina*, le habían realizado varios estudios previos, aparentemente sin recibir un seguimiento.

Esta situación representó un obstáculo en el tratamiento, ya que al postergar las entrevistas con la madre y al no tener el expediente, no hubo oportunidad de aclarar algunas de las situaciones relatadas por la paciente; además de no incorporar desde un principio a la madre en el campo terapéutico, favoreciendo así, su falta de inclusión. De acuerdo con lo que he venido desarrollando en cuanto a lo que representa para la madre, el conflicto de su hija, se puede suponer que lo que está diciendo es: “yo ya hice mi parte, siento que ya no puedo hacer más y prefiero no hablar más sobre el tema, así que la dejo en sus manos”. Como lo ha hecho al delegar parte de sus funciones maternas en las nanas.

Aunado a esto, en las entrevistas que tuve con ella, a partir de su relato, tengo la sensación de que busca colocándose ante mí como víctima, con la finalidad de que yo no la juzgue en cuanto a su sentir y actuar, ante la problemática de su hija. Comenta: “Yo siento que Regina esta enojada con la vida por su situación, no puede socializar, lo normal es que a su edad la inviten a casa de otras niñas, pero a Regina nadie la invita a su casa, me han dicho que las niñas la rechazan, pero es que Regina siempre quiere estar abrazando a la gente, utiliza sus abrazos para dominar, sólo sé de un amigo pero creo que ese niño tiene muchos problemas, siento que Regina no es feliz, para ella Dios no existe, no sé que hacer con esta niña, si me preocupa, ya he intentado de todo y nada”. Más adelante agrega: “Yo creo que Regina me ve como un ejemplo muy fuerte para ella, yo nunca fui así, siempre fui muy buena estudiante... soy una ejecutiva responsable... para mí la madre es el deber ser y un ejemplo es la educación... para mí Regina era un proyecto, qué más me hubiera gustado verla haciendo una carrera, pero apenas puede pasar de año... no me gusta que me vean como víctima pero así me siento... ya intenté de todo... ¿qué haces en esta situación?”. Esta última pregunta yo la voltearía: ¿Qué hace ella

ante esta situación? Se angustia, reprime toda representación que pueda ocasionarle una amenaza interna, complementándola con el negar la problemática de Regina, delegando sus funciones, desconociendo y rechazando a su hija.

En lo que corresponde a la paciente se puede pensar que la angustia en contratrasferencia se da a partir de la relación trasferencial, donde se reedita el vínculo con su madre, y con la forma en que se sitúa con respecto al deseo de ésta, en este caso de la terapeuta. Con lo que podemos suponer que *Regina* experimenta miedo, ante la amenaza de que yo la rechace y abandone como lo ha hecho su madre. Relacionado con la experiencia de dolor, que Freud (1926) considera como la genuina reacción frente a la pérdida del objeto-madre, que devendrá posteriormente como la pérdida del amor de éste. Es aquí donde surge la angustia, apareciendo como una señal frente al peligro que esta pérdida conlleva, donde el efecto de vulnerabilidad, desvalimiento y vacío están presente.<sup>22</sup>

Para apoyar esta idea, retomo lo señalado por Freud: “De acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), podemos resumir: La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro.” (Freud, 1926, p.156)

Con lo expuesto en los párrafos anteriores se inicia con el análisis del tema central del presente trabajo “angustia en contratrasferencia”. La cual presentaré a partir de tres aspectos principales: 1) Relación perseguidor-perseguido, 2) Disimetría y neutralidad, y 3) El uso de la palabra y el lenguaje.

---

<sup>22</sup> Ver página, 40

## RELACIÓN PERSEGUIDOR-PERSEGUIDO

Como sabemos la forma en que el paciente repite el complejo infantil y su demanda, es a través del papel que busca desempeñe el terapeuta, donde la relación trasferencial se conforma de una serie de proyecciones por parte de éste, con base a las relaciones parentales y especialmente a la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación.

Con las primeras sesiones, por el tipo de verbalización de *Regina* como: “me van a matar”. Teniendo como referencia su propia historia. Infiero que el registro que hace el yo, es que está en juego el propio sujeto, su ser (yo ideal). Colocándome así, como el agresor (padre) o como la que la juzga y la rechaza (madre). De tal forma que al entrar al consultorio genera una señal de alarma (angustia). Aquí se estaría hablando de la angustia frente al superyó soldada secundariamente a la pulsión, y que es representada como angustia ante un peligro real donde el peligro es registrado por el yo como: ira, castigo y la pérdida de amor del objeto.<sup>23</sup>

Asimismo, esta angustia puede estar relacionada con la situación donde el niño se angustia ante la presencia de un extraño: “[...] Freud descarta totalmente la idea de que se trate de una especie de comprensión del peligro que representaría la eventual hostilidad de ese extraño. La angustia frente al rostro extraño no es sino la pérdida del rostro amado, es decir, la pérdida de la madre. Desde una perspectiva kleiniana, en la cual la madre no es sólo la madre buena, sino un personaje ambivalente, bueno y malo a la vez, se podría decir que la angustia ante el rostro extraño es el desenmascaramiento, detrás de la madre buena, del rostro de la mala”. (Laplanche, 2000, p. 78)

Con lo anterior se llega a la hipótesis que en el primer momento del tratamiento donde evitaba hablar de ella, siendo muy persistente en preguntas relacionadas con mi vida como: dónde vivía, quienes eran mis amigos, si tenía hijos, si estaba casada, si tenía novio, o qué tipo de música me gustaba. El registro contrasferencial que tengo ante esto, es de una sensación de acorralamiento, persecución, acoso, incomodidad, enojo y angustia. En cuanto

---

<sup>23</sup> Ver página, 41

al uso que podemos hacer ante los registros contratrasferenciales, Bernstein y Glenn (1991), subrayan que los afectos señales que surgen en el terapeuta a partir de la contratrasferencia pueden ser utilizados para dirigir la atención de éste hacia determinados comportamientos y comunicaciones del paciente.

Esta angustia se remite a experiencias anteriores donde adquirió el carácter de vacuna contra su retorno. De tal forma que aquello de lo que fue objeto, *Regina*, ahora hace objeto a la terapeuta, donde se identifica con el agresor convirtiéndose en éste. Así al proyectar en la terapeuta al agresor, hay un sentimiento de angustia, en la paciente, que representa una situación amenazante para el yo, el cual ha cualificado al peligro; generando indicadores de que algo se producirá y lo pondrá en riesgo. Lo que abre el camino para que actúen los mecanismos de defensa (angustia señal), convirtiéndose así en el perseguidor y haciéndome sentir perseguida. Buscando por un lado satisfacer al vengador y por el otro controlarlo y frenarlo, invirtiendo parcialmente la situación víctima-victimario.<sup>24</sup>

Podemos suponer que el afecto que no tolera, es puesto en la terapeuta (identificación proyectiva), y que registro como angustia persecutoria, que puede ser entendida desde Freud como angustia señal, o bien desde Klein como angustia de aniquilación y castración. Tomando en consideración la historia de la paciente, ésta, está en el límite entre la angustia de castración (el tener) y la angustia de aniquilación (el ser).

Al preguntarme, o cerrar el diálogo a un esquema de preguntas y respuesta, no sólo adopta el papel de perseguidor, sino que al mismo tiempo, evita hablar de ella, con lo que impide despertar aquello que se encuentra en su mundo interno, que le genera angustia, que puede estar acompañado de dolor, y que no ha logrado manejar. Lo que nos remite a la relación con la madre y las conductas transgresivas del padre. De tal forma que en el transcurso del tratamiento, con mayor intensidad en las primeras sesiones, se formula la siguiente hipótesis: ante esta angustia, reprime aquellas representaciones que

---

<sup>24</sup> Ver página, 61



percibe amenazantes, complementándola con una negación de éstas y proyectando el afecto en otras personas o bien en la terapeuta.

Asimismo, el que yo hable, evita que ella se pregunte, pues sabemos que la asociación libre es un camino hacia el mundo interno del paciente.

Al preguntarle el por qué de su interés sobre mi vida personal, decía: “necesito saber de ti para poder platicarte mis cosas”. Que yo traduciría en: pienso que si hablo de mí, me vas a juzgar y rechazar, como mi mamá, que siempre está metida en mis cosas, no acepta a mis amigos o duda que los tenga, no está conforme con lo que soy y hago, además no logro identificar qué me pasa y me angustio, ha sido muy doloroso lo que he vivido, siento una amenaza desde mi interior que no alcanzo a manejar.

Es importante señalar que, a lo anterior se suma el aspecto constitucional que presenta, y que ha generado fallas en las funciones yoicas. Por tanto, no logra estructurar un discurso claro de sus experiencias ni de lo que sucede en ella. Cambia constantemente de tema, se contradice en lo que dice, y añade elementos propios a las situaciones que vive, como lo vemos en varios relatos que hace, y que no coinciden con lo referido por la madre y la nana.

## **DISIMETRÍA Y NEUTRALIDAD**

En los primeros años a partir de la relación con los primeros objetos, representados generalmente por los padres, se va estableciendo cierta distancia tanto con los objetos internos como con los extráenos. En la relación trasfereñcial, esta forma de relación, y el tipo de vínculos que se han establecido, son repetidos. Es aquí donde entra lo expuesto en el marco teórico sobre la disimetría y la neutralidad que definen el lugar del terapeuta y que deben ser manejados por éste<sup>25</sup>.

*Regina*, continuamente intentaba romper la disimetría promoviendo una relación familiar, buscaba abrazarme y me tomaba por el brazo al dirigimos al

---

<sup>25</sup> Ver página, 51

consultorio. En sesión decía: “Dime algo de ti Eunice, deja un ratito tu papel de psicóloga”, “Antes me daban miedo los psicólogos, ahora ya no, pero no puedo verte como psicóloga porque si te viera así, no podría decirte nada. Yo te veo como a una amiga, porque con una amiga me suelto, yo soy así, a mi maestra, a la directora, las veo como amigas porque sino les tendría que mentir”.

Otra situación relacionada con su dificultad de mantener la disimetría fue el juntar los sillones del consultorio y ponerlos frente a frente o de lado, de tal forma que la distancia física era limitada, repitiéndolo en varias ocasiones, esto me hacía sentir incómoda, invadida, enojada y sentía que estaba perdiendo seriedad con ella.

Con este tipo de pasajes al acto lo que está haciendo es “irrumper con la precisa distancia de los cuerpos que se disponen en el lugar que a cada uno conviene sobre su propia escena” (Fédida, 1995, p.185). Que en un principio me fue difícil de manejar pero con la supervisión y el análisis del caso logré tener una comprensión más clara de lo que sucedía, y que explico a continuación.

La constante búsqueda de simetría por parte de la paciente, me generaba angustia, una parte correspondía a mi propio manejo de ésta situación y otra nos remite a su historia, principalmente, en lo que corresponde a lo constitucional, a las fallas en la relación con la madre y las conductas transgresivas del padre. Dice Fédida (1995) que es común que los pacientes hagan desempeñar al terapeuta un papel determinado ya que de esta forma es como repiten el conflicto de su demanda, asimismo estas representaciones trasferenciales se generan como un obstáculo en la instauración del análisis pero al mismo tiempo revelan el complejo infantil. Así, el paciente a lo largo del tratamiento presentará en repetidas ocasiones el lazo y el medio de desarmar al terapeuta. Agrega que si por alguna razón el analista se aparta del sitio del extraño, la configuración local/temporal o escénica puede derivar en que el extraño/íntimo, palabra y escucha, se tornen de algún modo familiar.

Como he venido desarrollando, en *Regina*, observamos una serie de fallas en sus funciones yoicas y en la estructura psíquica. Por tanto, cambia la ley y las prohibiciones, trasgrediendo la disimetría, desafiándome a mí, al encuadre y al trabajo terapéutico como tal. Dice: “si no te veo como amiga no te puedo decir lo que pasa”. Justo al revés de la relación terapéutica, como lo hizo el padre, quien con el abuso, cambia las funciones paternas, como es la prohibición.

A partir de esto, se plantea la hipótesis que el querer estar pegada puede hablar de una falta en la discriminación objetal, dificultades en la diferenciación, y un grado de carencia afectiva donde pide protección del otro; pues el afecto está ligado a la falta de motilidad que está dada por la facultad de moverse ante ciertos estímulos. En este caso al haber fallas en el amoldamiento (primeros meses de vida), en el que en la madre parece existir un vacío en la afectividad, no logrando ayudar a *Regina* en el armado de su aparato psíquico y llegándose a confundir con ella. Me lleva a pensar que ahora presenta dificultades en la diferenciación con el otro y busca en éste (aún con poco tiempo de conocerlo), el afecto que faltó en la madre, adhiriéndose a este nuevo sujeto.

Esto lo podemos observar principalmente en el vínculo que ha establecido con su nana, en la primera y segunda entrevista pide entrar con ella, en la primera se sienta junto a ella, abrazando su brazo y no quiere quedarse sin ella dentro del consultorio. Este tipo de vínculo fue transferido a la situación terapéutica, por ejemplo: en varias ocasiones señaló no querer salir del consultorio, la acción de juntar los sillones<sup>26</sup> y el buscar abrazarme o tener algún tipo de contacto físico conmigo; al poco tiempo de conocernos.

Podemos concluir que, parte de la angustia experimentada en contratrasferencia, a partir de las acciones que presenta *Regina*, y a su necesidad de dependencia, que la inclina a buscar el contacto físico. Es generada por la dificultad entre el pensar, sentir y actuar, que presenta la paciente. De tal forma que desafía la neutralidad de la terapeuta, en cuanto al

---

<sup>26</sup> Ver página, 94

cuerpo y la palabra, donde en esta búsqueda por lo familiar está tratando de cubrir su propia intimidad<sup>27</sup>.

## **EL USO DE LA PALABRA Y EL LENGUAJE**

Para la psicoterapia la palabra y el lenguaje son herramientas principales, debido a que la asociación libre<sup>28</sup> es una regla fundamental, y el terapeuta “instaura el lenguaje como única memoria de la amnesia infantil” (Fédida, 1995, p. 66). Asimismo son esenciales en cuanto a la constitución de la estructura psíquica del sujeto, pues el sistema preconsciente-consciente se caracteriza por la ligazón de la representación cosa (esencialmente visual) a la representación palabra (esencialmente acústica) correspondiente, a diferencia del sistema inconsciente, que sólo comprende representaciones cosa. (Laplanche y Pontalis 1996).

Lo que desarrollo en este apartado sobre uso del lenguaje y la palabra, es expuesto desde la relación que guardan con base a la disimetría, dice Fédida (1995) en la distancia de los cuerpos que se disponen en el lugar que a cada uno conviene sobre su propia escena la palabra traduce, trasporta, y trasfiere, sin que se confundan, ni los cuerpos, ni las memorias.

Con lo expuesto en los apartados: “Lo constitucional” y “La adolescencia de Regina”. Observamos que hay en ella, una dificultad en el manejo del lenguaje y la palabra, así como en el control que hace de sus impulsos, principalmente en relación a su sexualidad. Siendo la acción, el canal de descarga predominante.

En este predominio por la acción, cabe mencionar lo que Goijman (1998) refiere en cuanto a ésta. Expone que la actuación en la adolescencia emerge con una peculiar relevancia, ya que es frecuente que la asociación libre sea abandonada y deje paso a esta otra forma de producción, que pone en escena,

---

<sup>27</sup> Ver página, 62

<sup>28</sup> “Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 35)

y dramatiza inconscientemente, un fragmento de la vida psíquica del sujeto, el cual no puede ser convocado por medio de asociaciones verbales.

En *Regina* vemos, por ejemplo que en un principio se movía constantemente en el sillón. Decía: “no me acomodo... Se me abre la falda ¿A ti no se te abría?... ¿Me ves los calzones?” O bien, sobre todo en las primeras sesiones, era frecuente que intentara abrazarme, o impedirme la movilidad.

Con relación a esto último, por la forma en que buscaba abrazarme: siendo tosca e impidiéndome la movilidad. Podemos inferir que, además de estar relacionado con el aspecto constitucional, tiene que ver con el abuso sexual que vivió por parte del padre. Esta idea la complemento con lo que Freud expone en el texto: “*Recordar, repetir y reelaborar*”, donde plantea que “el olvido de impresiones, escenas, vivencias, se reduce las más de las veces a un “bloqueo” de ellas” (p. 150) Más adelante agrega: “[...] podemos decir que el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace”. (p. 152) Esta compulsión a la repetición guarda relación con la transferencia y la resistencia. Donde la transferencia misma es la repetición del pasado olvidado, no sólo sobre el terapeuta sino que también en todos los ámbitos de la situación presente del paciente. Y la resistencia “mientras mayor sea ésta, tanto más será sustituido el recordar por el actuar (repetir) [...] ¿Qué repite o actúa, en verdad? [...] Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas [...] caemos en la cuenta de que la condición de enfermo del analizado no puede cesar con el comienzo de su análisis, y que no debemos tratar su enfermedad como un episodio histórico, sino como un poder actual.” (Freud, 1914, p. 153)

Siguiendo con esta idea, podemos retomar lo referido por la madre y la nana, quienes comentan que abrazaba constantemente a su compañeros del colegio, siendo muy tosca con ellos, al igual que con Roberto (pareja de la padre) y con Ana; generando rechazo por parte de éstos.

En cuanto a la situación terapéutica, además de lo antes mencionado, en una ocasión, al indicarle que había terminado el tiempo de la sesión, se levanta y se pone en la puerta: “no te voy a dejar salir”. Dice *Regina*. En ese momento lo que se me ocurre decirle es: sabes que tienes más fuerza que yo y no voy a poder quitar de la puerta. *Regina* no hace ningún comentario, permanece por un momento en la puerta, yo me quedo frente a ella, y finalmente se aleja de ésta, abro y salimos. En otra ocasión, ante la misma indicación, antes de levantarme del sillón, se levanta y se pone frente a mí, nuevamente dice: “no te voy a dejar salir”.

Ante este tipo de situaciones, mi registro contratrasferencial era de incomodidad, cierto temor y angustia, que al igual que las situaciones antes señaladas en cuanto al sentimiento de persecución y la constante búsqueda de familiaridad; por una parte, se debía a que eran situaciones de las que poca experiencia tenía y por tanto dudaba en la forma en que debía manejarlas, y por otra parte, a lo que la paciente transfería de su propia vida a la situación terapéutica.

Esto último tiene que ver con lo que he venido señalando en cuanto a la angustia de *Regina*. La cual surge ante ciertas situaciones que le representan un peligro. Que en este caso, ante la imposibilidad del uso del lenguaje como mediador, no alcanza a simbolizarla a través de la palabra o del pensamiento, impidiéndole que haya una representación de dicha angustia, no es ligada. Por tanto, tiende a expulsarla, siendo la acción el medio por el que logra apaciguar esta angustia ya que los mecanismos de defensa no le son suficientes en este tipo de caos.

Así vemos que en el manejo que hace de su sexualidad, lo que predomina es el proceso primario, ya que para que haya proceso secundario debe actuar la represión primaria, donde la palabra actúa de contracarga. Que en el caso de *Regina*, podemos suponer que la excitación está unida a la acción, teniendo como finalidad la descarga, pues el símbolo y lo simbolizado están pegados, y no hay liga entre afecto y pensamiento. Dejándole como única salida, la acción.

Por último, para comprender lo que sucede en contratrasferencia, ante este tipo de situaciones, es importante mencionar lo siguiente: “La solicitud de las reacciones familiares, la convocación de respuestas afectivas personales, no dejan de producir, en el analista, la angustia de una colusión fantaseada entre sus reacciones habituales frente a sus allegados y las que el paciente exige [...] Es por cierto la pérdida del lenguaje lo que se vive como la amenaza más terrorífica. Si ocurre que el analista se vea viéndose sin estar dotado de las capacidades de movilidad kinestésica e imaginarias que le son habituales (para evaluar las transformaciones de su propia imagen en el otro), la angustia contratrasferencial se vive primero como un pasmo mortífero antes que ella comunique el afán del paciente de crear un doble simbiótico idénticamente el mismo que él.” (Fédida, 1995, p. 203)

## PARTE V: INTERVENCIÓN

*“En efecto, por regla general nuestra terapia debe contentarse con producir de manera más rápida y confiable, y con menor gasto, el desenlace bueno que en circunstancias favorables se habría producido espontáneamente”.*  
Freud<sup>29</sup>

El propósito del presente capítulo es señalar las funciones que desempeñé como terapeuta en el caso que vengo desarrollando, y que fueron aclaradas con el análisis y la supervisión que tuve del caso. Trabajé con *Regina* en sesiones semanales durante 8 meses. En un principio me fue difícil el manejo del tratamiento, principalmente, por a lo antes mencionado en el apartado: “Desarrollo del vínculo paciente-terapeuta: Angustia en contratransferencia”.

Con las primeras entrevistas, observo que las valoraciones neuropsicológicas por las que ha pasado *Regina*, dejaron en ella la impresión, que la función del psicólogo es el de evaluar a las personas; que puedo pensar, comprueba al no recibir una devolución o seguimiento por parte de éstas, quedándose en un nivel de recolección de datos. Si a esto le sumamos, el conflicto en el vínculo que ha establecido la madre con ella. Podemos pensar que, más que intervenir en favor de la paciente, han incidido sin lugar a dudas en su autoestima y en su propia valoración, aumentando su nivel de angustia.

Por tanto, aunque es notorio que presenta fallas en su desarrollo intelectual, decido en este momento no aplicarle más pruebas, y centrar mi intervención en escuchar, hacer presencia y acompañamiento.

Asimismo, y con base a al tipo de intervención que se realiza con los adolescentes, desde una psicoterapia de corte psicoanalítico. Mi función fue, ocupar un lugar de aliado transitorio; ayudándole a lograr, con base a sus propias capacidades y recursos, un nuevo lenguaje, un nuevo modo de elaboración, una nueva batería de significantes, mayor gama de mecanismos de defensa, favorecer el tránsito entre la realidad psíquica y material, y mediar

---

<sup>29</sup> Freud, 1926, p. 145.



el tránsito entre el yo y el ello, con la participación de la realidad externa y las instancias ideales, que, como he señalado, cumplen una función primordial en la adolescencia. (Kancyper, 2007)

En cuanto a la falla en el uso que hace del lenguaje y la palabra, por la incapacidad que tiene de poner en palabras eso que vive como amenazante desde su interior, registrado como angustia, y que la llevaba a actuar; o bien, a dejar de hablar repentinamente de una situación específica, evitar hablar de ciertos temas, como la relación que tenía con sus padres, y saltar de un tema a otro sin que existiera una conexión aparente. Mi función estuvo enfocada en dar pausas, retomar, y ayudarla a conectar sus ideas, con la finalidad de armar un discurso más claro de lo que narraba, pues, como sabemos, el unir partes dispersas de un discurso, promueve la constitución del aparato psíquico.

Otra de mis funciones fue, ayudarle a traducir en palabras los sentimientos generados por lo la situación que estaba relatando, con la finalidad de lograr establecer una comunicación y por tanto, disminuir su nivel de angustia. Para explicar el manejo de la angustia en contratrasferencia, retomo lo expuesto por Fédida (1995), quien expone que la relación contratrasferencial se presenta como una relación ficticia madre-hijo, donde la primera se hace receptora de lo que le ocurre a su hijo(a), así la angustia que experimenta agudiza su percepción y le permite estar en alerta para el peligro. En caso que se presente lo restituye con palabras y gestos adecuados, dándole una significación clara de lo que él experimenta, sin confundirse con su propia angustia. La angustia contratrasferencial podría ser idealmente la de una madre (el terapeuta) capaz de hacer una resonancia con el estado del paciente, de contención de las energías de esta angustia, “de metabolización y de metaforización de los afectos confundidos que tienden a desbordar al niño. En consecuencia, es el modelo de la relación madre-hijo el que regla aquí la función de experiencia intersubjetiva de la contratrasferencia y la convierte en un dispositivo preconsciente apto para dar, en el lenguaje, resonancia a los diferentes estados vividos por el paciente. En estas condiciones, la angustia contratrasferencial no se presenta sólo como una *respuesta* sino más bien,

como un momento de la atención y, por ello, como un instante en que se constituye la interpretación.” (Fédida, P., 1995, p. 202)

Así vemos, que con el transcurso del tratamiento su nivel de angustia fue disminuyendo, expresada, principalmente, a través del constante movimiento en el sillón y de conductas irreflexivas. Empezó a traer situaciones específicas que quería resolver, las cuales fueron constituyendo su demanda, por ejemplo, dice: “quiero saber si Roberto es el culpable de que mi mamá se haya alejado de mí y quiero saber qué siento por mi mamá”.

Ante los temas de los que evitaba hablar, diciendo “No me acuerdo”, o “Cambio de tema”. Sabemos que es importante no forzar al paciente a hablar sobre estos, ya que al hacerlo sería entrar en una lucha con sus propias resistencias. En este tipo de situaciones le decía: Por ahora no hablaras del tema, pero es importante que en algún momento lo traigas a sesión.

Esto ayudó a que *Regina* fuera modificando su percepción en cuanto a la función del psicólogo, ya no era ese sujeto amenazante que la cuestionaba y la evaluaba. Al mismo tiempo, ella era sujeto y no objeto, como lo fue con el abuso sexual del padre. Esto lo podemos observar, con el tema en cuanto a la relación con su madre. Al inicio del tratamiento era determinante en no querer hablar de ella, pero con el transcurso de éste, se volvió en un tema central, que dio inicio a la construcción de una de sus demandas.

En cuanto a las actitudes irreflexivas que mostraba al abrazarme, al no dejarme salir del consultorio o el juntar los sillones. En un principio fueron situaciones que me fueron difíciles de manejar, pues no lograba detectar claramente lo que sucedía en la paciente. Sin embargo, con la supervisión del caso logré comprender lo que pasaba en ella y lo que contratrasfereencialmente generaba en mí.

Un ejemplo de esto, es la acción de juntar los sillones. Después de algunas sesiones, y posterior a la supervisión donde había hablado del tema, le señalo que necesito mi espacio y le pregunto: ¿Cómo es que se te ocurrió juntar los

sillones? Al hacer esto, se mantiene la asimetría y la neutralidad, al tiempo que se da el espacio para que a través de la palabra, se construya un lenguaje.

Este tipo de intervención es apoyada en lo expuesto por Maldonado en cuanto a la actuación. Dice: “Se repara al objeto en la transferencia en la medida que se permite operar con representaciones. Cuando el paciente dispone de un acervo de representaciones pero no las comunica, obstruye el diálogo analítico y además impide que el objeto pueda desempeñar su función específica. Pero, en cambio, si el acting-out es seguido por la comunicación de representaciones, el resultado es que éste cobra significado y el proceso se mantiene en tanto se reinstaura el diálogo inconsciente.” (Maldonado, 1992, p. 328). El mismo autor agrega que la función reparatoria del objeto, se establece en la transferencia mediante el símbolo, en tanto éste es el vehículo de la comunicación inconsciente.

Por tanto, en este tipo de situaciones lo que intentaba es que *Regina* pasara de la repetición actuada a la rememoración pensada y hablada de lo sucedido, que expresa a través de sus acciones debido a una intensidad de afecto que no logra controlar. Que como he venido desarrollando, es hacer uso del lenguaje y la palabra, favoreciendo el proceso secundario, pues al nombrar, por ejemplo la angustia, permite tomar distancia. Con relación a esto último, Maldonado señala: “Freud cuando se refiere al pasaje desde el proceso primario al secundario dice: la suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar.” (Freud, 1911, c.p. Maldonado, 1992, p. 327)

Con lo que he señalado en los párrafos anteriores, observamos que la intervención que realicé con *Regina*, estuvo centrada en ejercer tanto, funciones maternas (contener, traducir, simbolizar), como paternas (separar, transmitir leyes y prohibiciones), y que el propio encuadre terapéutico sostiene.

Por el tiempo que trabaje con *Regina*, la frecuencia de las sesiones, y los factores constitucionales que presentaba, no se pudo establecer completamente una intervención que permitiera fortalecer su yo, como

comúnmente se espera. Donde la ayudara a ligar, es decir, a restablecer lazos entre sistemas y grupos de representaciones que se encuentran separadas. Con base a esto Silvia Bleichmar expone que “si hay que entender que las neurosis, según sus modalidades más diversas, corresponden a una falla de la simbolización, el modo de operar de la cura será precisamente, a la inversa, aquel de volver a poner en marcha una elaboración, una ligazón. (Bleichmar, S., en prólogo Laplanche, 2000, p. 17) A lo que agregaría, con la finalidad de que el paciente haga de sus recuerdos y acciones presentes una experiencia de vida y así evitar caer en repetición.

Con la práctica en general, y la experiencia que tuve con este caso, observo la importancia del incluir, hasta cierto punto, a los padres en la situación terapéutica del adolescente. Por tanto de haber continuado con el tratamiento, intentaría involucrar más a la madre en el proceso, aclarándole y orientándola en la problemática de su hija; así como sensibilizarla ante ésta, y señalarle lo que en ella ha podido generar este escenario. Lo que abriría el camino a que reconociera y terminara de elaborar el duelo ante la falla en las capacidades que han alterado el desarrollo de *Regina*, que no esperaba y que son irrecuperables. Con la finalidad de que pueda tener un mejor acercamiento con la paciente, pues como dice Mannoni (1989) la gravedad del déficit del sujeto en gran medida depende del sistema de relaciones en que éste se halla inmerso.

En cuanto a la paciente, ya que el vínculo terapéutico estaba establecido y predominaba una transferencia positiva, retomaría los estudios realizados con la finalidad de detectar realmente lo que, desde lo constitucional, estaba afectando el desarrollo en sus capacidades tanto intelectuales como de relación social.

A continuación se presentan dos sesiones como ejemplo del tipo de intervención que tuve con *Regina*.

En una ocasión comenta que hay un chico que la ha estado molestando (Federico) y que no sabe que hacer al respecto.

- Me llama a mi celular y me busca por el messenger, me dice que soy su novia y que me quiere mucho... yo no quiero que Octavio (su novio) se entere porque me mata... dime que hago, yo no sé que hacer pues no me deja de molestar. Comenta Regina.

- ¿Qué es lo que has hecho para solucionarlo?

- Cambié mi celular y mi messenger pero no sé cómo le hace para conseguir mi teléfono. Pero dime que hago.

- Yo no puedo decirte que hacer, pero ¿qué te parece si lo pensamos juntas?

- Yo no quiero que piense que soy difícil porque así me pasó con Alonso (exnovio) pensó que era difícil y estuvo insistiendo hasta que anduvimos.

Durante la sesión, comenta lo que ha hecho con este chico, paralelamente surgen situaciones anteriores con otros chicos y su propia vivencia en cuanto a estas situaciones. Buscamos cómo puede enfrentar esta situación.

En otra ocasión llega con jeans, blusa rosa, el cabello alaciado con un listón rosa alrededor de la cabeza, como si fuera una diadema, y los ojos pintados con sombra rosa con brillitos. Al abrir la puerta que da acceso al área de consultorios, *Regina* se levanta del sillón, me saluda de beso, cabe señalar que no era algo común en ella, y entra rápidamente al consultorio.

Se sienta y un poco agitada dice: - ¿Cómo me veo? ¿Me veo mejor o estaba mejor antes?

Me mantengo en silencio

- Antes verdad, me quiero morir, yo sólo veía como iba cayendo mi querido cabello.

- ¿Quién eligió el corte de cabello? Pregunto.

- Mi mamá... yo quería otro corte, pero mi mamá dijo que me lo cortaran así en capas que se me veía mejor.

- ¿Tú cómo lo querías?

- Yo lo quería diferente pero cuando me di cuenta ya me lo habían cortado así... A Octavio (su novio) no le gusto, me dijo "¿Qué te hicieron?" yo le dije, ya ni me digas me quiero morir...

Mientras habla de esta situación, se recoge el cabello se ve en el vidrio de la ventana, se lo suelta, comenta “se me va a marcar la liga ¿verdad?” se lo vuelve a recoger se ve nuevamente en el vidrio, y repite el soltarse y recogerse el cabello durante la primera parte de la sesión.

- ¿Así se me ve bien? Pregunta Regina.
- ¿A ti cómo te gusta más, como lo traías antes o ahora?
- Me gusta más ahora. Responde.
- Parece que después de todo te gustó tu nuevo corte
- Sí, no sé... tú ¿cómo crees que me vea mejor?

En este momento está más tranquila, se ha quitado los zapatos y esta recostada en el sillón.

Ahora podría agregar el decirle: parece que te angustia lo que otros piensen de ti pues te preocupa que no te acepten o te rechacen, a pesar de que tú estés a gusto con lo que eres, como lo hace tú mamá.

El tratamiento se suspendió debido a que al concluir la maestría yo ya no iba a continuar trabajando en la clínica, por tanto les di la opción tanto a la madre como a *Regina*, de continuar el tratamiento de forma particular, o bien ser canalizada con otro terapeuta de la clínica. Ante esto, la paciente refirió no querer cambiar de terapeuta, así que se acordó que me llamarían para saber su decisión final, sin embargo la llamada no llegó.

## DISCUSIÓN

*“Muy espaciosa es la vida del sabio, y no la encierra el mismo límite que las otras. Sólo el sabio está exento de las leyes del género humano; todos los siglos le están sumisos como a un Dios. ¿Un tiempo es ya pasado? Él por el recuerdo lo actualiza. ¿Es presente? Lo utiliza. ¿Es venidero? Él lo disfruta por anticipación. Larga hace la vida la fusión en uno, de los tiempos todos.”*  
Séneca<sup>30</sup>

A partir de la revisión bibliográfica sobre la adolescencia y del análisis del caso aquí tratado, considero relevante presentar a manera de discusión lo propuesto por Urribarri (1990), en cuanto a la importancia que tienen las nuevas adquisiciones que experimenta el adolescente donde la realidad, las propias capacidades y las instancias ideales, principalmente el ideal del yo, representan un papel esencial en dicho momento, tanto para el sujeto que lo vive como para los padres; otorgando un lugar relevante al fenómeno de posterioridad (*nachträglich*). En contraste con lo que plantean Aberastury y Knobel (1998) sobre la importancia del duelo en la adolescencia a partir de lo que consideran se pierde en ésta.

Esto se expondrá con base a las ideas desarrolladas por Urribarri (1990)<sup>31</sup>, lo comentado por Freud en 1905<sup>32</sup> sobre el desarrollo de la sexualidad en dos tiempos, y lo que implica el proceso de duelo para este último desde el texto *“Duelo y melancolía”* de 1917 [1915].

Iniciaré exponiendo las ideas de Aberastury y Knobel (1998)<sup>33</sup> sobre los distintos procesos de duelo que refieren presenta el adolescente. Señalan que el pensamiento adolescente está determinado por la realización de tres duelos fundamentales; en los cuales el duelo por la bisexualidad infantil perdida, estará presente; éstos son:

---

<sup>30</sup> Séneca, 1977, p. 27.

<sup>31</sup> Urribarri, R. (1990) Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. Revista de psicoanálisis. (4):785-807.

<sup>32</sup> Freud, S. (1905) Tres ensayos de una teoría sexual. En obras completas, vol. VII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.

<sup>33</sup> Aberastury, A. & Knobel, M. (1998) La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós Educador.

- 1) duelo por el cuerpo infantil
- 2) duelo por la identidad y el rol infantil
- 3) duelo por los padres de la infancia

El *primer duelo* tiene que ver con una base biológica de la adolescencia, donde el individuo se ve obligado a asistir pasivamente a una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, y que vive como la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Aberastury y Knobel (1998) exponen que este duelo es doble, ya que implica el duelo por el cuerpo infantil dado por la presencia de los caracteres sexuales secundarios que lo ponen ante la evidencia de su nuevo status, y por otro lado la aparición de la menarca en la mujer y del semen en el hombre, da testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación. Esto hace que el sujeto abandone definitivamente la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica.

El crecimiento y cambio corporal implica al yo y al mundo externo, la aceptación psicológica de estos hechos son mayores cuando el cuerpo cambia rápidamente y por tanto hay un incremento en la angustia paranoide de ser invadido.

La elaboración del duelo por el cuerpo infantil y el duelo por la fantasía del doble sexo “conduce a la identidad sexual adulta, a la búsqueda de pareja y a la creatividad. Cambiando así la relación con los padres y adquiriendo las características de las relaciones de objeto adultas”. (Aberastury y Knobel, 1998, p. 125)

El *segundo duelo* obliga al adolescente a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidad que en su mayoría desconoce. En este momento inicia un largo proceso de búsqueda de identidad, consecuencia de la pérdida de la identidad infantil generada por los cambios corporales.



Exponen que la identidad lograda al finalizar la adolescencia, si bien guarda relación con identificaciones pasadas, incluye todas las del presente y también los ideales hacia los cuales tiende. Así, el destino de las identificaciones de la infancia dependerá no sólo de la elaboración interna que realiza el niño, sino también de las pautas de conducta de la familia y de la sociedad. Por tanto, a pesar de que la identidad comienza con la vida misma, el logro de la identidad sexual exige la libre experimentación, y atraviesa fluctuaciones. En ese sentido, los tabúes y prohibiciones sexuales y las inhibiciones genitales de los padres y maestros no sólo la retardan, sino que pueden conducir a la patología.

Agregan que normalmente, el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo y rol infantil, al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales, en un tercer proceso de duelo. Así, llegamos al *tercer duelo*, donde el adolescente trata constantemente de retener en su personalidad a los padres de la infancia buscando refugio y protección en lo que ellos representan para él, situación que algunos padres favorecen.

El adolescente va abandonado de manera paulatina y con dificultad la relación de dependencia infantil, ya que tiene que dejar de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo, donde “la impotencia frente a los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hace que recurra a un proceso de negación de los cambios, que concomitantemente se van operando en las figuras y las imágenes correspondientes de los padres y en el vínculo con ellos, que por supuesto no permanecen pasivos en estas circunstancias, ya que también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose entonces una interacción de un doble duelo, que dificulta aun más este aspecto de la adolescencia”. (Aberastury y Knobel, 1998, p. 149)

Con la elaboración de estos duelos el adolescente aceptará el rol que le marca la pubertad, durante este proceso surgirán defensas con la finalidad de negar la pérdida de la infancia. Esta elaboración de dichos duelos, representados por

pérdidas verdaderas de la personalidad, en ocasiones transitoria y fugazmente, pueden llegar a adquirir las características del duelo patológico.

“Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo, que exigen al adolescente nuevas pautas de convivencia, son vividos al principio como una invasión. Esto lo lleva como defensa a retener muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y el afán de alcanzar su nuevo status”. (Aberastury y Knobel, 1998, p. 111) Más adelante mencionan que “la elaboración incompleta de los duelos o la no elaboración de alguno de ellos producirá fijaciones o exageraciones de estos procesos, que podrán ser identificados en la conducta psicopática, donde adquieren modalidades de fijeza y de irreductibilidad, que, teniendo en cuenta estas consideraciones, pueden ser modificadas mediante el tratamiento psicoanalítico”. (Aberastury y Knobel, 1998, p. 155)

## **DUELO**

Para Freud el duelo por regla general es “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917 [1915], p. 241) Éste traerá consigo grandes desviaciones de la conducta normal de la vida del sujeto, que pasado cierto tiempo superará y por tanto el interrumpir éste proceso sería dañino. En el texto sobre “*duelo y melancolía*” Freud hace una diferencia ente lo que acontece en cada una de estas situaciones; comenta que en la melancolía se sabe a quién se pierde, pero no lo que se perdió de él y que nos lleva, dice Freud, a referir de algún modo a la melancolía como una pérdida de objeto sustraída de la conciencia; a diferencia del duelo, en el que no hay nada inconsciente en lo que corresponde a la pérdida.

Durante este proceso el mundo se ha hecho pobre y vacío, el yo es absorbido por el trabajo de duelo y por tanto el sujeto carece de interés por el mundo exterior, hay una pérdida en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor y una inhibición de toda productividad. “Fácilmente se comprende que esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al

duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses”. (Freud, 1917 [1915], p. 242) Que se sabe, no es común que suceda en la adolescencia, a menos que exista un conflicto específico en el sujeto.

Más adelante expone que “para cada uno de los recuerdos y de las situaciones de expectativa que muestran a la libido anudada con el objeto perdido, la realidad pronuncia su veredicto: El objeto ya no existe más; y el yo, preguntado, por así decir, si quiere ese destino, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar vivo y desata su ligazón con el objeto aniquilado. (Freud, 1917 [1915], 252)

Con lo expuesto por Abertary y Knobel (1998) sobre el duelo en la adolescencia y lo que implica éste desde el pensamiento de Freud se puede iniciar con la discusión planteada en un principio.

### **DUELO, ADOLESCENCIA, ADQUISICIONES Y POSTERIORIDAD (*nachträglich*)**

Partiré con la exposición de lo que para Urribarri (1990) representa la adolescencia con relación a lo propuesto por Aberastury y Knobel, en cuanto a los duelos experimentados por el adolescente.

Dice: “Si nos atenemos al esquema propuesto por Freud en cuanto al duelo desde lo económico con sus tres momentos, decalectización, vuelta hacia el yo y recarga de nuevos objetos, no pareciera cumplirse en los duelos propuestos, pues estos momentos no son sucesivos sino la generalidad de las veces simultáneos (p. ej. La coexistencia de conductas y sentimientos de identidad infantiles y adultos, o la vinculación con nuevos objetos, sin haber renunciado completamente a los primeros)”. (Urribarri, 1990, p. 789)

Más adelante agrega que desde el duelo en Freud, el desenlace de una pérdida promueve una identificación en el yo con el objeto perdido; pero desde esta perspectiva, se pregunta: ¿podemos imaginar algún joven identificado con su cuerpo infantil o con su identidad infantil, como un resultado normal de su

adolescencia? y ¿Cómo sobreviven los jóvenes a tan intensa y devastadora sensación de pérdida? No parece ser así el desenlace de la adolescencia. Agrega que en los cambios evolutivos o en otros hechos del vivir, se observa que el dejar algo o cambiar de estado no promueve malestar o pesar, sino que se realiza sin sufrimiento, que se suma a lo que para el sujeto cuenta, no sólo lo que se pueda perder, sino lo que gana a cambio e impulsa su desarrollo.

Para él, el adolescente no duela por la infancia como un paraíso perdido, sino que al adquirir la noción de irrecuperabilidad, unida a las angustias y dificultades propias del tránsito adolescente, se percata que no volverá a ser aquello que fue, así lo que se puede experimentar es una idealización por la infancia, que por momentos añora pero que de alguna manera continúa existiendo psíquicamente. Donde “las imágenes falsificadas de su niñez los ayudan a soportar las angustias de los amores adolescentes”. (Kaplan, L. 1986, c.p. Urribarri 1990, p. 800)

El adolescente a diferencia del que duela y que siente que perdió a alguien o algo que identifica claramente y que pena por tener; no conoce el motivo de su penar, e ignora las razones de su tristeza. Asimismo el segundo, sufre un infortunio sucedido en el mundo exterior que no quería que le ocurriese y le pasó, que le representa una pérdida por la cual se entristece y duela. Mientras que el adolescente sufre por un proceso interno, inconsciente, que promueve la renuncia, donde tiene un carácter más activo en la búsqueda de independencia de los padres y apartamiento de su autoridad, y no deja de ser productivo pues se ocupa e interesa en otras cosas, busca, crea otros vínculos y situaciones, realiza actividades sublimatorias y creativas, imagina y se proyecta al futuro, en lo que a partir de mi experiencia en el trabajo con adolescentes coincido con el autor.

Por otra parte, comenta que hay dos aspectos que se deben tomar en cuenta con relación a la percepción de la pérdida y del duelo; uno es que en la teorización de la adolescencia en lo que corresponde a la pérdida de lo infantil implique automáticamente duelo. Que si bien el joven deja de tener algo que poseía o era, que literalmente corresponde a una pérdida, no implica

necesariamente que esto sea significado por él como una pérdida; pues es contrarrestado por lo que se adquiere y lo que se desea conquistar.

El segundo factor corresponde al uso del término duelo como causa única causa de dolor, que si bien su etimología remite al dolor, no quiere decir que toda situación dolorosa implique duelo.

Urribarri (1990) señala que en la adolescencia está presente tanto la pena por lo que se deja, como el gusto por lo que se logra y lo que se progresa, lo cual he corroborado en el trabajo que he tenido con adolescentes. Donde debe primar lo último pues en caso contrario puede haber detención o regresión en el desarrollo. Las vacilaciones, o trastornos relativos que se observan en el adolescente, pueden ser explicadas en cuanto a la necesidad que tiene de incluir sus nuevas capacidades y funciones frente a las cuales se encuentra desconectado, pues desconoce aún sus propias posibilidades, efectoras y placenteras, en coordinación con sus deseos y afectos, así como el equilibrio entre la aceptación y la exigencia de su medio.

Refiere que se puede pensar que el dejar lo infantil se vive como duelo, cuando la historia del sujeto, condicionada por las diversas vicisitudes que le ha tocado vivir (como la intensidad y/o reiteración de experiencias traumáticas) y por la actitud de los padres (y de la ideología familiar y social), que condicionó y condiciona su aceptación o rechazo de los cambios y de la vida, dan un significado catastrófico a los cambios experimentados, con características tales que hagan que predominen los sentimientos angustiosos y las vivencias de pérdida frente a aquello que pasa o se deja; por lo que le son representados como pérdidas y consecuentemente se transforma en una traba para el desarrollo y duelos a superar. Sin embargo, esto no es lo esperable frente al desarrollo, sino que se presenta sólo en determinadas patologías.

Finalmente, Urribarri (1990) plantea algunos procesos que tienen que ver con una pérdida, que se parecen al duelo pero que no tiene que ver estrictamente con éste. Uno sería el referido a la acomodación, derivada de la paulatina declinación de la dependencia del hijo y de la consecuente necesidad de los

padres, tanto en los aspectos concretos como en lo atinente al soporte y suministro narcisista, y otro referido a lo temporal y generacional. El profundo y continuado cambio acerca al joven a la adultez, es decir a una relativa homologación con sus padres, donde éstos últimos son confrontados con señales de envejecimiento (o enfermedades), su proyecto de vida acotado, que los llevan a replantearse el cumplimiento, abandono o traición de sus proyectos e ideales adolescentes, que confluyen en la denominada crisis de la edad media.

A partir de lo mencionado en los párrafos anteriores se puede pensar que el conflicto en el adolescente se da como consecuencia de lo que representan para éste los cambios que experimenta, el enfrentamiento que tiene con la realidad, la valoración y aceptación de sus propias capacidades, y las experiencias que hasta ahora ha tenido y que de alguna forma quedaron latentes. Esta serie de cambios y vivencias vienen, de alguna forma, apoyados desde la vida infantil y ahora encontrarán nuevamente apoyo o rechazo en el contexto en el que se desenvuelve el sujeto tanto en el área familiar como social, pues como ha sido señalado en el capítulo sobre adolescencia, los padres revivirán su propia adolescencia.

Continuando con lo que puede generar conflicto en el adolescente, con lo expuesto en el capítulo sobre angustia, se puede pensar que, más que por lo que se “pierde”, el conflicto llega a surgir por la angustia que se experimenta ante los cambios y adquisiciones que ubican al sujeto en un nuevo lugar; donde las experiencias que ha vivido como angustiantes en su vida infantil, reaparecen aumentando o ayudando a disminuir y afrontar dicha angustia.

Tubert (2000) refiere que el adolescente se ve obligado a vivenciar de forma pasiva toda una serie de transformaciones físicas y hormonales que se apoderan de su cuerpo, y que vienen acompañadas tanto por demandas de impulsos pulsionales como por demandas provenientes desde lo social.

En la experiencia que he tenido en el trabajo con adolescentes, la revisión bibliográfica que realicé a lo largo de la maestría y a partir de recordar mi

propia adolescencia, coincido con la idea enunciada por Alejandro Klein (2002), sobre pensar que la sexualidad para el adolescente de alguna manera es enigmática y por tanto, está lejos de ser simplemente una sexualidad biológica y genital. Donde el cuerpo está en metamorfosis y el conflicto surge cuando el yo no logra amoldar estos cambios generando angustia y descontrol.

Como es descrito por Freud (1905), en todos los casos en que se producen nuevos lazos y nuevas composiciones donde están implicados mecanismos complejos, como es la adolescencia, se pueden presentar perturbaciones patológicas por irrupciones en el reordenamiento de la sexualidad, de tal forma que las perturbaciones de la vida sexual se deben considerar como inhibiciones del desarrollo. Con la presencia de los cambios propios de cada sexo, lo trascendente se da en la necesidad de articular igualdad y diferencia, y como lo expone Tubert (2000), en no quedar capturados en una posición narcisista ni paralizados ante la carencia que supondría el poseer un sexo en un universo en el que existen dos.

En el caso aquí desarrollado vemos como la entrada en la adolescencia es uno de los factores que desencadena la angustia tanto en la paciente como en la madre; y es principalmente en la madre donde la angustia es generada por la entrada a la sexualidad adolescente, y por las fallas que presenta su hija en el desarrollo de sus capacidades intelectuales y de socialización. Así vemos que en este momento en lugar de que haya un progreso hacia la autonomía, parece enfrentarse a una relación de dependencia, la madre dice: *Para mí Regina era un proyecto, qué más me hubiera gustado verla haciendo una carrera, pero apenas puede pasar de año... no me gusta que me vean como víctima pero así me siento.*

En este caso, como un ejemplo de una situación que sale de lo esperado que suceda en la adolescencia se podría decir que la madre se enfrenta a ciertas circunstancias reales que tiene que ver con carencias en su hija, y que salen de sus manos, llevándola a resignarse a la pérdida de esa hija idealizada, esperada, que se suma a lo que viven los padres en cuanto a la renuncia del anhelo del hijo ideal; asimismo envuelve algo irrecuperable e incrementa la

incertidumbre de lo que pasará más adelante; lo que lleva a la madre a enfrentar una situación de angustia, dolor y duelo.

Ahora bien, como seres vivos estamos en constante cambio, donde la vida y la muerte están presentes y el tiempo implica un dejar atrás irrecuperable, es aquí donde ubico la importancia del fenómeno de posterioridad, *nachträglich*, ya que es un momento en que los cambios vienen con rapidez, donde la realidad tiene un papel fundamental y experiencias de la vida infantil resurgen, adquiriendo un nuevo significado, y en el que la proyección hacia el futuro de la vida adulta empieza a tener mayor presencia. De tal forma que la experiencia de vida del sujeto toma un nuevo significado que puede desembocar ya sea en avance, o bien incrementar o despertar un conflicto ya presente desde la vida infantil, que había permanecido latente, como lo hemos visto en el caso de *Regina*.

Laplanche (2000) comenta que cada estadio del desarrollo humano, aporta un nuevo lenguaje, un nuevo modo de elaboración, una nueva *batería de significantes*, así como reacciones fisiológicas nuevas; siendo la pubertad un período de adquisición de nuevos medios de elaboración, de dominio, de nuevas representaciones e igualmente de nuevas posibilidades de reacciones fisiológicas y de afectos, de tal forma que introduce un estadio nuevo y una nueva posibilidad de comprensión.

En el capítulo sobre adolescencia, se expuso que aunque ésta de laguna manera está marcada por la entrada a la pubertad no se define a partir de los cambios genéticos, sino que representa un proceso de continuidad temporal de distintos acontecimientos de la vida infantil, los cuales se presentan con posterioridad, a partir del surgimiento de cambios, adquisiciones y vivencias experimentadas por el adolescente y la proyección hacia el futuro de la vida adulta. Que como es señalado por Urribarri (1990), el sujeto desde niño anhela ocupar el lugar del adulto, ya que le atribuye todos los privilegios y goces, y por tal razón busca el progreso en los diferentes niveles de desarrollo. Es en la adolescencia con el acceso a la genitalidad y la independencia de los padres que el sujeto se fascina y resarce de cualquier posible pérdida.



Siguiendo con esta idea Laplanche (2000) apunta que lo que se debe resaltar del fenómeno de posterioridad es que se trata de un *a posteriori* que más que ser una resignificación, es el ensamble de dos escenas o elementos sucedidos en tiempos diferentes, donde el segundo momento puede estar marcado por una nueva experiencia o bien por un acceso a un nuevo grado de desarrollo. Este ensamble implica que la escena anterior sea recompuesta por la presencia de una escena posterior, y es a partir de la interpretación, construcción e historización que vive el sujeto, que adquiere un nuevo significado, una nueva eficacia psíquica o bien un poder patógeno.

En lo que corresponde al duelo dice Freud que “[...] por regla general sólo es desencadenado por la pérdida real, la muerte del objeto”. (Freud 1917 [1915], p. 253) Que sumado con lo expuesto anteriormente sobre el duelo, implica que el sujeto debe aceptar que el objeto perdido ya no existe más, y en la elaboración de éste el sujeto carece de interés por el mundo exterior, hay una pérdida en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor y una inhibición de toda productividad; lo que en la adolescencia no sucede ya que lo anterior, el cuerpo infantil (sexualidad), la identidad y la representación de los padres de la infancia permanece de alguna manera, se acomoda, modifica o como es referido por Laplanche (2000) hay un ensamble de lo anterior; donde el oscilar entre lo infantil y lo nuevo posibilita al adolescente incluir en el futuro el pasado, que como es referido por Urribarri (1990) el joven reactualiza y reinscribe su pasado, a partir de las resignificaciones y la remodelación de sus estructuras psíquicas, historiza su vida, otorgándole un sentido de continuidad yica y relativiza así la pérdida de lo infantil. Por tanto el adolescente deja y toma al mismo tiempo, no se pierde, por lo que no es motivo de duelo.

Asimismo, coincido con Urribarri en cuanto a repensar los duelos propuestos por Aberastury y Knobel ya que tomando en cuenta lo que implica el duelo donde el objeto ya no existe más, y lo propuesto por Freud (1905) con base al desarrollo de la sexualidad y el hallazgo de objeto, parecería que en la vivencia normal de éstos duelos, lo anterior se pierde o carece de importancia, o bien cabría la pregunta ¿En qué lugar colocan lo perdido? Además se sabe que el desarrollo está marcado constantemente por una serie de modificaciones que

no pueden evitar ciertas pérdidas, y que de alguna manera se esperan, a diferencia de la pérdida en el duelo, que no es esperada por el sujeto, y más que esperada, no es anhelada por éste.

En cuanto al cuerpo, parece que el énfasis se da en el cuerpo concreto y no en la representación psíquica que se tiene de éste, que como se sabe en el pensamiento psicoanalítico la representación cobra un mayor significado así como el registro que se tiene de éste desde los primeros años y que permanece a lo largo de la vida. Urribarri (1990) plantea las siguientes preguntas ¿Por qué, para el adolescente, su cuerpo cambiante es significado necesariamente como pérdida? ¿O es que acaso no observamos, en la generalidad, que el crecimiento y la maduración puberal son ansiosamente deseados y jubilosamente recibidos? Y yo agregaría, a partir del duelo por el cuerpo infantil donde se supone se debe aceptar el cuerpo que se tiene ¿Cómo se explica el travestismo o los rasgos físicos que se mantienen del sexo opuesto? ¿Serían una falla en la elaboración del duelo? Ya que Aberastury y Knobel (1998) refieren que con la elaboración de los duelos el adolescente aceptará el rol que le marca la pubertad.

Cuerpo y sexualidad están en una relación directa, Freud (1905) plantea el desarrollo de la sexualidad en dos tiempos, por tanto no se puede pensar como algo que se pierde sino como algo que se integra en un momento distinto del desarrollo del sujeto; en cuanto a esto, más que duelo por el cuerpo infantil y su identidad donde la sexualidad está implícita, el conflicto se puede presentar con el aumento de las demandas pulsionales y por tanto el acceso a la sexualidad genital, donde las experiencias infantiles cobran un nuevo sentido en concordancia con lo que implica para el sujeto lo que viene, lo que representan para éste, los aspectos de los que viene acompañado el segundo momento de la sexualidad.

Continuando con esta idea coincido con Urribarri (1990) en pensar que el problema del duelo por la pérdida del cuerpo infantil, no está en la pérdida como tal, ni en el duelo que se tuviera que hacer de éste, ya que el cuerpo se desarrolla desde el cuerpo infantil previo con señales progresivas de cambio, y

porque desde lo infantil las nuevas capacidades, la potencia muscular, la maduración genital y consecuentemente la capacidad reproductora, así como la voluptuosidad en el uso del cuerpo, y de lo orgásmico-genital, que progresivamente lo homologa al adulto, le dan esa prima de incentivación y de placer que promueve hacia lo progresivo y compensa lo que se deja. Las percepciones de nuevas sensaciones tanto internas como externas, con la aparición de modificaciones y nuevas funciones, se van incorporando gradualmente a la par de una modificación de la representación psíquica del cuerpo, se incluye lo anterior, hay continuidad en el cambio y en el tiempo. Se puede pensar que lo mismo sucede en cuanto a la identidad y a la relación con los padres.

Como es sabido desde Freud (1905) tanto la elección de objeto como la sexualidad vienen marcadas desde la infancia, y en la adolescencia hay una coexistencia de lo infantil y lo nuevo representado por ésta. Asimismo, Freud (1917) refiere que en el duelo no hay nada inconsciente en lo que corresponde a la pérdida; de tal forma se puede pensar que, si bien los cambios acontecidos tanto en el contexto social como parental, así como lo que percibe el adolescente de su propia persona generarán en él un rearmado, donde también hay aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos (marco) relacionados con el cuerpo, la identidad y la representación de los padres de la infancia, de los que no hay un registro consciente y por tanto no se podrían experimentar como duelos.

En el duelo por la identidad y el rol infantil Urribarri (1990) expone que si lo que caracteriza el sentimiento de identidad en el sujeto es continuar siendo el mismo aun en el cambio ¿cómo es que se pierde una identidad y se “deambula” hasta la adquisición de otra? Y de ser así, se puede pensar que el adolescente atravesaría por un largo período psicótico, ya que han perdido su noción de identidad, y es claro que eso no es lo que habitualmente observamos.

En lo que corresponde a la situación edípica en la adolescencia Urribarri (1990) expresa que no es una repetición del complejo infantil, sino que toma otra

dimensión y destino a partir de la resignificación que los logros de este período promueven y desde la cual la situación difiere. La pérdida, con su consecuente duelo, es también aceptada en tanto que a cambio, puede acceder al contacto genital y a la vida amorosa de pareja que es socialmente convalidada, lo que representa la prima de incentivación y de placer que promueve el proceso. A lo que se suma la desidealización de los padres permitiendo humanizarlos que implica un proceso de modificaciones de las imagos parentales, donde se estaría hablando de cambio, de resignificación, más que de duelo.

Dice Freud: “[...] lo más inmediato para el niño sería escoger como objetos sexuales justamente a las personas a quienes desde su infancia ama, por así decir, con una libido amortiguada. Pero, en virtud del diferimiento de la maduración sexual, se ha ganado tiempo para erigir, junto a otras inhibiciones sexuales, la barrera del incesto”. (Freud, 1905, p. 205) Así simultáneamente al doblegamiento y la desestimación de las fantasías incestuosas, se realiza uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más dolorosos del período puberal: “el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición, tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua”. (Freud, 1905, p. 207)

Es importante señalar que si bien la pérdida del amor incestuoso de los padres involucra una renuncia dolorosa, también representa un factor en el armado del aparato psíquico del sujeto ya que “a medida que nos aproximamos a las perturbaciones más profundas del desarrollo psicosexual, más inequívocamente resalta la importancia de la elección incestuosa de objeto”. (Freud, 1905, p. 207) Por tanto se puede suponer que así como en el caso de la disimetría de la situación analítica, donde el paciente produce una ilusión simétrica e intenta que el analista deje su lugar, al mismo tiempo le exige que sea rigurosamente analista; en el caso del incesto, aunque hay un deseo por el amor del padre del sexo opuesto en caso que presentarse el Edipo positivo, existe a la vez la espera de que éste no se cumpla. Aunque, como lo señala Freud (1905) ni siquiera quien ha evitado la fijación incestuosa de su libido se sustrae por completo de su influencia.

De lo expuesto por Aberastury y Knobel, considero importante señalar, que si bien no coincido con el pensar la adolescencia desde la vivencia de una serie de duelos, coincido con el pensar que las inhibiciones genitales, la impotencia y la angustia frente a la genitalidad, pueden despertar la necesidad del sujeto de mantenerse como niño aunque su cuerpo le muestren que ya no lo es. Así como con la idea de que al aparecer un nuevo elemento, la posibilidad de llevar a la acción lo que hasta entonces era fantasía, no sólo incrementa la angustia, sino que ésta toma nuevas características que exigen también que se erijan nuevas defensas.

Por tanto, se puede pensar que más que lo que se “pierde” con el movimiento adolescente, lo que llega a generar conflicto es el aumento de la exigencia pulsional, el acceso a la sexualidad genital y la reactualización del complejo de Edipo, en el cual el hallazgo de objeto y la identidad sexual representan un papel fundamental; donde la angustia estará presente, así como las experiencias infantiles, que aparecen con posterioridad, *nachträglich*; de tal forma que un conflicto, por ejemplo, ante la sexualidad estaría dado por lo que para el adolescente representa e implica la vivencia de su sexualidad ahora genital y en relación con un otro fuera del núcleo familiar.

## CONCLUSIONES

A partir de la elaboración del presente reporte, la práctica clínica que tuve durante la maestría, el intercambio de experiencia y conocimiento con profesores y colegas, y de la vivencia de mi propio análisis y supervisión; llego a las siguientes conclusiones relacionadas con lo que se ha venido trabajando sobre: adolescencia, angustia y contratrasferencia.

Iniciaré con el papel de la angustia en la adolescencia, que con lo expuesto sobre ésta se reconoce la idea que en este período ocupa un lugar importante debido al aumento de libido y al debilitamiento yoico, reeditando los conflictos internos entre las instancias psíquicas; a lo que se suma el despertar de los caracteres de la corporalidad, como son el crecimiento incontrolable, limitaciones o defectos, la imprevisibilidad de ciertos procesos, y el carácter enigmático de las pulsiones; inclinando al adolescente a buscar alguna forma de control que le permita adueñarse de esta situación que en cierta medida tiene la sensación de que sale de sus manos. Así vemos que los principales generadores de angustia son la separación de objeto, el ataque pulsional y las diferentes situaciones que enfrenta;<sup>1</sup> que como ha sido descrito lo que genera la angustia es una situación de peligro para el yo, ya sea como señal o por un estado de impreparación de éste.

Por tanto en este momento resurgen los primeros registros que el sujeto experimentó como angustia, y por consiguiente como sensación de peligro; es aquí donde el planteamiento que hace Freud (1926) sobre el origen y función de ésta vuelven a tomar sentido, y al mismo tiempo se puede rescatar la importancia que tiene ésta como parte esencial en la constitución del sujeto, tanto desde lo intersubjetivo como desde lo intrapsíquico. Así como su relevancia en el trabajo clínico, ya que el paciente repetirá y fomentará en la situación terapéutica cierto tipo de vínculos preexistentes donde una serie de afectos entrarán en juego incluyendo a la angustia, que es generalmente la que lleva al sujeto a pedir ayuda, como lo fue en un primer momento, un llamado de auxilio ante la reacción de dolor. Como refiere Freud (1926) el primer momento

---

<sup>1</sup> Ver página 14

del desarrollo de angustia es un logro en la autoconservación del sujeto<sup>2</sup>. Lo anterior, yo lo trasladaría como metáfora a la situación terapéutica, donde el sujeto busca en un primer momento, disminuir su nivel de angustia y dolor, y que llega a generarle una sensación de vulnerabilidad ante su propia vida, colocando al terapeuta en el lugar del saber.

Con lo expuesto se llega a la conclusión que en el trabajo clínico con adolescentes en cuanto a la angustia, hay que registrarla y averiguar, desde su función como señal de alarma, dónde está colocada la situación de peligro; pues como se ha venido desarrollando ésta es el afecto menos cualificado y el nivel más bajo tanto de ligazón como elaboración, que se descarga de manera no específica. Por tanto requiere de un reconocimiento por parte del terapeuta, un registro contratrasferencial, que le permita intervenir en favor del paciente.

Aquí se puede retomar lo que señala Fédida en cuanto a la angustia contratrasferencial, donde la función del terapeuta podría ser idealmente la de una madre capaz de hacer una resonancia con el estado del paciente, de contención de las energías de esta angustia, “de metabolización y de metaforización de los afectos confundidos que tienden a desbordar al niño. En consecuencia, es el modelo de la relación madre-hijo el que regla aquí la función de experiencia intersubjetiva de la contratrasferencia y la convierte en un dispositivo preconsciente apto para dar, en el lenguaje, resonancia a los diferentes estados vividos por el paciente. En estas condiciones, la angustia contratrasferencial no se presenta sólo como una *respuesta* sino más bien, como un momento de la atención y, por ello, como un instante en que se constituye la interpretación.” (Fédida, P., 1995, p. 202)

A lo que se puede agregar lo siguiente: “si hay que entender que las neurosis, según sus modalidades más diversas, corresponden a una falla de la simbolización, el modo de operar de la cura será precisamente, a la inversa, aquel de volver a poner en marcha una elaboración, una ligazón.” (Bleichmar, S., en prólogo Laplanche, 2000, p. 17)

---

<sup>2</sup> Ver página 39

En el manejo que se haga de la contratrasferencia es importante no confundirse con el paciente tomando distancia a través de mantener la asimetría y la neutralidad; utilizando, como es referido por Bernstein y Glenn (1991) los afectos que surgen en el terapeuta como señales a partir de la contratrasferencia los cuales le permitirán dirigir su atención hacia determinados comportamientos y comunicaciones del paciente.

Es importante retomar que ante la angustia el sujeto puede generar una serie de defensas, sustituirla por síntomas o representarla a través de conductas específicas para impedir su aparición, y evitar así un peligro, pues de lo contrario podría enfrentarse a una situación que lo desborda o bien que le es difícil de manejar, como se vio en el caso de *Regina*. Por tanto al momento de intervenir es esencial trabajar al servicio del yo y no hacer regresiones sin que haya de por medio un proceso paulatino, y mucho menos romper defensas indiscriminadamente ya que éstas pueden estar haciendo de soporte como se observa con los rituales obsesivos.

Es aquí donde entra la importancia del análisis y la supervisión, que en mi caso fueron de gran utilidad durante la práctica, y que se sabe debe llevar quien ha decidido trabajar en el área clínica, pues los pacientes llegan a tocar fibras de la propia historia, ya que como es señalado por Fédida (1995) el terapeuta recibe las palabras del paciente con todo lo que traen consigo activando su propia memoria y por consiguiente, la actividad interna de la palabra asociativa. Esto sucede sobre todo con los primeros pacientes ya que el trabajo psicoterapéutico nos lleva a experimentar una serie de afectos y situaciones de las que se debe ir haciendo experiencia con el apoyo de la comprensión y aprendizaje teórico, pero también con lo que deja el análisis y la supervisión en lo que corresponde a la técnica; pues la teoría no siempre alcanza para comprender los fenómenos a los que nos enfrentamos en la situación terapéutica (como lo experimenté en el caso que presento), así como a lo que se accede del mundo interno del paciente; por tanto la práctica refuerza el conocimiento de la técnica en psicoterapia. Cabe señalar que la supervisión no sólo ayuda en la comprensión y análisis del paciente, sino que también es un espacio donde se comparte experiencia y conocimiento.



Otro ejemplo difícil de manejar con los primeros pacientes, y que he corroborado en la práctica y al momento de compartir experiencias con colegas que se encuentran al igual que yo iniciando el camino en el trabajo clínico, es el silencio; el cual puede de nuestro interés en la formación y en el manejo terapéutico, sin embargo, sale del alcance del presente trabajo. No obstante se puede mencionar que éste debe ser manejado por el terapeuta en favor del trabajo clínico, pues su propia angustia generada ante éste lo puede llevar a actuar y hablar, cortando el espacio que se abre para el paciente. Es importante señalar que no basta con hacer presencia física y mantenerse en silencio, el mismo silencio del terapeuta debe hacer presencia, pues no hay que olvidar que el lenguaje preverbal y la conexión que se establece con el paciente, que no es puesta en palabras forma parte del escenario terapéutico, pues el paciente es visto y escuchado desde el cuerpo, la palabra y lo que se manifiesta del inconsciente.

Continuando con esta idea, es importante resaltar una de las funciones de la contratrasferencia, para explicar este punto retomaré parte de lo expuesto por Fédida en cuanto a ésta: “En tanto el fenómeno de angustia es un fenómeno del yo, no se lo podría considerar en metapsicología sin comprenderlo por una referencia al otro ajeno a mí. Dicho de otro modo: ¿Puede una teoría psicoanalítica de la angustia abstenerse de incluir la cuestión del otro? Hacer que esta cuestión se plantee sobre la base de la contratrasferencia, y conferirle el poder de iniciar nuevas especulaciones metapsicológicas sobre la angustia: he ahí una de las razones por las cuales la situación de supervisión nos parece enteramente privilegiada.” (Fédida, P., 1995, p. 198)

Con relación a lo que me deja la práctica clínica en cuanto a la intervención con adolescentes, además de lo antes mencionado, considero importante la inclusión de los padres tanto por lo que pueden brindar en la comprensión de lo que sucede con el paciente, como por dar lugar a las propias resignificaciones generadas por la incertidumbre de distintas angustias de las que viene acompañada la adolescencia de sus hijos; que podrían generar obstáculos en el trabajo y continuación del proceso psicoterapéutico. Como sucede en el caso aquí presente.

El escenario terapéutico, en relación al adolescente, considero que puede llegar a representar un espacio de escucha, acompañamiento y presencia, donde el propio paciente aclare confusiones, de tal forma que sea un apoyo en el tramitar de la adolescencia con lo que esta implica; pues no siempre se cuenta con las herramientas y recursos necesarios para afrontar las angustias que surgen con los cambios que experimenta, lo que reaparece de la vida infantil, el enfrentamiento a lo que se es y se tiene en cuanto a capacidades, y ante las nuevas demandas familiares y sociales que vive. De tal forma que el sujeto logre hacer de la vida experiencia para evitar caer en la repetición a la que todos estamos sujetos y que implica un estudio detallado el cual sale del alcance del presente trabajo.

En el trabajo con adolescentes también se debe tener presente la representación que se tiene del propio cuerpo, el registro que observamos y lo que dice a través de éste. Asimismo, si bien es común que el adolescente sea traído por los padres o remitido por el colegio, es importante dar el espacio para que se vaya construyendo la propia demanda, como lo vemos en el caso aquí presente, pues de lo contrario estaríamos repitiendo lo que le pasa fuera de la situación terapéutica. Por tanto hay que dar espacio a que se genere un escenario donde él se pregunte, e ir acompañándolo sin romper la asimetría y la neutralidad.

Con lo expuesto en los párrafos anteriores sobre la intervención y la importancia de la supervisión, es importante señalar que si bien, en un principio no es fácil manejar y registrar contratrasferencialmente lo que se presenta del paciente, tampoco es algo imposible, pues la misma práctica clínica es generadora de experiencia y conocimiento, por eso de la relevancia que la maestría sea teórico-práctica, ya que permite aprender tanto desde la propia experiencia como de la de aquellos que llevan un recorrido más largo.

Considero importante señalar el papel que tiene la sociedad para la población adolescente, pues así como la adolescencia representa un momento de transición entre la vida infantil y la vida adulta, pienso que de la misma manera, es un momento de transición del contexto familiar al social, que si bien desde la

infancia se va ingresando a la vida social, como puede ser representado por el colegio, es en la adolescencia donde el sujeto empieza a adquirir con mayor fuerza un rol social.

En México encontramos un gran sector de la población vulnerable, donde las necesidades básicas están limitadas por diferentes situaciones como la falta de recursos económicos, nutricionales y afectivos, entre otros. Retomando lo comentado sobre la angustia en cuanto a la vivencia y registro que se tiene de ésta en los primeros años, y las propias angustias del adolescente, cabe la siguiente pregunta: la angustia que experimentan los padres, que viven este tipo de situaciones, y que cada vez son más frecuentes en nuestro país, por la acumulación de necesidades y deseos insatisfechos y la sensación de vulnerabilidad ¿ha trascendido a este primer momento de constitución del sujeto, donde la angustia ocupa un lugar privilegiado, convirtiéndose en uno de los factores que han generado en la adolescencia un incremento de violencia, delincuencia, drogadicción y de una sensación de vacío? Con lo que he venido desarrollando en este reporte, sería difícil responder a esta pregunta de forma sencilla; sin embargo lo que puedo decir es que las actitudes y alternativas que ofrece cada sociedad a los adolescentes pueden influir en estos. Tubert (2000) refiere que a medida que cada sociedad facilita y proporciona recursos para la entrada a la vida adulta, en virtud de la transición generacional como son los valores propios de la cultura y las normas institucionalizadas, favorece emocionalmente el apoderamiento, por parte del adolescente, de las funciones adultas y el desarrollo de sus capacidades y posibilidades individuales. Por tanto como sociedad debemos dar más opciones a los adolescentes.

Una opción son los centros de atención psicológica que brindan un servicio a la comunidad como es el caso de la clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que representan un escenario donde con la intervención terapéutica se favorece el desarrollo de recursos sociales, culturales y personales; ya que como se sabe el adolescente busca nuevas identificaciones fuera del núcleo familiar donde encuentra otro tipo de aspiraciones las cuales en ocasiones son poco fortalecidas por la familia. Debido al sector de la población que acude a la clínica fui espectadora de este tipo de situaciones.

Retomando el tipo de intervención que se realiza con adolescentes, este escenario puede ser un espacio donde el sujeto no sólo encuentre como opción la descarga mediante actos irreflexivos, sino que encuentre nuevas alternativas de descarga, logre dar un sentido a lo que vive y alcance a elaborar simbólicamente a través de la palabra, el pensamiento o bien de alguna actividad creativa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1998). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. (Texto Revisado). Barcelona, España: Ediciones MASSON.
- Aulanier, P. (1997). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Bernstein, I. & Glenn, J. (1991). Las relaciones emocionales del analista de niños y adolescentes ante los pacientes y sus padres. *Revista de psicoanálisis*. (1): 485 - 516.
- Bleichmar, S. (2006). *Paradojas de la Sexualidad Masculina*. (1ª ed.). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Blos, P. (1971) *Psicoanálisis de la adolescencia*. D.F., México: Joaquín Mortiz.
- Blum, B. (Catedrático). (2008 de enero a julio). Seminario: *Teorías Psicoanalíticas de la Adolescencia*. Distrito Federal, D.F., México: Cd. Universitaria, Facultad de Psicología.
- Doane, B. & Livingston, K. (1986). *The Limbic System Functional Organization and Clinical Disorders*. Nueva York, NY, EE.UU.: Raven Press.
- Fédida, P. (1995). *Crisis y Contra-trasferencia*. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1894). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? *En Obras Completas*, vol. I. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1896). La Herencia y la Etiología de las Neurosis. *En Obras Completas*, vol. III. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. *En Obras Completas*, vol. III. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). Tres Ensayos Sobre una Teoría Sexual. *En Obras Completas*, vol. VII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1909 [1908]). La Novela Familiar de los Neuróticos. *En Obras Completas*, vol. IX. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910). Las Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica. *En Obras Completas*, vol. XI. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1911-1915 [1914]). Trabajos Sobre Técnica Psicoanalítica. *En Obras Completas*, vol. XII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). Sobre la Dinámica de la Trasferencia. *En Obras Completas*, vol. XII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, Repetir y Reelaborar. *En Obras Completas*, vol. XII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915 [1914]). Puntualizaciones Sobre el Amor de Trasferencia. *en Obras Completas*, vol. XII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). La Represión. *En Obras Completas*, vol. XIV. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1915]). Duelo y Melancolía. *En Obras Completas*, vol. XIV. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). 25ª Conferencia: La angustia. *En Obras Completas*, vol. XVI. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del Principio del Placer. *En Obras Completas*, vol. XVIII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925 [1924]). Presentación Autobiográfica. *En Obras Completas*, vol. XX. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). Inhibición Síntoma y Angustia. *En Obras Completas*, vol. XX. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la Cultura. *En Obras Completas*, vol. XXI. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933 [1932]). Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis: 35ª conferencia. En torno de una cosmovisión. *En Obras Completas*, vol. IX. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. *En Obras Completas*, vol. XXIII. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología. *En Obras Completas*, vol. I. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, A. (2007). *El yo y los Mecanismos de Defensa*. México, Bs. As., Barcelona: Paidós.
- Goijman, L. & Kancyper, L. comp. (1998). *Clínica Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*. Bs. As., Argentina: Lumen.

- Kancyper, L. (1993). Angustia y Poder en la Confrontación Generacional. *Revista de Psicoanálisis*. (6): 1215-1233.
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el Fin de la Ingenuidad*. Buenos Aires – México: Grupo Editorial Lumen.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- Klein, A. (2002). *Imágenes Psicoanalíticas y Sociales del Adolescente. Condiciones de Surgimiento de la Adolescencia en la Modernidad y el Disciplinamiento Adolescente en la Posmodernidad*. Uruguay: Psicolibros.
- Klein, M. (1974). Desarrollo en psicoanálisis. *Obras completas*. vol. III. Bs. As., Argentina: Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Bs. As., México: Paidós.
- Laplanche, J. (2000). *La Angustia Problemáticas I*. Bs. As., Argentina: Amorrortu Editores.
- Maldonado, J. (1992). Sobre Reacciones Terapéuticas Negativas y Positivas. *Revista de Psicoanálisis*. 14 (2): 325-348.
- Mannoni, M. (1989). *El Niño Retardado y su Madre*. (3ª ed.). Argentina: Paidós biblioteca de psicología profunda.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- Raker, E. (1959). Correlaciones Específicas entre Trasferencia y Contratrasferencia. *Revista de Psicoanálisis*. Bs. As., Enero-Marzo Tomo XVI (1): 1-14.
- Sánchez, Oliveros, Nuñez, Casas del Valle & Bustos (1998). Biofeedback. *Apunte de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Diego Portales*. Recuperado el 15 de enero de 2009, de <http://www.apsique.com/wiki/NeurBiofeedback>
- Segal, H. (2002). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. (Reimpresión). México: Paidós Psicología Profunda.
- Séneca, L. (1977). *De la Brevedad de la Vida*. Buenos Aires: Aguilar.
- Tubert, S. (2000). *Un Extraño en el Espejo. La Crisis Adolescente*. España: Ludus.

- Uriarte, V. (1999). *Psicofarmacología*. México: Trillas.
- Urribarri, R. (1990). Sobre Adolescencia, Duelo y a posteriori. *Revista de Psicoanálisis*. (4): 785-807.