



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
PROFESIONALES

EL USO DE LA CONTRATRANSFERENCIA PARA ENTENDER AL PACIENTE

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO
SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JULIÁN GÓMEZ SEPÚLVEDA

DIRECTORA:

MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

SINODALES:

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN

MTRA. WENDY DE LAS MERCEDES LARA OLGUÍN



Ciudad Universitaria, México, D.F.





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.



A mi madre, quien a pesar de las adversidades, con su amor y sus esfuerzos ha logrado hacer de mí y mis hermanos hombres independientes con valores.

A Edmundo, quien con su ejemplo nos ha enseñado que el esfuerzo siempre rinde frutos.

A Fernando, porque a pesar de su falta, sé que siempre me acompañará en el corazón e inspirará mis éxitos.

A Marcos, por darme la oportunidad de tener una relación estable, amorosa y fiel. Sin duda una de las empresas más ambiciosas y gozosas de mi vida.

A mis hermanos Eugenio y Pablo, por la unidad y el apoyo que existe entre nosotros.

A mis abuelos Homero y Salhua, porque con su cariño y sabiduría he aprendido a levantarme después de tropezar.

A mis tíos, primos, abuelos Gómez y familiares, por su apoyo y cariño.

A mis amigos: Paloma, Alan, Ariadne, Gaby, Franco, Clara, Mariana y demás, quienes con su amistad me han acompañado para llegar a esta meta.

Al Dr. Marcos Hernández Daza y a la Dra. Luz Elena de la Vega, por su confianza y cariño.

A Connie, quien con su ayuda he elegido ser un hombre libre de mis propias ataduras.

A Eva, por sus enormes enseñanzas así como su dedicación y paciencia.

A Rosario y Asunción, por mostrarme la belleza de la intrincada mente humana.

A Wendy por sus consejos y enseñanzas, al igual que al Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro y a los pacientes que atendí, los cuales me enseñaron a escuchar.

A Lidia, por su responsabilidad y prontitud.

Finalmente, le dedico este trabajo a la Universidad Nacional Autónoma de México, particularmente a la Facultad de Psicología, que me mostró la diversidad de concepciones del mundo y que me ha abierto montones de caminos para el futuro.

ÍNDICE

Resumen y palabras clave.....	6
1. Objetivos del Informe de Servicio Social.....	7
2. Datos Generales del Programa de Servicio Social.....	7
3. Contexto de la Institución y del programa de servicio social.....	7
4. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	9
4.1. Población atendida.....	13
4.2. Espacio de atención psicológica.....	15
5. Soporte teórico.....	16
5.1. Transferencia y contratransferencia.....	17
5.2. Definición y tipos de contratransferencia.....	20
5.3. Origen de la contratransferencia.....	24
5.4. Usos y peligros de la contratransferencia.....	31
5.4.1. Peligros de la contratransferencia.....	32
5.4.2. La contratransferencia como instrumento.....	35
6. Viñetas clínicas y análisis de la contratransferencia.....	38
6.1. Ernesto.....	38
6.2. Emilia.....	42
6.3. Lorena.....	47
6.4. Arturo.....	51
6.5. Daniel.....	57
7. Aprendizajes obtenidos y recomendaciones.....	64
8. Referencias.....	71

RESUMEN

El presente escrito busca reflexionar sobre la utilidad de la contratransferencia en el diagnóstico y tratamiento psicológico. Para esto, a lo largo del servicio social en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" se obtuvieron datos experienciales sobre la contratransferencia percibida durante las sesiones de evaluación y de tratamiento clínico con cada paciente. Los pacientes eran generalmente niños o adolescentes con una edad media de 9.74 años que acudían para valoración psicológica o para sesiones de psicoterapia breve de corte integrativo. Después de cada sesión registraba mis sensaciones, fantasías, actitudes y pensamientos lo que generó gran cantidad de material contratransferencial. En general la contratransferencia es una respuesta afectiva o cognitiva global del terapeuta o entrevistador hacia el paciente con el que establece un contacto inconsciente que reacciona hacia el mismo, y hacia lo que el mismo representa. El paciente responde ante el clínico con transferencia y éste con su contraparte, la contratransferencia, que al ser analizada provee una herramienta de diagnóstico del funcionamiento psicodinámico del paciente. A continuación se exponen los datos principales sobre el programa de servicio social y cinco viñetas clínicas en que la contratransferencia fue de gran utilidad para discernir el tipo de contacto y conflicto actual del paciente. Por otra parte, también se comenta el uso de la misma como herramienta terapéutica al ser revelada haciendo hincapié en sus limitaciones y posibilidades. Finalmente se resumen los aprendizajes en la identificación del fenómeno y de su manejo.

PALABRAS CLAVE: Contratransferencia, diagnóstico, intervención, servicio social

1. OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL:

- Describir las actividades realizadas en el programa de servicio social, así como la población atendida durante el mismo.
- Presentar una revisión teórica respecto a la contratransferencia para determinar su utilidad como herramienta para el diagnóstico y la intervención.
- Mostrar a través de viñetas clínicas como se analiza la contratransferencia hacia los pacientes y explicar el significado y función de la misma, así como la psicodinamia existente entre el paciente y el terapeuta.
- Resumir mis aprendizajes con el uso de la contratransferencia.

2. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL:

El programa de servicio social lleva por nombre "Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico", está a cargo de la Mtra. Eva María Esparza Meza y tiene como supervisor directo a la Mtra. Wendy Lara Olguín. La sede es el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) a través del servicio de psicología pediátrica. El objetivo de este programa de servicio social es capacitar alumnos en competencias como entrevistas iniciales, consecutivas, terapéuticas y devolución de diagnóstico; así como aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, elaboración de informes psicológicos y enfoques terapéuticos breves dirigidos principalmente a niños y adolescentes dentro de un ámbito real donde los psicólogos ejercen profesionalmente.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El I.S.S.S.T.E. (2010) es un organismo gubernamental que fue fundado en 1959 después de la reforma al artículo 123 constitucional en materia de seguridad social para los trabajadores del estado. A partir de ese año, el I.S.S.S.T.E. ha logrado expandir su red de apoyo y así atender a más de un millón de personas al año.

Su visión es “Posicionar[se] como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano”. Por otra parte, su misión es “Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia”.

En función de lo anterior, se puede deducir que el principal interés de esta institución pública es perseguir la salud de los trabajadores del gobierno mexicano, por lo que se requiere una red de atención al derechohabiente donde se logren cubrir sus necesidades en lo que respecta a salud.

Actualmente el I.S.S.S.T.E. cuenta con 1,192 unidades médicas que incluyen tanto clínicas de medicina familiar como hospitales generales. Durante el año 2009 se proporcionaron aproximadamente 24, 825, 384 consultas para atender 1, 143, 024 usuarios activos afiliados (I.S.S.S.T.E., 2009). Considerando que para el 2009 se contaban con 19, 132 médicos y que la mayoría del equipo médico especializado se encuentra en el Distrito Federal, la demanda del I.S.S.S.T.E. en el D.F. es muchas veces excesiva. Debido a esto, la persecución del cumplimiento de la misión y visión de la institución son retos que requieren de estrategias de atención diferidas donde se preste atención primero a las urgencias.

Para el mantenimiento del bienestar, el I.S.S.S.T.E. cuenta con múltiples programas:

- PREVENISSSTE: Dedicado a la prevención del abuso de sustancias, incremento de calidad de vida por medio de dieta y ejercicio así como identificación temprana de enfermedades como diabetes, obesidad, hipertensión, etc.
- PENSIONISSSTE: Manejo de pensiones de los trabajadores del Estado.
- FOVISSSTE: Créditos inmobiliarios para la obtención de una vivienda
- SUPERISSSTE: Supermercado con descuentos, promociones y ofertas de temporada en productos de la canasta básica, en donde e incluye también el servicio de ISSSTE farmacias.
- TURISSSTE: Programas turísticos de precios accesibles.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El programa "Profesionalización del Psicólogo Clínico" con sede en el H.G. Dr. Darío Fernández Fierro está dirigido a proporcionar a los estudiantes las suficientes oportunidades para practicar las competencias inherentes al ejercicio profesional del psicólogo clínico, para que puedan dar, en este caso atención psicológica a los pacientes de Pediatría, así como aplicar baterías de pruebas psicodiagnósticas solicitadas por diversos servicios como Neurología y Psiquiatría. Los pacientes de Pediatría se reciben a solicitud de los padres a través del pediatra (o por el pediatra mismo) cuando se identifican síntomas que involucran el funcionamiento psicológico del individuo. El pediatra elabora una solicitud de interconsulta que el servicio de Psicología Pediátrica recibe y se provee una cita para entrevista inicial. Otro medio por el que se reciben pacientes es cuando el pediatra sospecha de síntomas psicológicos en pacientes internados u hospitalizados en Infectopediatría o Urgencias Pediátrica. En relación a los pacientes referidos por Neurología y Psiquiatría se aplican baterías de pruebas psicológicas para valorar un posible dictamen de incapacidad laboral y confirmar una sospecha diagnóstica a través de la valoración.

En el caso de los pacientes de Pediatría se lleva a cabo una entrevista inicial con la madre, padre o tutor principal con el objetivo de elaborar una historia

clínica. Posteriormente se aplica una batería de pruebas psicológicas que varían en función de la edad y del motivo de consulta y cuyo objetivo es determinar tanto un diagnóstico nosológico, posible canalización y sugerencias terapéuticas.

Los instrumentos aplicados pueden ser:

Área del desarrollo perceptual y neuropsicológico:

Test Gestáltico Visomotor de Bender, Escala de Desarrollo de Denver, Guía Portage, Examen del Estado Mental (MiniMental State Examination), Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (Neuropsi) y Exploración del lenguaje infantil

Área intelectual:

Test de Matrices Progresivas de Raven (prueba escrita o por medio de internet) y Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Área socioemocional:

Test de la Casa-Árbol-Persona (HTP), Test de la Persona bajo la Lluvia, Test de Familia Kinésica, Test de Familia Real, Test de la Familia Imaginaria de Corman, Test de Apercepción Temática Infantil versión Animales (CAT-A), Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS), Escala de Depresión en niños (CDS), Cuestionario para padres de Conners, Frases Incompletas para Niños y adolescentes, Test de Fábulas de Düss, Inventario de personalidad de Minnesota (MMPI), Hora de juego diagnóstica, Test Desiderativo, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Dibujo de la Figura Humana (calificación de Machover o Koppitz), dibujo libre, Test de Cuadros para adolescentes de Symonds y sobretodo entrevista diagnóstica a niños y padres.

Partiendo del diagnóstico, para los pacientes de pediatría se genera una estrategia de intervención donde se puede sugerir la canalización a Paidopsiquiatría, ingreso a escuela de educación especial y/o psicoterapia individual brindada por Psicología Pediátrica.

La psicoterapia que se ofrece es de enfoque integrativo ya que se aplican técnicas del psicoanálisis, terapia Gestalt, cognitivo-conductual, narrativa y

rehabilitación neuropsicológica. A partir de cada caso, la terapéutica se adapta generando de esta forma una intervención variada, que ha resultado ser la forma más adecuada de intervención, ya que retoma técnicas de diferentes enfoques teóricos que han mostrado ser eficientes para la atención de ciertos síntomas (Esquivel, 2010). Además el propio contexto hospitalario demanda un tratamiento breve dirigido hacia la mejora de los síntomas (Bellak, 1993). Por medio de la entrevista y del juego se aplicaron las técnicas explicadas en el cuadro 1, el cual identifica el enfoque teórico del cual provienen.

Cuadro 1: Técnicas de intervención psicoterapéutica utilizadas.

Modelo teórico	Técnicas
Terapia Gestalt	<p>Juego como estrategia de reducción de la ansiedad (aventar pelota, rompecabezas, Memorama, jugar con carros o muñecas). Juego como forma de conocer al niño (sacar una pieza de Jenga y decir una cualidad), collage sobre sentimientos, dibujos sobre emociones y situaciones (tristeza, enojo, dolor, el futuro, mi hermano, etc.). Acompañamiento durante la hiperactividad, detección de señales corporales de estados emocionales, romper periódico o golpear cosas, fantasías dirigidas (lugar seguro, lugar peligroso, temores, deseos), Juego libre sin interpretación como estrategia de contacto, dibujo del proceso terapéutico, cambio de roles, pintura en papel kraft para reducir ansiedad, así como el uso de las pruebas psicológicas y las sensaciones del terapeuta como técnicas para conocer más al paciente. Reflejo y señalamiento.</p>
Terapia Cognitivo-Conductual	<p>Registro conductual diario (noches húmedas vs. Secas), programa de control de ingesta de líquido, modelamiento de trabajo en equipo (rompecabezas), identificación de contingencias, psicoeducación respecto al</p>

	funcionamiento de los sistemas biológicos (digestión, respiración, etc.), tareas para casa, biblioterapia y manejo de creencias irracionales.
Terapia Psicoanalítica	Entrevista, juego y dibujo libres, hora de juego diagnóstica, interpretación y señalamiento en el juego, prueba de realidad ante metas exageradas, análisis de sueños y <i>lapsus linguae</i> , consejería a padres (evitar resurgimiento de conflictos infantiles de los padres), exploración de fantasías, encuadre respecto de agresividad y presentación de opciones de reparación. El juego libre podía ser estructurado como los rompecabezas o Memorama, o no estructurado como la plastilina, el dibujo o la pintura.
Terapia Narrativa	Externalización del problema (Pulpo de los problemas), lectura de cuentos e interpretación de los mismos, generación de historias respecto a un problema y hallazgo de alternativas de solución. Se emplean herramientas como autobiografía y el señalamiento del progreso del desarrollo en el núcleo familiar.
Rehabilitación Neuro-psicológica	Dependiendo de la dificultad, establecer tareas que ejerciten tal habilidad en diferentes niveles: Memorama, dominó, rompecabezas, lectura, ensartar agujeta en cartón (Lacing Cards), anagramas, trabalenguas, sopa de letras, juegos de unión de puntos, pronunciación y ortografía, juego de apuestas (para mejorar el control de impulsos) y búsqueda de figuras.

Las técnicas se aplican siguiendo una tendencia al eclecticismo técnico así como a la integración teórica ya que se analizaba el mismo caso desde enfoques diferentes. Para mayor profundidad en el manejo de cada técnica se revisaron las

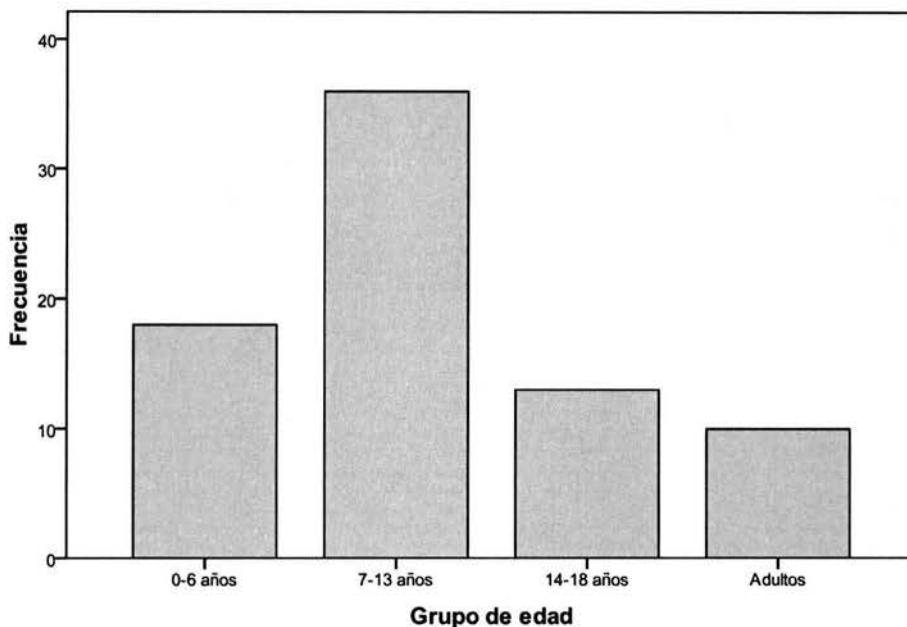
aportaciones de Oaklander (1992), Schaefer (2005), Aberastury (1973), Esquivel (2010) y Ardila & Ostrosky-Solís (1991).

Dependiendo de la participación de los padres, los recursos del paciente y las habilidades del terapeuta, el tiempo aproximado de remisión de síntomas fue de 1 año de tratamiento con 2 sesiones por mes. Sin embargo, la demanda de pacientes muchas veces espaciaba más las sesiones, situación que prolongaba más el tratamiento que aunado a resistencias familiares, generan un ambiente donde es muy difícil la disminución de síntomas.

4. 1. Población atendida

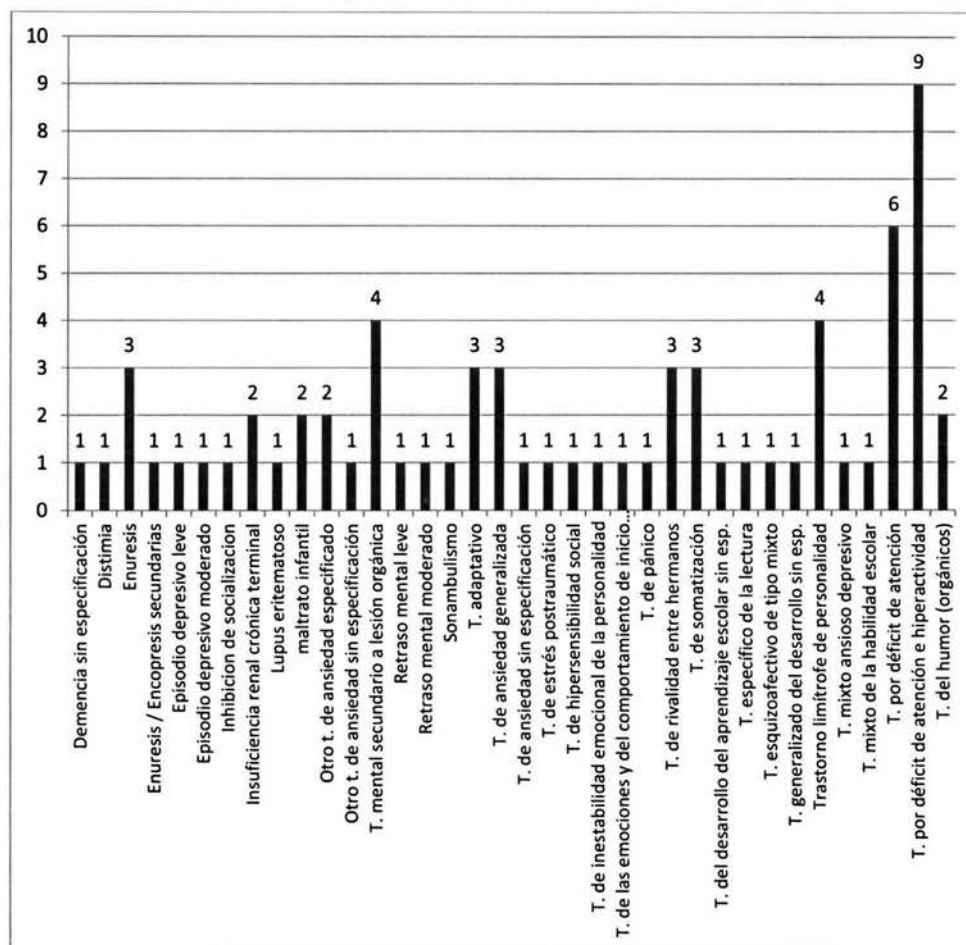
Durante el servicio social atendí a 79 pacientes en 153 sesiones de una hora aproximadamente. De estas sesiones, 141 se dedicaron a pacientes de Pediatría de los cuales la edad mínima fue de 2 años y la máxima de 17 años ($X\bar{=}9.7482$ años; $DE=4.14081$ años). Por lo tanto, 12 sesiones fueron dedicadas a pacientes adultos en valoración para emisión de dictamen cuya edad mínima fue de 20 años y máxima de 77 años ($X\bar{=}45.9167$ años; $DE=19.6397$ años). De los pacientes atendidos, el gráfico 1 ilustra la frecuencia de pacientes por grupo de edad, mostrando que la mayoría de los pacientes atendidos corresponden a la etapa de latencia y pubertad.

Gráfico 1. Frecuencia de pacientes por grupo de edad



De todos los pacientes que atendí durante mi servicio social, la frecuencia por diagnóstico se ilustra en el gráfico 2 donde se puede observar que el diagnóstico más común fue el de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como el trastorno límite de personalidad (que muchas veces eran atendidos después de un intento de suicidio) y las alteraciones mentales secundarias a lesión orgánica (pacientes adultos remitidos para valoración). Por lo demás, se observa una gran variedad de alteraciones psicológicas atendidas, donde predominan los trastornos de la eliminación (control de esfínteres) y de ansiedad.

Gráfico 2. Frecuencia de Diagnóstico



Nota. "T." es abreviatura para "trastorno", y "esp." para "especificar".

4. 2. Espacio de atención psicológica

El consultorio de Psicología Pediátrica está ubicado en la Ludoteca, un espacio subvencionado por la Asociación Nacional de Servicio Voluntario (ANASVO) y que recibe donaciones periódicas de juguetes, papelería y material didáctico. Las dimensiones son de 6X3.5 mts aproximadamente y está dividido en dos espacios por una cortina. Se cuenta con rompecabezas, Jenga, memoramas, juegos de atención, Damas chinas, dominó, palillos chinos, un modelo de cuerpo humano,

muñecos de peluche, muñecas de plástico, material para construir Legos, bebés de plástico, mamilas, jeringas para jugar, papel, colores, plumones, plastilina, pintura, diamantina, Bingo, Playstation, pelotas, alas de hada, etc. Los juguetes están a la vista y disponibles para su uso lo que representaba una sensación de apertura al juego pero también una distracción en situaciones de valoración.

5. SOPORTE TEÓRICO

La transferencia y la contratransferencia son dos fenómenos inevitables en la práctica clínica con cualquier paciente (Bleger, 1985, Etchegoyen, 2002). Sin embargo, en el trabajo con niños y adolescentes se vuelven sumamente importantes ya que el terapeuta o entrevistador tiende a revivir su propia infancia y adolescencia (Esquivel, 2010 y Blinder, Knobel & Siquier, 2004), así como los conflictos que surgieron en esa etapa. De no prestar atención a las reacciones que tenemos ante los pacientes se puede tender a jugar un rol que no es el de analista y de pervertir el encuadre. Esquivel, Heredia & Lucio (2007) mencionan que en el trabajo con niños hay una compleja red de transferencias cuya base se encuentra en el hecho de que el tratamiento del niño involucra a los padres. Por otra parte, la historia de desarrollo de los mismos también participa al igual que la del terapeuta o entrevistador. Es de suma utilidad tener en cuenta estos fenómenos porque en el niño la transferencia es inmediata y masiva, y se dirige a él, a los padres, los maestros, etc. (Blinder, Knobel & Siquier, 2004). En general, la transferencia y la contratransferencia son fenómenos que necesariamente deben ser analizados ya que pueden funcionar como herramienta para el diagnóstico y tratamiento, además de prevenir la intensificación excesiva de angustia en la relación terapéutica.

5.1 Transferencia y contratransferencia

De acuerdo a Velasco (2011), la transferencia ha sido un concepto medular en el psicoanálisis y con ello se han hecho múltiples investigaciones respecto a su origen y dinámica. Para Freud (1912) la transferencia fue la piedra angular que dio origen al tratamiento psicoanalítico, pero no profundizó en su dinámica hasta su artículo de 1912 "Sobre la dinámica de la transferencia". En éste expuso sus conjeturas respecto al fenómeno estableciendo así las bases para el entendimiento de la transferencia.

Conviene aquí citar una definición de Ralph Greenson (1980) quien merece ser mencionado por sus aportaciones al concepto. Retomando las contribuciones de diversos teóricos, Greenson (1980) define la transferencia como una repetición de un patrón de relación en la se involucran pulsiones, fantasías, pensamientos, sentimientos y conductas. Éstas son originadas en una relación objetal importante de la infancia y son desplazadas hacia las personas actuales, lo que incluye al analista. Es un fenómeno casi completamente inconsciente y ocurre en todas las relaciones humanas, sin embargo solamente en el consultorio representa una importante herramienta para la cura. Para Freud (1912), la transferencia ocurría debido a que el paciente colocaba en el analista una investidura que representaba un desplazamiento de representaciones infantiles. Así, explicaba que durante el desarrollo hubo una parte de la libido que no se desarrolló y que no logró saciarse a través de los satisfactores de la realidad. Por ello, al perseguir el conflicto patógeno hasta su origen, la transferencia surgía como una resistencia al cambio, una forma de repetir el conflicto eternamente. Esto es, de re-escenificar el conflicto en vez de repararlo. Freud (1912) vinculaba la aparición de la transferencia a la resistencia, otro concepto fundamental en el psicoanálisis y que implica el movimiento contrario hacia la cura. La transferencia podía ser una herramienta cuando se superaba tal fuerza resistencial y cuando la interpretación generara un acto de consciencia tal que se hiciera consciente la parte inconsciente de la relación.

Esa parte, la inconsciente, es la que más nos interesa. Para Greenson (1980) la relación entre analista y paciente tiene una parte realista, orientada hacia la realidad y que consiste en lo objetivo y racional de la misma; pero también hay otra parte que es irracional, fantaseada, pulsional y subjetiva, y que produce la transferencia o la contratransferencia, dependiendo de donde se genere. Esta relación entre analista y paciente se caracteriza entonces por tener elementos conscientes y realistas, y por otro lado, elementos inconscientes que son parte del mundo interno y fantaseado de ambos miembros, analista y paciente. Pero no sólo el contacto puede ser consciente o inconsciente, también hay respuestas (un discurso) entre estas instancias. Para Greenson (1980) no puede existir una relación terapéutica donde no haya ambas partes que se comuniquen a través de la transferencia y de la realidad. Bleger (1985) coincide con Greenson (1980) y agrega que tal comunicación existe en cada entrevista, en la cual entrevistador y entrevistado son parte de un campo. En éste, ambas partes son interdependientes y están interrelacionadas a través de la comunicación (consciente o inconsciente) que existe entre ambas. Velasco (2011) menciona que estas aportaciones constituyen la dimensión interaccional de la transferencia. Entonces este fenómeno ya no es una resistencia, sino una forma de contacto en la que el paciente y el analista asignan significados uno al otro, y así se van construyendo.

El binomio transferencia y contratransferencia existe como una forma de comunicación y de interacción entre analista y paciente. En él existen reacciones hacia lo objetivo y hacia lo subjetivo e inconsciente de la relación. Kernberg (1996) menciona que este tipo de reacciones oscilan de lo neurótico hasta lo psicótico. Una comunicación neurótica tarda tiempo en expresarse en el proceso terapéutico, mientras que una reacción psicótica es intensa, masiva y caótica, además de que representa una defensa ante angustias arcaicas. La transferencia siempre representa una repetición de una vinculación infantil que se actualiza en el aquí y ahora del presente (Greenson, 1980). Por ello, es un movimiento regresivo donde se desplazan figuras infantiles significativas que han sido distorsionadas por la fantasía. Esto aplica tanto para el paciente como para el analista, el cual por diversas razones (que profundizaré posteriormente) se

identifica con el paciente y revive en sí mismo conflictos similares (Kernberg, 1979). Siente junto al paciente su angustia, la cual le ha sido comunicada de forma inconsciente y de no prestar atención a ello puede generar fuertes reacciones defensivas: aislamiento, negación, sueño; lo que al final conlleva un problema de comunicación y entendimiento entre analista y paciente.

Para Freud (1912) existían dos tipos de transferencia: positiva y negativa. La primera favorecía el contacto y se expresaba a través de cariño, amor, participación activa dentro del proceso terapéutico, puntualidad, etc. La segunda implicaba una fuerza en contra de la cura, agudizando así las resistencias. Esta segunda forma de transferencia ha sido dividida por Greenson (1980) en transferencia erótica, donde se sexualiza y erotiza al analista, o en transferencia agresiva, que va desde fantasías hasta actos agresivos. Freud (1912) mencionaba que la transferencia negativa no era conveniente por lo que requería ser interpretada a lo que Kernberg (1996) agrega que no sólo por ser negativa sino por el potencial destructivo de la relación, se debe acelerar la interpretación. Sucintamente mencionaré que la interpretación transferencial requiere de la identificación del fenómeno transferencial, su confrontación y posteriormente se le puede interpretar retomando la relación objetal actualizada en el contexto terapéutico (Velasco, 2011; Greenson, 1980 y Kernberg, 1996). Para Greenson (1980) la transferencia se debe analizar cuando es una resistencia, cuando es de intensidad óptima y cuando ello generaría insight. De no representar lo anterior y de no haber suficientes datos, la interpretación podría verse como una formulación mágica y ser rechazada o temida por los pacientes con sutil distinción entre la fantasía y la realidad (Kernberg, 1996).

En resumen, hay que profundizar el estudio de la transferencia para entender la contratransferencia, y considerar que ambas son parte de un discurso consciente e inconsciente que existe entre terapeuta y paciente. Este tipo de comunicación existe desde la primera entrevista y su observación es una fuente importante de datos sobre el funcionamiento psicodinámico de ambas partes, así como de la orientación que toma la terapia hacia la construcción o la destrucción.

5.2 Definición y tipos de contratransferencia

S. Freud (1910) utiliza por primera vez el término de "contratransferencia" para referirse a las reacciones del analista producto de la influencia del paciente sobre su sentir inconsciente. De acuerdo a Etchegoyen (2002) el término no se vuelve a mencionar hasta Reik en 1933 que lo asociaba a la intuición y que por lo tanto era más confiable que el razonamiento ya que era una forma de comunicación de inconsciente a inconsciente. Posteriormente Heimann, Little y Money-Kyrle hacen importantes aportaciones y se le comienza a entender como "los sentimientos y actitudes del terapeuta hacia el paciente, [así como] ciertas facetas de relaciones que de ordinario no son terapéuticas" (Kemper, 1966 en Sandler, Dare & Holder, 1993). El tema de la contratransferencia generó una disputa entre los psicoanalistas que consideraban toda reacción contratransferencial como producto de la neurosis del analista y otros que pensaban que era un efecto de la relación terapéutica y que podía usarse como instrumento. Así, Reich (1951 en Sandler, Dare & Holder, 1993) hablaba de la contratransferencia como un elemento natural del análisis aunque debía permanecer en el trasfondo y la penumbra. Luchando contra esta concepción, algunos psicoanalistas utilizaron la contratransferencia como instrumento de diagnóstico como Little, Heimann, Sharpe y Kernberg (1979), e incluso algunos se aventuraron en el uso de su comunicación como herramienta terapéutica como Winnicott (1947), Racker (1990) y actualmente, López (2004).

En general el concepto de contratransferencia incluye:

- la "posición básica del analista frente al analizado" lo que abarca sus emociones, actos y fantasías con respecto al paciente (Racker, 1990).
- Las resistencias del analista que actúan en contra de la comprensión del paciente (S. Freud, 1910, 1912, 1913 y Reich, 1980).
- Las reacciones del analista ante el rol que el paciente le asigna, los objetos internos que le proyecta o el tipo de relación que establece el paciente (Winnicott, 1947, Grinberg, 1981 y Bion, 1975).
- La transferencia del analista hacia el paciente como figura que sustituye los objetos de la infancia (Reich, 1980).

- La totalidad de actitudes conscientes e inconscientes del analista hacia el analizado como reacción ante su transferencia y la propia realidad del analista (Balint, 1949 en Sandler, Dare & Holder, 1993 y Kernberg, 1979).
- La participación del analista en la relación establecida (Money-Kyrle, 1956 en Etchegoyen, 2002, Sandler, Dare & Holder, 1993 y Grinberg, 1981).

Esta gama de significados refleja la falta de exactitud en la definición del concepto lo que probablemente podría explicar la controversia detrás de su uso como herramienta técnica. Para fines de este trabajo, utilizaré todos estos significados en el entendido de que las relaciones entre personas están alimentadas de creencias, actitudes, fantasías, resistencias y transferencias. Toda contratransferencia hace alusión a relaciones de objeto tempranas y en todas está en juego la neurosis del analista pero sólo en la medida que ésta sea correctamente discernida puede usarse como herramienta técnica. En concreto, propongo una definición que incluya las anteriores: **“la contratransferencia como cualquier reacción del terapeuta (analista, entrevistador, enfermera, etc.) hacia el paciente dentro del contexto terapéutico o no”**. El término así acaba siendo de gran amplitud, lo que podría suscitar confusión pero hay que considerar que la definición clásica (la contratransferencia es la reacción ante la transferencia y proviene de la neurosis del analista) tiende a limitar la comprensión del fenómeno. De hecho, Kernberg (1979) menciona que la definición restrictiva de la contratransferencia tiende a generar una actitud casi fóbica en el analista respecto a sus reacciones emocionales lo que bloquea la toma de conciencia de los mismos. Además, señala que hay un gran número de pacientes que hacen transferencias intensas y masivas lo que genera contratransferencias caóticas, ilustrando así el propio caos del paciente. Es por esto importante analizar este fenómeno así como mencionar sus manifestaciones.

En vías de profundizar en su dinámica, se han identificado diferentes tipos de contratransferencia. Con respecto a su origen, Etchegoyen (2002) diferencia:

- la *contratransferencia directa*: Que depende de la interacción con el paciente.

- *contratransferencia indirecta*: Que se asocia con otras relaciones significativas del analista y que impactan la relación con el paciente a través de una relación triangulada. Por ejemplo, el paciente puede representar el amor del supervisor cuando es bien analizado.

Retomando a S. Freud (1912) en su investigación respecto a la transferencia, Racker (1990) divide a la contratransferencia en positiva y negativa y agrega que sólo cuando se ha superado la contratransferencia negativa y se le ha utilizado para entender al paciente puede realizarse la función de cura. En esta clasificación, la contratransferencia puede ser:

- *Positiva*: cuando el flujo de energía entre analista y analizado favorece la comprensión del mismo al evitar el surgimiento de contrarresistencias, por medio de la identificación del analista con el aparato psíquico del analizado.
- *Negativa*: como el monto de energía sexual que perturba la comprensión del analizado a través de resistencias y pases al acto del analista.

Aunada a esta clasificación es importante mencionar que toda contratransferencia es por esencia ambivalente, de la misma forma en que S. Freud (1912) habla de la transferencia. En todo ser humano coexisten polos opuestos y a veces se puede ver más uno lo que no debe evitar que exista el otro.

Desde su fenomenología, Winnicott (1947) describe tres tipos de contratransferencia:

- *Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia*, basados en las identificaciones reprimidas en el analista
- *Identificaciones y tendencias del analista basadas en su propia experiencia de vida*
- *Contratransferencia verdaderamente objetiva.*

Dejando de lado la confusión en los dos primeros fenómenos, Winnicott (1947) profundiza en el tercer grupo los cuales dice son objetivos porque se repiten como producto del funcionamiento de pacientes psicóticos o antisociales. No dependen del analista sino del paciente que *fuerza* una relación de polaridad extrema de sentimientos con el analista.

Describiendo la fenomenología Racker (1990) identifica otros dos fenómenos dentro de la contratransferencia:

- *Posición contratransferencial*, en que el analista percibe emociones y reacciones propias que determinan su posición ante el paciente
- *Ocurrencia contratransferencial*, que consisten en las fantasías del analista respecto al paciente.

Éstas últimas dice que surgen de una simbiosis psicológica existente entre el analista y el paciente en la que el analista se identifica con el ello, yo, superyó u objetos internos del paciente. Dado que el analista tiene una historia de relaciones de objeto, sus ocurrencias surgen como un entendimiento hacia la manera en que el paciente establece vínculos y hacia el tipo de angustia que prevalece en él. Velasco (2011) esquematiza los fenómenos que pueden ocurrir dentro de la contratransferencia (ver cuadro 2), que al ser registrada presenta buena parte del material de análisis psicodinámico del paciente.

Cuadro 2. Reacciones contratransferenciales

Afectivas	Cognitivas	Corporales	Isomórficas	Reacciones complejas
Ansiedad, celos, envidia, enojo, miedo, tristeza, simpatía, antipatía, soledad, alegría, ternura, odio, pena, frialdad, indiferencia.	Aburrimiento, distracción, desorientación, confusión, desinterés, interés, excesivo, admiración, fantasías.	Recuerdos, hambre, cefalea, excitación, gestos, somnolencia, náuseas, parestesias.	Actitudes, afectos y conductas que comprenden casi todo el listado anterior.	Actuación de roles específicos.

Basada en Tabla de reacciones contratransferenciales de Velasco (2011).

En cuanto a su funcionamiento y su dinámica, Racker (1990) distingue dos tipos de contratransferencia:

- *Concordante*, cuando el analista se identifica con el ello, yo y superyó del paciente generando una sensación de empatía
- *Complementaria*, donde el analista se identifica con los objetos internos del analizado.

Siempre existen ambos tipos de contratransferencia ya que la tendencia a reparar del analista favorece dos procesos: la identificación con el yo infantil del analizado y la introyección del objeto proyectado por el paciente (Etchegoyen, 2002).

Finalmente, Money-Kyrle (1956 en Etchegoyen, 2002) habla de una *contratransferencia normal* en la que el analista se coloca en un papel parental respecto al paciente y explica que esto proviene del propio funcionamiento del análisis. Se debe a que el proceso psicoanalítico revive conflictos infantiles que se actualizan en el contexto terapéutico, sobretodo en el tratamiento de niños y adolescentes en los que la infancia es algo actual y contemporáneo y no una construcción fantaseada de la misma, como es el análisis del adulto (Blinder, Knobel & Siquier, 2004). Esta contratransferencia normal es constructiva ya que al final, el terapeuta debe ser parte de un sujeto psicoanalítico racional y parte de objeto proyectado para establecer una relación terapéutica efectiva (Grinberg, 1981 y Velasco, 2011).

5.3 Origen de la contratransferencia

De acuerdo a las investigaciones respecto a la contratransferencia, ésta se origina por varias razones:

- Como respuesta a una acción transferencial (Racker, 1990 y S. Freud, 1910).
- Identificación con los objetos internos y proyectados del paciente (Kernberg, 1979, Grinberg, 1981 y Racker, 1990) y establecimiento de diferentes relaciones objetales (López, 2004 y Winnicott, 1947).
- Identificación con el aparato psíquico del paciente (Racker, 1990).

- Generación de un puente de contacto analista-paciente (Bion, 1975).
- Conocimiento intuitivo del paciente (Reich, 1980, Fenichel en Etchegoyen, 2002).
- Conflictos internos y resistencias del analista (Racker, 1990 y Reich, 1980).

A continuación se expone cada teoría.

Cuando S. Freud (1912) desarrolló la técnica psicoanalítica para curar la neurosis se topó con la transferencia, de la cual dijo que podía ser un gran instrumento o un importante peligro. En "Sobre la dinámica de la transferencia", S. Freud (1910) menciona que la transferencia se genera como resultado de la insatisfacción pulsional y de la investidura libidinal del médico o analista sobre el cual el paciente deposita mociones inconscientes y representaciones de expectativas terapéuticas. La transferencia, decía, podía ser de tipo positiva si fomentaba el trabajo terapéutico y negativo si lo obstaculizaba a través del enardecimiento de las defensas. En este artículo (y en toda su obra) parece ser que S. Freud fue muy cuidadoso de no mencionar el efecto que tenían las transferencias de los pacientes en él incluso cuando eran de naturaleza tan masiva como el amor. Sin embargo, en "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia", S. Freud (1915) ahonda un poco en la dinámica de la contratransferencia al decir respecto al enamoramiento que el analista siente por la paciente que "le ha sido impuesto por la situación analítica y no se puede atribuir, digamos, a las excelencias de su persona". Al decir esto, S. Freud identifica el primer elemento de la contratransferencia: ésta existe como imposición ante la relación con el paciente y es respuesta a una transferencia. Ahondando en este punto, Racker (1990) agrega que para toda acción transferencial hay una reacción contratransferencial de igual magnitud e intensidad.

Como ya se mencionó, la contratransferencia puede ser complementaria o concordante de acuerdo a Racker (1990) lo que apunta al funcionamiento psicodinámico de la relación analista-paciente. La contratransferencia complementaria existe como respuesta a la identificación del analista con los

objetos internos del paciente (Racker, 1990). Grinberg (1981) profundiza en este fenómeno y apunta hacia lo que él llamó *contraidentificación proyectiva*. Según este autor, el paciente re-escenifica el conflicto psíquico en la situación analítica y por medio de sus transferencias «fuerza» al analista a desempeñar un rol determinado. De esta forma, el analizado proyecta hacia el exterior los objetos internos y es función del analista actuar el rol asignado o interpretar el tipo de relación establecida (Grinberg, 1981). Racker (1990) retoma esto al mencionar que el analista debe ser objeto de los impulsos del paciente e identificarse en parte con el objeto proyectado en él; al mismo tiempo que se mantiene en la posición profesional y real donde él no es la madre o padre del paciente. Independientemente de las consecuencias de actuar o no un rol, el paciente puede colocar en nosotros objetos internos con los cuales nos identificamos porque son parte de nuestra propia vida mental y de nuestro desarrollo.

Con respecto a la identificación proyectiva, Kernberg (1979) menciona que es la fuente de las reacciones contratransferenciales. Y explica que el paciente limítrofe se percibe a sí mismo y a sus objetos como escindidos y al proyectarlos sobre el analista, éste vivencia sus propias relaciones objetales primitivas lo que genera múltiples reacciones de contratransferencia. De hecho, Kernberg (1979) describe la “fijación contratransferencial crónica”, fenómeno en el que el analista se ha identificado crónicamente con objetos internos del paciente debido a puntos de fijación en su pasado. En este tipo de reacción hay fuertes emociones y actos contratransferenciales cargados de agresión y angustia las cuales son comunes en el trato con pacientes fronterizos, psicóticos o en gran regresión. Kernberg (1979) menciona también que puede darse un sometimiento casi masoquista, un aislamiento del paciente o de la realidad donde el analista cree no poder ayudar al paciente.

Cuando el analista se identifica con los objetos internos y fantaseados del paciente, se generan diferentes tipos de relación objetal los cuales se ejemplifican en el cuadro 3. En éste, López (2004) ilustra relaciones objetales que se actualizan en el contexto terapéutico lo que probablemente se origina como consecuencia de la compulsión a la repetición basada en el deseo de reparación.

Cuadro 3. Ejemplos de parejas de papeles paciente-terapeuta

Niño malo, destructivo	Padre sádico, punitivo
Niño rabioso, controlado	Padre controlador
Niño no deseado	Padre frío, negligente
Víctima de abuso	Atacador sádico
Presa de asalto sexual	Violador, atacador
Niño con privación	Padre egoísta
Niño enojado, sin control	Padre impotente
Niño juguetón, excitado sexualmente	Padre castrador
Niño consentido, dependiente	Padre admirador, adorador

Tomado de Clarkin, Yeomans & Kernberg (1999 en López, 2004).

Apoyando esta teoría, Winnicott (1947) asocia la contratransferencia al tipo de relaciones objetales que el paciente produce. Así, comenta, las reacciones contratransferenciales se deben a que el paciente coloca al analista en una posición “molesta” en la que procura generar un vínculo de dependencia y caos. Para explicar el odio en la contratransferencia, Winnicott profundiza en su teoría de la relación materna y agrega que la madre ama y odia al bebé ya que éste la frustra y agrade a través de su demanda constante, su interferencia en la vida de la madre, el peligro que representa, el que no sea producto de la fantasía de la madre, etc. De la misma forma, el bebé también ama y odia a la madre, sentimientos que coexisten escindidos y que no se integran hasta la fase depresiva señalada por Klein. En base a que el paciente regresivo está instalado en una fase de demanda, actualiza la relación de dependencia con la madre y provoca en el analista, terapeuta o enfermera, sensaciones que remiten a este vínculo. Para Winnicott (1947) el odio de la madre (y el propio) son estructuradores en el bebé ya que sólo a través de odiar puede aprender a amar. Sin embargo, el odio de la madre no puede ser destructivo y debe tolerarse sin generar sometimiento. De estar sometida a los deseos del bebé la madre echa mano de su masoquismo, lo que después en la contratransferencia hace despertar

en el analista un complejo masoquista que puede agudizarse hacia una neurosis de contratransferencia.

En cuanto a la contratransferencia concordante, el analista se identifica con el aparato psíquico del paciente (Racker, 1990), lo que puede generar un vínculo de sincera empatía y comprensión. Por este medio, el analista se siente igual que como se siente el paciente: triste, frustrado, tenso, etc., lo que también le hace recordar su propio aparato psíquico infantil y por tanto hacer una aproximación a su funcionamiento. Kernberg (1979) y Blinder, Knobel & Siquier (2004) agregan que este fenómeno se produce debido a una regresión empática, que puede provocar la reaparición de ansiedades primitivas en el analista ya que le hace recuperar su propia experiencia. Para Racker (1990) la empatía es parte de la contratransferencia aunque para Etchegoyen (2002) la empatía no depende del tipo de contratransferencia establecida sino del grado de consciencia que se tiene de la misma y de la plasticidad del vínculo. Así también Sandler, Dare & Holder (1993) y Aiza (1991 en Velasco, 2011) mencionan que la empatía no es parte de la contratransferencia y de nuevo es cuestión de la amplitud del término si se vinculan los conceptos o no. Creo que dado que forma parte de las habilidades de contacto del analista o terapeuta, la empatía es un elemento contratransferencial. Además, hay situaciones bajo las cuales se es más o menos empático lo que implica que está basada en la propia experiencia del terapeuta y de sus capacidades; y por lo tanto que también depende del vínculo establecido.

Otra razón por la que existe la contratransferencia podría ser la que estudia Bion (1975). El paciente psicótico establece contacto con el analista a través de una pantalla de elementos no procesados del pensamiento o sensaciones indigeridas llamados elementos beta. En su teoría del pensamiento, Bion (1975) comenta que el ser humano debe ser capaz de ensoñar, es decir, de asimilar los estímulos ambientales y emocionales y traducirlos en elementos alfa, que puedan ser almacenados y formar parte del pensamiento onírico (ideas o lenguaje). Cuando la función alfa falla, el pensamiento se obstruye y se ahoga de elementos beta los cuales sólo pueden ser evacuados por medio de la proyección y del acting-out. Con los elementos beta proyectados se estructura la pantalla beta

como un puente de contacto entre el analista y el paciente. Esta pantalla es el medio por el cual el paciente psicótico produce emociones en el analista ya que busca generar una relación de dependencia. En concreto, Bion (1975) señala como fuente de la contratransferencia al contacto y a los productos del pensamiento que fluyen entre el analista y el paciente.

Pero el conocimiento asequible para el analista o entrevistador no sólo proviene de los productos del pensamiento sino también de la intuición. Reik, Reich y Fenichel (en Etchegoyen, 2002) le conceden una gran importancia al conocimiento intuitivo que el analista hace del paciente ya que de la intuición se produce una valoración de temáticas así como una comprensión global del ser humano. Ya Schopenhauer (en Corres, 2005) señalaba dos formas de conocer: la razón y la intuición. La primera se utilizaría por medio de la ciencia y del análisis objetivo, sería el medio para conocer al fenómeno. La segunda vía de acceso al conocimiento, la intuición, existe a través del arte y la contemplación. Es mucho más enigmática ya que carente de discurso, es un camino para conocer la cosa en sí o esencia del ser. Y ésta es una esencia de vida y muerte, que no sólo existe en el paciente sino en nosotros mismos y que por lo tanto debe haberse conocido anteriormente por medio del análisis personal. Sólo a través de la intuición se toma consciencia de uno mismo como ente vivo. Winnicott (1969) señalaba que después del nacimiento el bebé y la madre se comunicaban a través de la vista y de la alimentación, medio por el cual se establecía una experiencia de mutualidad en que ambos saben de la dependencia del otro. Así, hay un diálogo sin verbo en que uno existe por y para el otro. El analista en su función de yo externo o de madre analista logra conocer y sobretodo, entender al paciente a través de la intuición que es elemento indispensable para ser sensible ante el mismo, para que nuestras interpretaciones no sean violentas sino esclarecedoras y para determinar cuándo actuar el rol asignado y cuando interpretarlo. La intuición clínica también podría entenderse a través de lo que S. Freud (1912) señalaba como una disposición del analista a recibir en su inconsciente el influjo del de los pacientes, y a prestar una atención libre y flotante a las producciones del paciente y las propias.

Finalmente una última fuente para la existencia de la contratransferencia es el hecho de que en el contexto terapéutico y con el analista no analizado, se tienden a actualizar conflictos reprimidos en el terapeuta. Ya sea porque los pacientes representen un objeto de la infancia, porque el analista no ha logrado tramitar el mismo conflicto presente en el paciente o porque el analista forme coaliciones con la familia, el trabajo terapéutico puede estancarse y entorpecerse (Racker, 1990; Esquivel, Heredia & Lucio, 2007). Irremediamente el trabajo psicológico y psicoterapéutico toca fibras sensibles, angustias primitivas y conflictos añejos y de hecho, S. Freud (1910) en “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” mencionaba que el analista sólo llega hasta donde le permiten sus propias resistencias y conflictos interiores. Reich (1980) incluso considera que casi todos los fracasos del tratamiento se vinculan a conflictos que no han sido analizados en los analistas como lo podrían ser el manejo de la agresividad y de la sexualidad. Sin embargo, como decía Publio Terencio Africano “Soy hombre, nada de lo humano me es ajeno”. Por ello los conflictos de los pacientes duelen al analista el cual ya debió de haberse reparado anteriormente. De hecho, la fortaleza del analista estriba en su capacidad para hacer consciente en vez de repetir (Racker, 1990) lo que forzosamente requiere la llamada “purificación analítica” a la que S. Freud (1912) hacía referencia en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”.

Y es que, las resistencias del analistas alimentan múltiples reacciones contratransferenciales negativas, cuyo objetivo es desviar la atención del conflicto base (Sandler, Dare & Holder, 1993). Racker (1990) menciona que muchos, si no es que todos, los analistas tienen un conflicto de la fase depresiva en que buscan sosegar su culpa a través de la reparación. Esta misma tendencia se deja ver en Winnicott (1947) cuando comenta “El análisis es la profesión que he elegido, la forma en que a mi modo de ver afrontaré mi propia culpabilidad, la forma en que puedo expresarme constructivamente”. Pero no sólo hay eso, Díaz Portillo (1998) menciona que se elige ser psicólogo, psicoanalista o terapeuta por alguna de estas razones: deseo de reparación propia, negación de la propia patología o por una fantasía de omnipotencia donde se busca controlar al objeto y someterlo a

nuestros deseos. El terapeuta y entrevistador debe ser consciente de estas motivaciones porque sin duda se potenciarán en el contacto con pacientes y lo pueden hacer caer en fuertes decepciones.

5. 4 Usos y peligros de la contratransferencia

Tal como se vio en el apartado anterior, la contratransferencia puede brotar de diferentes fuentes tanto del entrevistador o analista como del paciente. Esto hace del fenómeno una situación subjetiva que de no conocerse o analizarse puede pervertir la relación terapéutica. Así, Racker (1990) retoma a S. Freud (1912) y comenta que la contratransferencia, como la transferencia, puede funcionar como instrumento o como obstáculo. Para S. Freud (1910, 1912, 1913, 1915) la contratransferencia siempre representó la acción de la resistencia del analista por lo que aconsejaba “discernirla y dominarla”. Parece ser que a S. Freud le molestaban sus reacciones contratransferenciales y que las encubría a través de su frialdad y del diván. De hecho, en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912) menciona que la frialdad del analista es necesaria para proteger su propia vida afectiva, y en “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913) hace referencia a que el uso del diván y el colocarse detrás del paciente busca reducir el impacto de sus gestos en las asociaciones del paciente. De esta forma, S. Freud llega a la conclusión de que el manejo de la contratransferencia debe hacerse por medio del autoanálisis primero y luego el análisis didáctico, una “purificación psicoanalítica” que disminuya el efecto de las resistencias sobre el análisis del material del paciente.

La contratransferencia ha representado un obstáculo para múltiples autores debido a que su manejo tiende a ser ambiguo: “el médico jamás debe aceptar o responder al amor o ternura del paciente, ni negarlo o mentir” (S. Freud, 1915). Así, el analista sólo puede responder con sustitutos o con interpretaciones. ¿Cómo se responde con sustitutos, qué tanto el acto terapéutico puede ser un sustituto de la relación materna o paterna? Ha habido autores como Lacan (1951 en Etchegoyen, 2002) que veían a este fenómeno como una obstrucción del proceso,

un verdadero bloqueo ante el análisis. Incluso, Fromm-Reichmann (1981) comenta que la falla de la eficacia en el tratamiento psicoanalítico de psicóticos reside en factores contratransferenciales tales como incapacidad para establecer un lazo empático, temor a las reacciones del paciente y la dificultad para comprenderlo; así como la incapacidad para aplicar la técnica igual que con neuróticos. S. Freud (1910, *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*) de hecho apuntaba hacia cambios en la técnica analítica para que se ajustara mejor a cada paciente, lo que debía tener detrás un análisis profundo de la patología y del funcionamiento psicodinámico. Cada paciente y cada analista se acomodan de diferente forma por lo que pueden existir infinitas posibilidades de contacto: discurso, acto, fantasía, etc. Gracias a esta variedad se vuelve fundamental un autoanálisis (S. Freud, 1910) porque de lo contrario la angustia arcaica que el paciente nos despierta, puede generar lo que Racker (1990) llama neurosis de contratransferencia.

5.4.1 Peligros de la contratransferencia

El mayor peligro que puede existir respecto a la contratransferencia es que el analista no detecte sus propias emociones respecto al paciente y que éstas le lleven a actuar (contra acting-out) respondiendo a sus propios conflictos. Aunque actualmente el término ya es poco usado (Velasco, 2011), Racker (1990) designa *neurosis de contratransferencia* a una serie de reacciones patológicas en la contratransferencia que se expresan por medio de emociones muy intensas hacia el analizado o alteraciones en el encuadre. El autor comenta que tales situaciones, aunque no comunes, son parte del proceso psicoanalítico y que deben analizarse con vistas al funcionamiento del analizado. El autor también incorpora una frase: "El que en ciertas ocasiones no pierde la razón, demuestra no tener ninguna para perder"; que deja ver la naturalidad que asume ante tales actos. Ningún analista está libre de neurosis ya que antes que analista, es humano (Racker, 1990). Por lo tanto, cualquier analista puede recaer en la expresión patológica de sus reacciones contratransferenciales cuando no ha sido consciente de sus propios conflictos neuróticos.

En el contexto clínico lo que ocurre es que la relación entre el paciente y el terapeuta comienza a tener tintes caóticos, cargados de agresividad e incomodidad. La transferencia ha tomado un curso inadecuado debido a que la contratransferencia ha llevado al analista a repetir su conflicto, en vez de hacerlo consciente. El conflicto del paciente se anuda con el del terapeuta y ambos son llevados a la re-escenificación del mismo lo que se evidencia por medio de reacciones emocionales excesivamente intensas (deseo sexual, agresión, necesidad de contacto físico, amor, odio, terror, etc.) o de alteraciones en el encuadre que ataquen el vínculo tales como invitarlo a comer, acompañarlo a un funeral o pedirle favores fuera del consultorio, etc.

Racker (1990) explica que como cualquier neurosis, la neurosis de contratransferencia se centra en el complejo de Edipo. En ella, el analista se relaciona con el paciente (masculino o femenino) como figura que en su imaginario, simboliza a su madre o su padre. Esto provoca que se actualicen conflictos del analista en la relación terapéutica los cuales se expresan a través de la frustración de relaciones amorosas extratransferenciales o desarrollando desprecio como respuesta ante la falta de amor del paciente hacia el analista. Este deseo del enamoramiento del paciente actúa en contra del desarrollo del paciente y por tanto implica sensaciones ambivalentes e inconscientes dentro del analista: curar y no curar. Tal neurosis del complejo edípico provoca en el analista sensaciones de excitación sexual o de culpabilidad u odio, acompañadas de una angustia de castración que dependiendo de sus recursos, hará frente de diversas maneras.

Racker (1990) comenta que la neurosis de contratransferencia se genera por:

- Sobreidentificación con el paciente y con sus deseos o angustias.
- Excesivas expectativas de mejora del paciente como defensa ante el temor agudizado de no ser suficientemente buen analista.
- Tendencia al masoquismo del analista como respuesta a fuertes emociones de odio hacia el paciente, resultante de la frustración que el mismo genera por evitar llevar al acto el deseo del analista (curar o no curar).

- Excesiva fantasía de omnipotencia en el analista y por tanto facilidad para percibir las fallas de sus pacientes como propias.

En general toda neurosis de contratransferencia se relaciona con los propios conflictos del analista y se puede identificar a través de reacciones emocionales intensas (odio, angustia de desestructuración, confusión excesiva, enamoramiento desbordado, etc.) o pases al acto como agresividad, violencia, huida, etc. Pero, ¿qué tanto debe identificarse el analista con el rol que se le adjudica? Para Etchegoyen (2002) escenificar un rol proyectado del paciente (como en las aportaciones de Grinberg, 1981) corresponde ya a una neurosis de contratransferencia ya que implica una tendencia del mismo a dejarse invadir por las proyecciones del paciente. Parece ser que la clave reside en un conocimiento intuitivo para discernir cuándo actuar y cuándo interpretar.

Evidentemente este tipo de conductas no ayudan al paciente por lo Racker (1990) comenta que deben ser analizadas lo más prontamente posible, incluso antes de hacer cualquier interpretación. Esta reacción definitivamente compromete el desarrollo del proceso terapéutico resultando en una forma de iatrogenia que puede generar mayor daño que el existente al inicio del proceso terapéutico. El analista o terapeuta debe hacer conscientes tales sensaciones, por muy destructivas que sean, y con esa misma sinceridad hallar en su historia personal la razón para su existencia. De optar por negar la contratransferencia, sobretodo en su expresión más neurótica o psicótica, el analista pasa rápidamente al acto. Deja de responder a la transferencia del paciente con sustitutos intelectuales o con el verbo, ahora le devuelve sus actos y con ello la reaparición de un conflicto que se actualiza entre ambos. Además, considerando la investidura que el paciente ha colocado en el terapeuta (y la que éste ha depositado en el paciente), el conflicto imaginario se vuelve realidad lo que implica el surgimiento de un gran monto de angustia; y en los casos en que hay una frágil distinción entre la realidad y la fantasía, también una angustia de ser transparente al otro. Para estos casos, la literatura psicoanalítica ha sido clara indicando que antes de continuar el tratamiento o de pervertir más el vínculo el analista debe ver dentro de sí mismo las causas de tal fenómeno, así como la razón para su reaparición.

5.4.2 La contratransferencia como instrumento

Como instrumento, la contratransferencia ha sido retomada por Racker (1990), Heimann (1950 en Etchegoyen, 2002), Winnicott (1947), Kernberg (1979), Bleger (1985), Díaz Portillo (1998), Grinberg (1981), Velasco (2011), Etchegoyen (2002) y López (2004), entre otros. Racker (1990) justifica su uso ampliando la frase “atención libre y flotante” a la que S. Freud hacía referencia. El autor puntualiza que la función del analista es dejarse ir en los pensamientos y asociaciones que vengan a su mente en función de los del paciente, lo que incluye sus propias fantasías y emociones. Y añade, que si la cura psicoanalítica reside en la transferencia, la reacción ante la misma (la contratransferencia) constituye un elemento decisivo para el tratamiento y para la alianza terapéutica.

Retomando las teorías del origen de la contratransferencia, ésta puede ser utilizada con fines de diagnóstico o de tratamiento. Antes de cualquier uso es fundamental darse cuenta de la misma, lo que es permitir su libre acceso a la consciencia, y que ésta tenga una cierta intensidad perceptible (Velasco, 2011). Posteriormente se debe discernir si tal reacción obedece a una resistencia propia, al pasado del propio analista, o al funcionamiento del paciente (Kernberg, 1979), ¿Este cansancio es producto de mi falta de sueño o responde a una transferencia del paciente? Así, nuestras reacciones ante el paciente pueden ser producto de una acción transferencial, una identificación con sus objetos o con su aparato psíquico, un efecto del tipo de comunicación establecida, un conocimiento intuitivo o consecuencia de nuestras resistencias al tratar con él. La posición del entrevistador o analista ante el paciente resulta de las transferencias y del contacto entre ellos, por lo que la percepción de ser un objeto del paciente (madre, padre, abuela muerta, maestro amigo, etc.) puede dar luz sobre el tipo de conflicto psíquico, las características de los objetos proyectados y el tipo de relación establecida. Como respuesta a la identificación con el aparato psíquico del paciente, el analista puede asociarse con el yo (normalmente ocurre), el ello o el superyó del paciente. Así, se puede actuar en la contratransferencia la formación de compromiso entre instancias psíquicas o se puede hacer una lectura del

funcionamiento inconsciente del paciente y del tipo de defensas. La contratransferencia también puede apuntar hacia donde hay que dirigir el propio análisis ya que en ella pueden detectarse importantes resistencias a recabar información o a hacer ciertas actividades.

Con fines de tratamiento, la contratransferencia puede comunicarse aunque ello ha sido discutido en varias ocasiones. S. Freud (1912) en "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" aconsejaba no autorevelarse ante el paciente porque ello no lo ayudaba y más bien dificultaba la solución de la transferencia. También agrega que la autorevelación se podría asociar a comentarle al paciente los propios conflictos. Este esclarecimiento es importante ya que hasta los propios conflictos podrían revelarse y generar una toma de consciencia respecto a sí mismo y a su manejo en la vida. Desde un marco teórico diferente, Oaklander (1992) expresa sus propios sentimientos y sensaciones físicas ante los niños y adolescentes con los que trata. Al comunicarle al paciente esto, puede agregar un señalamiento respecto al propio estado emocional del paciente y de los juguetes: "yo me siento agotada e imagino que esa muñeca se ha de sentir así también; ¿tú también te cansas cuando visitas a mamá?". Para Oaklander (1992) esta técnica funciona como estrategia para que el niño haga una toma de conciencia respecto a sí mismo y además forma parte de la autenticidad y transparencia que el terapeuta Gestalt [también el psicodinámico, ver Díaz Portillo, 1998] debe tener con respecto al niño o adolescente. El manejo de la contratransferencia no es tan diferente en el psicoanálisis ya que de comunicarse debe ser parte del material de interpretación (Etchegoyen, 2002). Es necesario reconocerla, analizarla y exponerla en la medida de que pueda producir un cambio en la manera en que vive, piensa o percibe su mundo un paciente. Además, Kernberg (1979) agrega que el manejo de la contratransferencia es terapéutico porque al reconocer los propios impulsos sin sentirse exageradamente amenazado, esto provee una condición adecuada para transmitir seguridad emocional al paciente.

López (2004) hace un gran uso de la contratransferencia como herramienta terapéutica dentro de la terapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. En este tipo de terapia la confusión del terapeuta es indicador de la

tendencia a la difusión o escisión del paciente, por lo que cada vez que el terapeuta se siente confuso lo revela y pregunta al paciente si él también se siente así. De ser positiva la respuesta, se explora la sensación. De ser negativa, se debe devolver una interpretación que englobe los temas dominantes que recuerde el terapeuta, el tipo de relación objetal identificada y la contratransferencia. De esta forma, es función del analista tolerar la confusión y regresar al paciente al tema dominante que recuerde el terapeuta. Pero no sólo López (2004) ha utilizado la contratransferencia como herramienta terapéutica, para Winnicott (1947) es necesario comunicarla hacia el final del tratamiento ya que de lo contrario el análisis sería incompleto. El mismo, comenta que al inicio del tratamiento es inútil comunicarla ya que el paciente tiene gran dificultad de identificarse con el analista. En conclusión, la contratransferencia puede ser un instrumento para entender al paciente y su comunicación persigue dos objetivos generar una toma de conciencia y relajar el ambiente ya que el niño o adolescente tienden a relacionarse mejor con nosotros como humanos, no doctores fríos y distantes.

6. VIÑETAS CLÍNICAS Y ANÁLISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Me gustaría hacer una aclaración antes de exponer las siguientes viñetas clínicas. El objetivo de las mismas es revelar la contratransferencia del terapeuta durante algunas entrevistas o procesos terapéuticos. Por ello, se notarán múltiples anotaciones sobre las reacciones y fantasías del entrevistador, las cuales intento aclarar en lo posible (y de hecho remarco con negritas). Después de la exposición de la viñeta se hace un análisis de las reacciones contratransferenciales, encontrando el sentido psicodinámico de las mismas. Por la estructura de la viñeta, la exposición del caso no pretende ser exhaustiva sino presentar los suficientes datos que sean de utilidad para comprender el caso, y en función de ello, también la contratransferencia. Por otra parte quiero puntualizar que Ernesto y Arturo no eran pacientes a mi cargo por lo que las entrevistas o valoraciones con los mismos estaban supeditadas al hecho de que se me pidiera atenderlos cumpliendo entonces objetivos terapéuticos o de valoración muy específicos que no habían sido fijados por mí. Por lo demás, espero que la lectura sea clara y transparente.

6.1 Ernesto¹.

Ernesto de 10 años, fue diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y era paciente del servicio desde hace un año aproximadamente. El paciente estaba a cargo de la supervisora del servicio pero normalmente mi compañera lo veía en sesiones de psicoterapia durante las cuales jugaba con él a lo que él quisiera y haciendo énfasis en el control de impulsos, los límites y el seguir instrucciones. Yo ya conocía acerca del caso debido a las quejas de las terapeutas del niño, en los que se le describía como inquieto y desastroso, imposible de contener. Un día me tocó atenderlo en una sesión de terapia en el rol de coterapeuta de mi compañera del servicio. Desde que llegó, noté que se movía excesivamente: corría, brincaba, tomaba cosas y exploraba todo el consultorio

¹ Los nombres de los pacientes han sido reemplazados para conservar la confidencialidad.

rápidamente, pero perdía el interés pronto en cada cosa. Hablaba poco con nosotros y de hecho prestó poco interés en mí. Mi compañera le preguntó qué quería hacer y el niño propuso hacer otra pintura como la sesión pasada en que habían trabajado juntos. Me presenté mientras acercábamos las pinturas y una hoja de papel kraft para pintar de aproximadamente 1X1metros. Agregó que quería usar también diamantinas, mi compañera se acercó a tomarlas (están en una repisa fuera del alcance de los niños), el niño se subió en una silla y se estiró peligrosamente para tomarlas. **Me preocupó un poco que se cayera pero esperaba que mi compañera lo detuviera si su impulsividad era verdaderamente riesgosa.**

Después de colocar el papel kraft en el piso **me imaginé que el niño usaría las pinturas y la diamantina para hacer un “batidillo”, y que éste podría expandirse hasta manchar el consultorio. Eso me preocupó, por lo que tomé un plumón negro con el que puse un marco grueso dentro del papel.** Después le indiqué que el dibujo no se podía salir de ese marco y que adentro podíamos hacer lo que quisiera. **Me imaginé también que el niño intentaría atacar el límite que le imponía pero sólo me preguntó una vez si podía dibujar afuera.**

Dentro del área permitida hizo un revoltijo de pintura, resistol y diamantina. Él decía que era una bandera pero no tenía forma su dibujo. Pintaba de forma desordenada, con las manos y sin sentido alguno, lo que **me angustiaba al pensar en que pudiera manchar el consultorio o que tirara toda la pintura.** Sonó la alarma de término de la sesión y Ernesto se lavó las manos. No quería recoger las pinturas o las diamantinas, y mientras las recogíamos mi compañera y yo, tomó una pelota y me la lanzó a un brazo que en ese tiempo tenía inmovilizado.

Al final de las sesiones se otorga una paleta de caramelo a todo paciente pediátrico y en este caso también ocurrió. Sin embargo fue complicado que el niño abandonara el consultorio ya que pedía más paletas o llevarse algunas cosas del consultorio. Esto **me desesperó** ya que quería dar por terminada la sesión. No se

*le permitió que se llevara material del consultorio lo que lo frustró y **me hizo sentir como si lo castigáramos.***

Durante la consulta con Ernesto tuve varias manifestaciones contratransferenciales. En lo emocional me sentía angustiado al considerar que la actividad de pintura y diamantina propiciaban material para que la impulsividad generara un verdadero desbordamiento. Por otra parte, mis fantasías eran del mismo tenor, el niño violaba el límite establecido, se hería o manchaba todo el consultorio. En general, me percibí angustiado porque creía que Ernesto fácilmente podía mancharlo todo, es decir, que su caos interno podría manifestarse en total pureza en el contexto clínico. Racker (1990) menciona que las reacciones de angustia tienen diferentes intensidades: desde una sensación de tensión hasta una verdadera angustia depresiva o paranoide. En este caso, mi angustia osciló entre la tensión hasta la percepción de peligros en los que el niño se colocaba. Racker agrega que una sensación de tensión se asocia normalmente a la percepción de resistencias en el analizado que actúan en contra de la intención terapéutica. Por otra parte, esta tensión tiene una fuente interna ya que expresa el peligro del autoboicot por medio de resistencias del analista o por el propio masoquismo en la frustración de las metas terapéuticas; esto es, una expresión de su destructividad. Reacciones de angustia más violentas se vinculan con fuertes proyecciones del analizado de partes de su aparato psíquico o de objetos internos persecutorios o dañados.

Cabe aclarar aquí que Racker (1990) retoma a Klein e identifica dos tipos de reacción de angustia: paranoide y depresiva. Ambas reacciones parten de una identificación con el agresor que hace el analista ante las defensas maníacas que operan en el paciente. En el primer tipo de reacción de angustia (paranoide) el analista se previene así de la destructividad del paciente, ya sea dirigida hacia sí mismo o hacia el exterior. En la segunda reacción de angustia (depresiva) el analista percibe que ha herido o frustrado en exceso al paciente y de nuevo se identifica con un objeto interno del paciente, el analizado-agresor que ha dañado. Este tipo de contratransferencia es complementaria ya que el analista no se

identifica con el paciente en lo global (empatía) sino en un objeto que el mismo paciente ha proyectado hacia afuera de sí (Etchegoyen, 2002).

La reacción de angustia contratransferencial que expongo deja ver la identificación que hacía con el objeto interno del niño: una madre castigadora, un objeto persecutorio que actúa en contra de su desbordamiento. Mi fantasía de que tirara la pintura se volvió realidad porque estaba basada en la posibilidad de que Ernesto no contuviera sus impulsos de forma adecuada. Racker (1990) menciona que este tipo de reacción corresponde a una previsión en la que el terapeuta percibe el posible despliegue agresivo del paciente, lo que ocurrió a través del lanzamiento de la pelota hacia mi vulnerabilidad e indefensión (brazo inmovilizado). A través de esto, se puede notar que Ernesto estableció un vínculo conmigo por medio de angustia pregenital donde además hay una fuerte carga de agresividad que se expresa en mí a través de mi desesperación y en él a través de la voracidad (quiso llevarse más paletas y un carro) o destructividad (me agredió con la pelota). En cuanto a su autopercepción, Ernesto parece estar tenso y desbordado, lo que impacta en mí a través de una sensación empática y culmina en el remarcamiento del límite, una tendencia propia para mi contención. Este límite no sólo contenía al niño sino también a mí. Al darle un marco para pintar evitaba su desbordamiento psíquico el cual habría producido una situación que me habría asustado, y ante la cual no me sentía preparado para intervenir. La sensación de angustia que sentía tenía una doble fuente: mi temor y una sensación empática ante su caos interno. Este análisis me ayuda a entender a Ernesto y a detectar la función de su síntoma. Su desorganización es una forma de atacar a la autoridad así como un reflejo de la dificultad en la permanencia de objeto. De no haber hecho este análisis me habría quedado sólo con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención lo que limita mucho mi entendimiento del paciente.

6.2 Emilia

Emilia es una chica de 15 años con diagnóstico de trastorno limítrofe de la personalidad y de apariencia masculina. Acude al servicio de Psicología Pediátrica después de la noticia de su embarazo aunque en las primeras entrevistas comenta que necesita terapia debido a tres intentos suicidas previos. Presenta autolesividad (cortaduras en las muñecas) y fue diagnosticada con un episodio depresivo en Paidopsiquiatría por lo que consumía un antidepresivo antes del embarazo. Parece ser que el antidepresivo funcionó de forma adecuada disminuyendo la ideación suicida. Sin embargo, al preguntarle por qué se cortaba ella respondía que era porque se sentía muy tensa y porque se quería hacer daño. La primera entrevista fue con ella y su mamá. La madre exponía los síntomas y ella asentía. De inicio **me espantó el panorama** (intento suicida y episodio depresivo prolongado) pero **me calmó saber que tomaba un fármaco** que había disminuido la intensidad de la autodestructividad. Durante la primera entrevista **reaccioné con distancia y sin calidez**, lo que me desconcertó por lo que intenté ser más cálido la segunda sesión. Esta reacción estaba asociada también a la sorpresa que me generó el que la madre le dijera de frente "tú fuiste un accidente", lo que me pareció sumamente agresivo. Comencé la valoración aplicando el Test de la Familia en sus versiones Kinésica e Imaginaria. En el Test de la Familia Kinésica, Emilia dibujó una familia sin rostro comiendo en una mesa redonda. Agregó platos pequeñitos sin comida y una cuna que repasó varias veces. Le pregunté por qué creía que había dibujado una familia así. Ella contestó que era porque se sentía así con su familia: distante y sin contacto. Esto reflejaba un insight y una prueba de realidad adecuados, **me sentí bien aunque negando un poco la gravedad de la ideación suicida. Me sentí como dividido, como si la Emilia que había conocido deprimida y con cortaduras no fuera la que tenía en frente.** Hasta la tercera sesión me comentó que estaba embarazada lo que me sorprendió y me preocupó mucho al considerar sus antecedentes. En esa sesión apliqué el Test de Symonds y el Desiderativo aunados a una entrevista. Se mostró muy ansiosa lastimándose en la cabeza al rascarse y **yo tendía a sentirme**

confundido con su discurso, recordando poco de lo que me decía. Mi sensación de angustia fue en incremento al ir pasando las sesiones. En las primeras sesiones me comentó que sentía ganas de golpearse la cabeza contra la pared o cortarse cuando se sentía ansiosa o tensa, justo después de algunas peleas familiares. Me hizo ver que tal impulso era explosivo por lo que intenté contenerla al darle mi teléfono por si tenía alguna crisis por el estilo. Nunca me llamó, pero hay que considerar que durante el tiempo que la conocí estuvo embarazada, esto es, bajo los efectos de las hormonas del embarazo. Intenté generar una relación cercana y empática pero poco a poco me comenzó a desagradar trabajar con ella. Terminé de aplicar la batería de pruebas (Machover, Symonds, Desiderativo, Bender, HTP, Raven e IDARE) para comprobar que había una susceptibilidad a la autodestrucción, uso de mecanismos regresivos (idealización, negación, defensas maníacas) y percepción de una madre agresiva y rechazante. También, presentaba múltiples reacciones fóbicas ante el contacto, ideación suicida e inestabilidad en las relaciones sociales. Me sentía muy confundido con su discurso y parece ser que también con su sexualidad. Esto se evidenciaba porque tendía a escribir Emilio en vez de Emilia en los reportes que hacía de cada sesión. También le pregunté si su pareja era un hombre o una mujer probablemente debido a que fantaseaba con que su pareja fuera efectivamente del mismo sexo.

Después de terminar la valoración avisé sobre la devolución de resultados, sin embargo la madre y la hija faltaron a la siguiente sesión, y no regresaron hasta después de un mes aproximadamente. En esa sesión se expuso la dificultad de contener los impulsos y la agresividad, la madre se comprometió a verbalizar antes de actuar y Emilia también. En aquella sesión también me sentí confundido y escribía "Emilia siempre me confunde un poco". Propuse tratamiento farmacológico después del parto y psicoterapia durante y después del embarazo. Comenzaba el tratamiento con vistas a generar un poco de insight respecto al motivo de su embarazo, la relación con los padres y la hermana, así como los temores del embarazo (mutilación, peligros, etc.). A pesar de mis intentos, la comprensión de su situación era muy simple, no reflexionaba y me

hacía sentir como inútil al tratar de hacerla pensar en las implicaciones de su embarazo. En una ocasión en que trataba de focalizar la entrevista hacia el futuro después del parto, ella comentó que su bebé se parecería al de su hermana, y harían muchas cosas juntos: “es más, si uno come popó, el otro también”. Esto me asustó y preocupó mucho, ya que implicaba una ambivalencia afectiva extrema hacia el bebé. Expresé mi tensión pero ella vivía como natural esta concepción. En otro momento ella se refería a sí misma como una “mamá suicida” y comentaba que había decidido tener al bebé “para adelantarme, no me gusta mucho el presente”. Paulatinamente comencé a pensar que el tratamiento era completamente inefectivo y comenzó a incrementar una sensación de distanciamiento con ella. Me caía mal y me sentía frustrado debido a que no se lograban cambios de perspectiva. Al final no logré despedirme de ella debido a sus faltas y a la distancia entre las sesiones.

Creo que en este caso se pueden ilustrar muchas reacciones contratransferenciales: aislamiento, preocupación, ambivalencia del vínculo (amor-odio), confusión, fantasías, omnipotencia, exceso de expectativas, dudas respecto a la propia utilidad (devaluación narcisista) y rechazo. Emilia fue una paciente con la que tuve una intensa contratransferencia lo que podría explicarse debido a su nivel de regresión. Kernberg (1979) comenta que cuanto más intensa es la reacción del analista a su paciente, más posible es que éste tenga una severa regresión. Y de hecho, es así. Emilia se encuentra instalada entre la fase esquizoparanoide y la depresiva, utilizando mecanismos de ambas fases y sin lograr una reparación del objeto y de sí misma.

Desde la primera entrevista la contratransferencia es intensa y se refleja en el aislamiento que generé respecto a la empatía con la paciente. Esta estrategia fue defensiva, protegiéndome de la regresión a la que me forzaba identificarme con la difusión de su personalidad. A pesar de esto, en la segunda sesión me reintegré y conduje una sesión en la que me identificaba con su negación respecto a la depresión subyacente (así como a su escisión respecto a sí misma), una estrategia defensiva en la que me aliaba con su propia resistencia. Con todo y

esto, cada sesión me llevaba a una necesaria regresión y a la integración siguiente, lo que eventualmente comencé a vincular con ella. Alternaba entre una percepción de mí mismo como todopoderoso y omnipotente (yo puedo reparar), y una devaluación de mí mismo (yo no la puedo ayudar). Así, me identificaba con su propia ambivalencia narcisista así como con sus objetos internos: madre que puede proveer y reparar o madre que frustra. Intentaba ser neutral ante su necrofilia, pero ésta no podía dejarme de sorprender en ocasiones (como cuando me habló sobre su bebé comiendo excrementos). Su difusión impactaba en mí concibiéndola como bisexual en su identidad y en su sexualidad, lo que me llevaba a sugerir una pareja lésbica o a masculinizarla al llamarla Emilio.

Durante el tratamiento y valoración constantemente me sentía confundido lo que enfrentaba revelándolo o intentando hacer una paráfrasis lógica de lo que me decía. Kernberg (1979) menciona que el trato con pacientes fronterizos tiende a generar reacciones intensas en que la defensa del analista muchas veces es dirigiendo su energía psíquica hacia sus funciones yoicas. Esto se debe a que tal instancia psíquica es la más frágil en este tipo de pacientes además de que el terapeuta se identifica con este yo y al intentar repararse, dirige sus energías a compensar la desestructuración. Bion (1975) y López (2004) identifican a la confusión como una reacción común en el trato con pacientes regresivos y de hecho, Bion (1975) apunta su comprensión hacia una falla en la función alfa, es decir, un obstáculo para crear pensamientos. Por esta situación, mis tendencias de parafrasear o reflejar se intensificaban. Sin embargo, no tenían un efecto directo a corto plazo debido a que por su propia desorganización, no podía empatizar conmigo.

Por otra parte mi omnipotencia se pudo haber fomentado por la transferencia idealizadora de la paciente (Kohut, 1971 en Sandler, Dare & Holder, 1993) y por mis propias características (Díaz Portillo, 1998). Esta fue mi primera paciente por lo que las dudas respecto a mi capacidad para reparar son, a mi parecer, naturales. En la paciente predominaba la escisión como mecanismo de defensa y así sólo podía existir un mundo polarizado: mamá buena-mamá mala, amor- odio. Esta escisión se actualizó en la relación terapéutica agudizando mi

omnipotencia y mi sensación de fracaso. Kernberg (1979) menciona que en el trato con pacientes fronterizos hay períodos de muchas dudas y sometimiento casi masoquista a sus agresiones lo que ocurre debido a que el analista se identifica con la culpa del paciente y con su ansiedad paranoide. Mis reacciones ante Emilia fueron así ambivalentes y polarizadas, en donde predominó una sensación de angustia que responde ante sus transferencias y ante el rol que me adjudicaba, así como a mi propia tensión psicológica al identificarme con ella.

El ser comprensivo, tolerante, abierto y maternal fracasa por dos razones: por un ataque hacia la figura maternal y por la propia dinámica del tratamiento institucional. Un tratamiento a largo plazo con un intervalo de aproximadamente de dos semanas entre sesiones, sin tratamiento farmacológico es poco viable en el ámbito hospitalario. La psicoterapia en hospitales debe ser más bien de tipo focalizada y breve, además de que una intervención dirigida a pacientes limítrofes demanda del paciente muchos recursos yoicos. Bellak (1993) genera la psicoterapia breve e intensiva en el entendido de que la atención hospitalaria debe atender la urgencia, el problema actual. Por ello, se atiende al problema o al síntoma más perturbador, y no al paciente en lo global. El tratamiento breve con niños está orientado a hacer un cambio rápido del sistema de apoyo y a remitir los síntomas a través de su interpretación y del uso de mecanismos de defensa menos comprometedores.

Un proceso psicoterapéutico con Emilia requería un nivel de insight que no poseía y un tiempo prolongado para reestructurar la personalidad. En este contexto, eso era casi imposible aunque la interpretación de la función del bebé era fundamental para evitar pasajes al acto o depresión posparto. Ser comprensivo, cálido y maternal falla debido a su ataque a tal figura como una forma de responder a las agresiones de la madre. En conclusión, tuve una reacción intensa debido a las características de la paciente y las mías, así como del manejo terapéutico brindado, el cual requería de un encuadre más rígido para evitar el surgimiento de la angustia en la contratransferencia (Kernberg, 1979).

6.3 Lorena

Lorena, de 17 años, es una chica que aparenta menor edad y de hecho, la primera sesión de tratamiento pensé que tenía 13 años. La paciente fue referida por el servicio de Pediatría después de una serie de hospitalizaciones por cefaleas que le provocaban desmayos, y que carecían de correlato biológico. Me involucré hacia el final de la valoración y del análisis de caso en el que se detectó un trastorno mixto de ansiedad y depresión. En la exploración se halló un duelo familiar sin resolver respecto a la madre que murió cuando ella contaba con 5 años de edad. Las cefaleas ocurrían después de discusiones familiares en las que ella prefería someterse a enfrentarse. Por otra parte, dormía en la misma habitación que la hermana menor (con enuresis nocturna) y que el padre, el cual era invasivo en este aspecto así como con sus espacios de privacidad (su diario o el baño) al igual que injustificadamente rígido en cuanto a que ella tuviera una relación de noviazgo. Desde que conocí a Lorena **me pareció una chica agradable y con muchos recursos** aunque con una tendencia a la racionalización, lo cual a veces **me desesperaba o cansaba un poco. Durante la valoración me sentí poco involucrado** ya que no conduje entrevistas, sino sólo la aplicación de algunas pruebas (HTP y Test de Symonds). En la primera sesión de tratamiento **pensé que la paciente tenía 13 años y decidí aplicar una técnica de juego**. Escogió un bebé y comentó que yo era el padre y ella la madre. Me preguntó si el nombre de Valeria me gustaba, decidimos que se llamara así. Mientras mecía al bebé y le daba de comer comentaba que los bebés necesitan mucho amor y cuidado. Al ver mi falta de involucramiento en cargar al bebé me reclamó y me pidió que yo también lo cargara. Al terminar el juego le **pregunté si su padre reaccionaba como yo en el juego**, lo aceptó y esto generó material para trabajar el exceso de expectativas que ella tenía de su padre.

En las siguientes sesiones corregí mi error y le pregunté si ella sabía por qué había yo pensado en que tenía menor edad. La pregunta sirvió para que comunicara miedos al crecimiento y a enfrentar algunas situaciones asociadas a esto. En el curso del tratamiento utilicé técnicas de dibujo (dibujar su dolor de

cabeza), y exploración de las emociones que provocaban el síntoma. Todo el tratamiento **tuve una relación cordial y casi amistosa con ella, esperaba con alegría las sesiones con ella. Durante las mismas generalmente me sentía útil aunque a veces me desesperaba un poco su discurso** por lo que la interrumpía para focalizarla a temas más problemáticos como la relación con su padre, su hermano o su sexualidad. A través del proceso terapéutico el padre dejó de invadirla y de dormir en el mismo cuarto. Con ese cambio, se pudieron revelar deseos sexuales y agresivos que le parecían amenazantes. Mientras platicábamos sobre su sexualidad **me comencé a sentir tenso, lo expuse y le pregunté si ella también se sentía así. Me dijo que sí y así comenzamos a hablar los miedos asociados a la sexualidad y a desvincularla de la muerte. Esto mismo ocurrió con el tema de su familia a la quinta sesión lo que también tuvo buenos resultados.**

Para la sexta sesión los dolores de cabeza habían cesado, Lorena había encontrado espacios sublimatorios (danza, dibujo, un diario) y quería comenzar una relación amorosa con un compañero. Esto **me alegraba** sin embargo, comenzó otro síntoma: un dolor de estómago que fue resultante de la frustración sexual impuesta por el padre (no podía tener una relación) y de la sensación de ser invadida por el mismo (al leer sin su permiso su diario). Esto ameritó una sesión con el padre en la cual se le sugirió respetar la autonomía de sus hijas. Después de insistir en las razones de esta conducta el padre reflejó un proceso depresivo no resuelto así como una relación dependiente con su esposa antes de su deceso. Mientras el padre lloraba y yo reflejaba muchas de las angustias de sus hijas **sentí algo como un escalofrío entusiasta que yo intuí como certeza de decir algunas cosas en buen tiempo. Esta fue la última sesión que vi a Lorena ya que el padre logró contener su preocupación ante sus hijas y el síntoma de Lorena se remitió.**

Este caso me llena de orgullo ya que ha sido mi primer caso de éxito en que los síntomas se remitieron, se generó una alianza terapéutica adecuada y se potenciaron los recursos de la paciente. Durante la valoración no tuve una gran respuesta contratransferencial probablemente debido a que la aplicación de

pruebas requiere poco involucramiento, evitando así enfrentarse con la ansiedad propia y del paciente (Bleger, 1985). Con todo y el aislamiento que conlleva la aplicación de pruebas, escribir los relatos de Lorena en el Test de Symonds y esperar mientras dibujaba me cansó y desesperó, situación que a veces sucedía durante la intervención y que atribuyo a que el material que presentaba era excesivamente racionalizado y poco sustancial (Racker, 1990). Este tipo de reacción evidencia en Lorena un aislamiento afectivo así como una cierta ansiedad al contacto. Cuando notaba esta reacción me contenía un poco y la interrumpía después para dirigirla hacia algunos temas más relevantes en su síntoma. Insistía en el tema de la sexualidad debido a que después del análisis se llegó a la conclusión de que Lorena vivía la adultez y la sexualidad como con una gran tensión agudizada por el colecho con el padre y la muerte de la madre.

Desde el comienzo del proceso psicoterapéutico hubo una transferencia amorosa-sexual al verme como padre de una hija fantaseada. En mí estaba depositada una figura objetal no amenazante: el padre que posibilita la sexualidad y no la frustra. Por mi parte, mi respuesta ante tal transferencia fue también positiva ya que disfrutaba las sesiones con Lorena. Se generó así una relación de trabajo funcional en la que ambos potenciábamos nuestras capacidades y en la que a través de mis autorevelaciones se creaba un clima de autenticidad y tolerancia.

Por otra parte, en este caso pude utilizar en múltiples ocasiones mi contratransferencia como herramienta de tratamiento. La técnica consistía en revelar mi reacción y preguntarle si ella también se sentía así. Esto fomentaba la relación disminuyendo la ansiedad al contacto y potenciando la empatía. Funcionaba también por que por su propio funcionamiento había posibilidad del uso de la identificación proyectiva y así, de analizar "fuera de sí" una sensación lo que la convertía en menos amenazante, como lo eran los temas de sexualidad y agresión dentro de la familia. Estas autorevelaciones estaban ubicadas en el "aquí y el ahora" y siempre apuntaron a un mayor entendimiento de la paciente, en vez de ser sólo una descarga propia de la tensión. En cuanto a la confusión que tuve respecto a su edad, la disculpa y el cambio abrupto de técnica creo que habría

sido exageradamente rígido. Así, preguntarle a ella porqué creería que yo la había tomado por más chica, me disculpaba e interpretábamos el fenómeno transferencial- contratransferencial. Evidentemente el que yo la haya concebido con menor edad tiene que ver con la madurez de su aparato psíquico, el cual se había paralizado ante la irrupción de la sexualidad en la pubertad. La técnica fue de suma utilidad ya que funcionó como una interpretación que Lorena se hacía a sí misma en la que detectaba sus miedos a crecer y a expresar su sexualidad y su agresión.

Por último, la sensación que tuve, el *escalofrío entusiasta*, pienso que podría ser resultado de la interpretación y por tanto la disminución de la tensión psicológica. Mi emoción al decir algo que considero útil podría ser también consecuencia de la comunicación de una pieza clave para que el paciente pudiera entender su situación.

6.4 Arturo

Arturo es un niño de 4 años de edad que llega con la sospecha médica de maltrato infantil. Se le ve de bajo peso y estatura, lo que le hace parecer de menor edad. El niño es hijo de una pareja que se ha separado, y vive con la madre. El padre es abogado y ha llevado una bitácora durante casi dos años en la que reporta una serie de acontecimientos que incriminan a su esposa. El padre pide ayuda psicológica para su hijo debido al maltrato que vive en casa. Entre los datos reportados por el padre se destacan golpes, agresiones y períodos de negligencia en los que parece ser que la madre dejaba al niño en el techo sin comida durante varias horas. Este tipo de eventos son provocados, de acuerdo al padre, porque el niño no hace lo que la madre quiere, que él considera como inapropiado para su edad. En la primera sesión, los padres estaban siendo entrevistados por mi supervisora en un extremo del consultorio y en el otro, yo estaba con el niño tratando de evaluarlo. Había una cortina entre ambas partes del consultorio aunque se podía escuchar claramente lo que ocurría, lo que evidentemente es un factor que **me produce malestar ya que conlleva un incremento de ansiedad en el niño**. En el espacio en que estábamos iba a aplicarle el dibujo de la figura humana, Fábulas de Düss y HTP. Sin embargo, desde que llegó se mostró impulsivo y con una gran carga de ansiedad. Quise comenzar con dibujos pero el niño se distraía fácilmente y **hacía preguntas que me desesperaban** “¿Esto es un lápiz? ¿Cómo se hace una casa?”. Tomaba todas las cosas del escritorio y evitaba hacer precisamente la tarea que se le pedía. Pero esta renuencia no era directa o confrontativa, sino sutil. Le pedía hacer un dibujo de una figura humana, decía que sí pero me preguntaba qué era una figura humana, luego buscaba algo con qué distraerse y con qué preguntarme otra cosa. Era evidente que las preguntas eran resistenciales y no que se vinculaban a una dificultad intelectual.

Arturo tenía buen lenguaje (quizás sólo un poco regresivo) y buen manejo espacial pero debido a su estado emocional, la primera sesión no se logró aplicar Düss, sólo dibujo libre. **Me desesperó mucho y fantaseaba con tomarlo del brazo y obligarlo a hacer un dibujo. Me contuve de no tocarlo porque sabía**

que estaba tan desesperado que podría tomarlo muy fuerte. Además el niño me hacía sentir angustia. Me preocupó sobre todo cuando dibujó una figura que él decía que era un niño y al ponerle un ojo le comenzó a rayar la cara hasta que toda la figura estuvo pintada de negro. Alrededor de esta figura puso otra que él dijo que era un helado. El contacto era difícil porque ejecutaba las instrucciones pero cuando le preguntaba qué era cada cosa levantaba los hombros y decía “no sé”. En el dibujo hizo algo que comentó que estaba atrapado, le pregunté si él se había sentido atrapado y también dijo que no sabía. Después de un momento se paró y tomó una pelota que le pasó al padre por debajo de la cortina. Ahí le dijo “Te amo papi” y después me volteó a ver, lo que me hizo pensar que el niño verdaderamente estaba actuando un rol impuesto. También el padre me desesperó por boicotear la evaluación y a pesar de ser abogado, no entablar una demanda si sospechaba de maltrato.

Para la siguiente sesión sólo el niño entró conmigo y el padre esperó fuera del consultorio. El objetivo de la sesión era terminar de aplicar DÛss y hacer Dibujo de la Figura Humana. Esto no se logró del todo ya que el niño se inhibía ante cada pregunta posterior a que le contara la historia. Le decía “¿Por qué crees que el niño esté asustado?” y levantaba los hombros y decía “No sé”. Y era imposible obtener una respuesta diferente. Ante esto, propuse hacer juego diagnóstico pero Arturo sólo tomaba los juguetes y preguntaba qué eran. Sacaba y ordenaba los juguetes y sólo en un brevísimo momento tomó el tubo con muñecas, lo levantó en su cabeza y dijo en voz baja “joto”, “te voy a atrapar” y “te atrapé”. Le pregunté qué había dicho pero me contestó “nada”. **Cuando la desesperación me vencía dejaba de preguntarle cosas** pero entonces el niño me traía juguetes y me preguntaba qué eran juguetes que antes él ya había identificado. En un momento quiso prender la televisión, le advertí que iba a sonar muy fuerte (porque estaba alto el volumen y en un canal sin señal) y decidió apretar el botón. **Yo pensé “A ver si así se calma un poco”**. Obviamente se asustó a lo que yo respondí apagando la televisión inmediatamente y le comenté “Te dije que iba a sonar muy duro” pero **noté en mí una sensación de satisfacción después de que se asustó.**

*A la tercera y última sesión en que estuve con él decidí aplicar una hora de juego libre. Llegó acompañado del padre y se separó sin dificultades de éste para entrar al consultorio. Le propuse jugar a lo que él quisiera y comenzó a explorar los juguetes. Sacaba juguetes, los paraba, acomodaba algunos, los apretaba o los volvía a meter a los cajones. Después de un tiempo en esto le pregunté a qué iba a jugar. De inmediato tomó un Spiderman y otros muñecos de plástico. Comenzó poco a poco y con desánimo una pelea entre los muñecos. Le pregunté si Spiderman era bueno, me dijo que sí pero también era malo. Era imposible saber cuándo era bueno o malo. Tendía a preguntarme qué eran algunos juguetes “¿Qué es eso?” a lo que le respondía con la misma pregunta “¿Qué es eso?”. Entonces me decía “Es una cámara”. Esto se repitió hasta que comenzó un juego en el que los muñecos saltaban de una silla a otra, poniendo especial énfasis en que éstos se cayeran de las sillas o estuvieran entre ellas, apenas tocándolas. De pronto me preguntaba qué eran algunas cosas y, sin responderle, le devolvía la misma pregunta. **En esa sesión el niño no me fue tan desagradable como en las ocasiones anteriores. Esta vez no sentí ganas de controlarlo sino sólo de dejarlo ser. Esta vez fue la última vez que lo vi debido al espaciamiento de las sesiones y a sus inasistencias.***

Arturo era un niño que me preocupaba igual que como me preocupa el maltrato infantil. En éste caso, la contratransferencia fue masiva y desde el momento en que lo conocí tuve fuertes reacciones a su conducta y funcionamiento. Blinder, Knobel & Siquier (2004) comentan que la transferencia con niños tiende a caracterizarse por esto, es rápida y ocurre desde el principio de la relación. Además, los autores mencionan que se dirige hacia el niño, los padres, los maestros, y en general su entorno. Así, no sólo es Arturo al que detesté, sino también al padre y la madre. Y en su momento a la familia materna que participaba del maltrato al niño. Cabe mencionar que al inicio sólo contábamos con el registro que el padre hizo lo que implica una fuente de poca confianza ya que el padre podría exagerar algunas situaciones. Sin embargo mientras continuó la valoración se pudo ir confirmando el posible maltrato.

Por su edad aparente, su discurso, su juego y el contacto que establece, Arturo es un niño que está instalado en una etapa anterior en su desarrollo. Podría pensar que el conflicto se sitúa en la fase depresiva ya que no ha logrado una reparación del objeto, pero hay una sensación de devaluación resultante de la culpa. El juego tiene características de prejuego en el que más que la expresión de las pulsiones, los juguetes sirven para sentir u ordenar un mundo que se percibe desorganizado. El juego que mantiene al principio es característico de niños con retraso mental y psicosis infantil (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996). Con esto se podría pensar en alguno de estos trastornos aunque en la segunda sesión tiene un desplante agresivo al decir "joto", "te voy a atrapar". El juego que rápidamente se ve invadido por la pulsión agresiva es característico de la psicopatía infantil (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996), aunque esto sería exagerado pensar en este caso. Creo que más bien, Arturo se ha instalado en una etapa en la que las pulsiones agresivas y sexuales, amorosas y destructivas, todas conviven en un mismo momento. Esto se evidencia en mi angustia y en su tendencia a alejarme y acercarme con sus preguntas. Al decir "joto", "te voy a atrapar" y "te atrapé", se identifica con el agresor (que de acuerdo a la bitácora del padre, de hecho se le llamaba así en la casa materna) en el fenómeno apuntado por A. Freud (1965). La función del juego de Arturo es controlar al mundo y ensayar en este *espacio transicional* una asimilación del mismo así como una reparación ante el daño ejercido hacia su omnipotencia.

Pero en la tercera sesión el juego se presenta diferente y a pesar de que al principio hay juego de corte autista, que permite entrever el nivel de regresión libidinal, comienza un juego repetitivo en el que ha logrado simbolizar (el salto entre sillas y la pelea entre muñecos). A través del juego en que los muñecos se caen de las sillas se escenifica la angustia señalada por Winnicott (1963) de ser dejado caer o del derrumbe. Esto se confirma a través de la conducta de preguntar "¿Qué es eso?" ante las cosas del consultorio. Este fenómeno podría interpretarse como una forma de controlar la presentación que se le hizo del mundo. Al hacer eso, apela a que yo le enseñe el mundo de una forma menos invasiva y destructora. Esto evidencia una falla en el vínculo materno en el que se generó un

apego inseguro evitante (Ainsworth, 1979 en Santrock, 2006) y en el hubo una falla maternal en el *object presenting* (Winnicott, 1979).

Dado este contexto, mi angustia surge como identificación con el niño y como defensa propia ante mi desorganización. Winnicott (1947) apuntaba al odio como una respuesta del analista ante la transferencia del paciente de una figura inestable de cuidados y como consecuencia de la identificación del mismo con el estado de ambivalencia afectiva extrema que vive el paciente. Creo que Arturo hacía despertar en mí mi propia angustia a desorganizarme pero también, que Arturo colocaba en mí una figura similar a la materna. A. Freud (1981) menciona que el niño establece una relación con el terapeuta en función de la que ha tenido con sus padres, pero también que ésta relación es una nueva porque los padres siguen estando fuertemente libidinizados. Arturo hacía despertar mi sadismo al tratar de controlarlo y hasta de agredirlo, lo que corresponde a la inmediata transferencia que hace de padres maltratadores y persecutorios. Sin embargo en el curso de tres sesiones, este vínculo cambia para que a la tercera sesión yo perciba que el niño me cae mejor y que no necesito [o quiero] controlar lo que hace. De haber continuado el tratamiento, este cambio en la transferencia (y en la contratransferencia) podría haber generado un ensayo para otro tipo de relación con el mundo.

Considerando a A. Freud (en Marcelli & Ajuriaguerra, 1996) la angustia que el niño provoca en mí es oral, de pérdida del objeto lo que alimenta también mi cercanía y alejamiento del mismo durante la valoración. También, la angustia podría ser esquizoparanoide, en el temor de agredir o de ser agredido (Racker, 1990). Así, similar al caso de Emiliano, hay temores ante la agresión lo que existe en mi pensamiento "A ver si así se calma" después del susto de la televisión. Creo que prevenirlo ante el sonido de la televisión fue una buena estrategia porque así me anticipo a su temor y fortalezco su confianza en mí. También, la estrategia de repetirle la pregunta de "¿Qué es eso?" funciona porque hago que él con su voluntad vaya controlando y por tanto, dándole existencia, a las cosas.

Otra reacción, la desesperación fue probablemente una forma de contener mi angustia, casi de inmediato para evitar el surgimiento de la agresión o del

derrumbe. Y es que, Arturo me sometía a una regresión topográfica, que aunque fuera temporal, me desagradaba ya que debía soportar la tensión psicológica de identificarme con el niño y de estar un poco revuelto. Él y yo teníamos que ser el Spiderman que era bueno y malo sin razón que dar sobre su estado.

Finalmente me gustaría considerar mi desagrado por trabajar con el niño en el mismo espacio en que se atienden a los padres. Esto definitivamente se vincula con la contratransferencia dirigida hacia otros factores (contratransferencia indirecta, Etchegoyen, 2002) y que Kernberg (1979) apunta hacia el ambiente hospitalario. La propia dinámica del manejo terapéutico incomoda y molesta ya que se carece de privacidad. Creo que todo el trabajo en hospitales debe estar consciente de esto, y saber dominar este rechazo sin que se altere el encuadre.

6.5 Daniel

Daniel es un niño de 9 años que tiene la estatura y peso de un niño de 7 años aproximadamente. Es bajito, **tierno** y un poco tímido. Su madre tiene alrededor de 35 años y es policía con un turno de 12 por 24. Esto implica que está con él un día para no verlo por dos días. Actualmente Daniel vive con su hermano y su mamá en la casa de la actual pareja de la madre en la cual también viven los papás del padrastro, sus hermanos, esposas e hijos. Ahí, comparte la habitación con su madre, su hermano menor, la pareja de su mamá y un tío de 15 años (hermano del novio de su mamá). Hace dos años Daniel, su hermano y su madre vivían en otra casa, donde habitaba la familia de su papá biológico. La madre decidió separarse del papá de Daniel debido a una infidelidad y una serie de conflictos económicos. En la casa de su papá biológico, Daniel comenzó a presentar enuresis secundaria nocturna que actualmente se ha presentado de forma diaria. En esa casa vivía también con toda la familia extensa del padre (abuelos, tíos, primos, etc.).

Después del cambio de casa, Daniel comenzó a presentar encopresis secundaria diurna (3/7). A veces la madre notaba los síntomas y lo regañaba, pero normalmente él cambiaba las sábanas y los calzones los escondía o lavaba. Incluso había comenzado a usar los pañales de su hermanito para prevenirse de mancharse. A través del primo de 15 años nos enteramos de que en la casa veían a Daniel, su mamá y su hermano como extraños con los que tenían pocos vínculos.

La mayoría de las sesiones comenzaba platicando con él y con lo que había pasado con la pipí y la popó en la semana. **Me apenaba un poco preguntarle eso** pero creía que era necesario para ir encontrando eventos que lo hicieran sentir más tenso. La primera sesión estábamos sentados uno junto al otro y recuerdo que **lo interrumpía muchas veces**. Además hubo un momento en que **me sentí culpable cuando, al detectar un olor a excremento, le pregunté si se había hecho popó**. Al decirle esto me volteé a verlo y el niño dijo enérgicamente que no, se le notó angustiado por lo que comenté que no me enojaría pero que

tendríamos que hacer algo. Quizás fue una flatulencia pero en ese momento **me sentí culpable por sentir que actuaba como la madre que lo persigue**, o como un superyó rígido. Durante esa sesión **me sentí tenso** y percibía que él también lo estaba. En el juego yo era un dinosaurio que mataba a toda una ciudad en la que él vivía.

Este tipo de juego se repitió en múltiples ocasiones, era común que yo fuera alguien que lo llegara a destruir pero en la primera sesión de intervención exploré su identificación con las figuras del juego (el que mata y el que muere). En esta sesión **me sentí más seguro** aunque la percepción de que lo invadiera continuó en otras sesiones. En una ocasión comentó que sentía una fuerte tristeza en el corazón, que lo llevaba a llorar muchas noches, y a pedirle a su mamá ver a su papá. Sin embargo la madre condicionaba las visitas con ingresos económicos por lo que decía que quizás el próximo año dejaría que lo viera. **Esto me enojaba, me parecía increíble la insensibilidad de esta mujer.**

El discurso era tenso, con pocas descripciones y con poca actividad. Se le veía sonreír poco aunque tenía recursos ya que fácilmente podía nombrar sus emociones. Para tratar la enuresis y la encopresis se propuso un tratamiento integrativo en el que se mantuviera un registro conductual diario (uno para la orina y otro para la defecaciones), psicoeducación y juego libre. Insistí mucho en la utilidad de los cambios en casa pero no se logró gran resultado ya que la madre guardaba los registros y sólo ella escribía en ellos cuando no trabajaba (es decir, sólo la mitad de la semana). La madre accedió a una visita con el padre pero después decidió que no era adecuada la relación. Definitivamente la madre estaba poco interesada en el tratamiento de su hijo, y en general de su hijo, lo que **me hacía sentir como si se lo “enjaretara” a la abuela.**

Dos meses después lo volví a ver y no traía el registro conductual (nunca lo llevó a pesar de mi esfuerzo). En aquella sesión, una compañera psicóloga trabajó conmigo y el niño. Comenzamos primero con psicoeducación, explicando cómo funcionaba el aparato digestivo y urinario. Después hablamos sobre los posibles significados que el cuerpo puede comunicar, Daniel sólo veía los positivos. El niño **me hacía sentir tenso y un poco incómodo, pero también me generaba una**

sensación de ternura. Después de la psicoeducación propusimos juego libre y él eligió plastilina. Le gustaba mucho jugar con plastilina y esto se repitió muchas veces. Fue interesante lo que ocurrió en ese juego. Mi compañera comentó un recuerdo: de niña hacía tortillas de plastilina y las rellenaba de flores pero su abuela le decía que no hiciera eso porque las plantas sienten. **Me sentí más tenso después de esa historia** y creía que ese discurso superyoico fortalecía la rigidez del niño. **Por ello comenté que era mejor cortar flores a destruir algo más; que a veces daban ganas de destruir cosas.** Al preguntarle si él se había sentido así, Daniel reveló su propia destructividad.

En la sexta sesión, Daniel eligió un juego en el que él era un policía y yo era Spiderman y un muñeco verde de plástico. Spiderman era bueno y el muñeco verde, malo. El policía decidía que se atrapara al muñeco verde y se quedara en la cárcel. Posteriormente el niño decidió jugar de nuevo con plastilina. Se decidió que los dos hiciéramos algo y contáramos con ello una historia. **“Casualmente” ambos hicimos un hombre que tenía hambre y que se iba a comer un pastel y galletas.** Hacia el final de la sesión me contó de nuevo que la madre no le permitía ver a su padre. **Entonces revelé mi enojo diciendo “A mí me enojaría mucho una cosa así, ¿tú te has sentido enojado?”.** Entonces Daniel agregó que la madre lo regañaba por defenderse de sus primos y también por no hacerles frente, lo que le enojaba un poquito.

La séptima y última sesión recuperé y le devolví la información que había extraído al conocerlo. Aceptó sentirse triste por el cambio de casa lo que me hizo sospechar un cuadro depresivo prolongado. Decidió jugar con rompecabezas y mientras lo hacía, yo expuse que aquella sería la última sesión en que trabajaríamos juntos, él se quedaría a cargo de mi supervisora. Le pregunté si pensaba algo de esto a lo que contestó que no. **Me hizo sentir triste y pensaba que me habría gustado trabajar más con él.** Después de esto comencé a hablar sobre los posibles significados de la orina y los excrementos, sin embargo, él no vio ninguno. **Me comencé a sentir tenso** e insistí en los mensajes que el cuerpo nos daba (lágrimas de alegría, de tristeza, de emoción...) pero justo cuando iba a decirme algo se le olvidaba. Interpreté los olvidos como resistencia pero **me sentí**

más tenso y supe que era momento de detener la entrevista ya que no ofrecía más material. Terminó la sesión y había logrado armar un buen pedazo del rompecabezas. Lo recogió y se fue.

Daniel necesitaría un tratamiento mucho más prolongado para lograr aliviar estos síntomas y creo que el que se puede ofrecer en el hospital tiene muchas características que no le benefician. Creo que Daniel podría beneficiarse de una psicoterapia mucho más profunda ya que la enuresis y la encopresis en su caso, no hacen más que ocultar un cuadro depresivo. Por su historia se puede imaginar la concepción de una madre que ha perpetuado una serie de frustraciones y que con ello se vuelve una figura hacia la cual se dirige una fuerte carga de agresión. Marcelli & De Ajuriaguerra (1996) mencionan que los trastornos esfinterianos se caracterizan porque tener una fuerte carga agresiva y sexual en la que el vínculo materno-infantil es irregular. Así, los síntomas pueden existir en un ambiente de carencia afectiva o de sobreprotección familiar. En la estructura del niño enurético o encoprético hay un placer previo colocado en el dualismo expulsión-retención así como una disputa por la autonomía y dominio sobre su propio cuerpo. Creo que en el caso de Daniel, la madre frustra muchos de sus deseos a través del abandono relativo en que lo deja, a través de prohibir la visita al padre y al encargarlo con la nueva familia y no tomar responsabilidad. Es una madre que me enojaba sobre todo por no comprometerse con el tratamiento ni con la salud de su hijo. Es de esperarse que los padres sean los principales enemigos del tratamiento porque se teme ser responsable por los mismos (Blinder, Knobel & Siquier, 2004). Sin embargo esta madre no resistía al tratamiento, no le interesaba. Además, mi enojo con la madre funcionaba como una identificación con el enojo reprimido del niño, el cual reforzaba gran parte de los síntomas.

El niño se presenta como un chico tímido, levemente regresivo y tierno. Mi reacción de ternura y de querer abrazarlo creo que tiene que ver con la transferencia que el niño hace en mí de una madre que gratifica. De hecho, Racker (1990) identifica la sensación de culpa como un acompañante del sometimiento del analista y que resulta de una cierta protección ante la posible

agresión del paciente o del propio analista al paciente. El paciente coloca en el terapeuta una figura que no puede frustrarlo ya que así se protege de su agresión y enojo resultante de tal frustración. Cuando le pregunté si se había hecho popó me sentí invasivo identificándome también con el objeto persecutorio, la madre mala que controla y frustra. Mi culpa era una maniobra defensiva para calmar mi agresividad y la del niño, pero también para evitar la transferencia negativa. Al ver al niño como lindo y tierno niego un elemento negativo de la relación y por lo tanto, escindo mi relación con él. Mi angustia podría provenir de tal separación así como de una sensación que me previene de la agresividad de Daniel (Racker, 1990). Por otra parte al detectar el olor a excrementos me volteé y lo vi en el sentido en que Winnicott (1979) habla sobre la mirada. Esta actuación propia de detectar la existencia del otro por medio del olor nos conduce hacia la forma más primitiva y de hecho, la más temprana en el desarrollo, que el olor. El niño existió para mí a través a su olor, lo que refleja parte del sentido del síntoma. La encopresis es así una forma de contacto y de re-aseguración de la existencia, Daniel existe para su madre por el síntoma porque si éste desapareciera el niño también. He aquí que a través de mis reacciones llego a un aspecto relacional del síntoma en que se revela el proceso depresivo de base asociado a una relación madre-hijo en que el hijo deja de ser visto (y de existir) para la madre.

En la relación con Daniel yo interpretaba muchos roles que se alternaban: por una parte una figura gratificante o frustrante, y por otra me identificaba con su ello o con su superyó. Parte del proceso terapéutico tenía que reducir la rigidez del superyó y de permitir el flujo de las pulsiones agresivas sin que éstas fueran amenazantes. Por ello, cuando al jugar plastilina se escenificó en mi compañera un discurso superyoico (no deberás lastimar las plantas, no debes agredir), era necesaria mi aportación: a veces uno puede sentir ganas de destruir. Este comentario reduce la contracatexia de la emergencia pulsional y por ello se le puede aceptar. Es interesante cómo en la relación establecida se escenifican las instancias psicológicas del niño. Creo que el motivo de esto es la propia rigidez del niño la cual hace despertar en mi compañera sus propias frustraciones infantiles, y en mí, mis ataques ante tales figuras.

Otra reacción contratransferencial fue la sensación de pena al hablar de orinarse o defecarse. Esto lo vinculo con una identificación que hago con Daniel y con su madurez sexual. S. Freud (1905) mencionaba que en la latencia se desarrollaban fuerzas reactivas ante la sexualidad: asco, vergüenza y moral. En este sentido, Daniel sí ha logrado algunas metas de la latencia pero permanecen puntos de fijación anal y de gratificaciones anales. Mi pena o vergüenza son producto de una identificación que hago con tal dique de la sexualidad en Daniel, pero también con mi propio desarrollo psicosexual.

La relación con Daniel era complicada por el juego de identificaciones y por mi renuencia a destruirlo en el juego, lo que hasta tiempo después pudo cambiar al colocar la destructividad en mí, y la reparación en sí mismo. La tendencia a ser destruido se evidencia en los primeros juegos en que yo era el malo y él una ciudad que yo atacaba. La posible reparación, y también el cambio de perspectiva ante su dinámica agresiva, se deja ver en el juego de la sexta sesión donde yo actúo el agresor y el agredido, y él una instancia que decide cómo afrontar la situación. Esta técnica fortalecía su yo, el cual ya se encontraba debilitado por la sensación de ser abandonado.

La técnica de revelación de la contratransferencia fue útil ya que al autorevelar mi enojo hacia su madre o al revelar mis propias tendencias a la destrucción me identifico con él y se reduce lo amenazante de tales emociones. Creo que el tratamiento podría haber funcionado si los síntomas no encubrieran un cuadro depresivo y si las sesiones hubieran sido menos espaciadas. Daniel era un niño que se defendía fuertemente ante su propia agresividad lo que implicaba resistirse a la toma de conciencia de su agresividad. La resistencia estaba vinculada con la madre y con una tendencia interna a no querer revelar una destructividad que en su fantasía, no tenía límites. Creo que de este núcleo surge gran parte de mi angustia, y mi reacción para protegerlo y gratificarlo. De la misma forma, esto también determina la razón del interrumpirlo muchas veces y de los olvidos de la última sesión, cuya información estaba asociada al deseo de olvidar para protegerse (S. Freud, 1901). Creo que una certeza con la que me quedo es

que mi tristeza es resultante de la pérdida en la última sesión y puede ser reflejo de la tristeza del niño y por tanto de un comienzo para tomar conciencia de ella.

7. APRENDIZAJES OBTENIDOS Y RECOMENDACIONES

Después de esta investigación y de seis meses de atender pacientes con mi inconsciente a su servicio (S. Freud, 1912) me quedo con el aprendizaje de que la contratransferencia proviene tanto de las transferencias del paciente, la identificación con el mismo y de la propia capacidad de soportar tensión psicológica del analista (Kernberg, 1979). A través de este texto he discernido muchas de las causas de este fenómeno así como sus utilidades y peligros, pero creo que un punto sobre el que habría que hacer énfasis es ver la contratransferencia como un proceso de narcisización.

Cuando la madre tiene un hijo y lo ve (Winnicott, 1979), o lo sumerge en un discurso (Lacan en Bleichmar & Leiberman, 1997), o lo gratifica calmando así su destructividad (Klein en Segal, 1984), o le da la capacidad de amar al amarlo (S. Freud, 1905) o contiene así sus angustias (Bion en Bleichmar & Leiberman, 1997), en realidad lo que está en juego es su libidinización. Esto es, que independientemente de su causa, el bebé debe representar algo para la madre y ésta debe investirlo de energía psíquica. Sólo el bebé que ha sido catectizado puede existir y a través de las funciones de la madre, sentirse real (Winnicott, 1979). Con el sostén de la madre el bebé puede aprender a hacerle frente al miedo del derrumbe (Winnicott, 1963) y a sus fantasías destructivas (Klein en Segal, 1984). En concreto, sólo a través de un vínculo en que se libidinice al otro, éste puede existir y así, crecer. Esto nos concierne debido a que sólo por medio de un vínculo de estas características un sujeto puede aprender nuevas formas de darle flujo a sus energías internas (sexualidad y agresión), y así con esfuerzo, curarse. Creo que mucho de lo que está en juego en el proceso de contratransferencia es precisamente la libidinización del otro. Pero ésta no parte de cero, por lo que se debe aprender a jugar con las identificaciones con la madre de cada paciente. La transferencia y la contratransferencia no son más que situaciones que dan cuenta de ese aprendizaje preverbal, anterior al discurso, en el que se aprendió a ser a través de la mirada del otro. Blinder, Knobel & Siquier (2004) coinciden con esto y mencionan que la transferencia se fundamenta en la

necesidad de ser amado y narcisizado por otro para que de esta forma, se pueda convertir en un Sujeto. Viéndola así, la contratransferencia es un espacio en que se encuentra la posibilidad de la cura. Sólo cuando discernimos la forma en que el paciente quiere (necesita) que lo veamos, es decir su transferencia, se puede considerar a la contratransferencia como una herramienta para curar. Al sentir al paciente y cuando éste nos produce reacciones, le obsequiamos nuestra mirada y con ello su existencia. Por ello pienso que este fenómeno es fundamental en lo que respecta a la cura. Sin querer ser una madre sustituta (empresa más que imposible) o querer reparar cualquier daño, creo que en este fenómeno está la clave para que el paciente ensaye nuevas formas de existir y ser en el mundo.

En relación a lo anterior, es importante tener en mente algunas reacciones contratransferenciales para analizar mejor al paciente y poder devolverle una imagen más real de sus relaciones objetales. A través de esta disertación he notado que mientras un paciente presenta una mayor regresión, éste me produce más angustia porque implica la posibilidad de la agresión reactiva a un ambiente que lo frustró. Emilia no fue la única paciente limítrofe que traté, y en función de las demás puedo decir que esta estructura la puedo detectar porque tiende a confundirme, angustiarme y a generarme reacciones contratransferenciales intensas, masivas e inmediatas. Ahora sé que los pacientes neuróticos tardan un poco más en elaborar su transferencia y por lo tanto la contratransferencia toma un poco más de tiempo. Con ellos, la reacción es menos intensa y manejable hasta que toque una fibra no elaborada por mí.

Me quedo también con el conocimiento de que la culpa se vive como un intento de proteger al paciente ante su agresividad y ante la mía; despertada por identificarme con una figura de su pasado que no gratificó. En general también me gustaría mencionar que mis reacciones contratransferenciales confirman las aportaciones de Blinder, Knobel & Siquier (2004) ya que la contratransferencia en el trato con niños es particularmente intensa debido a la etapa madurativa y a los conflictos propios del terapeuta que se identifican con los del paciente. Los niños tendían a producirme ternura, aunque algunos me desesperaban (sobretodos los que tenían trastorno por déficit de atención predominante impulsivo). Los

adolescentes en cambio me confundían y constantemente demandaban de mí una capacidad para vincular sus ideas de forma lógica y congruente. Esta confusión se agudizaba en el trato con pacientes limítrofes pero en general, era natural en el trato con adolescentes. En definitiva la intensidad de mis reacciones contratransferenciales es un foco importante para detectar la regresión y el conflicto del paciente (y a veces, el propio también). El hecho de que tales reacciones sean más comunes en el tratamiento psicológico de niños deja ver la importancia que tiene el tratamiento psicológico temprano. Al atender a un niño no sólo se pueden remitir los síntomas sino que se previenen futuras complicaciones o formaciones más complejas con este conflicto como base. El terapeuta de niños ofrece una nueva forma de resolver el conflicto pero de forma más importante, también genera un cambio de base y de personalidad. Esto es debido a que sus esfuerzos se unen a la fuerza de los cambios familiares y a la flexibilidad psíquica del niño para expresar sus pulsiones. El niño en psicoterapia no sólo tramita de forma exitosa un conflicto, además adquiere una importante noción de libertad y autonomía y su uso para su propio crecimiento. De esta posibilidad de tener un desarrollo sano surge la importancia de la lectura de la contratransferencia, así como del entrenamiento del psicoterapeuta de niños en ser sensible a sí mismo y al niño como un organismo que comunica más a través del acto que del verbo.

Otro saber importante que aprendí es que debo ser auténtico y tolerante en una entrevista y en un proceso terapéutico. Tanto Oaklander (1992) como Díaz Portillo (1998) insisten en esta necesidad y creo que en la medida en que me muestre tal cual soy, puedo descubrir junto con el paciente ese mundo interno que le aterroriza. Parte de este ser yo mismo tiene que ver con permitirme sentir emociones y fantasías mientras trato con un paciente; evitar mi represión ante las mismas. Creo que esto es importante ya que el niño pocas veces cuenta con las herramientas discursivas para señalar una interpretación fuera de tiempo o de lugar, más bien lo actúa. De ahí mi certeza con Daniel cuando sabía que era momento de detener la entrevista ya que sus mecanismos y mi tensión empática, daban cuenta de la falta de sensibilidad en continuar el tratamiento. Creo que el acto sin verbo siempre será un lenguaje más puro y por ello más difícil de

entender. Ser terapeutas y psicólogos clínicos nos impone una lectura de ese lenguaje así como habilidades para hablarlo.

El análisis de la contratransferencia muestra muchas bondades y agregaría que considerándola, uno evita el *burn-out* natural que es producto del trato con pacientes. Éste fenómeno vinculado a la acumulación de la tensión psicológica por un tiempo prolongado, tiende a aparecer en profesionales de salud tales como enfermeras, médicos, psicólogos, odontólogos y demás personas que se encuentren bajo estrés constante. De hecho, el *burn-out* ocurre debido a la negación de tal tensión y la apariencia de poder que uno mismo se genera. Surge así como una manifestación de angustia desorganizante (Winnicott, 1963) que no ha logrado ser tramitada debido a su negación. Pero el contacto con seres humanos en sufrimiento genera un gran malestar que y acarrea necesariamente una reacción subjetiva, inconsciente y a primera vista, irracional en todo terapeuta, analista o entrevistador. Sólo en la medida en que tales profesionales puedan vivir conectados con el otro y dar cuenta de sus angustias en sí mismo, sólo al evitar negar su tensión interna puede evitar el *burn-out* y también generar una relación terapéutica eficaz. Al pensar con emociones uno vivifica una relación volviéndola así más humana. Además, al vivir las relaciones con pacientes como humanas, uno mantiene una constante auto-supervisión que evita los peligros del acto de la contratransferencia. Kernberg (1979) aporta luz sobre este asunto y cree que al tener la capacidad de sentir preocupación por el paciente, uno tiene esperanza en que las tendencias destructivas pueden ser combatidas exitosamente, y que por lo tanto hay una forma sana de vivir. De acuerdo a sus contribuciones, se puede evitar una fijación crónica contratransferencial cuando uno se compromete y se mantiene una autocrítica constante sobre el actuar y sentir del analista.

Por otra parte, el análisis de la contratransferencia mantiene la objetividad del proceso de la entrevista la cual sólo puede garantizarse al evitar pensar que el sujeto es objeto, aislando así los afectos propios del entrevistador. Díaz Portillo (1998) cree que éstos deben ser aceptados e incorporados como variable dentro del campo terapéutico. Todo objeto es relacional y sólo puede conocerse a través

de sus relaciones (Bleger, 1985). No se puede generar entonces una actitud terapéutica sin una relación, y ésta sin contratransferencia.

Finalmente, creo que este fenómeno requiere mayor investigación pero más que libros que generen reglas, creo que debe investigarse con cada caso y con el curso de la experiencia clínica. En cada relación se pueden hacer inferencias y conocimientos al considerar la contratransferencia. Creo que también, sólo así, podemos ir traduciendo el acto en verbo y hacer de nosotros sujetos que en vez de repetir, deciden cómo quieren vivir. Definitivamente este tema así como el marco teórico psicoanalítico me presenta muchas respuestas que generan más preguntas. Por ello me gustaría continuar el ejercicio de la psicología clínica con un marco psicoanalítico. Este enfoque me ha brindado importantes herramientas para entender la mente humana y creo que con la práctica y la experiencia podré ir encontrando el sentido del complejo laberinto que es la mente humana.

Me gustaría agregar que este trabajo habría sido una meta poco fructífera de no contar con el apoyo y supervisión constante de los supervisores del mismo. Me refiero así a los supervisores que tuve al prestar el servicio social: Mtra. Wendy de las Mercedes Lara Olguín y Mtra. Eva María Esparza Meza. Gracias a la ayuda de ambos supervisores lograba discernir gran parte de mi contratransferencia. En la sede, se fijaban supervisiones semanales. Aunado a esto, estaban las supervisiones espontáneas que ocurrían después de tener sesiones que me resultaban complicadas o confusas. En ambos casos acudía a los supervisores y exponía mi sentir, el cual era abordado desde una perspectiva dinámica, similar a la que presento en el análisis de las viñetas. En la sede, la Mtra. Wendy Lara Olguín, presenciaba o participaba en las sesiones con los pacientes. La mayoría de las ocasiones al terminar cada sesión se exponían los puntos abordados más importantes, las técnicas utilizadas, el diagnóstico, el pronóstico y la contratransferencia. Cuando otra persona comparte un sentir similar, éste tiende a volverse más objetivo, más real y menos una producción de nuestra propia neurosis. La comunicación de la contratransferencia del supervisor me era de gran utilidad pues así entendía la propia y a veces, me daba cuenta de la represión de la misma. Recuerdo que después de una sesión con Arturo me sentía fatigado y la

supervisora me dijo que al trabajar con niños en situación de maltrato eso tiende a ser común, así como el deseo de agredirlos en ocasiones. Se vinculó esto al uso del mecanismo de identificación proyectiva en que el niño establece una relación objetal de tintes agresivos con el fin de actualizarla en el contexto terapéutico. Esta comunicación de la supervisora me sorprendió pero después de pensarla hizo que me diera cuenta de mis deseos de control del niño, representando así un rol similar al que tenía la madre. Tener conocimiento de la contratransferencia en cada entrevista y de su sentido dinámico es necesario para entender el proceso de la misma. Un supervisor directo o indirecto es de gran utilidad no sólo para revelar la contratransferencia sino para devolver el entendimiento racional el proceso de entrevista. Su intervención funciona como un soporte para que la contratransferencia no represente un obstáculo para lograr los objetivos de la entrevista. Definitivamente es necesaria una supervisión de todos los pacientes que se traten, y creo que esto tiene mayor importancia sobre todo al comenzar a ver pacientes. Al ser primerizo se tienen que enfrentar varios tipos de ansiedad: una paranoide, en la que los observadores que ven la entrevista que elaboro podría agredirme en la supervisión; otra depresiva, en que uno tiende a no ser suficientemente bueno a los ojos de los observadores; y finalmente una ansiedad contratransferencial, resultante del contacto con el paciente. El estudiante de licenciatura en psicología debe afrontar tales ansiedades y lograr discernir la función de las mismas. En particular el estudiante del área de psicología clínica debe poder tolerar la tensión psicológica producto de la interacción con el paciente y permitirse ver su contratransferencia como un elemento inevitable de la práctica. En contraparte, el supervisor debe devolver una visión racional de tal fenómeno, reduciendo así lo amenazante que puede parecer y puntualizando sus implicaciones.

En función de todo lo mencionado anteriormente, este proyecto es útil porque está dirigido a supervisores y a estudiantes de psicología clínica. Con esto espero disminuir la percepción de que la contratransferencia del terapeuta debe ser escondida. Aunque hay ocasiones en que puede ser una amenaza para las



metas terapéuticas, la contratransferencia es una forma de contacto con el otro que al hacerla consciente puede ayudarnos a entenderle e incluso a intervenir.

8. REFERENCIAS:

- Aberastury, A. (1973). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F. (1991). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico*. D.F., México: Trillas.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. D.F., México: El Manual Moderno.
- Bion, W. R. (1975). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. D.F., México: Paidós.
- Blinder, C., Knobel, J. & Siquier, M. L. (2004). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid, España: Síntesis.
- Corres A., P. (2005). *La memoria del olvido*. D.F., México: Fontamara.
- Díaz Portillo, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. D.F., México: Pax.
- Esquivel A., F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Esquivel A., F., Heredia A., C. & Lucio G., E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. D.F., México: El Manual Moderno.
- Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, A. (1981). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1901). "El olvido de nombres propios". *Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos de teoría sexual". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1910). "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). "Sobre la dinámica de la transferencia". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). "Sobre la iniciación del tratamiento". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia". *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Greenson, R. R. (1980). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. D.F., México: Siglo Veintiuno Editores.
- Grinberg, L. (1981). *Psicoanálisis, aspectos teóricos y prácticos*. Barcelona, España: Paidós.
- I.S.S.S.T.E. (2009). Boletín de información estadística de servicio médico. Recuperado el 31 de enero de 2012, de <http://www.issste.gob.mx/finanzas/index.html>
- I.S.S.S.T.E. (2010). ¿Quiénes somos? Recuperado el 31 de enero de 2012, de <http://www.issste.gob.mx/instituto/mision.html>
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kernberg, O. (1996). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. D.F., México: Paidós.
- López G., D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. D.F., México: Editores de Textos Mexicanos.
- Marcelli, D. & De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona, España: Masson.
- Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

- Racker, H. (1990). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. D.F., México: Paidós.
- Reich, W. (1980). *Análisis del carácter*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. D.F., México: Paidós.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. (10ª ed.). D.F., México: McGraw-Hill.
- Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. D.F., México: El Manual Moderno.
- Segal, H. (1984). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. D.F., México: Paidós.
- Velasco A., F. (2011). *Psicoterapias psicodinámicas*. D.F., México: Editores de Textos Mexicanos.
- Winnicott, D. W. (1947). "El odio en la contratransferencia". *Escritos en Pediatría y psicoanálisis*. (1998). Barcelona, España: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1963). "El miedo al derrumbe". (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1969). La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé". (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.