



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

GABRIEL Y EL DOLOR DE UN IDEAL: MASOQUISMO MORAL Y ANGUSTIA PERSECUTORIA.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ZULEIMA ARIANA AGUILAR MORALES

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DR. DAVID MÁRQUEZ VERDUZCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., AGOSTO 2023



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.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| RESUMEN..... | 4 |
| ABSTRACT. | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| CAPITULO 1. EL SUPERYÓ..... | 8 |
| HISTORIA DEL CONCEPTO..... | 9 |
| LA PATOLOGÍA DEL SUPERYÓ..... | 20 |
| CAPÍTULO II. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA..... | 28 |
| LA TRANSFERENCIA. | 29 |
| LA CONTRATRANSFERENCIA. | 36 |
| CAPÍTULO III. LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y ANÁLISIS PERSONAL.... | 54 |
| LA SUPERVISIÓN. | 54 |
| EL ANÁLISIS PERSONAL..... | 60 |
| MÉTODO..... | 63 |
| HISTORIAL DEL PACIENTE. | 79 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS. | 89 |
| ANÁLISIS DE CONFLICTO INTRAPSÍQUICO. | 89 |
| EL YO IDEAL EN GABRIEL: TE AMO Y ME ODO POR ELLO..... | 89 |
| EL IDEAL DEL YO Y SUPERYÓ DE GABRIEL: TE ODO, PERO TE TEMO. | 98 |
| LA CULPA INCONSCIENTE Y BÚSQUEDA DE CASTIGO: HACER DE LA VIDA UN PURGATORIO.... | 108 |
| ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO..... | 119 |
| LA RELACIÓN TRANSFERENCIAL: EL RECUERDO DE UNA MIRADA..... | 119 |
| LA CONTRATRANSFERENCIA: ¿QUÉ NO TE SOY SUFICIENTE? | 137 |
| LA LLEGADA DE UN TERCERO: ANÁLISIS PERSONAL Y SUPERVISIÓN. | 144 |
| EL PRIMER TERCERO: ¿SOY UNA ALUMNA SUFICIENTEMENTE BUENA? | 146 |
| EL ANÁLISIS PERSONAL: ¿POR QUÉ ME TENGO QUE ANALIZAR? | 149 |
| CONCLUSIONES..... | 152 |
| AVANCES Y LIMITACIONES. | 160 |
| REFERENCIAS | 164 |

Agradecimientos.

Agradezco al CONACyT, pues con su apoyo pude obtener el sostén para cursar un posgrado de excelencia.

A la UNAM que no solo es mi universidad y alma mater; también es mi segunda casa, a través de ella he podido conocer el mundo, a personas maravillosas y me ha mostrado la importancia de trabajar en pro de la sociedad.

A la Dra. Eva María Esparza, gracias por acompañarme en este viaje, por su confianza, su apoyo y enseñanzas. Tuve una gran asesora y supervisora, me enseñó a pensar de manera distinta y sin usted esta tesis y todo lo aprendido no sería posible. Gracias por su calidez y por presencia constante. Lo logramos Dra.

A la Mtra. Fernanda Aragón, gracias por estar en este viaje, por tus supervisiones, recomendaciones y enseñanzas que permanecen conmigo en todo momento. Gracias por sostenerme y por mostrarme que la clínica es un trabajo hermoso. Siempre tendrás mi admiración y respeto.

A cada uno de los profesores que han estado presente en este viaje, que comenzó hace más de 10 años. A mis profesores del posgrado cuya calidez y labor a pesar de la distancia y adversidad supuso un gran esfuerzo por transmitir algo tan complejo como lo es la experiencia clínica. Cada clase, cada texto y cada comentario permanecerá en mí en el complejo trabajo de la clínica.

Al Dr. David Ruiz, gracias por tus enseñanzas que me llevaron a ingresar al posgrado, eres un gran profesor y ser humano. Siempre cuenta conmigo.

A mis amigos:

Mau, gracias por estar, por quedarte, por cada plática y por la confianza, me mostraste que hay mucho amor aún en la oscuridad y el dolor, sabes que siempre estaré para ti, que estoy sumamente orgullosa de ti.

Alan, gracias por calmar la voz del superyó, por explicarme cada trámite y por no juzgarme cuando yo lo hacía con bastante dureza, siempre estaré ahí para decirte que el superyó miente y que definitivamente somos buenos.

Jenni, gracias por tu apoyo; tus palabras y afecto me sostuvieron cuando sentía que me rompía, agradezco que estés cerca no solo en presencia sino también en espacio. Admiro tu trabajo y a ti, definitivamente este posgrado fue mejor con tu presencia.

A Lupita, amiga mía Argentina nos unió y ya nada se pudo hacer, eres mi mejor amiga y te quiero muchísimo. Me encantan nuestras pláticas y tu asertividad, te admiro como persona y agradezco a la vida que nos juntara.

A Érika, Saúl, Ariadna, Érick, amigos leales y que en cada paso que doy me hacen recordar como su amistad es fuente de inmenso cariño y amor. Los adoro y los llevo siempre en mi corazón.

Finalmente agradezco a mis pacientes, cada uno de ellos ha contribuido a que yo sea mejor profesional y terapeuta. Este trabajo es por ustedes y es un honor ser su terapeuta. Gracias a Gabriel, cuyo caso hoy hace posible este trabajo y a quien no puedo sino desear que siga creciendo y mejorando.

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a mi madre, Rocío Aguilar, mami sin ti nada de esto sería posible, gracias por cuidarme y por enseñarme que no hay mejor camino que la excelencia y la disciplina. Me has enseñado tantas cosas y me has dado tanto amor que nunca podré terminar de agradecerte. Esta tesis es para ti y me siento orgullosa de ti y de ser tu hija.

A Gerardo Sarabia, eres la figura paterna que me inspiró y me motivó a superarme, te admiro muchísimo y espero llegar a ser tan inteligente como tú. Gracias por tanto apoyo, te quiero muchísimo y sin duda este logro es para ti. Tú me motivaste a estudiar en la UNAM y tu serenidad, cariño y sabiduría han sido mi brújula.

A mis abuelos, que me sostuvieron y me mostraron que la responsabilidad, la lealtad, la empatía y el esfuerzo son necesarios. Ustedes me enseñaron a pensar en el bien y a valorar todo lo que tengo. Los amo y siempre los amaré.

A Alejandra Bretón, mi analista, esta tesis se culmina a 7 años de iniciar análisis con usted y aunque sé que este camino no se ha hecho solo, fue su trabajo y el análisis los que me han traído hasta aquí. Gracias por no darme la razón y por llevarme a pensar, por despertar mi curiosidad por el psicoanálisis, usted me enseñó que no hay encuadre más importante que ser fiel a mí misma.

Finalmente dedico este trabajo a mis tíos y primos, que son mi inspiración; me llenaron de amor y aunque no soy la persona más expresiva, cada logro es para ustedes. Siempre estaré ahí para sostener, cuidar y apoyar. Los amo.

RESUMEN.

El presente trabajo expone el caso clínico de Gabriel, un joven de 22 años que presentaba angustia persecutoria y búsqueda de castigo inconsciente derivadas de un superyó sádico con ideales inaccesibles. Se identificó que estos conflictos se presentaron en transferencia a través de respuestas de idealización y rechazo durante el trabajo terapéutico. El objetivo de este trabajo fue describir y profundizar como las respuestas ambivalentes y persecutorias de Gabriel durante el tratamiento derivaron de experiencias tempranas y del complejo de Edipo no elaborado adecuadamente. El trabajo se realizó mediante sustentos de la teoría psicoanalítica a través de un análisis hermenéutico en el que se interpretaron los datos obtenidos de la observación y el contenido del discurso del paciente a lo largo de su tratamiento terapéutico. En los resultados se discute como las respuestas contratransferenciales brindaron información importante sobre el estado del paciente a lo largo del tratamiento, cuya comprensión requirió de supervisión clínica y el proceso personal del terapeuta. Se discute como la formación del terapeuta psicoanalítico se fundamente en: la integración teórica, la supervisión clínica y el análisis personal. Así como, el trabajo terapéutico depende del encuadre, ya que permite la construcción de la relación terapéutica y protege a ambos miembros. Finalmente se examinan los alcances y limitaciones clínicos obtenidos durante el proceso psicoterapéutico que tuvo que realizarse a la distancia derivado al confinamiento por COVID-19 cuyas características trajo modificaciones al encuadre.

Palabras clave: *superyó, complejo de Edipo, angustias persecutorias, masoquismo moral, transferencia, contratransferencia, supervisión clínica, análisis personal.*

ABSTRACT.

The present report describes the clinical case of Gabriel, a 22-year-old young man who presented persecutory anxieties and unconscious punishment seeking derived from a sadistic superego with inaccessible ideals. It was identified that these conflicts were presented in transference through idealization and rejection responses during the therapeutic work. The aim was to describe and analyze how Gabriel's ambivalent and persecutory responses during treatment derived from early experiences and the Oedipus complex. The analysis was conducted using theoretical underpinnings of psychoanalytic theory through a hermeneutic analysis in which data obtained through observation and content analysis of the patient's discourse throughout his therapeutic treatment were interpreted. The analysis discusses how the countertransferential responses provided important information about the patient's state throughout the treatment, the understanding of which required the therapist's clinical supervision and personal analysis. It is discussed how the training of the therapist with a psychoanalytic approach is based on: theoretical training, clinical supervision and personal analysis; in the same way, the analytical work is supported by the framework, a tool that allows the construction of the therapeutic relationship and protects both members. Last, the clinical scopes and limitations obtained during the psychotherapeutic process that had to be sustained at a distance due to the confinement by COVID-19 whose characteristics brought modifications to the framing are examined.

Key words: *superego, Oedipus complex, persecutory anxieties, moral masochism, transference, countertransference, clinical supervision, personal analysis.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, algunos de los motivos de consulta más frecuentes en la búsqueda de atención psicológica se asocian con estados depresivos o ansiógenos, crisis vitales o dificultades para relacionarse con los otros. Buscando comprender dicha sintomatología, el psicoanálisis ha propuesto que en algunos casos esto se relaciona con una patología en el superyó, instancia de nuestra personalidad que se encarga de funciones como la autoobservación, la conciencia moral y que se compone de los ideales personales y sociales (Braier, 2004).

En el estudio de dicha patología, se sugiere que la identificación con ideales inalcanzables y la tendencia a la búsqueda de reconocimiento externo (que es más intensa en la actualidad), pueden llevar al sujeto a presentar estados depresivos, tendencias al auto-reproche, culpa, ansiedad, angustias persecutorias y búsqueda de castigo inconsciente que se han observado en ciertas tendencias autodestructivas. El abordaje de dicha patología supone diversos retos, entre ellos, comprender como el amor y la agresión del sujeto se encuentran mezclados y ligados a un mismo objeto, favoreciendo la culpa y obturando el crecimiento personal (Braier, 2011). A diferencia de otros enfoques, el psicoanálisis ofrece un espacio de escucha distinta en el cual la transferencia y contratransferencia son las principales herramientas con las que cuenta el terapeuta para realizar su intervención; para ello se ha desarrollado el encuadre terapéutico que permite al paciente desplegar su mundo emocional durante el proceso terapéutico (Etchegoyen, 2010).

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de Gabriel, exponiendo las habilidades teóricas y técnicas aprendidas durante la formación en el posgrado, así como comprender las causas de sus conflictos emocionales y relacionales, que despertaron reacciones

ambivalentes en el terapeuta. El interés surge en la búsqueda por comprender el origen de la ambivalencia de los afectos que se presentaron en la relación terapéutica.

Gabriel es un joven de 22 años; solicitó el servicio de psicoterapia debido al miedo que le generaba volver a presentar alucinaciones durante el confinamiento, cuyo contenido era angustiante y persecutorio. En las entrevistas y tratamiento, presentó estados ambivalentes en los que alternaba la demanda de atención con el rechazo al trabajo terapéutico; los afectos iban desde el amor e idealización a la devaluación y desestimación. Dichas respuestas causaron ternura y hostilidad como respuestas contratransferenciales. Se observó que en su historia personal eran frecuentes los abandonos por parte de sus padres, la ambivalencia e inestabilidad. Gabriel presentaba rechazo a las relaciones personales y dificultades para cumplir sus metas; habitualmente perdía oportunidades y se enfermaba, padeciendo sus logros y avances personales, presentando un estado continuo de apatía, miedo y desesperanza.

A lo largo del proceso terapéutico, tanto la supervisión clínica como el análisis personal (pilares de la formación analítica), aportaron información indispensable para comprender las respuestas contratransferenciales y actuaciones de la terapeuta, relacionadas con la angustia y la necesidad de satisfacer las demandas del paciente, que derivaron en rupturas al encuadre terapéutico. Para comprender los fenómenos presentes durante el trabajo terapéutico con Gabriel, en este reporte se abordarán: 1) los antecedentes teóricos del superyó y su patología, 2) la historia y desarrollo de los conceptos de transferencia y contratransferencia, así como, su abordaje técnico en la psicoterapia y 3) la importancia de la supervisión clínica y el análisis personal en la formación de la identidad terapéutica.

“No hay otra labor que conocer tu rostro original. Esto es lo que se llama independencia, tener el espíritu claro y libre. Si afirmas la existencia de una particular doctrina o patriarcado, sólo te engañarás a ti mismo. Observa el interior de tu corazón, en él brilla una trascendental claridad. No seas codicioso ni dependiente, e inmediatamente obtendrás la certeza”
Yen-t'ou (828-887)

CAPITULO 1. EL SUPERYÓ.

El superyó, de acuerdo con Lagache, Laplanche y Pontalis (1996), es una de las instancias de la personalidad descritas por Freud, en la teoría estructural del aparato psíquico o segunda tópica, cuya función es comparable a la tarea de un juez o censor del mundo emocional. Según los autores, las funciones del superyó incluyen a la conciencia moral, la autoobservación y formación de ideales. También se le denomina como el heredero del complejo de Edipo, ya que se constituye en los primeros años de vida infantil a partir de la interiorización de los ideales y prohibiciones parentales.

Si bien, para Freud el superyó es una instancia que se va desarrollando de manera paulatina durante la infancia, autores como Melanie Klein y seguidores (como se citó en Braier, 2004), propusieron en algún momento la existencia de un superyó primitivo (pre-edípico) así como mecanismos defensivos precoces que podrían considerarse precursores del superyó.

Actualmente existen controversias y discusiones sobre sus funciones y su relación con la práctica clínica, por ejemplo, Rivas y Martín (2015) mencionan que el superyó aparece clínicamente como una opresión hostigadora que invade intempestivamente los pensamientos del sujeto, apareciendo mandatos insensatos, compulsiones, sometimientos y subordinaciones sin límites, de carácter absurdo y enigmático. El producto de tales manifestaciones da lugar a prácticas autodestructivas, sacrificios culposos, compensaciones incoherentes, necesidad de castigo y expiación de culpas de los más diversos tipos.

Además, los mismos autores señalan que el estudio del superyó no sólo abarca la comprensión de una función normativa, pues al contrario de lo descrito por otros enfoques, el superyó resguarda en su núcleo un empuje a la satisfacción pulsional llevándolo a tener un carácter irrefrenable, opresor y absolutista que ya habían sido señaladas por Freud (1923) cuando describió que las renuncias que demanda el superyó, incrementan a partir del cumplimiento a sus mandatos y su dureza ante la satisfacción de sus demandas.

A continuación, se expondrán de manera breve la historia del concepto y aportaciones de diversos autores a la comprensión del superyó, así como su impacto en la constitución del sujeto y la patología.

Historia del concepto.

Para Braier (2011) pensar en el superyó implica pensar en una riqueza conceptual extensa y también en múltiples interrogantes que se siguen manifestando en la clínica actual, si bien el superyó ocupa un lugar importante dentro de la teoría, el recorrido histórico muestra una serie de etapas y aportes teóricos que brindan elementos para comprender el trabajo clínico y el abordaje terapéutico.

Desde la óptica de este autor, la historia del concepto puede dividirse en tres etapas que comprenden:

1. La fase previa a su presentación en 1923 con el texto de “*El yo y el ello*”, en el que Freud lo nombra oficialmente y le reconoce como una instancia que forma parte del aparato psíquico en la teoría estructural. Este periodo comprende todos los textos anteriores a este, en los que se hacen menciones indirectas considerándose antecedentes del concepto.

2. La segunda etapa comprende del año 1923 a 1939, dónde Freud describe al superyó en obras como: “*Esquema del Psicoanálisis*” y “*Análisis terminable e interminable*”, así como sus funciones, orígenes y constitución.
3. El tercer periodo abarca desde ese momento y hasta nuestros días en las que se registran los aportes que han hecho diversos autores acerca del tema y su trabajo en la clínica desde diferentes posturas.

Presentación en la teoría estructural de Freud

Para Braier (2011), el surgimiento del superyó tal como ocurre en el desarrollo, no apareció espontáneamente, pues a lo largo de la obra de Freud se pueden ir rastreando las antecelas de dicha instancia, a través de hipótesis presentadas derivadas de su trabajo clínico e investigaciones anteriores a “*El yo y el ello*”.

El recorrido histórico comienza en 1895, cuando Freud escribe “*Proyecto de psicología*” y “*Estudios sobre la histeria*”, dónde presentó minuciosamente, diversas hipótesis sobre el funcionamiento del aparato psíquico, describiendo inicialmente funciones relacionadas con el yo como: la percepción, la memoria y los afectos.

Freud (1985b) postuló que el aparato psíquico trabajaba a partir de la búsqueda de descargas de energía y tensión que provocaban placer-displacer, si bien aún no definía conceptos como la pulsión, si describía el principio de constancia. Es así como planteó, que la causa de la histeria y la neurosis se debía a una contraposición de conflictos inconciliables, dónde la tensión no podía ser descargada por alguna imposibilidad en la realidad externa, dando lugar a una descarga sustitutiva, formando un síntoma que podía ser histérico (expresado por lo corporal) u obsesivo (expresando por la presencia de ideas invasivas).

Aunque Freud (1985a) no hace mención del superyó, si comienza a hablar sobre el conflicto dentro del yo, describiendo mecanismos como el desplazamiento y a una fuerza de desalojo, que es antesala al concepto de la represión.

En 1900, Freud hace referencia a la censura onírica en “*La interpretación de los sueños*”, años más tarde, esta función se adjudicaría al superyó (Braier, 2011). El autor menciona que la censura, tiene su origen en representaciones contra las cuales el yo forcejea, ya que le resultan amargas. Debido a lo anterior, el cumplimiento del deseo se vuelve irreconocible y se muestra disfrazado, un ejemplo de esta desfiguración se presenta en la vida social expresada en la cortesía, particularmente ante figuras de autoridad (Freud, 1900).

Así mismo, se pueden encontrar referencias a estas premisas en “*Tótem y Tabú*”, en el que Freud (1912) explica como el horror al incesto y los lazos sociales se fundan a partir del sentimiento de culpa, comparando el mito de la horda primitiva con el desarrollo del niño y su pasaje por el complejo de Edipo.

Dentro del trabajo clínico Braier (2011), refiere que se pueden encontrar antecedentes del superyó en los historiales clínicos y descriptivos que hizo Freud sobre las neurosis obsesivas, en los que alude a un exceso de conciencia moral, culpa y autorreproches, que se puede observar en el historial del “*Hombre de las ratas*” (1909) en el que se menciona el impacto que tuvo complejo paterno en el desarrollo de la neurosis obsesiva del paciente.

En el periodo de 1914 a 1917, Freud publica una serie de trabajos en donde se pueden observar, con más detalle, hipótesis sobre el superyó y su impacto en el desarrollo de las patologías neuróticas. El primero de ellos, “*Introducción del narcisismo*” publicado en 1914, Freud describe cómo se forman el *yo ideal* y el *ideal del yo*, en el que expone como las

patologías asociadas con los delirios de grandeza o la paranoia, tenían su génesis la constitución de la identidad de una época muy temprana del desarrollo, que hoy denominaríamos como narcisismo primario.

Freud (1914a) señaló el bebé, nace en un estado de dependencia y vulnerabilidad absoluta a merced de los cuidados que le brinden sus padres, que depositan en el infante sus ideales y anhelos narcisistas convirtiéndolo en un reservorio de libido que dará paso a la constitución de la identidad. En esta etapa, el bebé es concebido como un ser perfecto y tratado como tal, dando lugar a una fantasía de omnipotencia infantil que Freud (1914a) denominó “*his majesty the baby*”, que posteriormente se transformará en el *yo ideal*, y que cimentará las bases para el *ideal del yo* y el *superyó*.

Años más tarde, Freud publica “*Duelo y melancolía*” (1917), en el que detalla la existencia de una “*conciencia moral*” y preanuncia la segunda tópica (Braier, 2011), explicando la relación de esta, con el duelo patológico, la melancolía y los estados de manía. Del mismo modo, Freud (1917) señala que la identificación y la ambivalencia son indispensables en la constitución del aparato psíquico y tienen un impacto significativo en el desarrollo de la psicopatología.

Finalmente, antes de 1923 se pueden encontrar referencias al superyó en “*Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*” (1916) y en “*Psicología de las masas y análisis del yo*” (1921) en las que se muestra, como: la autoobservación, la censura onírica, la conciencia moral, parte de la represión, la culpa y la búsqueda de castigo eran tareas que se atribuían a una instancia diferenciada del yo.

Previo a la publicación del “*El yo y el ello*”, Freud solo hacía mención a una parte diferenciada del yo con funciones específicas, y fue hasta la publicación de esta obra que al fin nombra a esta instancia como *superyó (Uber-Ich)*, presentada como una organización particular en la teoría tripartita de la personalidad (Braier, 2011).

En esta obra Freud (1923) describe las tres instancias y su funcionamiento, el superyó es identificado como el *ideal del yo*, que tiene su origen en el complejo de Edipo y con una serie de identificaciones secundarias con las figuras parentales. Menciona que los imperativos categóricos; la formación de ideales y la prohibición al incesto permiten la entrada del sujeto a la cultura y son necesarios en la constitución psíquica. Finalmente establece que el superyó, no tiene contacto con la realidad externa del sujeto y actúa como un juez de la vida interna, tomando del ello su fuerza, planteando la posibilidad de la existencia de culpa inconsciente.

Respecto a esto, Braier (2011) menciona que a partir de aquí se puede observar cómo se va formando una vertiente del trabajo clínico, vinculado con la severidad del superyó y que puede percibirse en estados patológicos de malestar, en los que a pesar de alcanzar éxito y logros, se antepone una incapacidad para disfrutarlos, por lo que pareciera que las prohibiciones y la culpa, siguen anclados a imperativos que se contraponen con los deseos parricidas e incestuosos de la vida infantil. De este modo, la existencia de un superyó sádico que llena de culpa al yo, puede llevar a una vorágine de autodestrucción y a la búsqueda implacable de castigo.

De 1925 a 1933 Freud publica tres obras, la primera: “*Inhibición, síntoma y angustia*” (1926a), describe el proceso de la formación de síntomas explicando cómo la culpa y las

defensas ante la angustia, son en realidad respuestas ante la angustia de castración. Por otro lado, menciona cómo existen resistencias al tratamiento que tienen su génesis en el superyó, como la reacción terapéutica negativa, que se relacionan con el masoquismo moral que describe en 1924 en *“El problema económico del masoquismo”*.

En *“El malestar en la cultura”* (1930), Freud menciona algunas hipótesis sobre la agresividad del superyó y el papel de las instituciones sociales en su formación, estableciendo que la culpa permitirá el acceso a la cultura y la exogamia, permitiendo la educación del sujeto. En *“Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis”* (1933), describe que en la composición de la personalidad, el superyó es la instancia que contiene las aspiraciones y prohibiciones del sujeto, lo que Braier (2011) considera como un aporte clínico invaluable para el estudio y comprensión de algunos estados melancólicos, en los que el sujeto se siente culpable de manera omnipotente debido a una estricta conciencia moral y al mismo tiempo, miserable por poseer un ideal del yo inaccesible.

Aportaciones de Melanie Klein y la teoría de los objetos

Si bien las aportaciones de la teoría estructural de Freud han sido vitales en la comprensión del superyó, Braier (2011) y Lansky (2004) señalan que el conocimiento sobre el complejo de Edipo y la angustia de castración muestran dificultades para la comprensión de las patologías, debido a que Freud menciona que el superyó femenino puede ser menos laxo, que no concuerda con la práctica clínica, ya que existen mujeres con un superyó muy severo y estados melancólicos graves, por lo que fueron los aportes de Melanie Klein los que brindaron información valiosa para comprender la patología de esta instancia (Braier, 2004)

Tomando en cuenta la cronología temporal, entre los años 1926 y 1943, Melanie Klein se dedicó a investigar y escribir sobre el trabajo psicoanalítico con niños (Braier, 2011). Para Klein (1928), el origen del superyó se remonta a épocas tempranas y se vincula con identificaciones primitivas que posteriormente se convertirán en objetos, y objetos casi personas.

Según Braier (2011), Lansky (2004) y Britton (2003), el superyó que plantea Klein en un inicio es el precipitado de diversas identificaciones, en las que el infante percibe los objetos externos como extremadamente buenos o extremadamente malos y su severidad no sólo estará relacionada con la severidad de los objetos externos, sino también con la intensidad de las fantasías sádicas y agresivas del niño.

Para Bleichmar y De Bleichmar (1997), las contribuciones de Melanie Klein estriban en dos aportaciones teóricas que son: la teoría de las posiciones y la teoría de la envidia. Respecto a la teoría de las posiciones, Klein (1946) propone que, desde el inicio de la vida existe un yo incipiente y primitivo, que usa mecanismos de defensa omnipotentes para defenderse de angustias persecutorias, es así que, en los primeros 3 meses de vida, la experiencia psíquica del bebé estará dominada por impulsos agresivos e intolerables, de los cuales se defenderá utilizando mecanismos de defensa primitivos como: la negación, la escisión, la idealización y devaluación extremos, la proyección, la introyección y la identificación proyectiva, que serán característicos de la posición esquizoparanoide.

En esta posición, la relación que tiene el niño con sus objetos es parcial y escindida, con el paso del tiempo y a medida que el aparato psíquico se va desarrollando, el infante paulatinamente podrá integrar a los objetos de una manera completa, desarrollando

sentimientos de culpa por los actos y fantasías de agresión dirigidos al objeto que le brinda satisfacción y frustración, lo que le permitirá acceder a los actos de cuidado y reparación. De este modo, se irá desarrollando tolerancia al dolor psíquico y la capacidad de cuidado a sus objetos internos y externos a partir del amor a ellos, lo que Klein (1935,1940) denominó como posición depresiva.

Respecto a la teoría de la envidia, Klein (1957) considera que, desde el momento del nacimiento, el bebé posee una envidia primaria y endógena en la que se presentan fantasías de poseer, destruir y vaciar al objeto para quitarle todo lo bueno, que se manifiesta en conductas de voracidad y angustia.

Para Klein (1957), esta envidia constitutiva tiene un impacto importante en el desarrollo psicológico del sujeto, mostrando su relación con los impulsos agresivos y violentos hacia los otros. Al ser una parte constitutiva del niño, la autora resta importancia a los aspectos ambientales, lo que le meritó recibir diversas críticas (Bleichmar y de Bleichmar, 1997).

En resumen, Braier (2011) junto con Bleichmar y De Bleichmar (1997), mencionan que las aportaciones de Melanie Klein respecto al superyó son las siguientes:

- a) La postura de que existe un superyó en el niño, que es anterior al complejo de Edipo descrito por Freud, este superyó infantil, es descrito como más severo y sádico que el superyó adulto.
- b) La propuesta de que la severidad del superyó está vinculada con las fantasías sádico-orales y anales del niño, por lo que muchas veces su severidad es más intensa que los

padres reales del pequeño, siendo la integración de objetos completos y amorosos lo que disminuirá su severidad.

- c) Para Klein, el superyó es un conjunto de objetos en relación con el yo, por lo que su concepto puede usarse en un término más descriptivo que estructural.
- d) Comenta que las experiencias de terror, angustia, degradación y castigo son producto de objetos superyoicos, que son fruto de experiencias primarias de frustración intensa, de las que el sujeto se defenderá proyectándolas hacia el exterior, vinculando la pulsión de muerte con objetos y experiencias.
- e) Propone que la presencia de objetos superyoicos y persecutorios están relacionados con la envidia, en la que los aspectos buenos de los objetos se desean para sí y generan fantasías agresivas, despertándose el temor a ser destruido y atacado por los objetos.
- f) Por último, a partir de la propuesta de la posición depresiva, Klein menciona que en el trabajo clínico existe la posibilidad de una modificación en cuanto a la severidad del superyó a partir de la ayuda del objeto real (analista), que se presentaría como un objeto superyoico más benevolente.

Si bien las aportaciones de Melanie Klein no se reducen a sus hipótesis sobre el superyó, el estudio del mundo interno y las fantasías inconscientes, dio lugar a nuevas investigaciones, permitiendo el desarrollo de propuestas novedosas para el abordaje clínico y teórico (Braier, 2004). Sin embargo, respecto al superyó es menester mencionar que una de las críticas hacia su teoría, es justamente la falta de definición entre las instancias estructurales, la relación entre ellas y el origen y desarrollo de cada una (Bleichmar y De Bleichmar, 1997).

Aportaciones finales y la clínica del superyó

En cuanto a las aportaciones que se han hecho desde ese momento y hasta nuestros días, Braier (2011) refiere que existen autores que han desarrollado diversas perspectivas al trabajo clínico y a la explicación de la psicopatología.

1. En primer lugar, se nombran las aportaciones de la escuela francesa, León (2012) menciona, que Jaques Lacan establece al superyó como un imperativo al goce y es descrito como un aspecto tiránico, que ordena, incita y al mismo tiempo prohíbe. Esta contradicción es representada como una voz y como un punto de falla de lo simbólico, que incita a una división del sujeto contra sí mismo. Al ser un imperativo del goce que está situado en la pulsión de muerte, el superyó entonces toma un matiz de lo masoquista que paraliza el trabajo del yo y se opone al pensamiento de lo inconsciente (León, 2012).
2. Otros de los autores que destaca Braier (2011), es Garma (1935, 1966) quien presenta al superyó como un engañador en los estados de manía, en dónde el yo siente satisfacción al sucumbir a sus imperativos, causando empobrecimiento y lo llevan a asumir una posición masoquista.
3. Agrega la postura de Racovsky (1981), quien habla sobre el factor filicida presente en los padres, que puede ser activo (violencia y maltratos físicos) o pasivo (abandono, negligencia, maltrato psíquico), dejando huellas en el psiquismo y favoreciendo el desarrollo de un superyó sádico que permanece en la relación psíquica yo y superyó (Braier, 2011).
4. Me parece importante agregar las aportaciones de Donald Winnicott (1960), que toman como eje principal el impacto del cuidado materno y el ambiente en la

constitución del sujeto, dónde el superyó puede representarse como un sostén interno, que permite regular los impulsos, reproduciendo los cuidados maternos con los que el sí mismo (*self*) se irá identificando en el proceso de la dependencia a la independencia. Winnicott (1962b) desarrolló un nuevo campo para el trabajo clínico de patologías por déficit, que se caracterizan por experiencias de desamparo y falta de sostén interno.

Si bien la historia y las investigaciones sobre el superyó continúan en la actualidad, sería imposible citarlos todos. El concepto del superyó forma parte del análisis de este estudio, sin embargo, aún hay conceptos por abordar respecto a su relación con la clínica y trabajo analítico.

Para culminar este apartado, se aborda la postura de Braier (2004), quien menciona que dentro del superyó se encuentran las funciones de autoobservación, conciencia moral y creación de ideales, que Lansky (2004) describió como funciones de la conciencia de sí mismo. En contraste con la postura en la que el superyó está vinculado con la pulsión de muerte y la agresividad, Braier (2004) agrega que también cumple con una función protectora del yo, que se identifica con figuras parentales protectoras y amorosas que no solo lo agreden, sino que le permiten integrarse al mundo social para relacionarse y Holmes et al. (2009) respalda, al proponer cómo el apego del niño a sus figuras parentales, se relaciona con las experiencias de persecución o protección provenientes de dichas identificaciones y que se verán reflejadas en la relación terapéutica.

La Patología del Superyó.

Como ya se manifestó, el superyó es una instancia psíquica con un lugar considerable dentro del trabajo clínico en el que se abordan diversas patologías que pueden derivarse de un exceso o un déficit. Para la comprensión de la dinámica de dicho proceso de trabajo, se abordarán de manera breve, algunos conceptos que participan en su formación y patología subyacente como lo son: el complejo de Edipo, la agresión, la pulsión de muerte y el ideal del yo.

El complejo de Edipo en su desarrollo.

La participación del complejo de Edipo en el desarrollo del superyó es abordada principalmente en *“El yo y el ello”* (1923) y en *“Esquema del Psicoanálisis”* (1940). Así mismo, Freud hace mención a la angustia de castración y a la culpa en diversos textos dónde habla acerca de su importancia en la constitución psíquica.

Para Freud (1923,1940), el superyó es la instancia que se organiza a partir del complejo de Edipo, establece que en un inicio el bebé no posee un yo, por lo que éste se irá desarrollando poco a poco a la par del crecimiento biológico. Como primer punto menciona que hay que diferenciar entre lo consciente y lo inconsciente, premisa básica del psicoanálisis. Esta separación de carácter descriptivo, explica el trabajo de la represión como una barrera, que impide el paso a la consciencia de mociones inconscientes, que permanecen latentes y que con el tratamiento psicoanalítico, pueden llegar a acceder a la conciencia pasando por lo preconscious.

Respecto al yo, Freud (1923, 1940) escribe que es una parte alterada del ello debido a la influencia directa del ambiente, que se empeña en hacer valer sobre el ello el influjo del

mundo exterior. Su importancia funcional, radica en que es el asignado al gobierno sobre la motilidad y se rige por el principio de realidad. Así mismo, a pesar de que él lleva a cabo los procesos conscientes, debido a la represión se puede decir que una parte del yo permanece inconsciente y puede llegar a albergar sentimientos penosos como la culpa.

Respecto al superyó (ideal del yo), Freud (1914a, 1923) menciona que es una parte diferenciada del yo, que conserva su vigencia y que tiene su origen en un proceso similar al que se presenta en la melancolía, en el que, ante la pérdida de un objeto amoroso, el yo se apropia de él por medio de la identificación, para así imponerse al ello como objeto de amor.

Para Freud (1914a, 1923) las primeras identificaciones fueron aquellas que se establecen con el padre de la prehistoria personal, identificación caracterizada por ser directa y sin mediadores, posteriormente llegarán las identificaciones con secundarias con objetos parentales y una vez completado el proceso identificatorio se tendrá un precipitado que dará lugar a la identidad.

Este proceso no es sencillo de explicar, debido a la situación triangular del complejo de Edipo y a la bisexualidad constitucional del individuo. Sobre el complejo de Edipo, Freud (1923) establece que en el niño la primera investidura de objeto amoroso es hacia madre y la primera identificación es con el padre. Ambas operaciones van de la mano hasta que el niño entra en el Edipo y, por el refuerzo de los deseos sexuales, el niño comienza a ver al padre como un obstáculo para sus deseos, estableciéndose simultáneamente una relación ambivalente e identificatoria con él. La actitud ambivalente hacia el padre y la aspiración exclusivamente tierna hacia la madre, nos muestran el contenido del complejo de Edipo simple en el varón (Freud, 1923).

Con la demolición del complejo de Edipo, el niño tiene que resignar su investidura de objeto y remplazarla, lo que puede desembocar en dos situaciones: la primera es que se refuerce su identificación con el padre, que le permitirá conservar al objeto madre en su interior y mantener una relación cercana sin riesgos para el yo (Freud, 1924b).

La segunda situación, es que surja una identificación con la madre, lo que permitirá resignar su amor por ella y dirigirlo hacia el padre. Esta situación también ocurre en la niña pequeña, quien puede identificarse con la madre para así mantener el afecto del padre o identificarse con el padre retomando su masculinidad y retenerlo en su yo (Freud, 1923). El desenlace de este proceso dependerá, entonces, de la intensidad de las disposiciones bisexuales del niño en las que puede mostrar actitudes hostiles y tiernas con ambos padres.

Finalmente, Freud (1923) menciona que entre los extremos del complejo de Edipo existe una serie de eslabones intermedios a los que denomina Edipo completo que suelen ser muy frecuentes en las neurosis, en las que están presentes la identificación con ambos padres para retener a ambos objetos en su interior.

De este modo, Freud (1923) describe que en el superyó no solo están depositados los residuos de las primeras identificaciones, sino que también existe una intensa formación reactiva que impone los categóricos “*Así como el padre deberás de ser*” (p.36) y al mismo tiempo “*Así como el padre no es lícito ser*” (p.36), esta doble faz tiene su origen en el complejo de Edipo y muestra como el esfuerzo de la represión no ha sido tarea fácil para el yo, quien imposibilitado para cumplir sus deseos, se fortaleció imponiendo dentro de sí ,el mismo obstáculo tomando prestada la fuerza de la identificación con el padre.

Es así, que la génesis del superyó conservará en su núcleo el carácter del padre y que cuanto más intenso haya sido el complejo de Edipo y más rápido se haya producido la represión (por el influjo de la autoridad paterna, la religión o la enseñanza) tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó (Freud, 1923).

La agresión y la pulsión de muerte.

En sus trabajos, Freud (1915b, 1923 y 1940) distingue la existencia de dos tipos de pulsiones, las primeras son las pulsiones sexuales (*eros*) o de vida a las que atribuye también las pulsiones de autoconservación y las pulsiones de objeto, encaminadas a la conservación del yo y la reproducción, a las que Freud (1915b, 1923) adjudica también, el trabajo de síntesis y de ligazón . Por otro lado, distingue que dentro de las pulsiones sexuales hay cierto monto agresivo, que va dirigido hacia el objeto amoroso en los procesos separación y destrucción, a éstas Freud (1920, 1923) las denominó como pulsión de muerte (*thanatos*) que tienen como objetivo conducir al sujeto de regreso a su estado orgánico e inerte.

De esta manera, en una mezcla pulsional adecuada, las pulsiones agresivas estarán al servicio de la pulsión de vida (*eros*), cuyo trabajo estará encaminado a conservar un estado de compromiso con la vida. Por lo que Freud (1923) supone que, en la vida psíquica del neurótico, suele presentarse una desmezcla pulsional en la que existe una desligadura de pulsiones las agresivas, que pueden volverse contra el yo o contra el objeto, llevándolo a experimentar la ambivalencia con mucha intensidad e incluso llevando a la pulsión de vida a ponerse al servicio de la pulsión de la muerte, que es frecuente en la búsqueda insaciable de satisfacción y éxtasis (Freud, 1920).

Respecto a la agresión, también se consideran las aportaciones de Melanie Klein (citada en Bleichmar y De Bleichmar, 1997) , en donde las fantasías inconscientes tienen un papel muy importante. Para Klein (1957), el origen de la patología del superyó respecto a la agresión, estaría vinculada con las experiencias de frustración que vienen de los primeros objetos externos, así como de la envidia hacia estos; en este aspecto el papel de la envidia puede observarse en situaciones en las que el sujeto no puede disfrutar de sus logros, así como, en la devaluación de aquellos objetos que poseen algo anhelado por el yo. Es frecuente que simultáneo a la presencia de estos sentimientos, también se presenten fantasías persecutorias que son proyectadas por hacia los otros, creándose un sentimiento empobrecido de sí y una relación de carácter masoquista con los objetos externos e internos (Bleichmar y De Bleichmar, 1997).

Por último, Carvajal (1993) menciona que en el superyó se aglutinan las experiencias de hostilidad y agresión hacia los objetos infantiles percibidos como frustrantes y que no eran tolerados por el yo infantil, debido a la dependencia hacia los mismos; desde la perspectiva del autor, la frustración excesiva que no puede ser sublimada, se vuelca hacia el yo estableciendo una relación de sumisión excesiva que entorpecería el desarrollo emocional.

El ideal de yo y el yo ideal.

Braier (2011) propone que el origen de algunos estados melancólicos tiene su explicación en el *ideal del yo* y el *yo ideal*, pues algunas personas muestran un intenso sentimiento de culpa que se vincula con un sentimiento de omnipotencia, en el que se atribuyen acontecimientos o situaciones externas a sí mismas. Es frecuente que, aunque este sentimiento produzca un intenso malestar, sea la ganancia secundaria que ofrece la fantasía de omnipotencia la que impida la renuncia a la imagen del *yo ideal*. Así mismo, en algunas

ocasiones estos pacientes llegan a sentirse miserables y no merecedores de afecto, debido a que existe en ellos un ideal del yo inaccesible.

Si bien, el ejemplo anterior está relacionado con el narcisismo, se puede observar como el superyó es mostrado como un juez implacable e insaciable, que también responde a sentimientos infantiles de voracidad y búsqueda de satisfacción implacable, impidiendo al yo fortalecerse debido a que queda sometido a mandatos, que al mismo tiempo le otorgan un placer masoquista, al identificarse con estos ideales e imagos (Braier, 2011).

Masoquismo moral y culpa inconsciente.

Freud (1916), describe que a lo largo de su trabajo se ha encontrado con una serie de casos que resultan peculiares respecto a su dinámica, describiendo tres tipos de carácter: las excepciones, los que fracasan al triunfar y los que roban por culpa.

En el primero, describe que existen personas que justifican grandes fechorías debido a que consideran que para ellos la ley hace una excepción, permitiéndose ser agresivos o egoístas, a causa de un pasado doloroso o una enfermedad congénita.

Los segundos, son descritos como personas que, ante la llegada de un triunfo o logro, en lugar de sentir dicha caen en un estado de enfermedad grave, que no les permite disfrutar e incluso los lleva a perder lo alcanzado.

Por último, describe que en algunas situaciones, debido a un sentimiento de culpa exacerbado, hay sujetos que cometen robos o actos delictivos buscando deshacerse de dicho sentimiento y que solo recibiendo un castigo externo, se pueden sentir aliviados de dicha sensación.

Relacionado con esto, en “*El problema económico del masoquismo*” (1924a), Freud establece que existen tres tipos de masoquismo: el masoquismo constitucional, el femenino y el moral, siendo el último, el responsable de que el sujeto se imponga la consigna de una búsqueda de castigo inconsciente. Para el autor, la explicación de este fenómeno radica en la agresión y hostilidad inconscientes que siente el sujeto hacia ciertos objetos y situaciones, que son registrados por otra parte del yo (*superyó*), llevándolo a experimentar culpa inconsciente. Si bien, el yo no es consciente de estos sentimientos agresivos, si experimenta intenso malestar impidiéndole disfrutar sus logros, pues se encuentra invadido por sensaciones de angustia y malestar con las que se castiga constantemente.

Finalmente, en “*El yo y el ello*” (1923), Freud describe que la respuesta negativa al tratamiento, puede explicarse desde los sentimientos hostiles que se presentan en la transferencia con el terapeuta, donde el paciente empeora su estado por un lado debido a que su enfermedad le brinda ganancias secundarias, y por otro, debido a que experimenta angustia respecto a sus propios sentimientos de hostilidad y agresión, deviniendo la fantasía inconsciente de que no es merecedor de una cura, pues la enfermedad le permite sentirse libre de la angustia persecutoria, que después sería denominada como *angustia a la castración*.

Se puede observar que, el concepto de superyó y su relación con la psicopatología inició su desarrollo desde los tiempos tempranos de la teoría freudiana, y que Freud no desistió en describir a esta instancia como lo más alto y moral del ser humano. De este modo, el autor ha brindado la posibilidad de comprender algunos síntomas presentes en el malestar de los pacientes.

Sin embargo, no se debe perder de vista que, como sujeto, el terapeuta también se encuentra anclado a sus propios ideales y exigencias. Por lo que, si durante el trabajo analítico, el paciente, por medio de la transferencia, desplaza al terapeuta características de estos objetos y relaciones, el terapeuta no estará exento de revivir con el paciente o con los otros, sus propias experiencias devenidas de esta instancia.

CAPÍTULO II. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

Blan et al. (2009) definen a la relación terapéutica como una negociación entre dos personas en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad. Asimismo, la consideran un proceso, método o instrumento, en el que se transmiten los significados entre personas y grupos. La relación terapéutica, se presenta en todo proceso en el que una persona acude a otra en búsqueda de ayuda, apoyo y comprensión.

En la psicología, se define a la psicoterapia como un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un sujeto que le solicita ayuda, con el objetivo de conseguir cambios que le ayuden a mejorar su salud mental y en el que se requiere de la alianza entre paciente y terapeuta (Andrade, 2005). Por otro lado, Muñoz (2008) menciona que la alianza terapéutica no solo abarca las interacciones presentes entre los miembros de la relación, sino también una serie de idelaes sociales y culturales, en las que el terapeuta ha pasado de ser un curador a un mediador entre el paciente y su salud.

González et al. (2009) mencionan que independientemente de la perspectiva teórico-práctica del terapeuta, la alianza terapéutica es un elemento importante dentro del tratamiento, pues garantiza que el mismo se mantenga a lo largo del tiempo, permitiendo la reorganización de la personalidad en un espacio seguro. Del mismo modo, los autores hablan de aspectos objetivos (acuerdos, objetivos, adherencia al tratamiento) y subjetivos (fantasías inconscientes, repetición, transferencia y contratransferencia) del tratamiento, siendo los segundos los elementos los que retoma el psicoanálisis en su teoría y práctica.

Dentro del psicoanálisis, el estudio de la transferencia y la contratransferencia, es uno de los aportes más importantes para el trabajo psicoterapéutico. Propone que este proceso de intercambio psíquico entre dos sujetos en un espacio particular, es la génesis de la relación terapéutica que permitirá al paciente ir descubriendo sus procesos inconscientes.

Bacal (2017) comenta que los conceptos de transferencia y contratransferencia están íntimamente ligados, y que el desarrollo de ambos no ha sido el mismo históricamente. En este escrito se abordarán por separado, entendiendo que en el trabajo terapéutico ambos procesos se encuentran ligados y no se limitan a la interacción de dos sujetos, abarcando procesos relacionales externos al tratamiento, a las instituciones, e incluso a procesos internos que son ajenos a la sesión terapéutica.

La Transferencia.

Para Lagache, et al (1996) la transferencia es definida como:

Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (...) La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (p. 439)

Según Malcapine y Puig (2019), la transferencia es parte esencial del psicoanálisis, por lo que es posible encontrar una vasta literatura en relación con este concepto. Afirman además que, la mayoría de los artículos sobre la técnica, tienen como pilar la transferencia,

estableciendo que existe una extensa literatura sobre el tema, pero que son pocos los textos que abordan la teoría de la técnica, en los que el concepto de transferencia sigue siendo confuso y ambiguo.

Bacal (2017) menciona que al inicio, la transferencia se consideraba únicamente como un reflejo del desplazamiento de los sentimientos y actitudes de las figuras de la infancia del paciente hacia el terapeuta, considerándola como un obstáculo insuperable para el tratamiento. Sin embargo, con el paso del tiempo se comenzaron a valorar el resto de sus características, hasta llegar a considerarla como el elemento más importante dentro del trabajo terapéutico. Para este autor, la transferencia puede comprenderse a partir de su interpretación y uso dentro del *setting* analítico, donde destacan la teoría clásica de Freud y los aportes de autores post-freudianos en los que sobresalen las propuestas para el manejo técnico de la sesión terapéutica.

De la teoría clásica a la teoría relacional.

Con el desarrollo de su teoría, Freud sentó las bases del psicoanálisis y postuló a lo largo de su trabajo conceptos centrales para su uso dentro de la psicoterapia. Uno de los pilares de su teoría y que al día de hoy sigue siendo vigente para el trabajo analítico, fue el análisis de la transferencia. Todos los aportes que hizo el autor, fueron fruto de la experiencia e investigación que realizó a lo largo de su vida, y fue la transferencia, uno de los conceptos que Freud tuvo que replantear en diversas ocasiones.

Según Ferenczi (1919), el fenómeno de la transferencia no era nuevo dentro del campo de la medicina, pues anterior al psicoanálisis podía observarse, cómo el médico utilizaba ciertas estrategias para ganarse el afecto y confianza de sus pacientes, impactando

positivamente en la recuperación de su salud, sin embargo, esto no fue estudiado ignorando su importancia en el cuidado de los enfermos neuróticos.

El primer aporte de Freud respecto a la transferencia fue en 1895a en “*Estudios sobre la histeria*”, mencionando la importancia del médico en el trabajo para vencer las resistencias que se presentaban durante el tratamiento. Freud (1895a) describió, como la relación con el médico mostraba perturbaciones resultantes de las resistencias de los pacientes al aproximarse al recuerdo de una idea patógena. Estas resistencias se expresaban a partir de la falta de disposición para seguir trabajando, en la sensación de sentirse ofendido por el médico o en el temor de desarrollar dependencia intensa hacia él, que surgían a partir del proceso terapéutico. Freud (1912b,1915c) entendió la transferencia como la presencia de un enlace falso, que se generaba por la asociación entre representaciones del paciente y el médico que tenían un carácter superficial y que Chávez (2019) describe como los inicios del método psicoanalítico.

Años más tarde, Winnicott (1959) mencionó que la transferencia hacia el analista se instauraba siguiendo el principio básico del psicoanálisis, en el que el inconsciente del paciente dirige el análisis donde el analista debe apegarse a seguir estas pistas, cuidándose de seguir este proceso exploratorio con el paciente sin salirse de su labor como analista. Marca que en el trabajo con pacientes neuróticos en los que existe un yo intacto, puede separarse el marco de trabajo de la labor interpretativa, cosa distinta a cuando existe una falla ambiental en el desarrollo temprano del paciente, con quienes el marco de trabajo cobra mayor importancia.

Retomando “*La interpretación de los sueños*”, Freud (1900) sugiere que la transferencia se explica como un proceso, en el que una moción inconsciente que no es capaz de entrar en el sistema preconscious, transfiere parte de su carga a una moción inofensiva perteneciente al preconscious para permanecer inconsciente, llevando a vivir con gran intensidad a otras representaciones (Freud,1915a) . Chávez (2019), relaciona con este principio la propuesta de Kohut, mencionando que la transferencia es un proceso mediante el cual se unen objetos reprimidos de la libido infantil con objetos preconscious del presente.

Posteriormente, Freud (1905b) retoma el tema en el análisis del caso Dora, paciente con síntomas histéricos con la que el trabajo de análisis quedó inconcluso, debido a la presencia de una intensa reacción negativa hacia él, al respecto propuso que los afectos dentro de la relación tenían su origen en la vida infantil, reviviéndose como experiencias actuales con la figura del médico.

Freud (1905b) descubrió, que la transferencia era necesaria para el trabajo psicoanalítico, estableciendo que la cura se encontraba en describir este proceso. De esta manera, la transferencia pasó de ser un obstáculo a una herramienta muy importante, siempre que se lograra inferir sobre ésta y se le comunicara al enfermo.

A partir de su experiencia con el caso Dora, Freud (1912a,1912b,1913) se dedicó a ampliar su conocimiento sobre la transferencia, llevándole a crear escritos sobre la técnica psicoanalítica, explicando detalladamente las reglas que debía seguir el tratamiento, así como algunas consideraciones que debe tener el médico durante su labor. Respecto a la transferencia, Freud (1912b,1914b) explicó que, durante el trabajo psicoanalítico, cada

paciente presenta particularidades en la transferencia depositada en el médico, que corresponden con situaciones de su pasado, en el cual sus demandas amorosas no fueron satisfechas.

Así mismo, describió dos tipos de transferencia: la transferencia positiva, pilar que permite una alianza terapéutica, en la que el enfermo colabora con el médico; y la transferencia negativa, en la que el paciente presenta obstáculos y resistencias al tratamiento, estableciendo una relación hostil o un vínculo erotizado que se denominaría amor de transferencia (Freud; 1912a, 1912b, 1915c).

Respecto a la transferencia erotizada, Freud (1912a, 1915c) menciona que su presencia implica una de las más grandes resistencias y obstáculos para la cura; debido a que los deseos sexuales y amorosos del enfermo hacia el médico provienen de aspectos inconscientes de la sexualidad infantil, por lo que se debe abordarlos como síntoma y resistencia, absteniéndose de satisfacer al paciente de su demanda de amor y que de no ser abordadas con empatía, llevan al fracaso e interrupción del tratamiento.

Freud (1912b) establece que la transferencia es un fenómeno normal presente en la vida anímica del ser humano, existiendo una tendencia a presentarse con mayor intensidad en los pacientes neuróticos dentro del trabajo analítico. Para el médico, es imposible evitar que estas emociones y sentimientos aparezcan y, por otro lado, ofrecen información valiosa sobre la vida anímica e inconsciente del paciente, quien a partir de la repetición podría conocer las emociones que habían quedado olvidadas y ocultas (Freud, 1912a, 1913, 1914b).

En esa misma línea, para Klein (1952), la transferencia es la representación de los estadios primarios del paciente, procedente de los niveles más profundos del inconsciente

expresándose por medio de fantasías, en dónde la técnica de trabajo infiere la transferencia a partir del material expuesto durante la sesión.

Klein (1952, 1946) menciona, que la fantasías pueden deducirse a partir del discurso, la relación terapéutica y la situación social que muestra el paciente, así como a través de los mecanismos defensivos que usa contra la angustia que se presentan en la sesión. Joseph (1984) agrega que éstos no serían azarosos, ya que estarían determinados por los mecanismos establecidos en el pasado, para defenderse de la angustia que producían los objetos primarios repitiéndose con la figura del analista.

Klein (1957) estableció que, las mociones hostiles y agresivas tienen su origen en la envidia, presentándose en la transferencia positiva y negativa. Mencionó que ambos aspectos podían presentarse de manera simultánea dentro de una misma sesión, debido a la ambivalencia. Para Klein (1946, 1957), analizar los procesos de disociación, requieren de un gran esfuerzo mental por parte del analista.

Joseph (1984) menciona que el manejo de la transferencia, debe ser abordado considerando la ambivalencia del paciente hacia el analista, refutando que en algunas ocasiones los terapeutas solían reforzar la transferencia positiva, para favorecer la integración de un objeto bueno, olvidando la integración del odio y la agresión que están presentes incluso en los sentimientos amorosos. Del mismo modo, Bleichmar y de Bleichmar (1997) mencionaron que esto favorece la aparición de angustias persecutorias en el paciente, quien no podría entender sus sentimientos hostiles no integrados.

La importancia de la transferencia en el tratamiento, reside en que el paciente muchas veces no recuerda lo reprimido, pero lo actúa o repite en transferencia, permaneciendo oculto

u olvidado debido a la represión y que, llegado a cierto punto, puede caer en un estado de compulsión a la repetición (Freud, 1914b). En este escenario, la tarea del médico consiste en elaborar junto con el paciente, aquello que proviene del inconsciente y que se manifiesta como actual, dónde la alianza con el médico resulta vital para el desempeño de esta tarea (Freud, 1912b, 1914b).

Freud (1915a, 1920) propuso que la compulsión a la repetición está relacionada con recuerdos dolorosos e intensos que se encuentran reprimidos y sin acceso a la memoria, debido a esto, el paciente que no desea repetir esta experiencia, presenta resistencias a recordar, ya que, en muchas ocasiones, está relacionado con la vida sexual infantil y el complejo de Edipo (Freud, 1905b).

Durante el proceso analítico, la neurosis se sustituye por una neurosis de transferencia, en la que el terapeuta se vuelve el objeto de estos recuerdos, encaminando su labor a evitar la repetición de esta vivencia y promoviendo la posibilidad de recordar y elaborar la situación (Freud, 1914b, 1920).

Racker (1960) menciona que este trabajo requiere de un proceso reflexivo importante para el terapeuta y asume que muchos de los errores que se cometen, están relacionados con la creencia de que la transferencia proviene sólo del pasado, rechazando el presente, ocasionando mayores resistencias; o viceversa, asumiendo que las mociones eran consecuencia de la situación presente, no señalando al paciente sus motivaciones inconscientes, desatendiendo su carácter resistencial.

Otras de las aportaciones al estudio y técnica de la transferencia, fueron hechas por Donald Winnicott (1955, 1962a, 1962b, 1964) quien propuso en su teoría del desarrollo

infantil, que la labor de la madre y el medio ambiente eran vitales en la constitución del yo, mencionando que si durante este proceso se presentaban fallas importantes, el yo del paciente quedaría oculto y protegido por un falso *self* o una sensación de angustia, repitiéndose en transferencia, donde la labor se dirigiría a reparar estas fallas, en búsqueda del verdadero *self*, dando oportunidad al yo de crecer e incorporarse, dando paso un análisis ordinario de las defensas, en el que el paciente estaría listo para poder recordar y elaborar todas las fallas presentes en un pasado originario, desarrollando mayor contacto con la realidad.

Por último, Bleichmar y De Bleichmar (1997) y Yeomans et al., (2016) mencionan que, desde la perspectiva kleiniana, el análisis de la transferencia abarca de manera simultánea, los mecanismos de proyección e introyección presentes en el proceso, siendo importante que se realice el análisis de la transferencia positiva y negativa, que permitirá establecer las condiciones para explorar los aspectos más profundos del psiquismo.

Para Klein (Bleichmar y De Bleichmar, 1997), el analista puede ser vivido como una figura parental externa o interna, y el recuerdo de esta relación viene acompañado con las fantasías del paciente. Volviéndose necesario comprender la situación en su totalidad, para mostrarle al paciente la relación de la realidad externa con sus fantasías, fortaleciendo al yo y mejorando la relación con sus objetos internos y externos (Joseph, 1984).

La contratransferencia.

Lagache, Laplanche y Pontalis (1996) definieron a la contratransferencia como:

El conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de este. Freud alude a este concepto muy pocos pasajes, en los que describe que ésta corresponde cuando el

paciente tiene efecto sobre los sentimientos inconscientes del terapeuta y, que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas, lo que trae como corolario que el analista se someta a sí mismo como objeto de análisis. (p. 84)

Este concepto no fue abordado a profundidad por Freud, sin embargo con el paso del tiempo se han hecho diversas investigaciones y propuestas, que han sido importantes para el trabajo y técnica psicoanalíticos.

De la teoría clásica a la perspectiva relacional.

Dentro de la teoría de freudiana existen pocas referencias a la contratransferencia, Freud solo mencionó un poco del tema en 1910, expresando que el trabajo del médico y su relación hacia el paciente eran cuestiones que debían ser estudiadas. Sin embargo, debido a lo controversial que resultaba para el psicoanálisis, nunca volvió a hacer mención de esto, salvo algunas ocasiones en la correspondencia que mantenía con algunos discípulos y amigos (Tumas, 2015). Su postura al respecto, siempre fue limitada y en sus escritos técnicos se encuentran muchas de las recomendaciones en los que incita al médico a realizar su trabajo con abtinencia y neutralidad (Véase Freud, 1910, 1012a, 1912b, 1915c).

Fueron autores posteriores los que comenzaron a abordar el tema, sin embargo, en un inicio se le consideró como un efecto o riesgo que se presentaba durante el trabajo de análisis, y su estudio estaba dedicado a describir cuál era la postura que debía tener el analista ante ésta (Gibeault, 2002).

El primero en mostrarse en desacuerdo con Freud fue Ferenczi (1919), quien describió que el terapeuta, no tenía por qué comprometerse a mantener una actitud

permanente de dulzura y complacencia o ruda y grosera. Según Murillo (2016), Ferenczi establecía que muchas de las resistencias del paciente podían provenir de la actitud del analista o incluso de su narcisismo, de ahí propone que la actitud del médico tendría que ser aquella con la que se sintiera más cómodo, pues finalmente, lo esperable era que el psiquismo del paciente se adaptara a la personalidad del médico, lo que no libraba al médico de revisar sus afectos, pues estos traen serias desventajas en la comprensión de lo acontecido dentro de la relación.

Murillo (2016) menciona, que uno de los aportes de Ferenczi a la técnica psicoanalítica, fue el desarrollo de la técnica activa en la que el terapeuta se podía permitir ofrecer ayuda al paciente en la tarea de resolver las resistencias, rompiendo con el paradigma de la figura del analista como un personaje que, solo escucha pasivamente y no se permite intervenir en el atascamiento del enfermo.

A pesar de estas modificaciones, Ferenczi (1919) mantuvo firme que las intervenciones debían realizarse respetando el principio de abstinencia y controlando los afectos que se activaran en el terapeuta, sin disminuir su neutralidad. Proponía que se pusieran en relevancia los elementos externos y reales de la relación analítica, generándose una alianza de cooperación, que previniera el desarrollo de una relación suficientemente cercana y personal como para delimitar el ejercicio profesional (Corveleyn, 1997).

Relacionado con el postulado de Ferenczi, Winnicott (1962a) propuso que el trabajo del analista era similar al trabajo que realiza una madre dedicada a su niño, en el que se encuentran presentes la paciencia, la tolerancia y la confianza. Reconocía que el contacto constante con pacientes graves despertaba en los cuidadores reacciones violentas que

llegaban a ser actuadas al permanecer inconscientes, siendo completamente normales debido a que estos pacientes suelen agredir y violentar a sus médicos y cuidadores (Winnicott, 1947).

En 1959 el mismo autor, definió a la contratransferencia como: la desviación o alteración en las emociones, vínculos e identificaciones que se encontraban reprimidos dentro del médico, cuyo conocimiento daba como resultado la presencia de una contratransferencia objetiva. Las identificaciones e inclinaciones propias del psicoanalista, contribuían al desarrollo de un marco positivo para su ejercicio profesional, brindándole cualidades para que su labor fuera diferente a la de otro profesional (Winnicott, 1955).

Así mismo, en 1947 mencionó que el analista tiene que estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está sucediendo, tal como una madre lo hace con su bebé. Para lograrlo, el analista debe asumir su temor y odio, esperando que con el pasar del tiempo, en algún momento será capaz de decirle al paciente lo que él como analista ha experimentado en sí mismo durante del tratamiento. El desarrollo de esta tarea, implica reconocer las necesidades los deseos del paciente, separando de sí mismo sus intereses y quedando disponible ante el paciente, esperando la posibilidad de brindar algo que corresponda a las necesidades del paciente (Winnicott, 1947, 1962b).

Winnicott (1964) planteó que la labor de presentarse ante el paciente como una madre dedicada a su niño, suele ser una tarea demandante para el analista, que tiene que mostrarse sensible a las necesidades del enfermo y poseer el deseo de brindar un espacio que permita experimentarlas como necesidades reales, sin perder de vista que objetivamente no es la madre biológica del paciente.

Para Klein (1957, 1946), los orígenes de la contratransferencia se encuentran en las experiencias tempranas que todo ser humano experimenta al inicio de la vida, dónde buscamos ser calmados y aliviados de la angustia a través del cuidado de nuestros objetos primarios, sin embargo casi no abordó estos conceptos en su teoría.

Bleichmar y De Bleichmar (1997) mencionan que desde la postura de Klein, los procesos identificatorios y proyectivos tienen un rol muy importante, ya que desde esta perspectiva, la contratransferencia implica una identificación del analista con angustias y deseos del paciente en búsqueda de ser calmado, por lo que debe evitar actuar como una madre que busca calmar de manera inmediata dichas necesidades, ya que puede traer resultados contraproducentes para el paciente y el tratamiento.

Para Klein (1935, 1957), el infante tiene la necesidad de ser calmado y constantemente busca signos de amor y aceptación en situaciones de ansiedad. Al ser un anhelo universal del ser humano, establece que el análisis de estos deseos es un elemento vital en el trabajo terapéutico. Desde esta postura, el analista debe mostrarse atento, evitando calmar las angustias del paciente como respuesta a sus respectivas angustias inconscientes, provenientes de su mundo infantil, ya que corre el riesgo de alejarse del trabajo terapéutico obstruyendo que el paciente explore y entienda este aspecto de sí mismo y su relación con los otros (Bleichmar y De Bleichmar 1997).

Otro autor que escribió ampliamente sobre la contratransferencia fue Racker (1960), quien expuso que la transferencia y contratransferencia son la representación de dos elementos que se complementan mutuamente, brindando cualidades únicas a la relación interpersonal de la situación analítica. La propuesta de este autor resultó novedosa, pues

afirmó que ambos elementos se encuentran entrelazados, retroalimentándose mutuamente y dando vida a la relación terapéutica.

Para Racker (1952), la contratransferencia puede presentarse tomando como referencia la manera en como se complementan los estilos de identificación presentes en la relación terapéutica, que expresan dos funciones distintas.

La primera es la contratransferencia concordante, que coopera con el trabajo interpretativo del terapeuta, ya que actúa como un proceso de resonancia y comparación de las vivencias personales con las del paciente. Dichos mecanismos de introyección y proyección, brindan al terapeuta la posibilidad de identificarse con el yo y el ello de su paciente en sus distintas facetas, vivencias, impulsos y defensas, desarrollando una postura empática (Racker, 1960). Según Sánchez (2012), la identificación concordante del terapeuta hacia el paciente, surge a partir de la transferencia positiva sublimada y es el fundamento de la empatía y comprensión del terapeuta.

Por otro lado, la contratransferencia complementaria se caracteriza cuando la relación está invadida por identificaciones neuróticas que se interponen en el tratamiento. Esta situación se presenta cuando el terapeuta toma el lugar de un objeto interno del paciente y simultáneamente vive al paciente como un objeto interno propio, causando la repetición y actuación de situaciones desfavorables para el proceso terapéutico (Sánchez, 2012 y Racker, 1960).

La propuesta de Racker (1952, 1960) implica dos posibles identificaciones para el terapeuta: la primera, donde aparece como un intérprete que capta los aspectos inconscientes del analizado y los compara con su experiencia, logrando una postura empática y objetiva.

La segunda, implica la presencia de reacciones neuróticas por parte del analista, generando respuestas contraproducentes y neuróticas que obstaculizan al trabajo de análisis.

La contratransferencia forma parte del pensamiento y acciones del terapeuta, de la misma forma que influye en la imagen que el paciente forma acerca del analista (Corveleyn, 1997). Dando lugar a un fenómeno que hasta ese momento no había sido abordado profundamente, así como los terapeutas observan a sus pacientes, ellos son observados de forma consciente e inconsciente. De esta manera, la contratransferencia fue transformándose en un aspecto central de la teoría y comenzó a estudiarse con el objetivo de incluir su análisis en la técnica psicoanalítica (Bacal, 2017).

Para Baranger y Baranger (1961), la contratransferencia incluye a los procesos de transferencia observándolas como un proceso en sí mismo y no como fenómenos aislados, ya que ante una respuesta transferencial, el médico no está exento de identificarse con los objetos internos del paciente, y muestra la importancia de que el analista lleve un proceso de análisis personal, ya que como mencionó Freud (1910), el médico no llegará más lejos de lo que sus propias resistencias y defensas le permitan.

La intertransferencia.

Como se observó, los conceptos de transferencia y contratransferencia tienen gran relevancia dentro del esquema del trabajo psicoanalítico. El abordaje de los mismos ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ya que pasaron de ser considerados obstáculos para el trabajo psicoanalítico a herramientas para la comprensión del funcionamiento mental del consultante.

A pesar de ser muy importantes para el trabajo, éstas no solo se presenta en la relación terapéutica, debido a que abarcan a todas las relaciones humanas y fenómenos grupales. De Carvalho y Godoy Castanho (2015) mencionan, que una de las aportaciones de René Kaës al trabajo grupal e institucional, ha sido el desarrollo del concepto de intertransferencia que fue abordado a partir del estudio de los fenómenos grupales, en los que se observó que en algunas ocasiones el analista que estaba trabajando con un grupo o en equipo, actuaba la contratransferencia que se despertaba en la situación grupal con otros colegas o con la institución en la que trabajaba.

Según Kaës (2004), éste fenómeno se presenta cuando existen aspectos transferenciales dentro del grupo que no son atendidos o interpretados, por lo que son llevados por el terapeuta al equipo de trabajo de manera inconsciente, repitiéndose un aspecto transferencial fuera de la sesión que es actuado por el terapeuta. En esta situación, la transferencia y contratransferencia trascienden el espacio de trabajo llegando a otros de manera inconsciente (De Carvalho Godoy y Castanho, 2015). El origen de esta situación se encuentra en las resistencias del paciente y el terapeuta que no han sido abordadas, estableciéndose una alianza inconsciente entre analista y paciente para no abordarlas, debido a que se relacionan con situaciones dolorosas que permanecen bajo el imperio de la represión en ambos miembros de la relación y a los que sólo se tiene acceso con la presencia de un tercero que puede señalarlos (Kaës, 2004).

A pesar de que la transferencia y contratransferencia se presentan en todas las relaciones humanas, ha sido el enfoque psicoanalítico quien las coloca como los elementos más importantes de la psicoterapia. De modo que, para su comprensión y manejo han surgido

varias propuestas que permiten al analista, realizar su tarea de modo que el paciente pueda beneficiarse del mismo.

Elementos y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.

Encuadre.

Para Espada (2000), el encuadre es considerado una cuestión central en la teoría sobre la técnica, siendo el dispositivo que configura la situación analítica y que permite surgir el proceso de análisis. En la misma línea, Nieto (2019) menciona que en cada disciplina existen preceptos y herramientas que le permiten funcionar y que en el caso del psicoanálisis se encuentran en el encuadre. Para Quinodoz (1992), el encuadre es un conjunto de condiciones necesarias, que se han mostrado adecuadas para generar un tipo de relación psíquica entre paciente y analista, mediante las cuales puede establecerse el proceso analítico.

Etchegoyen (2010) menciona, que la técnica y encuadre actuales del método psicoanalítico, surgieron de las técnicas de hipnosis y del método catártico, que al inicio fueron implementadas por Freud para el tratamiento de las neurosis histéricas. Según el autor, Freud fue implementando sus elementos, a partir de ir descubriendo cómo los pacientes implementaban resistencias cuando se acercaban a recuerdos o experiencias dolorosas que habían sido olvidadas, lo que llevó a desarrollar una serie de condiciones para poder vencer las resistencias y ayudar a sus pacientes.

A pesar de las diferencias dentro de la teoría psicoanalítica, el encuadre sigue considerándose como el pilar del trabajo terapéutico. Al respecto, Green (2011) describe sus componentes en una metáfora en la que los elementos esenciales e inamovibles del psicoanálisis son como una joya, siendo estos: la asociación libre, la neutralidad, la

abstinencia y la atención flotante. Por otro lado, el estuche que guarda esta joya es el encuadre, abarcando las condiciones en las que se presentará el proceso como son horarios, honorarios, frecuencia de las sesiones y duración. Implicando que, si bien el estuche puede tener características distintas, la joya sigue siendo la misma, aspecto muy relevante si se consideran las condiciones derivadas de la pandemia por el COVID-19.

La importancia y significado del encuadre es importante, ya que permite que las reacciones transferenciales y contratransferenciales se gesten en un espacio seguro, con la posibilidad de interpretarse, salvaguardando al paciente y al terapeuta de situaciones invasivas y violentas (De Uturbey, 1999). Para Bleger (1967), el encuadre es como una relación simbiótica, pues es el lugar donde el paciente y, a veces incluso el terapeuta, pueden depositar sus angustias. De manera simbólica, ayuda a estructurar y acceder a los aspectos primitivos y secundarios del paciente ayudándolo a simbolizar aspectos que no han podido apalabrarse.

Para Winnicott (1962a), el encuadre es una herramienta que permite la supervivencia del analista de los ataques destructivos del paciente, permitiendo acceder a sus aspectos más destructivos, situando al analista como un objeto exterior, diferenciado y no como una proyección de sí mismo. Así mismo, compara al encuadre con las funciones maternas del *holding* y *handling* en el que se tienen que procurar las condiciones adecuadas para que el paciente confíe en el analista (Winnicott, 1964).

Urribarri (2012) propone, que el objeto materno puede transformarse y fusionarse con el encuadre, que servirá para contener el espacio con una representación simbólica y posibilitará el revestimiento del mismo, con representaciones de objeto e investiduras de

pulsiones eróticas y agresivas que permitirán acceder al espacio simbólico. De la misma manera, Nieto (2019) menciona que el encuadre no solo favorece al proceso de análisis, sino que además es una poderosa herramienta diagnóstica, pues la reacción de los pacientes ante el mismo estará atravesada por la relación que tienen ellos con su propio espacio simbólico.

Los componentes más importantes del encuadre fueron abordados por Freud (1912a, 1913), que describió una serie de consejos para el tratamiento psicoanalítico que no han cambiado mucho desde entonces y siguen manteniendo su esencia. Dichos elementos y reglas del encuadre según Urtubey (1999), Etchegoyen (2010) y Espada (2000) son:

1. *Estabilidad y continuidad*: Está regla abarca la frecuencia, duración y temporalidad de las sesiones; se establece que la frecuencia será en un horario fijo que puede ir de dos hasta cinco sesiones por semana dependiendo de las necesidades y características del paciente; la duración de las sesiones será de 45 a 50 minutos, estableciéndose el acuerdo de que la duración del tratamiento implica un viaje que puede durar incluso años, así como el anuncio con antelación de los periodos vacacionales.
2. *Constancia espacial e intimidad segura pero distanciada*: Esta regla consiste en establecer un espacio seguro que sólo será ocupado por el paciente y el analista, de existir un diván, éste tiene la función de establecer la asimetría en la relación, consiste en disponer de un espacio seguro, tranquilo, neutral y estable para que se lleven a cabo los procesos inter e intrasubjetivos de la relación terapéutica.
3. *Relación de carácter profesional*: Esta regla abarca el pago de los honorarios y las reglas para permanecer en el tratamiento. En caso de que se lleve a cabo en un espacio institucional, se acuerdan el costo y frecuencia de los pagos, permitiendo posicionar la relación con el terapeuta dentro de lo profesional.

4. *Abstinencia*: En esta regla se establece que el paciente y analista no sostendrán ningún tipo de relación o contacto fuera del análisis mientras dura el tratamiento e incluso cuando éste haya finalizado. Por otro lado, el analista informa que toda la comunicación que haya será puesta al servicio del análisis y las necesidades del tratamiento, evitando satisfacer sus necesidades o deseos personales, así como no contactará con personas cercanas al paciente, salvo que el tratamiento lo requiera.
5. *Tarea analítica*: Relacionada con la regla de la libre asociación, en esta se invita al paciente a comunicar todo aquello que le venga a la mente sin que esto sea dirigido o censurado por él, esclareciendo que toda comunicación es importante y que facilitará el trabajo terapéutico.
6. *Atención flotante*: Establece que la escucha y atención del terapeuta deben estar dirigidas a todo lo acontecido durante la sesión, evitando que se enfoque en un contenido u objetivo en particular que pudiera sesgar la escucha del médico. Relacionada con la regla de abstinencia, pone al terapeuta en el lugar de un observador que recaba información para su posterior interpretación.

Al respecto, De Uturbey (1999) menciona que, si el analista está bien analizado, poseerá un encuadre interior y estará dispuesto a autoanalizarse pronto, surgiendo las condiciones necesarias en él para lograr que el paciente pueda asociar a su propio ritmo. Además, de establecerse los elementos para que se instaure una relación terapéutica que permita un nivel adecuado de frustración en el paciente que le posibilite pensar. Asimismo, Quinodóz (1992), menciona que el encuadre posibilitará cierta contención que sostendrá al paciente y al tratamiento, fundándose una relación de confianza mutua, transformando al

análisis en una experiencia nutricia, permitiendo al terapeuta desarrollar una escucha receptiva hacia su paciente que le permita entender lo que acontece en la sesión analítica.

Interpretación

Las condiciones y reglas del encuadre, se establecen para que exista la posibilidad de construir un espacio analítico, una vez establecido, una de las labores del terapeuta será informar al paciente sobre lo que acontece en el espacio, posicionándose como un objeto al servicio del paciente y el tratamiento. Los instrumentos utilizados para llevar a cabo el trabajo serán la teoría, la formación como analista y la interpretación.

Según Etchegoyen (2010), la interpretación es una manera especial de informar, por lo que debe ser ante todo veraz y basada en el contenido del paciente; además debe ser desinteresada, ya que de no ser así corre el riesgo de ser una sugestión. La interpretación debe ser pertinente y útil para el paciente, aparece en relación con lo acontecido, es decir, porque se dio la oportunidad para informarlo.

La interpretación es una explicación que el analista da al paciente acerca de lo que está sucediendo y que puede llevar al *insight*. Anzieu (1969) citado en Etchegoyen (2010) dice que la interpretación se define más por su intención que por los efectos que tiene.

Complementario a esto, Winnicott (1963) menciona que otra característica de la interpretación es la de informar el sentido o intención de lo sucedido y que no solo está ligada con el contenido semántico, lo que puede favorecer la creación de nuevos significados y conexiones en las experiencias del paciente. Dentro del marco psicoanalítico, la interpretación es una labor del analista, que consiste en dar sentido a aquello traído por el

paciente y que, para Etchegoyen (2010) esta tarea se encuentra ubicada entre el conflicto y el deseo.

Etchegoyen (2010) menciona, que el trabajo y técnica de la interpretación ha sido abordado por muchos teóricos que han propuestos diversas estrategias y técnicas para realizarla, estas modalidades de abordaje también corresponden con el recorrido histórico del concepto, es decir, con las técnicas y estrategias que iban implementado Freud y sus seguidores a partir de su trabajo clínico. En un inicio, se estableció como objetivo de la interpretación dentro del trabajo analítico: hacer consciente lo inconsciente, sin embargo, este concepto se fue enriqueciendo según De Uturbey (1999).

Así pues, según Etchegoyen (2010), se pueden describir tres niveles de la interpretación:

1. *El topográfico*: que toma la premisa básica de hacer consciente lo inconsciente.
2. *El dinámico*: cuyo objetivo es el de superar determinada resistencia.
3. *El económico*: que consiste en tomar el material del paciente en el punto preciso en el que a juicio del analista, está cristalizando los afectos en su estado más álgido. Dicho punto alcanza el nombre de timing en la teoría de Reich y punto de urgencia en la teoría de Melanie Klein.

Las diversas posturas alrededor de la interpretación, oscilan respecto a cuál es el aspecto que debe interpretarse y como debe ser la postura del analista frente a eso. En el trabajo clínico, los analistas pueden tomar como referencia los conflictos presentes entre las instancias del aparato psíquico o las resistencias que el paciente tuviese respecto al tratamiento. Según Etchegoyen (2010), Reich mencionaba que el trabajo tenía que enfocarse

en las resistencias del paciente y en los procesos proyectivos que se presentaran. Por su lado, A. Freud (1980) mencionaba, que el trabajo debía dirigirse al conflicto que existiera en un nivel intrapsíquico, con el objetivo de distinguir el origen de la angustia, oscilando como un péndulo entre la resistencia y el impulso.

Una de las propuestas que ha causado diversas controversias, ha sido la de Melanie Klein (1975), quien en su trabajo con niños no dudaba en mostrar y describir lo que sucedía, intuyendo la fantasía que estaba presente (desde su perspectiva) en la mente del paciente. Las críticas a este modelo, se definen en que pareciera que el trabajo del analista se reduce a interpretar, sin tener consideración respecto a los efectos colaterales que puede tener, lo que puede hacerla ver como una interpretación ruda y desconsiderada (Etchegoyen, 2010). Klein en su momento afirmó que esto favorecía la confianza del paciente hacia su terapeuta, debido a que podía sentir que todos los aspectos eran aceptados; actualmente hay autores que difieren de su postura (Bleichmar y De Bleichmar, 1997).

Winnicott (1963) por su lado, estableció que en muchas ocasiones la interpretación está sobrevaluada, descuidándose aspectos importantes como la actitud del analista, su disposición e incluso la adaptación de éste a su paciente, quien en un inicio mostraría desconfianza y resistencia debido a que estaba en una situación desconocida. También, afirmaba que una buena interpretación no era aquella que era aceptada sin resistencia por parte del paciente, sino aquella que fuera capaz de causar sorpresa en él.

El manejo técnico de la transferencia y contratransferencia, es un tema que ha ido transformando la práctica clínica; algunas de las aportaciones actuales, son aquellas que surgieron a partir de la teoría relacional o intersubjetiva que emergió en Estados Unidos de

Norteamérica en la década de 1980, a partir de las propuestas de autores como: Kohut, Winnicott, Ferenczi, entre otros.

Este movimiento, propuso que la transferencia y la contratransferencia son propiedades que surgen dentro los sistemas intersubjetivos y relacionales, considera que la historia y experiencia del paciente, son una matriz relacional, en la que se mezclan experiencias sensoriales, recuerdos, frustraciones, fantasías y pensamientos (Hernández & Hernando, 2012). La interpretación, desde esta perspectiva, no está encaminada a encontrar el origen exacto de la transferencia, pues busca optimizar las interacciones dentro del proceso analítico, que comprende un vínculo entre dos subjetividades siendo co-creativo y genuino (Daurella, 2017).

Para la teoría relacional, la transferencia y la contratransferencia son definidas como: una expresión de la actividad organizativa del paciente y el analista respectivamente, en donde la experiencia dentro de la situación analítica surge a partir de la configuración arcaica delimitada por el *self* y el objeto de ambos miembros (Bacal, 2017). Para esta perspectiva, la transferencia, la contratransferencia y la resistencia son fenómenos co-creados entre el terapeuta y el paciente, esto implica que el terapeuta ocupa un papel más activo dentro del tratamiento y necesita poder cuestionarse en todo momento cuál fue su contribución a la sesión, tomando en cuenta su perspectiva e historia personal (Sánchez, 2012).

Sánchez (2012) establece, que desde esta perspectiva la interpretación de la transferencia no es imprescindible, proponiendo que es más importante la relación entre el analista y su paciente. Para esta postura, el trabajo del analista no se limita a la interpretación, pues en ocasiones el malestar del paciente no surge solo del conflicto intrapsíquico y

resistencial, sino de un déficit en su desarrollo emocional que suelen manifestarse en la contratransferencia (Coderch, 2015).

Si bien algunas patologías, debido a un déficit en relación con los objetos primarios, implican un análisis profundo y arduo trabajo por parte del terapeuta, los aportes de la teoría relacional a la técnica, devienen en el análisis de la relación que se establece entre paciente y analista, donde los fenómenos transferenciales se originan en la relación que se ha establecido entre ambos miembros (Donnet, 2001). Los elementos de la relación, muestran la organización que poseen ambos miembros para relacionarse, por lo que la contratransferencia ya no es considerada una respuesta neurótica o patológica del analista, sino que se utiliza como herramienta, para comprender lo que sucede dentro de la sesión, tomando como referencia la historia personal del paciente y del analista (Daurella, 2017).

Debido a los aportes de esta propuesta a la comprensión de los elementos de la relación analítica, llevó a autores como Coderch (2010) y Fiorini (2006) abordaran que si bien actualmente, las reglas del análisis clásico siguen vigentes, la manera de relacionarnos en sociedad ha cambiado significativamente, lo que implica es necesario explorar nuevas formas de trabajo, dónde se tomen en cuenta las necesidades y características de la población y las instituciones.

Estas propuestas implican tratamientos breves y focalizados, objetivos que difieren de los del psicoanálisis clásico y que buscan acompañar, o incluso favorecer el desarrollo de una demanda de tratamiento, brindando la posibilidad de una técnica que pueda adaptarse a las situaciones externas y que pueda responder a nuevas necesidades sociales distintas a las que describió Freud en 1919.

Como se observa, los conceptos abordados son extensos y fundamentales en la formación de nuevos terapeutas, sin embargo, tomando como referencia que el terapeuta también pertenece a un contexto social particular, su formación no solo implica la adquisición de un bagaje teórico sino también del acompañamiento de un supervisor y un proceso de análisis personal.

CAPÍTULO III. LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y ANÁLISIS PERSONAL.

La supervisión.

Definición:

Para Castillo (2020), la formación del terapeuta con perspectiva psicoanalítica, se sustenta en un proceso de enseñanza – aprendizaje, donde la supervisión y el análisis personal son imprescindibles. Menciona que de la enseñanza de los fundamentos teóricos, se obtienen las bases necesarias para comprender los diversos conflictos y funcionamientos que constituyen a los pacientes. Simultáneamente, la formación se nutre del análisis personal que como experiencia subjetiva e individual, muestra desde la experiencia, el valor y los alcances del método psicoanalítico, ofreciendo al psicoterapeuta la oportunidad de conocer sus propios conflictos, para así discriminar entre lo que le pertenece a él y lo que pertenece al paciente. El último elemento, es la práctica clínica supervisada, que consiste en hacerse acompañar por otro terapeuta con mayor experiencia, quien proporcionará una mirada alterna y complementaria al trabajo clínico que realiza el aprendiz.

Kraut (2018), menciona que la supervisión puede abordarse como un espacio para entender no sólo el modo en que se articula la práctica con la teoría, sino también para comprender el manejo de los fenómenos psicoanalíticos que involucran al analista con su paciente; una clínica que se produce bajo el influjo de la transferencia. Para Watkins (2013), la supervisión es el segundo proceso más importante dentro de la formación psicodinámica, luego del análisis personal del terapeuta. Por otro lado, Saucedo (2014) lo define como: *“Un proceso formal de aprendizaje y apoyo profesional, que incluye practicantes que desarrollan*

conocimiento y competencias; que asumen la responsabilidad de su propia práctica y dan protección y cuidado a su cliente, en situaciones complejas.” (p.24).

Saucedo (2014) refiere, que la importancia de supervisión es tal, que dentro de los programas de formación y enseñanza de la terapia psicoanalítica, se incluyen espacios para la supervisión del alumno, buscando que pueda adquirir las habilidades y competencias para desempeñar su labor con responsabilidad y ética. Debido a esto, dentro del programa de maestría en psicología de la UNAM, la residencia en psicoterapia para adolescentes, ofrece a sus alumnos, durante toda su formación, la supervisión individual y agrega durante el último año un espacio para la supervisión grupal.

Funciones de la supervisión y el supervisor.

Watkins (2013), menciona que al inicio no existía un espacio de supervisión formal e incluso eran pocos los trabajos dedicados a ésta, actualmente esto ha cambiado y se le adjudican a la supervisión tareas como:

1. El desarrollo, aprendizaje y dominio de las habilidades técnicas y conceptuales.
2. El desarrollo y asentamiento de la identidad analítica o personalidad terapéutica.
3. La evaluación de la calidad de los esfuerzos del alumno durante el tratamiento y de ser necesario, si no es un buen candidato, no permitirle seguir adelante.
4. Salvaguardar la integridad y cuidado del paciente.

Los orígenes de la supervisión se remontan a los inicios del psicoanálisis, desde entonces Freud esclareció, que la única manera de poder aprender el método psicoanalítico era sometiéndose uno mismo al análisis y que uno de los corolarios para ejercerlo, incluía el manejo del marco teórico y la supervisión a cargo de un colega más experimentado (Freud,

1926b). Sin embargo, Saucedo (2014) establece que estas pautas eran un poco laxas e incluso confusas, pues no existía un marco institucional que regulara como debía establecerse el proceso de supervisión. Fue hasta 1920, cuando Etington (citado en Saucedo, 1914), reconoció la necesidad de un entrenamiento práctico al que denominó análisis-control, conduciendo a la búsqueda de una propuesta de formación que incluyera el sistema tripartita de Freud.

En la actualidad, el estudio de la supervisión psicoanalítica, tiene como objetivo analizar los factores psicodinámicos que se desarrollan durante el proceso de supervisión clínica, que permiten construir un espacio de aprendizaje para el alumno que se entrena en psicoterapia psicoanalítica (Fuente, 2006).

La importancia del estudio de la supervisión, surge del hecho de que al igual que en el proceso clínico, existe una relación entre supervisor y supervisando, en el que Sarnat (1998), menciona se desencadenan una serie de fenómenos inconscientes que pueden interferir de manera importante en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Para Saucedo (2014), la supervisión tiene como objetivo que el alumno tenga un modelo externo con el cual identificarse, que le permita ir desarrollando su propia identidad como terapeuta, así como lo hace un paciente con su terapeuta, además de transmitir los conocimientos necesarios para su aprendizaje. Por lo que demanda del supervisor una actitud mental, con cualidades de paciencia, mente abierta, capacidad para tolerar lo desconocido, receptividad para lo nuevo y capacidad imaginativa.

Por otro lado Mannoni (2002) citado en Saucedo (2014), menciona que una de las desventajas de la supervisión institucionalizada, es que al ser considerada como una

condición necesaria para acreditar la formación, implica una serie de riesgos, entre los que se encuentran la búsqueda de los alumnos por agradar al supervisor para gozar de su aceptación, en el que la institución y el superyó adquirirían las características de un superyó externo e institucional que no suele considerarse en los análisis.

Para Grinberg (1975), el hecho de que el alumno no analice y reconstruya los derivados del desprendimiento post-edípico, la formación del superyó, del ideal del yo, el desprendimiento postadolescente y la consolidación de una identidad, tendrá consecuencias en su reconocimiento final como terapeuta, que impactarán en su capacidad para pensar de manera autónoma, causando que el alumno no logre desprenderse del tutelaje superyóico para trabajar tranquilo y acabe contaminando al superyó, llevándolo a intelectualizar demasiado y tomar posiciones muy rígidas contra las manifestaciones regresivas del paciente.

Carifio y Hess (1987) mencionan, que las características que necesita poseer *el supervisor ideal* son: importantes niveles de empatía, respeto, capacidad de ser genuino, capacidad para expresar sus ideas, ser claro, establecer objetivos de la supervisión y guiar los contenidos de las sesiones hacia las metas de la supervisión. A éstos, Kraut (2019) agrega, que la tarea como supervisor no se debe centrar en la interpretación del discurso del paciente a través del relato que trae el supervisando, sino en ayudarlo a pensar el propio relato con el que presenta a su paciente, tanto en lo que se refiere a sus interpretaciones como a aquellos puntos ciegos a los que se enfrenta con su escucha.

Relación entre supervisor y supervisando.

Saucedo (2014) aborda que, al igual que en el proceso clínico, en la relación de supervisión pueden aparecer resistencias y respuestas transferenciales que impactan en el proceso y que pueden manifestarse como:

1. Resistencias ante el proceso debido a que no existe una comunicación clara de las diferencias entre ellos o incluso no hay respeto ante ellas.
2. Negar la necesidad de supervisión, debido a que el supervisando se siente atacado en su narcisismo.
3. Que el supervisor intente de manera inconsciente que el supervisando sea una imagen de él mismo sin respetar su individualidad y puntos de vista.
4. El alumno introduce aspectos personales dentro de la supervisión y deja de lado la importancia del proceso.
5. El alumno no toma notas, las olvida o incluso las modifica añadiendo cosas que no sucedieron.
6. Pérdida de confianza en el supervisor.
7. Reacciones contratransferenciales por parte del supervisor, cuando el supervisado abarca toda la sesión con información del paciente sin espacio para hacer comentarios.

La importancia de la relación entre supervisor y supervisado tiene un impacto en la formación profesional del terapeuta y en su formación personal. Baum (2006) menciona, que existen estudios que revelan que cuando finaliza un proceso de supervisión, aquellos alumnos que vivieron una relación de cordialidad y aceptación por parte del supervisor, al final muestran mayores deseos de superación y confianza en sí mismos.

La situación anterior, se contrasta con la perturbación en la conformación de la identidad psicoanalítica, en la que pueden surgir o incrementarse, tendencias narcisísticas, sentimientos de rivalidad o de envidia hacia las figuras del supervisor, vividas como idealizadas o persecutorias. Así como, propiciar la aparición de una necesidad de adherencia a ciertos puntos de vista, o tendencias teóricas asumidas como ideales o mejores a las que se apega el alumno (Tomas, 1983).

Saucedo (2014) menciona, que el manejo de la supervisión también debe estar sometido a un proceso que regule y establezca cuales son las funciones y tarea de los integrantes de la relación. Proceso que se asemeja al encuadre del proceso terapéutico en el que debe existir un horario determinado, un espacio dedicado a ello, así como establecer cuáles son los objetivos y tareas que debe cumplir el supervisor. Establece que la figura del supervisor, al igual que la del analista, no debe permitir que se favorezca una dependencia hacia él, manteniendo una distancia ética y profesional; y sugiere que incluso el hecho de que existan sesiones espaciadas, con horarios determinados favorecerá el manejo de las angustias de los supervisandos, aumentando la confianza en sí mismos.

Por otro lado, comenta que en ocasiones la autoexigencia del alumno, así como la presencia de un contexto institucional en el que se exige a los alumnos a cumplir con ciertos requisitos, como número de sesiones, horas obligatorias de supervisión y someterse a un análisis personal, puede despertar en éste angustias persecutorias y reacciones defensivas que, más que emerger por una mala relación con el supervisor o por un mal manejo de la supervisión, son efecto de la estructura psíquica del alumno y el contexto en el que se encuentra, por lo que en estas situaciones se recomienda que lo anterior se aborde en el proceso analítico del alumno (Saucedo, 2014).

El análisis personal.

En 1926, Sandor Ferenczi dio una conferencia en Madrid, en la que describió que aquellos que aspiran a aprender la técnica psicoanalítica deben comprender, que a diferencia de las otras disciplinas en las cuales se puede acceder a su praxis a partir del estudio de textos y prácticas experimentales, para ejercer como analista es necesario hacer una rigurosa observación y estudio profundo de nuestra personalidad, así como nuestras mociones afectivas.

Para Ferenczi (1926), el conocimiento y dominio de uno mismo es lo esencial de la formación analítica, donde la formación teórica y práctica pueden venir después. El valor del estudio de uno mismo, descansa en el hecho de que el psicoanálisis está dedicado a la comprensión de los fenómenos instrospectivos y subjetivos, por lo que para comprender el material psíquico recogido por otros, nos vemos obligados a aproximarnos a partir de nuestros propios procesos intelectuales.

Ferenczi (1926), menciona que el trabajo analítico implica tener contacto con nuestras propias pulsiones primitivas e infantiles, ya que el método psicoanalítico lleva al conocimiento y dominio del inconsciente, usando como método la asociación libre. Por otra parte, menciona que este proceso puede llevarse a cabo de manera solitaria, empero no bastará, pues el trabajo individual nunca podrá sustituir al trabajo que se logra con ayuda de otro, premisa que está presente desde el inicio de la relación terapéutica.

Zaffore (2017) menciona que algo en lo que coinciden tanto Freud como Lacan, es que el camino que se recorre para llegar a ser analista está en su mayoría en el análisis personal del analista, lo que le lleva a preguntarse ¿Qué significa que solo el análisis personal

es lo que nos permite devenir como analistas? ¿Qué del análisis personal es didáctico? ¿Qué nos enseña dicho análisis? ¿Cómo usamos el análisis personal al momento de intervenir como terapeutas?

Para responder a estas preguntas, la autora establece que una de las premisas del trabajo psicoanalítico, es que el analista utiliza su inconsciente como una herramienta de trabajo, es decir, que accede a él para poder captar y ser capaz de interpretar lo que acontece en el paciente. La autora establece, que el analista solo puede posicionarse como tal, una vez que ha entendido la dinámica de su propio deseo y la ha asumido; así mismo, postula que la interpretación que brinda no se puede medir en términos de objetivos sino en el efecto que esta tiene en el otro y que, solo cuando logra entrar en esta dinámica con el otro y con su propio inconsciente se puede acceder a la posición de analista que se conquista y no se otorga.

El deseo del analista.

Carrizo (2019), menciona que el deseo del analista es un concepto introducido por Lacan en su obra “Las direcciones de la cura y los principios de su poder” donde lo aborda ampliamente. Para Lacan (1975) citado en Carrizo (2019), el deseo del analista no se refiere solo al deseo de atender al paciente, sino del deseo de que haya análisis, es decir, viene de la experiencia analítica y a su vez es condición de la misma. Incluye el estudio de la teoría, el contacto con los otros y el compromiso de reinventar el psicoanálisis en cada encuentro, por lo que su ética se sostiene en el no alejarse, ni olvidarse de lo irreductible del sujeto y su singularidad.

Desde esta postura, el deseo del analista no busca corregir la conducta, ni apunta a una dirección de conciencia, sino que abre un espacio vacío para que surja el deseo del otro,

que permite al paciente comenzar a cuestionarse y pensar sobre sí, influyendo en la elección del paciente para posicionarse de manera diferente sobre su síntoma y que por añadidura llegue la cura.

Nasio (2016), apunta que la ética del analista es una ética hacia el deseo, es decir, que el deseo del analista es que el paciente pueda contactar con el deseo. Siendo esto, un deseo de saber aquello que no sabe, lo que implica que el analista se posicione como alguien que no posee un saber específico, que respeta la singularidad de su paciente y que se abstiene de satisfacer sus demandas, ya que no se ofrece a sí mismo como un ideal.

De este modo, se puede culminar este capítulo reflexionando que el análisis personal ofrece no solo la posibilidad de contactar con conflictos inconscientes, sino que además permite posicionarse de una manera distinta ante uno mismo, la labor y ante la vida, permitiendo la conquista de identidad dentro de la singularidad y deseo.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Cada vez que iniciamos un proyecto, ya sea profesional o personal, solemos atribuirle ideales y expectativas que se relacionan con nuestros más profundos anhelos y deseos que suelen relacionarse con primicias como “ser mejor”, “ayudar a los demás”, “encontrar la respuesta a algo que no podemos resolver” o simplemente “sentirnos bien”. Si bien, dentro de la teoría psicoanalítica estos deseos se encuentran anclados al concepto de ideal del yo que representa a aquellas cualidades y valores que nos hacen merecedores de afecto y amor, en algunas ocasiones estos ideales se vuelve motivo de malestar, angustia, tristeza e incluso odio hacia nosotros mismos.

Las características y premisas del ideal del yo son distintas en cada persona debido a que ha sido permeado por su historia personal. Este ideal se encuentra presente en todas las esferas de nuestra vida; con frecuencia recurrimos a él para observarnos a nosotros mismos y a los otros, procura que nuestros actos no atenten contra nuestros principios y nos permite acceder al mundo social. Si bien estas funciones resultan necesarias para el desarrollo de una identidad sólida, si dicho ideal se vuelve inalcanzable o disonante con lo que somos, las consecuencias se viven como insatisfacción y experiencias persecutorias en las que miramos al otro con miedo y angustia, repercutiendo en nuestra relaciones e interacciones sociales.

Cuando paciente y terapeuta inician un tratamiento, el primero suele tener expectativas acerca del tratamiento, adjudica al terapeuta una labor que va encaminada con una demanda; el segundo, por su lado, debe mantenerse neutral, atento y presente a las necesidades del paciente. Asimismo, el terapeuta también se encuentra atravesado por ideales

propios, su formación privilegia el desempeño de su labor de manera ética y responsable, sin embargo, será a través de su propio proceso terapéutico y el trabajo supervisado que logrará integrar en sí mismo dicho proceso.

Durante el trabajo terapéutico se despliegan dentro de la relación paciente-terapeuta una serie de sentimientos vinculados con la historia personal de ambos, el momento presente y sus ideales. El trabajo del terapeuta es ayudar al paciente a comprender y entender lo que sucede en su mundo interno, aún así no está exento de reaccionar ante los sentimientos y acciones del paciente. Fue así que, a través del proceso terapéutico de Gabriel (paciente asignado durante la residencia y a quien se le ha modificado su nombre por razones de confidencialidad), el trabajo supervisado y mi análisis personal pude plantearme ciertas preguntas como, ¿Qué aspectos de mi persona emergían en la relación con Gabriel? ¿Por qué Gabriel reaccionaba de cierta manera al tratamiento? ¿Cómo esto impactaba en mi terapia personal y relación con mi supervisora?

Comenzaré describiendo el caso de Gabriel, un joven de 22 años que solicitó atención psicológica a través de una convocatoria electrónica emitida por la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, para proporcionar atención psicoterapéutica a adolescentes durante la pandemia de COVID-19. El motivo de consulta expuesto por Gabriel era que presentaba episodios de angustia con alucinaciones desde su infancia y que, debido al confinamiento, estaba angustiado ante la posibilidad de que éstos se volvieran a presentar.

Al inicio, la demanda de Gabriel estaba relacionada con recibir un diagnóstico, durante la primera entrevista se mostraba interesado en hablar solo de sus alucinaciones,

mencionaba que su infancia había sido normal y que él siempre había sido feliz contrastando con la opinión que tenía de sus padres, a los cuales describió como “*la misma basura*”. El contenido de sus alucinaciones era persecutorio, cuando se presentaban, él solía sentir que los espacios y objetos cambiaban de forma y tamaño despertando la sensación de estar atrapado o ser aplastado, veía rostros de dos mujeres (una joven y otra anciana) que lo miraban con decepción, escuchaba ruidos fuertes, su corazón se aceleraba y la única manera de calmarse era salir huyendo de la habitación. Estas alucinaciones se habían presentado en épocas de su vida dónde había experimentado estrés intenso. Reacio a hablar de su historia y relaciones familiares, solo me comentó que tenía dos hermanos menores por los cuales daría la vida y con los que sostenía una relación ambivalente, pues constantemente se comparaba con ellos y fantaseaba con cómo sería no tener que compartir el espacio con ellos.

Durante las entrevistas posteriores, pude saber que Gabriel fue concebido cuando sus padres aún eran adolescentes, según su narrativa, para su madre esto fue su “*salvación*”, pues gracias al embarazo pudo salir de casa de sus padres, en la que vivía con carencias, para mudarse a casa de la familia del padre de Gabriel en la que fue recibida “*como una hija más*”. Gabriel narra que todo fue relativamente bien hasta que sus padres comenzaron a pelear por diversos motivos como lo eran el consumo de alcohol, infidelidades de ambas partes y las responsabilidades económicas para con sus hijos. Si bien Gabriel jamás presenció peleas con abuso físico, menciona que no puede perdonar a sus padres que sus hermanos fueran testigos de las mismas.

La separación de sus padres impactó en él de diversas maneras, pues tenía mucho miedo de convertirse en alguien como su padre, por lo que no había podido establecer ninguna relación de pareja, ni iniciar su vida sexual, se rehusaba a ir a reuniones o fiestas,

asimismo mencionaba que no tenía amigos debido a que sentía gran desconfianza ante una posible traición o abandono.

Gabriel manifestaba muchas quejas acerca de los cuidados de su madre, a quien responsabilizaba de situaciones como no quedarse en la preparatoria que él quería debido a que llegaron tarde porque ella se fue a una fiesta; de haber padecido una anemia grave durante su pubertad debido a que no comía; y de no cuidarlos bien a él y sus hermanos porque prefería a sus parejas. Respecto a su padre, Gabriel manifestó que nunca se ha hecho responsable de ellos, que suele condicionar el apoyo económico y que da más recursos a su pareja actual que a ellos que son sus hijos, mencionó que desearía ser más seguro de sí mismo como lo es su padre y tener su facilidad de convencer a otros con sus palabras.

Para Gabriel la escuela había resultado una vía de escape y le hacía sentir bien el hecho de que siempre había sacado buenas calificaciones y estaba estudiando el nivel superior, sin embargo el rendimiento de Gabriel comenzó a menguar a partir de la segunda mitad de la carrera de ingeniería y él asume que es porque tiene miedo, aunque no sabe a qué, manifestándose en el abandono de las clases, tareas y finalmente reprobando. Dicha situación solo él la conocía y temía que su familia se diera cuenta, pues el dinero que se le daba para la escuela era un tema muy incómodo para él y su familia.

Otro de los conflictos que presentaba era el miedo a tener una pareja. Si bien había tenido oportunidad de iniciar relaciones de noviazgo e incluso se lo habían propuesto, desaparecía cuando estaban por concretarse y era frecuente que se sintiera utilizado por las mujeres, asumiendo que solo era capaz de despertar lástima en ellas. Valorando sus

problemáticas psíquicas fue que se le propuso iniciar un tratamiento psicoterapéutico en el que se acordó que nos veríamos dos veces por semana.

Durante el tratamiento, las reacciones y respuestas de Gabriel fueron variando, desplegándose una interacción compleja con la terapeuta. Al inicio, él se conectaba puntual a las sesiones, sin embargo, con el tiempo comenzó a faltar y llegar tarde. Durante las sesiones expresaba que las faltas y retardos se debían a que se sentía como si estuviera exponiendo frente a una clase y por otro lado no sabía qué decir; en diversas ocasiones expresó que no sentía cambios y que no encontraba sentido continuar con el tratamiento, considerando que no tenía caso, describiendo su situación como una causa pérdida y poco interesante.

Más adelante, la actitud de Gabriel se fue transformando en una dinámica en la que demandaba atención y aceptación a la par que devaluaba el tratamiento; pedía sesiones fuera de su horario y faltaba, llegaba tarde, durante la sesión bostezaba o pedía que se le cambiara el horario. Por otro lado, en la terapeuta se despertaban emociones como fastidio y frustración, en las que me cuestionaba mi trabajo, del mismo modo que me sentía juzgada en la supervisión, pues debido a la naturaleza del posgrado y de la institución, el imperativo por realizar un buen trabajo se expresaba en miedo a equivocarme y no ser buena terapeuta. Si bien, durante el tratamiento mi postura ante Gabriel fue neutral, las respuestas emocionales ante sus acciones me llevaron a preguntarme ¿Cuál era la razón por la cual dichas emociones se manifestaban en mí tan intensamente?

Gabriel depositaba en mí un rol materno y erótico ante el cual se sentía atraído en búsqueda de aceptación y amor al mismo tiempo que mostraba desconfianza y ansiedad. Por

otro lado, su comportamiento ambivalente suscitaba que yo le mirase vulnerable, tolerando sus constantes ataques al encuadre terapéutico ¿Por qué yo reaccionaba de esta manera ante sus acciones? ¿Por qué Gabriel reaccionaba de esta manera al tratamiento?, de igual modo, ¿era posible que las reacciones que se experimentaban en el tratamiento también estuvieran presentes en la supervisión?

Finalmente, pude observar que durante el trabajo con mi supervisora y mi analista se reflejaban sentimientos de frustración y persecución de manera similar a lo que sentía Gabriel en terapia. Mi supervisora además era profesora y cumplía tareas administrativas dentro del mismo programa de posgrado, a lo cual se aunaba, no sólo la demanda académica-formativa, también entregar resultados al programa. Lo anterior, me llevaba a buscar cambios e intervenciones que cumplieran con los ideales de eficiencia y excelencia, fue así que me planteé las preguntas ¿Cuáles eran los elementos de la personalidad que interactuaban en la dinámica de la relación terapéutica? ¿Cómo es que la supervisión profesional y el análisis personal proporcionan los elementos fundamentales que contribuyen a la formación como psicoterapeuta con orientación psicoanalítica para el trabajo terapéutico?

El presente trabajo tiene la finalidad de presentar el aprendizaje y habilidades tanto teóricas como técnicas adquiridas durante la formación dentro del programa de maestría en psicología de la UNAM con residencia en psicoterapia para adolescentes en el que se eligió un caso en particular para realizar dicho análisis.

Objetivo General:

Se tomó el caso de Gabriel con el objetivo de: comprender y profundizar en los elementos presentes en el conflicto intrapsíquico que lo han llevado a presentar angustias

persecutorias y a una búsqueda de castigo inconsciente (masoquismo moral). Lo anterior, está relacionado con un superyó severo constituido en su paso por el complejo de Edipo. Asimismo, analizar las interacciones involucradas en la dinámica transferencial y contratransferencial presentes durante el tratamiento.

Para este segundo objetivo, se describirá el impacto que tuvo tanto la supervisión individual como el análisis personal en el manejo de la relación terapéutica y aprendizaje de la técnica de psicoterapia psicoanalítica con el paciente.

Objetivos específicos:

1. Comprender y profundizar en los conflictos intrapsíquicos presentes durante las sesiones del tratamiento, por vía de la transferencia, a través de sentimientos y comportamientos ambivalentes.
2. Analizar la respuesta del paciente hacia la terapeuta y el tratamiento, y su origen en experiencias persecutorias derivadas del Complejo de Edipo debido a la presencia de un superyó severo que contiene un “yo ideal” inalcanzable que le llevaba a buscar ser castigado de manera inconsciente.
3. Describir los aspectos contratransferenciales derivados de la relación terapéutica con Gabriel y que se evidenciaron en el proceso psicoterapéutico
4. Analizar el impacto que tuvo la supervisión clínica del caso y el análisis personal de la terapeuta en la comprensión de la transferencia y contratransferencia. .

Supuesto:

Ante las preguntas de investigación que fueron surgiendo en el proceso psicoterapéutico, se consideró que la respuesta transferencial de Gabriel hacia el tratamiento se relacionaba con aspectos inconscientes y reprimidos que se presentaron durante en el Complejo de Edipo y que derivaron en la presencia de un superyó severo, manifestándose en un yo ideal inalcanzable, lo que generaba angustias persecutorias y la búsqueda de castigo inconsciente, como masoquismo moral. Dicha dinámica dió lugar a una contratransferencia neurótica de la terapeuta en la que se observaron respuestas persecutorias durante el trabajo psicoterapéutico, la supervisión y la formación académica.

Definición de categorías.

La elección de las presentes categorías se realizó a partir de la revisión de la literatura y el diagnóstico del participante. Con el objetivo de analizar su dinámica emocional y la relación de la misma con el proceso terapéutico. La elección de las mismas se realizó a partir de una revisión del caso y el proceso terapéutico, usando como referencia el modelo psicoanalítico. Dichas categorías explicaban parte del fenómeno permitiendo explorar y dar una interpretación al contenido del discurso del paciente y al contenido de las sesiones.

Superyó: Instancia de la personalidad descrita por Freud (1923) en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Dentro de dicha instancia se encuentran el *yo ideal* y el *ideal del yo*, que se asocian a aquello que queremos y no podemos, y al deber ser. El superyó se forma como el heredero del Complejo de Edipo a partir de interiorizar las exigencias y

prohibiciones parentales. Algunos psicoanalistas como Melanie Klein remontan la formación del superyó a procesos pre edípicos recursos del superyó como las angustias de persecución y el miedo a la retaliación (Bleichmar y De Bleichmar, 1997; Lagache, Laplanche y Pontalis, 1996).

Angustia persecutoria: La ansiedad desencadenada por el temor a los ataques por parte del objeto, tanto el externo como el internalizado, es causada por las pulsiones destructivas que se desarrollan en el interior del niño, quien fantasea con despojar al objeto de lo bueno que le brinda y destruirlo. Como consecuencia surge miedo a que este impulso agresivo le cause daño (Bleichmar y De Bleichmar, 1987).

Complejo de Edipo: Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo, y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados a los que se le conoce como Edipo completo. Desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano (Lagache, Laplanche y Pontalis, 1996).

Masoquismo Moral: Descrito por Freud (1924a) se refiere a la aspiración del propio yo de ser castigado de manera continua, en el cual se presenta una postura masoquista del yo en dónde hay una tendencia a sufrir de manera exacerbada. El yo masoquista protagoniza escenas en las cuales alivia su culpa, de forma oculta, a través de infortunios del destino y de los azotes de superyó.

Relación terapéutica: Es la relación que se establece entre paciente y terapeuta a lo largo del trabajo psicoterapéutico, a diferencia de otras relaciones interpersonales, la relación terapéutica está regulada por una serie de reglas y condiciones que permitan el trabajo, desde el marco psicoanalítico el encuadre y regulación de dicha relación permitirá que el terapeuta pueda trabajar e interpretar al paciente con el fin de hacer consciente lo inconsciente (Coderch, 2010; Daurella, 2018).

Transferencia: Para Lagache, Laplanche y Pontalis (1996) se refiere al proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. En algunos momentos debido a las características o afectos que son vivenciados puede clasificarse como erótica, hostil, positiva, negativa, maternal, etc.

Contratransferencia: Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste; para Lagache, Laplanche y Pontalis (1996), Racker (1960) distingue dos tipos de contratransferencia, la complementaria (como herramienta) y la neurótica, en la que el terapeuta actúa y reacciona de manera inconsciente a las acciones y emociones del paciente.

Supervisión: Es definido como un proceso formal de aprendizaje y apoyo profesional que incluye practicantes que desarrollan conocimiento y competencias; los supervisores

asumen la responsabilidad de su propia práctica y dan protección y cuidado en situaciones complejas (Saucedo, 2014). En este proceso el terapeuta en formación acude con un profesional más experimentado quien le guiará en su labor clínica con el objetivo de que adquiera las habilidades y competencias necesarias. Es considerado uno de los tres pilares de la formación psicoanalítica y el segundo más importante sólo después del análisis personal del terapeuta (Odgen,2006).

Análisis personal: Se refiere al proceso analítico del terapeuta y forma parte de la triada en la formación. Su función es ayudar al analista a comprender sus propio inconsciente y proveer la identificación con el analista en la formación de sus identidad profesional (Zaffore, 2016).

Tipo de estudio:

El presente estudio se realizó bajo un enfoque de investigación cualitativo, el cual, según Sampieri y Torres (2018) y Álvarez-Gayou (2003), es descrita como una perspectiva que busca la comprensión y profundización de la experiencia del sujeto, por lo que en este trabajo no se pretende establecer una generalización del fenómeno, de modo que se utilizará el estudio de caso como estrategia metodológica en la que según Carazo y Piedad (2005) se busca comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, por lo que permite explorar, describir y explicar fenómenos dentro de un escenario particular.

Finalmente el análisis de resultados se hará mediante el análisis hermenéutico que se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo; lo que supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él, dicho análisis toma como eje

fundamental el proceso de interpretación el cual está concentrado en la generación de entendimiento y comprensión de la realidad y el discurso del sujeto (Cárcamo, 2005)

Instrumentos:

A lo largo de este trabajo se usaron instrumentos como la entrevista a profundidad, que nos permitiera explorar y comprender los aspectos subyacentes al motivo de consulta y problemáticas actuales del entrevistado, a diferencia de una conversación ordinaria. En la entrevista a profundidad, el investigador debe intentar aprehender las experiencias del entrevistado con el fin de plasmarlos con la mayor veracidad posible (Callejo, 2002).

Por otro lado, Lagache, Laplanche y Pontalis (1996) definen al psicoanálisis como un método de investigación, un método de terapia y un conjunto de teorías psicológicas que usan como premisa los aportes de Sigmund Freud del mismo modo, para estos autores la «psicoterapia analítica» se designa como una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa, es así que el proceso terapéutico del paciente fungió también como instrumento de recolección de datos que permitieron profundizar en la subjetividad del paciente, así como lo fue la terapia personal del terapeuta y su supervisión también fundamentados en la teoría y métodos del psicoanálisis.

Como parte de este proceso se utilizó la observación. Respecto a ésta, Aguirre y Jaramillo (2015) mencionan que la observación es un instrumento importante y que aporta validez a toda investigación cualitativa, pues permitirá comprender y describir los aspectos externos que darán contenido a la subjetividad presente en la experiencia del sujeto y del investigador, es así que además de la entrevista se observaba el lenguaje no verbal del

paciente, como gestos y postura, para dar significado a lo expresado verbalmente, como parte de lo anterior se utilizaron registros de voz, notas, fichas clínicas y debido a la naturaleza de esta investigación se llevó un diario de las sesiones de supervisión y de análisis personal del terapeuta para comprender el impacto de su propia subjetividad durante el tratamiento.

Durante el proceso de entrevista se grabaron las sesiones con el consentimiento del participante y fueron transcritas para presentarse a la supervisora del caso para valorarlo. Al iniciar el tratamiento, el registro de las sesiones se realizaba a través de notas y fichas clínicas de la sesión que consistía en un resumen fidedigno. Las notas se realizaban durante la sesión recabando fragmentos del discurso del paciente, preguntas e impresiones del terapeuta. Al finalizar la sesión con apoyo de las notas se hacía el resumen, en el que se incluía día y horario de la sesión. Se describía el estado del paciente, su discurso y las intervenciones del terapeuta incluyendo sus impresiones. Finalmente las fichas eran presentadas en supervisión para su revisión y seguimiento.

Por último, se utilizó el instrumento de frases incompletas de Sacks, conformado por 60 frases que deben completarse por el paciente, este puede entregarse o leerse al paciente y se le pide que complete las frases con lo primero que se le ocurra, se le pide que no piense mucho su respuesta y el contenido de las mismas está dirigido a explorar las áreas social, familiar y emocional del paciente, este se aplicó con el objetivo de recabar más información debido a la renuencia por parte del paciente a hablar de su familia e historia personal.

El autor de dicho instrumento es Rohdey Hildret en 1928, usa el método de asociación de palabras. Fue creado con el fin de obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y

autoconcepto), considerando que los reactivos incluidos en cada área ofrecerían suficientes oportunidades para que el examinado expresara sus propios deseos, temores, actitudes, etc., en sus respuestas de tal manera que el examinador pudiera deducir cuáles. Los datos de confiabilidad y validez que se especifican en la ficha técnica aclaran que el instrumento es válido y confiable en situaciones terapéuticas.

Participantes:

Participó un hombre de 22 años. El nombre y datos sensibles del participante serán modificados con el objetivo de mantener la confidencialidad del proceso terapéutico, por lo que se le designó con el pseudónimo de Gabriel.

Escenario

El tratamiento psicoterapéutico, a lo largo de su duración, se realizó a través de la plataforma virtual Zoom.

Procedimiento:

El procedimiento de investigación se llevó a cabo a partir del programa de atención psicoterapéutica para adolescentes de 12 a 22 años de edad que se ofertó mediante la convocatoria emitida por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, perteneciente al Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. .

Debido a la contingencia sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19, la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes realizó modificaciones al procedimiento de atención psicológica con el objetivo de brindar el servicio a través de plataformas virtuales.

El procedimiento para acceder a la atención se divulgó mediante una convocatoria difundida a través de redes sociales, para lo cual se llenaba un formulario de solicitud con datos generales y de contacto, una vez hecha la solicitud, el interesado era asignado a alguno de los terapeutas, quien realizaba una evaluación a través de sesiones de entrevistas, llenaba un expediente y en caso de ser aceptado en el programa se entregaba un consentimiento informado dónde se explicaban los lineamientos del tratamiento, duración de sesiones, frecuencia, condiciones para la permanencia y la manera en cómo se trabajaría, todo se haría a través de una plataforma como lo era Zoom o videollamada de WhatsApp.

En el caso que se presenta en este trabajo, previo al inicio del tratamiento se realizaron cuatro sesiones de entrevista con Gabriel, en dónde se descartaron patologías graves y se le aplicó el test de Frases incompletas. Una vez concluida la fase de evaluación, se acordó el encuadre de trabajo consistente en conectarse mediante Zoom dos veces por semana, dicho encuadre fue modificado meses después a petición del paciente.

El tratamiento tuvo una duración de 95 sesiones, fundamentalmente se trabajaron las problemáticas que se identificaron durante el proceso de evaluación con los que el paciente se mostró de acuerdo, así como otras que fueran surgiendo durante el proceso, ante dicho material la terapeuta realizaba intervenciones como interpretaciones, señalamientos, preguntas y aclaraciones; a la par de este proceso el terapeuta llevó un proceso de supervisión con un profesional más experimentado del área clínica y con enfoque psicoanalítico.

Consideraciones éticas.

La presente investigación se ha realizado bajo el respaldo de los lineamientos del Código ético del psicólogo (2015) en el que se estipula que la información brindada por el paciente debe ser tratada confidencialmente (ar.61), procurar el anonimato del paciente a partir del uso de un pseudónimo (art. 68). Procurar su integridad y respeto de sus derechos e intereses (art.73), así como mantener una relación dentro de lo ético y profesional, respetando las premisas del encuadre psicoanalítico y los principios de neutralidad.

Antes de iniciar el tratamiento se le entregó un consentimiento informado al paciente en dónde se le aclaraba que la información obtenida durante el proceso podía ser usada para fines de investigación, con el cual estuvo de acuerdo y aceptó . De igual modo, se estableció el encuadre del tratamiento dónde se explicaron las obligaciones y responsabilidades de paciente y terapeuta, además de las condiciones del tratamiento (art.61). Finalmente se le informó al paciente que podía retirarse del tratamiento en el momento que lo deseara sin ningún tipo de retaliación (art.117).

HISTORIAL DEL PACIENTE.

Gabriel es un joven de 22 años, es alto, de complexión delgada, tez media, cabello oscuro y usa lentes. Su motivo de consulta es que desde que tiene nueve años de edad presenta alucinaciones que le provocan terror y ganas de salir corriendo. Éstas se presentan cuando se encuentra solo, a oscuras; sin embargo, refiere que desde que inicio el confinamiento, la ansiedad que siente ha aumentado considerablemente, despertando la misma sensación de las alucinaciones; Gabriel sospecha que puede padecer esquizofrenia, debido a que las cosas que ve se parecen a una serie de imágenes que publicó una persona con dicho padecimiento en Facebook.

Gabriel cursaba los últimos semestres de la carrera de Ingeniería en sistemas en una escuela pública al oriente del Estado de México; su desempeño académico es irregular y debe cerca de ocho materias de diversos semestres. Se describe como un chico inteligente y relaciona su situación académica con su inseguridad para obtener las cosas, ya que dice que ante ciertos trabajos y exámenes se queda paralizado por el miedo, abandonando las clases y renunciando a las materias.

Gabriel es el mayor de tres hijos de un matrimonio joven; su padre, un jardinero municipal del Estado de México, tenía 18 años cuando nació Gabriel, y su madre, guardia de seguridad de la Ciudad de México, tenía 16 años. La relación que mantenían sus padres al momento del embarazo era de noviazgo y cuando su madre se entera de que está embarazada asume que “*era su salvación*”, ya que vivía en una situación de violencia y carencias; por otro lado, el padre de Gabriel vive la noticia como un evento por el cual debe responder y la llevó a vivir a su casa familiar.

Gabriel narra que, en la casa de sus abuelos paternos, su madre fue recibida y tratada como una hija más, su abuela le enseñó como cuidar una casa y un bebé, haciéndose cargo del cuidado de su madre durante el embarazo y el nacimiento de Gabriel. De los cuidados de los primeros meses de vida no habla mucho y asume que su madre realizó un buen cuidado, pues dice que ella fue buena mamá hasta que él entró a la primaria. Narra que era su abuela quien se encargaba de indicarle a su mamá que hacer en la casa. De la figura paterna, Gabriel habla poco y recuerda que desde que era pequeño su padre consumía alcohol con frecuencia, siendo grosero, agrediendo verbal y físicamente a su madre y a él.

Los hermanos menores de Gabriel tenían 18 y 15 años respectivamente; actualmente vive con su hermano en casa de sus abuelos paternos; y su hermana que es la más pequeña, vive con su madre en casa de su tía. La propiedad donde reside es un terreno compartido donde viven su bisabuela, sus abuelos, sus tíos y su padre, cada uno con sus respectivas parejas y descendencia. Su hermano y él tienen un cuarto y Gabriel reiteraba con mucha insistencia que no tenía puerta propia y que su familia podía entrar y pasar sin problema.

Sobre su infancia, cuenta que sus padres constantemente iban a fiestas y que lo llevaban, en estas fiestas era frecuente el consumo de alcohol y desde entonces él desarrolló mucho asco por el alcohol y las fiestas; esto lo relaciona con sentimientos de gran enojo por sentirse desplazado e ignorado por sus padres, quienes no hacían caso de sus peticiones de irse. Gabriel mencionaba que no le gusta asistir a fiestas y que rechaza las invitaciones a pesar de la insistencia de sus amigos.

La relación con su madre comenzó a complicarse cuando Gabriel ingresa a la primaria; asocia el origen de esto con una tía, cuñada de su mamá, que comenzó a invitar a

su mamá a salir con ella y otras amigas. Gabriel menciona que a partir de esa situación su mamá dejó de ser buena y se convirtió en “*una basura*”, ya que no prestaba la misma atención a Gabriel y sus hermanos. Narra que incluso se le hacía tarde para ir a la primaria debido a que su mamá esperaba a su amiga para irse juntas; la cercanía de ambas comenzó también a causar discusiones entre sus padres, pues su padre argumentaba que su madre estaba siendo infiel y que no cumplía con sus deberes de esposa y madre como correspondía.

Al iniciar su cuarto año de primaria, su madre decide ingresar a trabajar como personal de mantenimiento, esta decisión fragmenta más a la pareja; la madre de Gabriel comienza a salir más con sus amigas e incluso a consumir alcohol más frecuentemente. Las peleas entre sus padres aumentaron y comenzó una época de violencia y discusiones frecuentes. Gabriel narra que, debido a esto, sus abuelos optaron por pedir que él y sus hermanos se fueran a dormir a la casa de ellos, que está en el mismo predio, para evitar que los niños estuvieran presentes en las peleas.

De las relaciones de la infancia resalta una tía de Gabriel, que era muy cercana a él y sus hermanos; la describe como una mujer joven y cariñosa que los cuidaba cuando su mamá se iba a trabajar; sin embargo, esta tía puso a Gabriel en situaciones de intensa erotización, en las cuales tocaba los genitales de Gabriel y le permitía mirar y tocar sus pechos, despertando una intensa curiosidad sexual en la transición del periodo edípico a la latencia.

Cuando Gabriel cumple 9 años y se encuentra a mitad del cuarto año de primaria su madre le anuncia que se va a separar de su padre; para Gabriel la noticia no resulta sorpresiva pues menciona que desde que era más pequeño su madre lo mantenía al tanto de los problemas que tenía con su padre, a lo cual él pensaba: “*pobrecita mi mamá*”, ante la noticia

él se sintió aliviado y comenzó a prepararse para la mudanza en la que Gabriel consideró solamente a su hermana y su madre.

Al consumarse el divorcio de los padres, Gabriel fue el único que se fue con su madre, ya que sus hermanos deciden quedarse con su padre; Gabriel experimentó esto como una traición y decidió irse con su madre, ya que pensaba que él era quien tenía que ayudarla y cuidarla de las cosas malas. La primera mudanza fue a la casa de su abuela materna, donde quedó al cuidado de la misma y en vacaciones iba de visita con sus hermanos. Fue en este periodo donde manifiesta que se presentaron las primeras alucinaciones, que se aparecieron mientras estaba de viaje con su abuela materna, sin sus hermanos ni su madre. Al contárselo a su abuela y tíos le dijeron que eran solo pesadillas por jugar videojuegos.

Al cumplir los 12 años, Gabriel se muda con su mamá y su abuela a la Ciudad de México a casa de una tía, la decisión se toma para que él pueda ir a la secundaria en la Ciudad y no tenga que exponerse a la inseguridad del transporte del Estado de México. En este periodo su madre comienza a tener parejas esporádicas y deja a Gabriel al cuidado de su abuela.

Esta mudanza tiene un fuerte impacto en la vida de Gabriel, quien comenzó a experimentar un sentimiento de soledad y desarraigo; extrañaba a sus hermanos y anhelaba estar nuevamente al cuidado de sus abuelos paternos. Simultáneamente, en la secundaria comienza a ser violentado por algunas de sus compañeras y su rendimiento académico comienza a bajar. La sensación de enojo y tristeza por el distanciamiento de su madre, llevaron a Gabriel a dejar de comer hasta desarrollar una anemia severa y desnutrición.

Al enterarse de su estado, su abuela paterna y hermanos le invitaron a regresar a vivir con ellos, y así fue durante su recuperación. Ante esto, la relación con su madre se volvió tensa, Gabriel mencionaba que fueron la falta de atención y cuidados de su madre lo que causaron que se enfermara. Alrededor de este momento, también había sentimientos de soledad y desarraigo, Gabriel menciona que no se sentía cuidado por su madre y que comenzaba a extrañar profundamente a sus hermanos, quienes constantemente le expresaban la falta que les hacía.

Gabriel regresó a vivir con su madre hasta que terminó la secundaria, mencionando que durante esos años tuvo ideas de muerte y de autolesionarse, pero no hubo ningún intento de hacerse daño, “*solo pensamientos e ideas de ya no estar aquí, de no existir*”. Al terminar la secundaria, Gabriel decide dejar de vivir con su madre y regresar a vivir con su papá y hermanos; la decisión la toma después de presentar su examen de la COMIPENS, al que llegan tarde debido a que su madre una noche antes se va a bailar y no se despierta a tiempo para llevarlo. Gabriel narra que solo le faltaron 2 aciertos para el bachillerato que quería, pero que al tener que hacer el examen con menos tiempo no pudo revisarlo y responsabiliza a su madre de esta situación.

El inicio del bachillerato supuso una decepción para él, comenta que su padre le dijo que no iba a permitirle perder un año porque “*él no iba a mantener pendejos y huevones*”. Es esta época hay nuevos episodios de alucinaciones y pesadillas; Gabriel comenta que la mudanza le produjo sentimientos de culpa con su abuela materna, quien le dijo que no se preocupara por ella, pero que internamente él sentía que su abuela se sentía muy sola.

El curso del bachillerato transcurre de manera más tranquila, Gabriel dejó de sufrir bullying y consigue entablar algunas relaciones de amistad con sus compañeros. Mencionaba que al inicio iba con desgano, pero con el tiempo se dio cuenta que no eran “*tan mala escuela*”; en esta etapa conoce a Karina, una compañera que se interesa en él y de la que se enamora. Gabriel narra que, en un inicio, él solo buscaba ayudarlo con sus tareas, pero que con el tiempo sus reuniones comenzaron a ser más cercanas; Karina lo besaba y lo acariciaba y él se sentía “*feliz, feliz, feliz*”, incluso comenzó a comer y sentirse lleno de vida.

Meses después de que iniciara esta situación, Karina, le propuso dejar a su novio para iniciar una relación con él. Ante la petición, Gabriel reacciona con miedo y le dice que no, argumentando que “*no me gustaría que me hicieran algo así, si yo tuviera una novia no me gustaría que me hiciera eso*”; inmediatamente Gabriel dejó de contestar a sus mensajes y a ignorarla en la escuela; Karina se alejó y él comenzó a sospechar que ella solamente se aprovechó de él.

Durante este periodo, los padecimientos físicos de Gabriel se hicieron notorios, desarrolló una gastritis muy fuerte, presentaba bajo peso, tenía infecciones frecuentes y desarrolló dermatitis. A pesar de las molestias que le causaban, siempre se mostró reacio a recibir atención médica y hasta la fecha presenta bajo peso, estando hasta 10kg por debajo del peso recomendado.

Al terminar el bachillerato, Gabriel presenta el examen de ingreso al IPN, sin embargo, no logra obtener el puntaje suficiente y queda fuera del proceso de selección; esto le provoca una profunda desilusión. Motivado por su familia, Gabriel presenta sus documentos para entrar a un tecnológico en el Estado de México, dónde finalmente inicia la

ingeniería en sistemas. Gabriel comenta como estaba muy inconforme con la universidad, sin embargo, al poco tiempo comienza a sentirse mejor.

Durante los primero dos años de ingeniería, Gabriel comenta que tuvo diversos episodios de alucinaciones, que comenzaron a presentarse con síntomas de ansiedad, en los que experimentaba presión en el pecho, taquicardia, sudoración y ganas de salir corriendo; menciona que jamás habló de ellos con nadie, a pesar de que sus compañeros se daban cuenta. Los síntomas se presentaban con mayor intensidad si se encontraba fuera de casa y de noche, así mismo, asociado a ellos había zumbidos en su oído y síntomas de personalización.

Al iniciarse la pandemia por Covid-19 y el confinamiento, los síntomas de ansiedad que presentaba se volvieron motivo de preocupación; Gabriel temía que las alucinaciones volvieran y que sus estrategias para controlarlas fueran insuficientes; ante la petición de su hermana de que buscase ayuda psicológica, Gabriel mandó su solicitud al servicio de atención psicológica por parte de la residencia de la UNAM .

Respecto a la dinámica familiar de Gabriel, se observa que existe una marcada violencia física y psicológica por parte de todos los miembros; las emociones suelen verse como un signo de debilidad y es constante que sus familiares tengan riñas en las que se golpean y lastiman. Dentro de la historia familiar existen antecedentes de homicidio culposo e intentos de homicidio, en el que su tío abuelo causó la muerte de su bisabuelo por traumatismo craneal y el padre de Gabriel ha amenazado de muerte a su abuelo.

La relación que tiene Gabriel con su familia externa es conflictiva y complicada; Gabriel menciona que sus tíos y primos hacen comparaciones entre ellos, la mayoría trabaja en puestos de mantenimiento municipal y ninguno de ellos ha logrado culminar la carrera

universitaria. Gabriel narra que el dinero y los bienes materiales son el principal tema del conflicto familiar, llevando a que entre sus tíos y padre haya incluso amenazas de muerte e intentos por negarle la entrada a la casa.

La relación que mantiene con sus padres es distante y conflictiva, Gabriel expresa que ambos padres le han decepcionado, y los describe como *“la misma basura”*. A su madre la describe como una figura débil, desinteresada, con ningún patrimonio y poco presente en la vida de sus hijos; por otro lado, a su padre lo describe como un hombre violento, mentiroso, manipulador y abusivo; menciona que suele desligarse de sus responsabilidades como padre y que los trata más como si fueran sus subordinados exigiendo obediencia y excelencia en todo.

Respecto a sus hermanos, Gabriel mantiene una relación de cercanía y ambivalencia con ellos; menciona que desde que eran niños hicieron un pacto de cuidarse entre ellos y que hasta la fecha él daría todo por sus hermanos ya que *“son los únicos que valen la pena”*; a pesar de esto, cuando se siente abandonado por ellos experimenta profundo enojo y rechazo. Otras figuras de apego importante son sus abuelas, pues ambas le han brindado cuidado y cariño, describe a su abuela paterna como exigente y preocupada por la limpieza, pero presente en la vida de sus nietos.

Respecto a su vida social, Gabriel se describe como una persona hermética y aislada, menciona que son pocas las personas que realmente lo entienden y toleran su sentido del humor *“negro y agresivo”*, por lo que tiene un círculo reducido de amigos y muchas veces limitado a los temas académicos y escolares; no acude a fiestas o reuniones fuera de la escuela y evita hablar de su vida personal y familiar.

El ámbito académico fue regular hasta que ingreso al nivel superior, Gabriel narra que los trabajos de investigación y programación le causan mucha ansiedad impidiéndole acudir a clases debido al gran miedo que siente de ser expuesto o reprobado por lo profesores. Menciona que sus padres solían ser exigentes con la escuela, sin embargo, a partir de que comenzó a estudiar la universidad estos solo le preguntan por el tiempo que le falta para terminar; cuenta que el dinero es una de las principales quejas de sus padres, quienes le dicen que con tres hijos el gasto es considerable.

Al inicio del 2020, Gabriel no se inscribió al que sería el sexto semestre por falta de dinero para la misma; comenzó a trabajar en un hospital como ayudante de limpieza, sin embargo, su estancia fue corta debido al inicio de la pandemia y a que comenzó a sentirse mal físicamente. Al momento de iniciar el trabajo terapéutico se encuentra en un estado de irregularidad ya que ha evitado cursar materias que le parecen difíciles y además dice experimentar mucha frustración porque ya no tiene amigos en la escuela que le ayuden con los trabajos.

Respecto a su vida amorosa, Gabriel no ha tenido ninguna relación de noviazgo formal, siendo la relación con Karina la única importante en este aspecto. Tampoco ha iniciado su vida sexual y dice que ve muy difícil que pueda mantener una relación de noviazgo porque le da miedo ser como su papá, además de que no tiene nada que ofrecer.

En tanto que en las entrevistas de exploración, se observó su estado mental con buena orientación en las cuatro esferas, con adecuado uso del juicio y sin complicaciones cognitivas notorias. Gabriel se mostraba hípervigilante a las preguntas y con resistencia a responder; debido a que se mostraba ubicado en tiempo y espacio se descartaron patologías psiquiátricas

que requirieran de tratamiento neurológico o psiquiátrico. La impresión diagnóstica al finalizar el proceso de valoración fue una dificultad emocional importante en Gabriel que le impedía expresar y gestionar sus emociones de manera adecuada, en la que la agresión y los duelos no se elaboraban; impidiendo a Gabriel desarrollarse en distintos ámbitos de su vida. Se observó que Gabriel presentaba angustia persecutoria intensa, siendo las separaciones y el estrés presentes a lo largo de su vida importantes en la presencia de las alucinaciones.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En el siguiente apartado se trabajará con el análisis e interpretación de algunos fragmentos del discurso de Gabriel relacionándolos con la teoría psicoanalítica abordada en apartados anteriores. Dichos fragmentos fueron seleccionados haciendo un análisis sistemático del contenido de las sesiones y seleccionando fragmentos que permitieran mostrar la experiencia subjetiva del paciente. Así mismo, se hará un análisis del proceso terapéutico a partir de la transferencia y contratransferencia en el que se incluirá un apartado para el trabajo de supervisión y análisis personal. El objetivo es comprender comprender y profundizar en los elementos presentes en el conflicto intrapsíquico que lo han llevado a presentar angustias persecutorias y a una búsqueda de castigo inconsciente (masoquismo moral). Lo anterior, está relacionado con un superyó severo constituido en su paso por el complejo de Edipo. Asimismo, analizar las interacciones involucradas en la dinámica transferencial y contratransferencial presentes durante el tratamiento.

En el primer apartado se abordarán las categorías de superyó, angustia persecutoria, complejo de Edipo y masoquismo moral. En el segundo apartado las categorías serán la relación terapéutica, la transferencia y contratransferencia. En el último apartado se analizaran las categorías de supervisión y análisis personal.

ANÁLISIS DE CONFLICTO INTRAPSÍQUICO.

El yo ideal en Gabriel: Te amo y me odio por ello.

El superyó es una instancia que contiene diversos elementos como el *yo ideal*, el *ideal del yo* y sentimientos de agresión *dirigida al yo, mediante la culpa*. Desde la postura de Freud (1914a) el *yo ideal* corresponde con un ideal de omnipotencia narcisista, que es forjado sobre el modelo de narcicismo infantil, y a pesar de que, en un inicio, Freud usaba ambos conceptos

de manera indiferenciada, Lagache, Laplanche y Pontalis (1996) identificaron al *yo ideal* como una formación narcisista inconsciente, que implica una identificación primaria con otro ser catectizado con la omnipotencia.

La diferenciación y comprensión de estas dos instancias intrapsíquicas brinda la posibilidad de explicar cómo fue que Gabriel fue desarrollando sus síntomas, oscilando entre el deseo de ser amado y la imposibilidad de recibir afecto. Para comprender este fenómeno, es menester preguntarse ¿Qué es lo que es digno de amor en la mente de Gabriel? ¿Quién lo amó y a quién amó?

Freud (1914a) menciona, que el estudio de la libido requiere del entendimiento de una psicología del yo o narcicismo. Haciendo referencia al trato que le daban ciertas personas al cuerpo propio como si de un objeto sexual se tratase. En el estudio de éste encontraremos la primera fuente de amor y afecto que recibimos, así como el comienzo de la vida amorosa.

En el caso de Gabriel el *yo ideal* está relacionado con las expectativas que tiene de él mismo y que en su momento fueron una proyección de los anhelos maternos, pues cuando él menciona “*fui su salvación*” describe como, su llegada al mundo implicó la salida de su madre de un hogar con muchas carencias. El primer sentimiento de valoración de su madre hacia él, se encuentra en la figura de un salvador o figura de cuidado de él hacia ella, siendo el deseo de ser cuidada y amada por otro, lo que marca el comienzo de su maternidad.

Gabriel describió a su madre como una adolescente de 16 años que no poseía de los recursos económicos y emocionales necesarios para cuidar de un bebé. Auglagnier, et al (2010) menciona que en algunas mujeres el embarazo representa el deseo de revivir la relación de dependencia, en la que la madre cuidará de su hijo como si de ella misma se

tratase, en un intento por reparar sus propias fallas narcisistas. En este caso, se observa como su madre y su padre reaccionaron de manera distinta a la noticia del embarazo, lo que puede relacionarse con las expectativas y deseos de cada uno. Para su madre era una bendición y para su padre un acto por el que tenía que responder.

“Mis papás me tuvieron cuando tenían 16 años, bueno mi papá tenía 18 y para mi mamá fui su salvación, porque se vino a vivir para la casa de mi abuela, ella pasaba por cosas muy feas en su casa, no tenían dinero y la trataban mal (...) acá no fue así, la recibieron y siempre la trataron como una hija más.”

“Cuando mi mamá le contó a mi papá que estaba embarazada, él no dijo nada, solo le dijo que se fuera a vivir a su casa, que iba a trabajar y que iba a responder, mi mamá sintió alivio de salir de dónde estaba.”

Freud (1914a, 1923) menciona que el yo es una instancia que no está constituida al nacer y que requerirá de los otros para poder construirse, siendo necesario que los padres envuelvan con su libido al infante, permitiéndole crear y desarrollar un sentimiento de unidad, base de la identidad y futura relación con el mundo externo.

En el caso de Gabriel, los ideales se edificaron sobre la tarea de reparar el narcisismo herido de su madre quien buscaba compensar su vulnerabilidad y carencias a través de la maternidad, dejando a Gabriel anclado a la suerte de su madre, quién lo amaría solo mientras satisficiera su inalcanzable anhelo .

Al ser Gabriel una representación del narcisismo de su madre, termina identificándose con ella y sus fallas. Esta identificación lo llevó a experimentarse como débil e incapaz de

afrontar la vida tomando una postura de espera para ser rescatado y colocando sobre los otros los mismos ideales que en su momento su madre dispuso para él:

“Mi mamá decía que yo iba a salir adelante, siempre me dijo que le echara ganas a la escuela, y yo pensaba que cuando creciera iba a ser yo quien iba a ayudar a mi mamá.”

“Yo le digo a mis hermanos que ya no sé si voy a salir, a veces siento que no puedo, que ya me fregué (...) yo le digo a mi hermano que estudie, que él si tiene más oportunidades que yo, y que cuando salga y esté bien, no se olvidé de mí, que me lleve con él, que me saque”

Freud (1914a) menciona que los anhelos paternos hacia los hijos tienen como origen las frustraciones y dolor experimentados en su renuncia narcisista. En el caso de Gabriel, su madre buscaba retornar ella misma a la experiencia de omnipotencia, privando a su hijo de ser amado por ser él mismo. El hecho de que su amor estuviera dirigido hacia un ideal de reparación narcisista tuvo consecuencias importantes en la constitución de Gabriel, quien experimentó sus cuidados como algo falso, convirtiéndolo en un chico sumamente desconfiado.

“Mi mamá dice que nos quiere y que somos sus hijos (...), sus choros, si realmente nos quisiera nos daría dinero y haría cosas por nosotros”

“Mi mamá dice que se preocupa por nosotros pero cuando anda con alguien se olvida de nosotros, y apenas la dejan o se dejan, se acuerda que tiene hijos”

“Cuando estoy en casa de mi mamá me pongo triste (...) aquí no hay peleas ni nada, pero tampoco me hacen caso, aunque ella dice que se pone feliz de que esté acá, yo no lo creo nada.”

“Yo no soy de creer, yo siempre creí que mi mamá era la buena de la historia y no fue así. En mi papá tampoco creo, siempre dice algo y hace otra cosa, por eso yo no creo en nadie.”

“Mis hermanos dicen que soy muy desconfiado, que solo me enfoco en lo malo.”

Al ser Gabriel una extensión del narcisismo de su madre, su imagen quedó impregnada de elementos de ideales ajenos a él y que se relacionan con la búsqueda de completud de su madre. Esta identificación excesiva lleva a una sofocación que no autoriza la apropiación de su imagen dejando poco espacio para que Gabriel albergue sus propios deseos, y su devenir sujeto temiendo perder su lugar en el deseo materno (Braier, 2011).

“Cuando me veo en el espejo no me gusta la que veo, no me gusta como soy”

“No soy nada, no tengo nada que ofrecer, soy una basura”

“Cuando veo mi reflejo no puedo sentir nada, quiero golpearlo, siento que todo está mal en mí (...) no sé por qué me odio tanto.”

“Quisiera poder sentirme bien siendo yo, sentirme en paz.”

Para defenderse del dolor narcisista que esto causaba, Gabriel tomó como fuente de libido la identificación con el ideal de su madre, una figura omnipotente, fuerte, sin limitaciones para así recibir afecto, colocándose en una postura masoquista que le permitía

permanecer como objeto de deseo y resguardándolo de la angustia al desamparo (Braier, 2011, León, 2012).

La identificación con este ideal es percibida en la postura omnipotente e infantil que Gabriel toma al hacer “*predicciones*” sobre el futuro, fundamentados en la fantasía de que sus pensamientos tienen impacto en la realidad y que le llevan a devaluar el apoyo y el lugar de los otros y lo hacen identificarse con el aspecto inservible con el que percibe a su padre, sin remedio.

*“No me gusta planear nada porque algo siempre sale mal y desde que comienzo a hacer las cosas yo **ya sé** que no vale la pena, no va a servir de nada”*

*“Yo le digo a mis hermanos **lo que va a pasar y pasa.**”*

*“No me gusta como guardar rencores porque siento que las personas terminan mal, **todas las personas que me hicieron bullying en la secundaria están mal**, no han hecho nada y me da miedo terminar como ellos”*

“Yo sé que esto [la terapia] no va a servir, porque yo no tengo remedio, es una pérdida de tiempo”

“Yo sé que puedo hacer las cosas, nada más que me da miedo, si no fuera por el miedo yo estaría mejor, pero es por el pinche miedo”

*“Nosotros [sus hermanos y él] no le debemos nada a ellos [sus padres] porque nunca estuvieron ahí, **crecimos solos**, yo tuve que cuidar a mis hermanos porque ellos no pudieron con nosotros”*

“Mi mamá dice que nos cuidó... qué nos va a andar cuidando ella que ni sabe cuidarse (...) no sabe todo lo que hemos tenido que pasar y ella dice que nos cuidó, sus choros”

*“Mi papá cree que con sus \$50 nos va a alcanzar para algo, que con eso nos pagó la escuela, si yo sigo en la escuela es porque yo he tenido que trabajar (...) yo **todo lo he hecho solo**”*

Freud (1914a) describe al *yo ideal* como una imagen que gozó de perfección y que será la base para el desarrollo del *ideal del yo*. Este movimiento implica la renuncia a la omnipotencia infantil, dando acceso a la sublimación. Debido a que Gabriel experimentaba esta renuncia como la pérdida del amor condicionado de su madre que lo enfrentaba al desamparo, de manera inconsciente se colocó en el lugar de una pareja, anulando su singularidad y colocando su valía personal en la satisfacción de los otros.

Cuando sus padres se separaron y su madre tenía nuevas parejas sentimentales, Gabriel comenzó a sentirse insuficiente y poco valioso, pues interpretaba que su madre lo había dejado debido a que él no era capaz de brindarle lo necesario para su satisfacción. Herido en su narcisismo y para defenderse del dolor que le causaba, Gabriel devaluó a su madre, la volvió un objeto inservible y buscó ser amado por el otro objeto presente, su padre. Las consecuencias de este movimiento se vuelven visibles en las sensaciones que tiene de no ser suficiente y de sentirse “*una basura*”, mermando la posibilidad de encontrar una compañera sentimental y recibir afecto de otros objetos.

“Yo no quiero tener novia, porque no tengo nada que ofrecer, no tengo nada y me da miedo como que ella tenga que sufrir por eso”

“Yo no sé porque las chicas se fijan en mí, me da risa, porque siento que ellas ven algo que no es.”

“Como va a quererme alguien si no puedo darle nada, no tengo una casa, no tengo dinero, ni siquiera tengo escuela, no sirvo para eso.”

“Siento que muchas veces finjo y miento para que los demás no se den cuenta de cómo soy realmente, como que oculto lo que soy o cómo me siento, pero al final la verdad siempre sale a la luz y yo sé que voy a terminar solo, porque nadie va querer estar con alguien como yo”.

En la relación de sus padres, Gabriel asumía que las quejas de su madre se originaban en la incapacidad de su padre para cumplir con sus obligaciones, devaluándolo y transformándolo en un objeto inservible. Estos sentimientos, años después, también se desplazaron hacia su madre.

“Yo siempre creí que la culpa de que mi mamá se fuera era mi papá, porque él no le daba lo que necesitaba”

“Me da miedo que si estoy con una pareja yo sea como mi papá porque él era muy agresivo”

“Las discusiones siempre han sido por dinero, de todo, a ninguno de los dos les puedes pedir dinero y si les pides te dicen, para eso tienes madre, para eso tienes padre, y pues ninguno de los dos quiere”

“Mi papá dice que somos unos pediches como mi mamá y luego ella [su madre] dice que mi papá más bien es un bueno para nada y de los dos no se hace uno.”

Gabriel asumió que como hombre debía poseer estabilidad económica y comenzó a despreciar la violencia y agresión. Al mudarse con su padre, buscando su aprobación, se dio cuenta de que él mostraba preferencia hacia su hermana menor, lo que influyó en que desarrollara la fantasía de que viéndose como ella lograría retener el afecto paterno. Fue así que en sesión expresa querer cambiar su género, aunque dicho cambio implica solo su apariencia, seguir siendo él mismo, pero luciendo distinto.

“Pues solo quiero verme así [como mujer], o sea, seguiría siendo yo, pero... o sea no quiero cambiar mis papeles, ni tampoco me cortaría, usted sabe... (señala su entrepierna), incluso no me pondría implantes, pero si quiero como que no tener vello, o sea, flaco ya estoy, pero quiero verme más femenino”.

De esta manera, Gabriel termina buscando el afecto de sus padres intentando tener características que él cree que sus padres aprecian. Al no tener los rasgos de un “*hombre de verdad*” tanto para su madre como para su padre, intenta retener el afecto luciendo diferente, lo que lo lleva a repudiar su género, su físico y sus cualidades tanto físicas como psicológicas. Ese reservorio de libido primaria, que en su momento Freud (1914a, 1920) describió como la base del amor propio, finalmente queda hipotecado para Gabriel, pues el afecto de sus padres tiene como precio la renuncia a ser él mismo. Ante tal herida, Gabriel solo encuentra una solución; primero devaluarlos por privarlo de algo que el anhelaba; y segundo odiarse a sí mismo por no retener su amor, que ha quedado destinado para un ideal inalcanzable y cuyo recuerdo supone una herida narcisista a carne viva que no termina de sanar.

“Los dos (padres) son la misma basura, yo creía que mi mamá era la buena, pero no, ella es igual que mi papá”

“Cuando me vine acá [con su papá] yo pensaba, a lo mejor mi papá es diferente, pero resultó ser igual o peor.”

“Mi papá dice que tengo manos de niña y antes yo quería parecerme a él, metía mis manos en cal, pero pues mis manos no se hicieron como las tuyas, mi hermano si se parece más a él, pero yo no (...) y me da coraje que digan todas esas cosas porque él [su padre] no ha logrado nada en su vida, y a veces me da miedo terminar como él”

“Mi papá dice que mi carrera no sirve de nada, que voy a terminar siendo técnico de Telmex, que mejor hubiera estudiado Derecho, pero pues yo no soy de leer, no se me da, nada se me queda, con nada le doy gusto.”

El ideal del yo y Superyó de Gabriel: Te odio, pero te temo.

Braier (2004) menciona que el estudio del superyó dentro de la clínica actual ha brindado la oportunidad de comprender la dinámica de ciertas patologías. Tanto en su déficit como en su exceso, el superyó se relaciona teóricamente con el complejo de Edipo, la agresión, la pulsión de muerte y los ideales.

Para Freud (1923, 1924b) el superyó es la instancia que se desarrolla cuando el niño pasa por el complejo de Edipo, es una parte diferenciada del yo, su formación se da a partir de un proceso de identificación con el objeto amoroso para imponerse como objeto de afecto del ello. Según el autor, las primeras identificaciones son aquellas que se forman sin mediaciones con el padre de la prehistoria, es decir, con aquellas que se encuentran dentro de la trama e historia familiar-generacional.

Al crecer en un contexto dónde la violencia, la rivalidad, la envidia y la posesividad están presentes en todos los vínculos familiares, Gabriel desarrolló la creencia de que el éxito económico y profesional son elementos que lo exponen al abandono y agresiones familiares.

“Todos dicen que mi papá va a terminar matando a mi abuelo, como un tío mató al papá de mi abuela, porque igual se quería quedar con el terreno de mi bisabuelo y lo mató, lo mató de un golpe que le dio en la cabeza”

“Ninguno de mis tíos ha terminado la carrera, al igual que ninguno de mis primos. La única que terminó la carrera fue una tía que estudió Derecho, es la única que vive en su casa, tiene a sus hijas, mis primas y ellas igual están estudiando, pero ella es la única que ha podido salir de aquí y nadie les habla”

Entender el funcionamiento del núcleo familiar de Gabriel permite comprender cómo ha transitado por el complejo de Edipo, pues al nacer en un estado de casi total dependencia, el infante necesita del amor de sus padres para sobrevivir y construir su identidad, siendo los ideales del grupo los cimientos de los vínculos familiares. (Braier, 2011, Freud, 1923, 1924b).

Freud (1923) menciona que en un inicio el infante anhela el amor tierno de la madre, identificándose con el padre. Con la llegada de la sexualidad infantil, la figura paterna se vuelve ambivalente, debido a que se le percibe como un rival. En el caso de Gabriel, la identificación con su padre aconteció de manera distinta, debido a las constantes devaluaciones de su madre hacia la figura paterna. Si bien, existe una identificación con su padre, cuando reconoce la semejanza que hay en ambos, el parecido le genera repudio y rechazo.

Al ser su padre un obstáculo para ganar el amor de su madre, Gabriel renunció a ella por temor, y también por sentirse poco digno de su amor debido a que no cumplía con los ideales de su madre, colocándose en un lugar de espera y apoyo.

“Mi mamá me contaba todas las cosas que mi papá le hacía y yo decía ‘pobrecita mi mamá que tiene que aguantar todo eso’, y yo pensaba en ayudarla (...) cuando se separaron yo la apoyé a ella porque yo pensaba que mi papá era el malo”

Freud (1923, 1924b) considera que debido al miedo a la castración, el pequeño se obliga a renunciar a sus aspiraciones sexuales. Erigiendo en sí mismo una instancia que toma la fuerza del padre, creándose los diques de la represión. Este acto tiene como objetivo salvar al yo de la aniquilación y amor a sí mismo, el niño renuncia al amor del objeto. De manera semejante al estado melancólico, el niño se identifica con los ideales de sus padres y para resguardar esa fuente de amor acepta la dolorosa separación con el objeto.

En el caso de Gabriel la inteligencia, el éxito económico y el estatus son ideales a los cuales aspira e identifica dentro de sí mismo. Estos ideales han servido como impulso y también son el legado de los deseos destructivos hacia el padre y de superarlo, diferenciándose de él y su familia.

“A diferencia de mi padre, yo soy inteligente, a mí me caga cuando se pone a tomar con mis tíos y que disque muy machos, no entienden nada, nada más hablan a lo pendejo, yo por lo menos no ando en el sol como pendejo pa’ gastarme el dinero en alcohol”

La identificación con los ideales ha llevado a Gabriel a desarrollar un control emocional excesivo. Las separaciones se viven como una herida narcisista y su agresividad

le lleva a sentirse devaluado de la misma manera que el devalúa a su padre. Experimentando que su parecido físico con él es indigno de amor e inservible, se gestó un sentimiento de sí rebajado e insuficiente que incita a la culpa, teniendo que compensarla con buenas calificaciones y una vida sin errores para ganar el amor de los otros.

“En mi casa me dicen que me parezco mucho a mi papá y a mí no me gusta que me digan eso, yo no soy como él (...) es un borracho, se victimiza por todo, no quiere hacer nada y se la pasa diciendo que él no tiene la culpa de nada.”

“Me da asco el alcohol, de niño mis papás me llevaban a fiestas y mi papá tomaba y se ponía agresivo, se peleaba y mi mamá se metía y terminaban mal, de ahí le agarré asco al alcohol y no voy a fiestas.”

“Cuando me fui con mi mamá yo pensé que todo sería diferente, pero no fue así, ella siguió en la fiesta y fue cuando entendí un poco a mi papá, como que sus celos (...) mi mamá se salía con sus amigas y mi papá se enojaba, le reclamaba que con quien estaba, yo empecé a sentir que era mi culpa”

“Yo estudiaba para demostrar que era listo, siempre sacaba 10 pero luego a mi mamá le dejó de importar y pensé, ya no tiene caso...”

El temor a la agresión, influyó en la severidad que adquirió el superyó de Gabriel, Freud (1923) apunta a que cuanto más intenso haya sido el complejo de Edipo y más rápido se haya producido la represión por influjo de la autoridad paterna, tanto más riguroso devendrá después su severidad. A pesar de que la figura del padre estaba devaluada debido a las quejas de la madre; la agresión y violencia que usaba para imponerse como figura de

autoridad, despertó en Gabriel un gran temor fantaseando con ser aplastado o asesinado por él.

“Una vez que no queríamos hacer la tarea agarró uno de los pollitos que teníamos y lo aplastó con sus manos, yo no más vi como el pollito se murió y chilló y chilló. Después volteó a vernos [a él y su hermano] y nos dijo que si no obedecíamos nos iba a pasar lo mismo.”

El desarrollo de un superyó tan severo impactó en la vida sentimental, Gabriel narraba que sentía una gran angustia cuando se encontraba en presencia de mujeres que le parecían atractivas, distanciándose de ellas debido al nerviosismo. Asimismo, Gabriel teme ser abandonado o utilizado por las mujeres, mostrándose tímido e inseguro frente a ellas y recurriendo a fantasías en las que existe un rival más fuerte que él, que muestran como el lugar del objeto amoroso sigue ocupado por su madre, viviendo con angustia su sexualidad y repitiendo el guion de rechazo y abandono.

“Cuando la veo [una chica de la cual se enamoró] me da mucho miedo, yo no sé si tenga novio y luego me quiera venir a golpear, yo no soy así o me da miedo que luego me deje por otro y yo me quedé como tonto”

Por otro lado, Klein (1957) menciona que la severidad del superyó se asocia con fantasías agresivas y sádicas provenientes de la envidia primaria del niño y presente en las frustraciones del ambiente. La frustración lleva al niño a desear poseer lo bueno para sí, fantaseando con vaciar y destruir a los objetos. Estas fantasías traen como consecuencia un monto elevado de angustia que amenaza con aniquilar al yo, quien se defiende proyectando

fuera de sí la agresión y colocando sobre los objetos la agresión, transformándolos en objetos persecutorios.

En el caso de Gabriel existían fantasías posesivas en las que ansiaba el amor y presencia de su madre exclusivamente para él, anhelando que su padre desapareciera. La agresión implícita en estos deseos, suscitó miedo a ser destruido o atacado, inhibiendo su agresión y rechazando sus sentimientos y fantasías hostiles. También, las fantasías de posesión y exclusividad posicionaron al objeto materno en la ambivalencia, idealizado al poseer todo aquello que Gabriel añoraba para sí y devaluado por no satisfacer sus necesidades.

“Yo odio a mi papá y quisiera que se muriera, es lo mejor que podría pasarnos.”

“Yo quiero matar a mi papá, no me importa irme a la cárcel, total mi vida no vale la pena, pero quiero que se muera, por todo lo que nos ha hecho.”

“Aunque quisiera gritarle a mi papá que lo odio, cuando lo tengo enfrente no puedo, me da miedo lo que es capaz de hacer”

“Si mi papá se enterara de todo esto, se pondría como loco y cuando se pone así, nadie puede frenarlo, ni mi abuela. Me da miedo lo que es capaz de hacer enojado.”

“Mi mamá es... como decirlo... mi mamá es muy mensita (...) como que no nos dice nada, todo se lo cree, es muy ingenua.”

“El día que fui a comprar el CPU (en donde trabaja su madre) le marqué y le dije que estaba ahí y me dijo que fuera a comer al Kentucky que está ahí, no me dijo que la

fuera a ver y mi hermana también se fue con su novio, me dio coraje, ni siquiera quiso ir a verme.”

Del mismo modo, las figuras masculinas son ambivalentes. Gabriel devalúa a su padre por no poseer estudios universitarios y considerarlo agresivo, pero anhela tener su seguridad y facilidad de palabra, experimentando envidia hacia él.

“Mi papá... es muy bueno hablando”

“Me hubiera gustado que mi papá tuviese una carrera”

“Mi papá siempre se sale con la suya y yo no puedo, aunque quisiera hacer lo mismo, que todo me valga madres, no puedo, no pude, no sé si eso está bien o mal en mí”

“Todos se preocupan por mi papá, a todos se los gana porque sabe venderse, todos se la compran menos yo, él siempre queda como el bueno.”

“Mi papá no tiene carrera, pero eso sí, como se la pasa presumiendo que no va terminar como técnico de Telmex, ya quisiera yo ser un huevón como él que nadie le dice nada.”

En la teoría de las relaciones objetales, los sentimientos de envidia tienen origen en los deseos posesivos relacionados con las pulsiones de destrucción y muerte, de las cuales el superyó adquiere fuerza y severidad (Freud, 1923, Klein, 1957). Las fantasías posesivas de Gabriel implicaban la agresión directa a los objetos frustrantes como su madre, abuela, amigos e incluso hermanos. Gabriel narraba que cuando se sentía enojado con ellos fantaseaba con golpearlos y agredirlos para después sentirse culpable, dirigiendo a él la agresión como un castigo por gozar de su violencia.

Al ser la envidia una de las motivaciones de Gabriel al buscar la satisfacción de sus necesidades, quedó obstruido el acceso a sentimientos reparadores que lo calmaran y le permitieran elaborar dichas frustraciones. Permaneciendo en una postura de omnipotencia infantil, sin espacio para lo simbólico, Gabriel quedaba expuesto a la voracidad de sus deseos sádicos y destructivos que despertaban fantasías persecutorias y miedo a ser atacado. Para defenderse de la angustia, Gabriel reprimió estas fantasías, el imperio del superyó se tornó agresivo, violento y voraz, como lo fue en su momento Gabriel.

“Le pregunté a mis hermanos si es normal tener estos pensamientos y ellos me dijeron que no, que ellos no piensan eso (...) tengo muy presente un recuerdo de cuando era niño. Me estaban regañando por algo, no recuerdo por qué y yo tenía una taza en la mano, y pensé... bueno usted ya se imaginará (...) pensé en destrozarla y destrozarle la cara también a mi abuela, me acuerdo más de lo que pensé, lo tengo más presente, porque ya ni me acuerdo del regaño”

“Me da pena decir que sí... que eso que usted dijo es verdad, algo en mí disfruta de verme mal, como de violentar, a veces veo en videos en YouTube o en la calle veo personas pelearse y me emociono, me gusta ver como se agarran a golpes (...) Siento que me dan ganas de entrarle, pero obviamente no lo hago porque sería peor para mí.”

“Cuando tengo esos pensamientos me siento muy mal, como que yo mismo me doy un golpe moral (se ríe) bueno a veces también golpes físicos, me dan ganas de hacerme eso a mí”

Para Freud (1923) el advenimiento del superyó trae consigo imperativos categóricos como lo son: *“Así como el padre deberás de ser”* y al mismo tiempo *“Así como el padre no*

es lícito ser”, en los que para el yo el trabajo de represión ha sido arduo, tomando su fuerza de las figuras de autoridad, entre ellas el padre.

En el caso de Gabriel, se observó que la represión tenía como objetivo alejar de su mente las mociones penosas y agresivas, como la pérdida de amor de su madre y el anhelo de agredir a otros. De este modo, desarrolló un intenso asco y repudio por aquellas cosas asociadas con su padre y la masculinidad, como el alcohol y la violencia, la fuerza física. Por otro lado, se fundó un intenso miedo a su sexualidad, privándose de una vida emocional y afectiva que empobreció al yo y trajo a Gabriel muchas dificultades para regular sus emociones, establecer relaciones personales y desarrollarse como persona.

“No me gusta ir a fiestas, tampoco el alcohol, nada más de olerlo me da mucho asco, aunque me invitan no voy, de niño me llevaban a fiestas y de ahí ya no me gustó, prefiero quedarme en mi casa.”

“Mi papá dice que me vista como hombre, pero a mí no me gusta esa ropa, no me gusta andar todo sudado, ni oler a sudor, traer la camiseta sudada me da asco”

“Mis tíos, mis primos, todos se han peleado a golpes, hasta mi hermano, yo le digo sus conductas simiescas o su comportamiento de simio, de la nada se empiezan a pegar como los changos (se ríe)”

“Pienso en esos compañeros de la escuela ¿no?, los disques populares, pues si... como que a veces yo quería ser como ellos, porque pues yo era el inteligente y nadie me hacía caso, digo ahora ellos no terminaron nada bien, ninguno. Pero en su momento yo

quería esa fuerza, pero al mismo tiempo siento que eso no está bien que eso es como de animales, brutos y salvajes.”

“Yo soy así, como una piedra. No siento nada, no me importa nada, como una roca. Mi hermana me dice que soy una pared, porque me pueden estar gritando en la cara y yo como si nada.”

“Me da miedo sentir porque no sé si en algún momento en una de esas si haga las cosas que pienso, por eso estaba mejor cuando no sentía, yo estaba feliz, y tranquilo.”

“Mi infancia fue muy feliz, solo eso puedo decir, que fue muy feliz, lo único malo eran las alucinaciones, todo estaba bien, menos eso”

“Yo no tengo amigos, no hablo con nadie, mis hermanos tienen sus parejas y sus amigos, pero yo no tengo a nadie con quien hablar”

“Solo convivía con mis compañeros en la escuela, saliendo era como si no existieran, y a veces me hablan, pero solo para temas de la escuela y de ahí ya no les seguía platicando.”

A partir de la vida amorosa de Gabriel, se observó que la culpa y la tristeza que él sentía se remontaban a su Edipo. El miedo a ser traicionado y abandonado por sus posibles parejas, tenían como núcleo el sentimiento de culpa por haber deseado la separación de sus padres. Esta situación, se repitió con Karina (al igual que con Gabriel se usó un pseudónimo para proteger la confidencialidad), una compañera del bachillerato, a quien dejó de hablarle justamente después de que ella comentara la intención de dejar a su novio para estar con él.

Para sobrellevar la culpa, Gabriel rechazó y devaluó a Karina y desplazó la satisfacción del triunfo a una situación penosa.

“Yo me acuerdo que hacíamos la tarea juntos, yo le explicaba y ella me miraba, aún hay veces que me acuerdo de cómo me miraba, yo en ese entonces andaba muy feliz, hasta empecé a comer, ella me llevaba comida y nos quedamos ahí estudiando, su novio como que no se daba cuenta, bueno yo creo que ni me consideraba.

Ella le pasaba la tarea que hacíamos juntos, por eso él no le decía nada. Después de explicarle, ella me besaba y me tocaba, yo no sé qué sentía pero me gustaba, andaba en las nubes (...) Un día llegó y me dijo que dejaba a su novio por mí, que a quien quería era a mí, yo le dije que no porque no me gustaría que eso me lo hicieran a mí y le dejé de hablar, no le contestaba los mensajes, ya no la buscaba, ni ella a mí (...) le pregunté a mis compañeros si ellos creían que ella me había utilizado y ellos me dijeron que sí, por eso digo que ella solo me besaba por lástima, solo me utilizó mientras pudo.”

La culpa inconsciente y búsqueda de castigo: Hacer de la vida un purgatorio.

Para Braier (2011) el trabajo clínico del superyó tiene su lugar en el abordaje de varias patologías, en el caso de Gabriel se observó que, la presencia de culpa y miedo impedían que él pudiese alcanzar y disfrutar de sus metas y logros. Del mismo modo, Freud (1916) describió, que en algunos casos la dinámica resultaba peculiar, nombrando tipologías de carácter distintivas por la presencia de actitudes o comportamientos ante ciertas circunstancias de la vida. Estas reacciones, estaban relacionadas con el superyó y se describen como comportamientos paradójicos. Una de ellas, denominada como *los que fracasan al*

triunfar, explica como hay algunas personas que ante un logro o triunfo caen en enfermedad impidiéndoles disfrutar del mismo.

La explicación de esta reacción, vincula que el logro o triunfo están asociados con la agresión o violencia hacia el padre, trayendo consigo un intenso malestar derivado de la culpa y miedo a ser castigado. Esta situación se pudo observar en el trabajo analítico, pues a pesar de que Gabriel tenía deseos y capacidad para terminar su carrera universitaria, narraba no saber porque le generaba mucho miedo y malestar el hecho de pensarlo y hacerlo.

“No sé porque me da miedo, siento que no voy a poder, me da mucho miedo porque tengo que escribir un trabajo final, una investigación y yo no sé cómo se hacen esas cosas.”

En su historia se observó que ante un cambio de grado académico o mejoría en su vida aparecían una serie de síntomas físicos y malestares que implicaban sufrimiento, que también puede interpretarse como el conflicto de seguir con la tradición familiar o ser él mismo, derivado del mandato superyoico de no ser mejor que su padre. Superarse implicaba actuar las agresiones hacia el padre y disfrutar de este triunfo revivía la fantasía de ser destruido por la envidia del padre.

“Yo siempre he estado enfermo, pero no me gusta ir al doctor porque me da miedo que me vaya a decir que tengo algo peor”

“Lo de la anemia fue en la secundaria, cuando nos mudamos a la Ciudad de México, no me daba hambre y me sentía muy triste, solo comía un plato de sopa al día”

“Mi segundo año de secundaria fue horrible, porque me hacían bullying, lo peor es que eran mis compañeras mujeres, yo me dejaba porque no quería lastimarlas, pero eran igual o peor que los hombres porque me pateaban y me pegaban.”

“La última vez que me dieron las alucinaciones fue en la segunda semana de universidad, estaba en el salón y de repente sentí esa sensación en mi pecho y yo ya me veía todo mal, me dieron ganas de salirme corriendo, como que se dieron cuenta mis compañeros, pero no les dije nada.”

El malestar que experimentaba Gabriel podía ser físico (enfermarse, lastimarse, sufrir de dolor) o emocional (miedo incontrolable, alucinaciones, tristeza) llevándolo a padecer su crecimiento e incluso perder oportunidades importantes. Él relacionaba esta situación con el temor a que su padre le cobrara todo lo que le había brindado para su educación universitaria, una deuda impagable que lo llevó a vivir con miedo su desarrollo.

Desde la perspectiva de Freud (1923, 1926a , 1930) el miedo se deriva de la angustia a la castración, proveniente del complejo de Edipo, en el caso de Gabriel, el miedo que tiene a salir adelante está relacionado con el miedo a que su padre lo agreda o se aproveche de él y ser incapaz de negarse o defenderse. Esta postura muestra como el yo se encuentra en una posición masoquista respecto al superyó, en dónde, a pesar de odiar a su padre y a su madre, simultáneamente busca su aprobación por temor a ser castigado.

Por otro lado, para Gabriel el no haber tenido una casa propia y sentir que vive como “arrimado”, acarreó la creencia de no poder quejarse o reclamar nada a los otros como evita hacerlo en casa de sus abuelos. Experimentando que todo lo que recibía provenía de la lástima, Gabriel se avergonzaba de sentirse necesitado de los otros y buscaba compensar esta

herida devaluando lo que recibía, impidiendo que pudiera nutrirse de los aspectos positivos y buenos del objeto (Klein, 1957; Bleichmar y De Bleichmar, 1997).

“Mi mamá no tiene casa, vive en la casa de mi tía, pero ella no tiene nada, si mi tía la quiere correr, la corren”

“Mi hermana salió mal con mi prima, se pelearon por unos trastes y cuando le dijo a mi mamá, ella (su mamá) le dijo que se disculpara con mi prima porque era su casa.”

“Pues acá en casa de mis abuelos tenemos un lugar, pero ni siquiera tenemos puerta, ahora sí que el día que quieran nos sacan con nuestras cosas y no vamos a poder hacer nada”

“Mi papá dice que esta es su casa y que no se va a salir, yo si quiero que lo corran, pero también pienso que va a ser de nosotros (él y su hermano) si lo corren.”

Para Gabriel, el terminar una carrera y conseguir un trabajo significa tener que dejar la casa de sus abuelos y quedar expuesto a la incertidumbre de la vida, lo que lo lleva a sabotear constantemente sus planes, mostrando la ambivalencia entre dependencia e independencia. Convertirse en un hombre independiente significa quedarse solo y perder la seguridad que brinda la casa familiar, contactando con su miedo al desamparo.

“No sé qué va a pasar cuando acabe la carrera, tengo miedo de que ya no haya nada, ahí se acabó mi vida”

“En mi casa dicen que cuando voy a dejar de ser un huevón y me voy a poner a trabajar, que cuando salgo de la escuela.”

“Mi papá me daba dinero mientras estudiaba, siempre me dijo que no iba a mantener pendejos”

“Si no puedo con la escuela, como voy a poder con un trabajo, me da miedo echar a perder las cosas, porque en el trabajo ya no voy a tener a quien preguntarle, ya estás tu solo”

Así mismo, Gabriel también asocia el crecimiento personal con el peligro de ser atacado por la envidia de su familia, creencia derivada de la continua competencia y agresión que hay entre los miembros de la casa y que también es, una proyección de la envidia que siente él por aquellos que son más exitosos que él. Al ser sentimientos que resultan intolerables, Gabriel toma una postura pasiva e irresponsable tanto de sus acciones como aspiraciones.

“En mi casa son así, no pueden ver que alguien tiene algo porque se van sobre esa persona, no pueden ver que mi hermano y yo estudiemos porque están chingue y chingue que nos pongamos a trabajar”

“Mi papá siempre dice que la culpa de todo lo que le ha pasado es culpa de sus papás, porque no lo apoyaron como a sus hermanos, dice que no lo quieren y que por eso él no ha salido adelante.”

“Cuando conseguí trabajo mi papá me dejó de dar dinero, porque dijo que ya no necesitaba de su dinero (...) ellos quieren que nosotros dejemos de estudiar porque no toleran que uno tenga sueños, quieren truncar mi vida.”

“Ellos (sus familiares) no quieren que nadie salga adelante, nada más ven que recibes poquito apoyo o que haces algo y te ponen a la familia en contra.”

El origen de este superyó severo, persecutorio y punitivo, se encuentra en las identificaciones de Gabriel con el *yo ideal* y en su voracidad. A nivel clínico esto ha desarrollado una postura masoquista en la que no se permite disfrutar de sus logros ya que éstos resultan amenazadores, relacionándose con experiencias de abandono y agresión.

“Me gané un curso de cisco, es una certificación, me lo gané por mis calificaciones y pues si me motiva porque son gratis y por fuera esos cursos son muy caros.”

Una semana después: *“No más entré un día al curso, al siguiente se me fue la luz y me sacó, ya no quise entrar, ya para que entro, ya me perdí de una parte y no voy a entender nada.”*

“Yo sé que apenas termine la universidad, me van a decir que me vaya, por eso no les digo nada de cuanto me falta, nadie sabe eso.”

La agresión que Gabriel siente hacia los objetos, termina dirigiéndose a él rebajando su amor propio, que como Freud (1923, 1924^a, 1926a) establece, este sentimiento de poca valía y de sentirse malo proviene del superyó, que al tener su fuente en el ello, es capaz registrar los sentimientos agresivos del ello, a pesar del esfuerzo por reprimir del yo. Lo anterior lleva a Gabriel a buscar el castigo de forma inconsciente y a fortalecer la represión trayendo como consecuencia una serie de síntomas como la insensibilidad emocional, la rigidez mental y la disminución del pensamiento creativo.

“Yo no sé si soy muy insensible, pero casi no siento nada, ya todas las cosas malas que me pasan me dan igual, como que ya me resigné a que me va a ir mal siempre.”

“Yo no puedo pensar positivo, siempre pienso lo peor, no espero nada bueno, siento que no me merezco esas cosas.”

“Cuando voy a las plazas veo las cosas que me gustan y me da esa sensación de tristeza de que eso no es para mí, yo nunca me he comprado algo bueno, siento que sería un desperdicio.”

“No se me ocurre nada, y no entiendo nada, cuando hago una tarea me quedo en blanco y no sé qué escribir, me quedo paralizado.”

Por otro lado, su sexualidad está asociada a lo inmoral y sucio, viviéndola con el mismo asco y horror que la agresión y la violencia. Con la llegada de la pubertad y el despertar sexual la culpa condujo a Gabriel a buscar ser castigado por sus compañeras de la escuela, a las que permitió agredirlo debido a que se sentía culpable por sus deseos sexuales. Posteriormente agregó que durante su infancia vivió una serie de experiencias eróticas que intentó replicar y que, debido a la culpa, frenaron su curiosidad por la sexualidad.

“Hoy quiero contarle algo, algo que me da mucha pena, mucho asco, creí que me iba a morir y me iba a llevar ese secreto a la tumba, pero ya no puedo, creo que es importante, cuando era niño, un primo que era dos años mayor que yo me tocó, nos besamos. Mi abuela nos descubrió y nos regañaron. Cuando yo tenía como 8 años, yo hice lo mismo con unas primas y mi hermano, yo siento que soy como un pedófilo, siento asco

de mí, eso no me deja estar bien, cuando las veo a la cara deseo que no se acuerden, yo quiero olvidarlo, quisiera que borrarán eso de mi memoria.”

“Luego veo a las chavas caminando, si traen falda o ropa como... pues ropa corta me da culpa mirarlas, cuando me pasa me siento asqueroso, no puedo mirarlas o me da miedo que se den cuenta que las veo, me siento asqueroso”

“Una vez, no recuerdo bien, no recuerdo mucho, una tía llevó a una de sus amigas a la casa, yo tenía como 6 años y ella como 21 porque era de la edad de mi tía. Me dejaron solo con ella y ella me tocó, y puso mi mano sobre sus pechos, me preguntó si me gustaban y yo no sabía que decir, me toco mis... mis genitales y me besó, no recuerdo mucho de eso, solo me acuerdo que se sacó... se sacó pues su pecho ¿no? y me dejó lamerlo, me dijo que los podía probar y yo se lo lamí, después cuando jugaba con mis primas las lamía y cuando me acuerdo de eso quiero llorar, quiero golpearme, quiero morirme (llora) porque siento que soy un degenerado.”

“Creo que por eso me dejaba pegar por mis compañeras, como para que me castigaran, siento que merezco ese maltrato.”

La represión de Gabriel era tan intensa que llegó a presentar inhibiciones alimentarias y motoras, asociadas a fantasías destructivas y persecutorias. En la fantasía, Gabriel experimentaba la comida que el preparaba como defectuosa y que lo destruía desde el interior. Los ayunos constantes y el desarrollo de una gastritis ulcerosa brindaban un disfrute masoquista inconsciente, impidiendo que buscara un tratamiento adecuado que mitigara su malestar. Además de que Gabriel obtenía como ganancia secundaria, la satisfacción de sentirse cuidado y atendido por su familia. Al ser el malestar físico un síntoma que le permitía

librarse de la culpa por sus fantasías agresivas hacía ellos y una forma de ganarse su atención, se gestó una fuerte formación de compromiso.

“A mí no me gusta comerme la comida que cocino, no me pasa simplemente, mis hermanos dicen que no está mal que sabe buena, pero a mí no me gusta, solo me como lo que preparan los demás y si no hay nadie, entonces no como, no me da hambre.”

“Siento que si como lo que yo cocino me va a hacer daño, que me voy a enfermar, es como si sintiera que lo que yo preparo está mal, como si apenas lo comiera se fuera a podrir y me va a enfermar.”

“Hoy mi papá me regañó porque de nuevo me dolió el estómago, me dijo que cómo era posible que deje que me pasen estas cosas y que si acaso me gustaría tener una úlcera, yo no le dije nada, pero eso es su culpa, porque no hay nada de comer.”

“A veces sí quiero servirme más comida, pero simplemente me quedo con hambre.”

“Cuando me enfermo no me puedo ni parar de la cama y les digo a mis hermanos que ya... que ahí me dejen, que se olviden de mí, que a lo mejor yo no sirvo para esto de la vida, que me dejen morir, mi hermana se pone a llorar y me dice que no diga esas cosas, yo no quiero verlos mal y trato de levantarme, pero si les digo que ya, que dejen que me muera.”

“No sé porque me da tanto trabajo levantarme o hacer cosas, yo siento que podría quedarme ahí acostado sin hacer nada.”

“Me quedo paralizado, no puedo hablar, no puedo pensar, solo siento mucho miedo, yo simplemente me quedo paralizado y no sé qué hacer”

La angustia que siente por terminar la carrera llevó a que tomara decisiones inadecuadas que se niega a atender atribuyendo su fracaso a la mala suerte y a la falta de inteligencia, sucumbiendo ante la desesperanza. Freud (1926a) menciona, que en el desarrollo de los síntomas el enfermo suele obtener ganancias secundarias que brindan una satisfacción sustituta e indirecta de la pulsión. De este modo, a través de la apatía y la enfermedad Gabriel satisface sus pulsiones sádicas y el deseo de ser amado, castigando a los otros con su sufrimiento y obteniendo su cuidado.

“Siento que nada tiene caso, porque cada que me pasa algo bueno, algo malo pasa después, entonces como que ya me resigné, ya no me interesa lo bueno, yo por eso siento que estoy mejor solo.”

“No me dejaron cursar las materias y ese dinero ya está perdido, me dio coraje, pero no dije nada, me quedé callado, no les reclamé ni nada, eso me pasa por pendejo.”

“Soy muy buen mentiroso, porque todos piensan que voy a la escuela, que estudio y nadie sabe cómo voy, no saben que me atrasé porque yo no digo nada, aparento que todo está bien, y pienso que son unos tontos, pero no más me estoy engañando a mí mismo.”

“Soy el único que carga con esto, ni mis hermanos saben de la escuela, ellos dicen que quieren ser como yo, que no me rindo, que sigo estudiando, me da risa ¿no? porque yo por dentro me siento una basura, que estoy bien pendejo y ellos pus me admiran, me doy risa, soy un hipócrita.”

“Me quedé pensando en eso que usted dijo sobre la agresión hacia a mí, no sé por qué necesito como castigarme, luego usted dijo que me enojo y yo pensaba que no, que no me enojaba y ahora no dejo de pensar que estoy enojado siempre.”

“Cuando me enfermé de anemia, todos se fueron contra mi mamá, la acusaron de mala madre, incluso mi hermana le dijo que estaba matando a su hijo de hambre, a mí no me importaba, creo que yo me quería morir, pero cuando le reclamaron me sentí bien, sentí como que le dijeron todo lo que yo le quería decir.”

Freud (1924a) describe que en el masoquismo puede clasificarse en tres categorías; en primera y segunda instancia: el masoquismo erógeno y el masoquismo femenino; que tienen como característica el placer de estar a merced de otro en el que se cumplen deseos infantiles de ser cuidados y atendidos por alguien más, y en caso de existir maltrato, este cumple con la fantasía de ser tratado como un niño rebelde. En tercera instancia nos habla del masoquismo moral, en la que describe que la meta erótica ha quedado relevada por la búsqueda de castigo inconsciente derivado de la culpa.

En el caso de Gabriel se puede observar como él disfruta de los cuidados y regaños de sus familiares que lo colocan en una posición infantil, resultando placentero para él la angustia que les produce. Por otro lado, la búsqueda constante de Gabriel por padecer y sufrir infortunios muestra como las pulsiones agresivas y destructivas se dirigen hacia él, en las que disfruta de hacerse él mismo lo que hace a los otros y simultáneamente expía la culpa que le produce el disfrute de ver preocupados y angustiados a sus hermanos y familiares.

Dicha formación trajo como resultado fuertes resistencias al tratamiento y la mejoría, pues implicaban que él pudiera reconocerse como responsable de su agresión, teniendo que

renunciar al yo ideal narcisista, a la dependencia y la omnipotencia infantil. Si bien, en el desarrollo psíquico todo sujeto vive con dolor la pérdida de estas ilusiones, en el caso de Gabriel dicha pérdida implicaba contactar con la realidad de no ser quien anhelaba ser y no poder amarse a sí mismo de manera genuina.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

El objetivo de este apartado es comprender la estructura de la personalidad de Gabriel a través de la relación que se desarrolló a lo largo del trabajo terapéutico. Interpretando la transferencia y contratransferencia

Es importante señalar que el proceso terapéutico tuvo dos fases que fueron: entrevistas iniciales de valoración, cuya finalidad fue obtener información y comprensión sobre la situación de Jonatan. La segunda fase comprende el tratamiento, éste se realizó en dos momentos: uno primero que tuvo lugar a lo largo 12 meses, un periodo de suspensión y posteriormente el retorno al tratamiento.

La relación transferencial: El recuerdo de una mirada.

Freud (1912b) describe al trabajo psicoterapéutico como una cura a través del amor, que requiere de un vínculo entre el paciente y el médico. En este sentido Nasio (2016) lo describe como un proceso en el que el terapeuta se pone a disposición del paciente para ser recipiente de sus afectos con el fin de mostrarle y describirle lo que acontece en su mundo interno brindándole un espacio de escucha.

La relación terapéutica a diferencia de otras, requiere de una serie de elementos para que el paciente y terapeuta puedan trabajar. El primer elemento es el encuadre, descrito por Quinodóz (1992) como el conjunto de condiciones necesarias, que se han mostrado

adecuadas para generar un tipo de relación psíquica, mediante el cual puede establecerse el proceso analítico. El segundo elemento se encuentra en la historia emocional del paciente y es definido como transferencia. Para Etchegoyen (2010) y Chávez (2019) el proceso transferencial comienza desde la solicitud para recibir atención terapéutica y desde ese momento brinda información sobre el funcionamiento emocional del paciente.

Gabriel realizó su solicitud de consulta a través de la convocatoria de la Residencia para atención gratuita y a distancia, en la que él escribió lo siguiente: *"Escucho voces y veo caras aunque es por lapsos y tengo ansiedad solo por el miedo de eso"*.

Además de lo anterior en un mensaje al chat de la residencia escribió:

"Creo que tengo esquizofrenia que procede. Bueno no se, tengo esto desde que iba a en la primaria al principio pensé que eran pesadillas, pero me ocurrían todos los días fueron los peores días de mi vida la verdad no sé si sea esquizofrenia por qué solo me duró un mes esa vez pero esto me ocurre por lapsos, durante la secundaria, prepa y la universidad.

Gracias a eso me quede con varios tics nerviosos y bueno con una ansiedad por saber de qué en algún momento volverán esas voces y esas caras.

Escuché que ustedes responden rápido una prima me lo recomendó y mi hermana está teniendo sesiones con ustedes.

Por favor responde lo antes posible ya no aguanto no he podido dormir bien desde la cuarentena."

Como primer contacto, el despliegue transferencial se dirigía a la institución en la que se observó como colocaba en el exterior demandas e ideales, como lo era obtener una respuesta inmediata que resolviera su angustia. Gabriel fantaseaba con estar enfermo y esperaba ser atendido y cuidado. Siendo un antecedente de la marcada ambivalencia entre la demanda de atención y el rechazo.

Antes de iniciar un tratamiento, Etchegoyen (2005) y Bleger (1966) mencionan que el paciente debe pasar por una fase de valoración en la que el terapeuta realizará una serie de entrevistas y en caso de necesitarlo aplicará pruebas psicodiagnósticas con el objetivo de comprender la situación del paciente.

De este modo, una vez que me fue derivado el caso, establecí contacto con él, quien a pesar de describir que se sentía desesperado respondió dos días después y aceptando con apatía tener la primera entrevista. Al leer el motivo de consulta, se observó como Gabriel se mostraba en una postura de vulnerabilidad que a su vez era exigente. Esto era repetición de la postura que mantenía en su esfera familiar, mostrándose muy enfermo para ser atendido. Con el paso del tiempo, se descubrió que su hermana no pertenecía al programa, mostrando cómo intentaba manipular a los otros para recibir un trato especial debido a que tenía poca tolerancia a la espera.

La reacción de terror ante las alucinaciones que describía como caras y voces, así como el temor a padecer esquizofrenia, mostraba como Gabriel tenía una intensa angustia de persecución que no podía ser apalabrada y a la cual asociaba con una patología, los sentimientos implicados eran una parte “*enferma*”, incompatible con el yo, asociada, al

parecer, con una fijación en elementos de la posición esquizo-paranoide (Lagache, Bleichmar y Lieberman, 1996).

La primera entrevista se realizó por la tarde del día 28 de octubre de 2020, en ella Gabriel describió su motivo de consulta narrando sus alucinaciones visuales y auditivas. Mencionó que había visto dibujos que realizan personas con diagnóstico de esquizofrenia y pensaba que son parecidos a las cosas que él veía. A las preguntas sobre su historia de vida y relaciones personales, respondió de manera concreta y sin profundizar.

“Mi infancia fue una infancia feliz, solo eran la alucinaciones, pero todo lo demás yo siempre he sido feliz.”

“No me gusta hablar de mi familia, y no son importantes en mi vida, mi única familia son mis hermanos”.

Esta situación mostraba que Gabriel se encontraba alerta y reservado ante el intento de conocer mejor su historia. Sus respuestas estaban orientadas a mostrar la información que creía pertinente y nada más, expresando sus angustia sobre lo que percibía como “malo” o “enfermo” en él.

“Yo espero saber qué es lo que tengo, saber si tengo esquizofrenia o no, me da mucho miedo que salga que si.”

“Pues la alucinaciones llegan de repente, de la nada, los demás no se dan cuenta que me pasa pero yo me pongo mal, fuera de eso todo en mi vida está bien.”

Para Gabriel, solicitar apoyo psicológico implicaba contactar con su malestar y el sentimiento de dependencia que constantemente intentaba negar, para él, estar “feliz” se

relacionaba con no sentir. A la primera entrevista se presentó con un auto diagnóstico y sin reparo en describir los elementos de sus alucinaciones, esperando recibir un diagnóstico como si de una consulta médica se tratara.

“La otra vez estaba en Facebook y vi una serie de dibujos que decían que eran fotos de dibujos que habían hecho personas con esquizofrenia y vi que se parecían a mis alucinaciones y me espanté, me dio mucha ansiedad que se volvieran a presentar y pues quiero saber si tengo algo mal, si algo no funciona bien.”

Las siguientes entrevistas transcurrieron de manera similar, en ese proceso Gabriel olvidó la segunda entrevista y pidió que se le reagendara, para Etchegoyen (2010) el proceso de entrevista tiene la función no solo de evaluar el estado emocional del paciente, sino también las reacciones al proceso, lo que ayuda al terapeuta a elaborar una serie de hipótesis respecto a cómo se desarrollará el trabajo terapéutico.

Debido a que para Gabriel solicitar ayuda era doloroso, el olvido de la segunda entrevista se puede interpretar como una resistencia a tocar aquellos temas y emociones tan dolorosos que le remueven sus heridas narcisistas. Por otro lado, el que Gabriel buscase cambiar la fecha de su sesión puede pensarse también como una forma de prueba dirigida al terapeuta, para valorar si sería confiable o resultaría como los objetos castigadores que estaban presentes en su mente.

En su historia, las separaciones se relacionaban con un estado de vulnerabilidad e insuficiencia, por lo que establecer relaciones interpersonales era algo sumamente difícil para él, optando por intentar controlar la distancia emocional que existe entre las personas y él. En el caso del trabajo terapéutico, para Gabriel, existía la fantasía de control del espacio, en

el que él podía elegir el horario de las entrevistas y posteriormente de las sesiones, que lo hacían sentirse seguro, prevenían el riesgo de un abandono y evitaban que tuviese que pensar en su vida mental.

“Perdón por llegar tarde, estaba listo desde hace rato pero como no sabía que iba decir pues me esperé a que pasara media hora para que no fuera tanto tiempo.”

“Estoy en blanco, bueno... usted me dijo que eso es muy difícil, más bien es que lo que pienso o se me ocurre son cosas que no quiero hablar.”

Las consecuencias de esta postura tenían elevados costos psíquicos en la vida mental de Gabriel, pues al privarse de estas experiencias no podía permitirse crecer y desarrollarse en otros ámbitos e incluso conocer personas que le pudiesen brindar experiencias de satisfacción, se observó desde el inicio del tratamiento que la dificultad para hablar de sí mismo y sus sentimientos estaba relacionado con el miedo a ser juzgado y abandonado por la terapeuta, a la que también colocaba en un lugar distante y le otorgaba la labor de curarlo sin tener él que pagar o poner algo en riesgo.

“Pues hoy quería decirle que ya no quiero venir, si me ha ayudado pero siento que ya estoy bien, siento que ya dije todo, no hay nada más que decir.”

“Yo esperaba que la terapia durara menos, que fuera rápido, pensé que me iba a dar tips o algo como para sentirme mejor.”

Para Freud (1912a) el costo del tratamiento psicoanalítico no solo es monetario, pues durante el mismo el paciente se enfrentara a la revivencia de sus angustias y conflictos inconsciente que conllevan sufrimiento, dicho trabajo se lleva a cabo en el margen de una

relación de dependencia. Con el objetivo de crear un espacio adecuado, en el trabajo psicoanalítico, se establecen una serie de condiciones conocidas como encuadre para que pueda surgir el proceso de análisis.

El encuadre se propone al paciente en una entrevista de devolución, una vez que se ha concluido con las entrevistas preliminares. En esta entrevista se le explica de manera breve lo que se observó durante la valoración. En el caso de Gabriel, el proceso de valoración constó de 5 sesiones debido a la dificultad que presentaba para hablar de sus sentimientos. En el que finalmente se tomó la decisión de aceptarlo en el programa, debido a su malestar y cualidades de su conflicto emocional. Al momento de proponer el trabajo se observó como Gabriel no presentaba curiosidad por comprender su conflicto emocional, pero si manifestaba un deseo de estar bien, colocando en el otro su cuidado.

“G: Yo solo quiero estar bien, quiero mejorar, si... ser mejor, quiero poder estar tranquilo y ya no tener estas alucinaciones y si esto me va ayudar a mejorar esta bien.

Gabriel, mantenía la idea de que su malestar se asemejaba a un padecimiento físico en el que el tratamiento era fantaseado como un medicamento que le ayudara a eliminar los síntomas, colocando la responsabilidad de su mejora en el terapeuta y advirtiendo de las dificultades que tenía.

Z: ¿Qué piensas de lo que te estoy proponiendo?

G: Está bien, ... si usted cree que con eso voy a mejorar está bien, nada más que si pues se me dificulta luego que aquí no hay privacidad o que no tengo señal de internet pero está bien.

Se observó como Gabriel esperaba ser ayudado sin tener que esforzarse, aceptaba las condiciones porque yo como terapeuta conocía mejor que él lo que lo puede ayudar. Esta postura evidenció una idealización de la figura del terapeuta, reflejando un estado de dependencia en la que evitaba responsabilizarse de sus acciones y señalaba como desde un inicio había situaciones ajenas a él que le impedían trabajar, en dónde el terapeuta era quien tenía que esforzarse y tolerar estas dificultades, como él tuvo que tolerar las deficientes condiciones de crianza que le prodigaron sus padres.

Desde esta perspectiva se pudo identificar como Gabriel tenía ciertas características de la posición esquizo-paranoide descritas por Klein (1957), en la que se idealiza al objeto otorgándole atributos como la omnipotencia y omnisapiencia, favoreciendo la dependencia, en espera de que sea el objeto quien resuelva todas sus necesidades y dificultades.

Se comenzó entonces con el tratamiento, que al inicio se planteó de dos veces por semana con sesiones de una hora, sin embargo a las pocas sesiones empezaron a aparecer las primeras resistencias.

Sesión 01:

Z: Buenas tardes Gabriel, ¿Qué me cuentas?

G: (se ríe) emmm no sé, no se me ocurre nada, ammm pues es que no sé, siento que traigo la mente en blanco.

Sesión 04:

Z: Hola Gabriel, bueno... te escucho.

G: No pues, no pensé nada esta semana, tampoco sentí nada. Vengo en blanco.

Sesión 09:

Z: Buenas tardes Gabriel, ¿listo?

G: (se ríe) pues no pero ya era muy tarde y tenía que entrar, es que no se me ocurre nada, no sé que decir.

Z: Recuerda que es cualquier cosa que estes pensando o sintiendo, lo que se te ocurra.

G: Pues es que estoy en blanco, como que no entiendo que podría decir, me siento como si estuviera en clase, cuando me toca exponer me pasa lo mismo, me quedo en blanco y no sé que decir.

Al principio Gabriel se conectaba puntual a las sesiones, incluso unos minutos antes, sin embargo a los pocos meses comenzó a conectarse cada vez más tarde. En las sesiones expresaba quedarse en blanco y asociaba la situación con los nervios que sentía al exponer en clase. En ese tiempo Gabriel tomaba sus clases escolares de manera virtual pero mencionaba que la cámara encendida le hacía sentirse como evaluado o calificado por un maestro. Ante mis preguntas mencionaba no saber que responder, porque no sabía la respuesta correcta.

“Me siento mal porque no sé las respuestas a las preguntas que me hace, siento que no sé nada y cuando usted habla siento que no le entiendo, no entiendo que es lo que tengo que hacer o lo que me quiere decir.”

“Es que siento que no entiendo, me gustaría que fuera más clara con lo que tengo que hacer porque luego siento que lo que hablo aquí está todo mal.”

Esta situación mostraba como Gabriel esperaba recibir del tratamiento una especie de educación en el que yo le enseñara como debía manejar sus emociones de una manera correcta, en el que mis intervenciones se sentían como críticas o exigencias de mí hacía él. Desde Freud (1912b) la respuesta transferencial del paciente se relaciona con su historia de vida en la que la figura del terapeuta se vuelve el reservorio de afectos y vivencias pasadas que se repiten en el presente.

Gabriel me vivía como una figura de autoridad, esperando que el trabajo en sesión fuese establecido por mí. El hecho de que como terapeuta yo fuera una mujer joven y cercana a su edad, favoreció que se desplegara un sentimiento de ambivalencia en el que estaban presentes sentimientos amorosos y hostiles, como los que tenía hacia su madre.

Para Gabriel, las mujeres estaban asociadas con la pasividad y la debilidad, por lo que las veía como objetos devaluados. Dentro de la relación transferencial esto me ubicó como un objeto que idealizaba o devaluaba dependiendo de mi capacidad para satisfacer sus necesidades.

En la siguiente viñeta se observa como Gabriel deposita en el tratamiento la posibilidad de curarlo y que cuando no se siente satisfecho desplaza la frustración hacia sí, devaluando sutilmente al tratamiento, pues otros pacientes seguramente “menos difíciles” no me harían perder el tiempo, poniendo en duda mi capacidad como terapeuta de ayudarlo como lo hacen los “otros” médicos.

“G: A veces siento que llego acá y no sé que decir, nada más la estoy haciendo perder su tiempo, pudiendo atender a otros pacientes que lo necesiten más.

Z: O sea que ¿tú no lo necesitas...?

G: Si lo necesito, pero no tengo tiempo, no sé hablar, como que yo pensé que esto iba a ser diferente, como cuando uno va al doctor y te dan el medicamento.”

Al respecto Lagache, Bleichmar y De Bleichmar (1996) mencionan que uno de los mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranoide es la idealización y devaluación intensas. En ellas el paciente divide la realidad en polos radicales de bueno y malo. En la primera etapa de la vida, esto tiene la función de preservar al frágil yo de aquellos elementos tanto internos como externos que lo vulneran. Dichos elementos pueden analizarse en transferencia y trabajarse para integrarse, mejorando la respuesta ante las frustraciones de la vida.

Respecto a Gabriel, los elementos internos amenazantes se relacionaban con el yo *ideal* identificado como omnipotente, perfecto y engrandecido. Dicha imagen era incompatible con el yo y con la frustración de no poder sentirse bien por él mismo. Favorecerse del tratamiento implicaba colocarse en un estado de vulnerabilidad y dependencia tolerando la asimetría que permite nutrirse del vínculo terapéutico, sin embargo, en Gabriel la asimetría le despertaba sentimientos persecutorios y agresivos.

“G: Si hay muchas cosas que no he dicho, pero no quiero decirlas, son cosas que siento que yo quiero resolver solo, de hecho mi hermana me dijo que viniera pero yo le dije que no tenía caso que mis problemas los resuelvo yo.”

La ambivalencia que experimentaba hacia sus objetos primarios se trasladó al trabajo terapéutico, oscilando entre el afecto y la hostilidad, lo que condujo a que desarrollara intensos sentimientos hacia la terapeuta tanto amorosos como hostiles.

“G: Me siento mal con esto porque siento que no solo estoy quedando mal, yo entro y no tengo nada que decir y me siento mal con usted.”

Mensaje de texto: Perdón por no llegar y por no avisar, pero es que creí que esto ya se había terminado, asumí que era todo y que ya no se podía seguir.

Para Freud (1912b) la transferencia amorosa o romántica supone una de las principales y más duras resistencias al tratamiento, a los pocos meses de iniciado el tratamiento, se instaló una transferencia erótica que impedía que Gabriel pudiese hablar libremente en las sesiones .

G: Me cuesta mucho trabajo hablar de esto pero me gusta una chica y no sé que vaya a pensar usted.

Z: ¿Cómo qué podría pensar yo?

G: (se ríe) no sé, cuando vengo a sesión siento que no más hago el ridículo porque nunca sé que responder, luego me cuesta trabajo entender las cosas y me siento como cuando tengo que exponer en clase o me preguntan.”

Gabriel nunca habló de los sentimientos románticos que sentía, dificultando el trabajo de interpretación, sin embargo, buscaba agradar de alguna manera y evitaba hablar de aquellos afectos que le resultaran penosos o vergonzosos.

“G: No sé que decirle, es que si pienso muchas cosas, pero no quiero expresarlas, son cosas que no puedo hablar con usted.”

A lo largo del primer año de trabajo, Gabriel comenzó a faltar y llegar tarde, disminuyendo considerablemente el tiempo y número de sesiones. Estas ausencias y retardos funcionaban como una barrera que impedía contactar con sus emociones y pensamientos, de forma similar a lo que hacía en su vida cotidiana, generándose una desconexión emocional. Además, el contenido de las sesiones se reducía a hechos concretos y externos, que en transferencia se presentaba como incompreensión.

“G: Es que no entiendo lo que me quiere decir, de verdad por más que pienso no le entiendo y me siento como un tonto porque no sé que responderle.

Z: ¿A qué te refieres? O ¿Qué es lo que no entiendes?

G: Lo que me dice, lo que me explica, no le entiendo, no sé como responder sus preguntas, que tal que las contesto mal.

Z: ¿Y por qué yo pensaría que tu respuesta es mala o buena?

G: O sea, yo sé que no me diría eso pero siento que tengo que responder algo y me da miedo decir una tontería.”

Al inicio del trabajo, Gabriel se centraba en refutar de manera intelectual mis comentarios , de modo similar a como lo hacía en su vida cotidiana. Este funcionamiento mental le había llevado a colocar fuera de sí las consecuencias de sus decisiones, ocasionando que evadiera de las situaciones de frustración y dolor impidiendo su desarrollo y crecimiento mental.

Debido a este funcionamiento, Gabriel presentaba mayor resistencia al tratamiento ya que implicaba que se despertasen en él sentimientos intensos y ambivalentes, buscando mi aprobación y devoción hacía él al unísono que revivía sus experiencias tempranas de dependencia y desvalimiento.

“G: No es que yo me enoje, todo es culpa de mi papá y de mi familia, yo no hago nada, no digo nada y se enojan por eso.”

“G: No me gusta sentir nada por nadie, porque cuando uno siente esas cosas los demás se aprovechan y te pendejean, solo siento cariño por mis hermanos porque son mi familia.”

Debido a que Gabriel evitaba hablar de sus sentimientos, el abordaje de la transferencia era complicado, pues hablarlo era muy angustiante para él, ocasionando que redujera aún más el tiempo de la sesión y se reforzara la represión.

“Z: ¿has notado que cada que tocamos el tema de tu enojo faltas a la siguiente sesión o llegas tarde? ¿Crees que estas situaciones estén relacionadas?”

G: (se ríe) pues yo creo que no, perdón por no avisarle pero es que me distraje, me puse mi música y se me fue el tiempo, ya cuando vi eran las 4 de la tarde y me dio pena escribirle, pero yo no me siento enojado, y menos con usted, creo que es la única persona con la que no me enojo.”

Gabriel me colocó en un lugar distante y lejano como sus sentimientos, era un objeto inerte a su disposición. Esta situación pudo haberse derivado por varios factores como el

trabajo virtual o las características del encuadre, sin embargo, también reflejaba su forma de relacionarse con el mundo.

La idealización colocada sobre mí se vinculaba con la relación materna, pues su madre en algún momento fue representante de lo bueno. El “no poder” enojarse conmigo, se asociaba con la fantasía de ser el único paciente y hombre en mi vida, como en algún momento quiso serlo para su madre, contactando con sus emociones posesivas que lo llevaban a sentirse indigno y humillado.

“G: Me puse a pensar que yo no tengo amigos, porque fuera de la escuela no hablo con nadie. Mis hermanos si tienen sus amigos y sus novios y veo como hablan con ellos y a mí me da tristeza porque yo estoy solo, pienso que así me voy a quedar, que nadie me quiere.”

Z: Me parece que esto se relaciona con las suspensión de semana santa, por ahí me quieres dar a entender que no sabes con quien vas a hablar y también te preguntas que va a ser de mí esos días.

G: (se ríe) no, bueno si, es que usted es con la única persona que hablo, pero pues yo entiendo ¿no? que también pues usted seguramente tendrá cosas que hacer, a lo mejor no va a estar y a mí me toca quedarme en mi casa solo, como siempre.

Z: ¿Habría alguna diferencia si salgo o no?

G: Pues que si se queda estaría en su casa, además ahorita no es bueno salir por lo de los contagios.

Z: Probablemente sientes que si no salgo tu estarías más tranquilo porque así tu no tendrías que preocuparte de que me pase algo o que hable con alguien que me pueda contagiar.

G: (se ríe) o sea yo quise dar a entender que pues ahorita no es bueno como salir, no quiero que usted piense como que me ando preocupando de más, yo por eso les digo a mis hermanos que por mí ni se preocupen, que hagan sus cosas, que yo voy a estar bien.”

Gabriel proyectaba o negaba sus sentimientos lo que le llevó a no ser consciente de ellos, sin embargo los sentimientos de culpa y poca valía mostraban como el superyó si se percataba de todas estas emociones, impidiendo que Gabriel pudiese disfrutar y buscar situaciones de satisfacción, tal como fue descrito por Freud (1924a).

Con el paso del tiempo, Gabriel expresó que sentía mucho malestar y que era incluso peor que cuando había comenzado el tratamiento, argumentó no dejar de pensar en “sus malas decisiones” y que le era muy difícil estar tranquilo ya que se sentía responsable de cosas que antes no consideraba importantes.

“Llevo días sintiéndome muy mal, no puedo dormir y me cuesta trabajo estar en paz, no dejo de pensar en cosas que hago, no dejo de pensar que muchas cosas yo las causé, me siento no sé, como que no he hecho nada en mi vida, no sé si voy a poder arreglar todo esto.”

Gabriel comenzó a mirar más hacia sí mismo y logró contactar con su realidad interna, lo que se consideraría como un avance del tratamiento, aunque adjudicó su malestar a la terapia, colocándose como la responsable de su situación igual que a su madre.

Gabriel reaccionó a esto aumentando las ausencias y retardos, redujo las sesiones a 1 vez por semana y llegaba tarde a las mismas. En las sesiones hablaba poco y la idealización se convirtió en una fuerte devaluación.

“Mmm pues esta semana no tengo mucho que contar, siento que ya le conté todo, de hecho me tardé en conectarme porque siento que no tengo nada que decir”

“Pues ahora si no tengo nada de que hablar, estoy bien, ya hasta me da pena con usted, porque nada más la estoy haciendo perder el tiempo”

“Ya no le mandé mensaje, es que se me olvidó que tenía terapia, ni estaba haciendo nada pero se me fue completamente.”

El valor que le daba a las sesiones ahora se vinculaba con la frustración que sentía, atacando el espacio y poniéndome en un lugar de poca importancia, como lo hacía con su madre, su padre y sus hermanos. Esta situación mostró como Gabriel, necesitaba controlar y dominar para sentirse poderoso y omnipotente, pues a pesar de que atacaba el tratamiento se aseguraba de cumplir con la asistencia mínima para permanecer dentro del programa.

Esto exacerbó en Gabriel el malestar y sentimiento de culpa, experimentando angustia de castración (Freud, 1923 y 1926a). Al sentirse impotente ante los problemas se defendía argumentando que él no tenía remedio, que lo mejor era rendirse pues cualquier intento de mejora era un desperdicio o despertaba mucha angustia.

“Intenté hacer eso de ser un líder y no salió nada bien, todo salió mal, empecé a sentir que si me equivocaba todos se iban a ir sobre mí y decidí dejarlo así, dejarlo todo y ya no fui.”

Las condiciones del encuadre brindaban a Gabriel una sensación de omnipotencia en la que controlaba el lugar y horario de la sesión, situándome como un objeto inanimado para sentirse protegido de la intimidad emocional que implicaba una relación personal cercana como es el trabajo terapéutico. Las resistencias al tratamiento, las ausencias y retardos causaron que el espacio terapéutico perdiera valor en su mente, pues estas inconsistencias dieron pauta a que el espacio fuera vivido como un lugar vacío, ante esto Gabriel desarrolló fantasías persecutorias de abandono que le llevaron a sentirse atacado y castigado por mí, dificultando aún más la construcción de un vínculo estable.

“Yo creí que ya no me iba a atender, que ya no me iba a contestar, porque yo sé que no he venido y que están las reglas.”

“Es que yo sé que ya no debería seguir aquí y ya no le encuentro sentido a esto, siento que pues ya es todo, pronto mi vida a regresar a la normalidad, esto ya no va a tener sentido.”

“Escribo este mensaje de texto porque entiendo que esto ya se acabó, muchas gracias por todo.”

Al cumplirse los 19 meses de trabajo, después de una suspensión por periodo vacacional, Gabriel informó que deseaba abandonar el proceso terapéutico debido a que sentía que no le estaba ayudando y a las dificultades para encontrar un espacio privado, ya que su cuarto no tenía puerta y no se sentía cómodo hablando. Esta interrupción implicó un intento de Gabriel por apartar de sí mismo sus sentimientos hostiles y salir triunfante de la relación en la que él abandonaba antes de que yo lo abandonara a él, sintiéndose independiente y poderoso.

“Solo vine porque usted me lo pidió, pero ya no quiero venir, yo no quería venir, mi hermana fue la que me obligó. Además yo siento que todo esto fue por la pandemia y el encierro pero eso también ya se acabó.”

Cuatro meses después de la interrupción Gabriel contactó conmigo expresando que deseaba reanudar y afirmando que ya tenía una puerta, después de dos entrevistas reingresó al programa, en el que las sesiones tomaron un matiz de mayor profundidad y cercanía, permitiendo a Gabriel tomar un papel más reflexivo y participativo en su vida y en el tratamiento.

“Desde que hablé de mis cosas ya no puedo dejar de pensar en todo, no sé si sea el mejor momento pero creo que fue lo peor dejar mis sesiones cuando ni la escuela me deja feliz, no tengo amigos y me siento malo (...) extraño mucho las sesiones y hablar con usted, fue la mejor amiga que tuve y la extraño mucho y llorar ya no acaba con mi sentir.”

En el tratamiento la transferencia y su interpretación fueron herramientas importantes que permitieron al paciente elaborar a partir de las reminiscencias algunos de los conflictos que se encontraban reprimidos y que se repetían de manera patológica, causándole sufrimientos e imposibilitando su crecimiento y afirmación personal. Citando a Nieto (2019) el encuadre dentro del trabajo permitió que se generara una especie de neurosis artificial con la que fue posible trabajar, haciendo que Gabriel se volviera un agente de cambio en su propia vida, logrando una postura más consciente y activa ante su vida.

La contratransferencia: ¿Qué no te soy suficiente?

Freud (1910) consideraba que el analista debía tener la postura de un observador imparcial y completamente objetivo, similar a la de un científico. Sin embargo, con el

desarrollo del psicoanálisis, diversos autores apuntaron a que dentro de un proceso de análisis, analista y paciente son participantes activos en la que las emociones o sensaciones del terapeuta permiten comprender de mejor manera la vida emocional del paciente (León de Bernardi, 2000 y Andrei, 2014)

Para Racker (1960) la contratransferencia es una herramienta útil que permite al analista acceder a las fantasías inconscientes del paciente a partir de identificar las propias, favoreciendo el trabajo de la interpretación. El autor distingue dos tipos de contratransferencia y enfatiza que solo a través de la experiencia y el análisis personal el terapeuta puede llegar a tener un mejor reconocimiento y manejo de la contratransferencia.

Respecto al trabajo con Gabriel, el proceso contratransferencial constó de varias etapas que se clasifican como el inicio del tratamiento, su desarrollo antes de la interrupción y su regreso al tratamiento.

El inicio del trabajo con Gabriel, despertó en mí, nerviosismo y preocupación, debido a que el motivo de consulta se observaba como una patología grave. Este inicio fue peculiar, ya que su motivo de consulta causó en mí un efecto similar al que solía provocar Gabriel en sus hermanos y familiares cercanos cuando se enfermaba. Durante las entrevistas las emociones que se suscitaban oscilaban entre la angustia y la frustración, debido a que Gabriel tenía fuertes resistencias a hablar de sí mismo, que me llevaron a dudar sobre la posibilidad de un trabajo terapéutico con él.

Las resistencias durante las entrevistas iniciales se extendieron al tratamiento, y a pesar de que en el encuadre se le explicó que era conveniente que hablara de todo aquello que llegara a su mente, Gabriel presentaba dificultad para dejar fluir las ideas durante la

sesión, lo que podía interpretarse como un síntoma de los conflictos que presentaba para contactar con sus emociones y pensamientos que se volvían obstáculos a la hora de relacionarse con los otros.

Gabriel se conectó puntualmente a las primeras 23 sesiones, sin embargo, hablaba de manera reservada y mencionaba “*quedarse en blanco*” durante la sesión, obstaculizando su pensamiento y también el mío. Esto me hacía sentir como un objeto inanimado y sin vida. Como respuesta comencé a exigirme mucho más, pues atribuía la pasividad de Gabriel a un error o mal trabajo de mi parte. Esta dinámica creó una atmósfera de tensión en ambas partes, de manera inconsciente yo exigía a Gabriel hablar y él depositaba en mí sus dificultades.

Cuando Gabriel comenzó a atacar el encuadre llegando tarde, mi respuesta emocional fue de angustia. Las faltas y retardos de Gabriel eran una clara resistencia a trabajar, relacionados con la postura pasiva que tenía ante sus conflictos y las tareas que asumía en la vida cotidiana, para él tener que presentarse a la sesión dos veces por semana, no solo lo exponía a sentir emociones que le resultaban poco tolerables y placenteras, sino que también le impulsaban a pensar sobre su participación en esas situaciones, sin embargo mi reacción se dirigía a intentar “obligarlo” a venir a sesión.

“Perdón, se me olvidó la sesión es que antes estaba tendiendo mi ropa y si mi hermana no me avisa se me hubiera pasado.”

Esta respuesta venía de mi deseo de ayudarlo genuinamente, identificada con su ansiedad y miedo al fracaso, buscaba mostrarme como una figura de apoyo y confianza. Como consecuencia, toleraba sus faltas y ausencias, esperando un momento adecuado para interpretar el significado de las mismas. Respecto a esto, Urtubey (1999) menciona que el

encuadre tiene un lugar fundamental en el trabajo terapéutico que funge como un espacio contenedor que permite al paciente acceder al espacio de lo simbólico; para Bleger (1967) el encuadre representa al tercero en la relación que impedirá que tanto paciente como analista actúen fantasías arcaicas presentes en la primera relación con la madre.

En el trabajo con Gabriel, llegué a sentirme como una madre “mala” que no sabe como satisfacer los deseos de su hijo pequeño. Así mismo, la sensación de ayudarlo brindaba una satisfacción narcisista que dejaba fuera de escena los deseos de Gabriel empañando la escucha de sus necesidades. De este modo, las resistencias del paciente podían interpretarse no solo como una dificultad para hablar sino también como una respuesta ante las interpretaciones fuera de tiempo y la sensación de no sentirse atendido adecuadamente, de manera similar a la relación con su madre.

La contratransferencia en la primera etapa del tratamiento era de carácter neurótico (Racker, 1969), pues las reacciones que despertaba Gabriel, repetían en mi mente un escenario de agresividad, exigencia y abandono. Gabriel sentía que podía brindar lo necesario para mantenerme contenta, como sucedió con su madre. Al identificarme con esta sensación de insuficiencia, yo sentía que no podía mitigar su sufrimiento llevándome a interpretar fuera de tiempo, flexibilizar el encuadre e incluso aceptar las devaluaciones de Gabriel.

Meses antes de la interrupción del trabajo, Gabriel faltaba constantemente, llegaba hasta 40 minutos tarde a la sesión y solicitó que la frecuencia cambiara a una sesión por semana, explicando que no tenía tiempo para asistir dos veces, devaluando el tratamiento. Esta devaluación permitió que él se sintiera triunfante, teniendo la fantasía de que era él quien

determinaba cuándo y cómo tomar la sesión, que fomentando su omnipotencia cimentada sobre el *yo ideal*.

“No puedo venir más veces porque no tengo tiempo, y si no tendría que dejar de venir porque no tengo ni siquiera el espacio.”

Las faltas y retardos me hacían sentir enojada y devaluada, en sintonía con sus acciones, me sentía como un objeto a disposición de un otro que actuaba de forma desconsiderada. Mi respuesta fue responder a estos ataques con interpretaciones incisivas, que a pesar de estar dentro del timing del paciente, no eran aceptadas, pues se vinculaban con su hostilidad y sus heridas narcisistas. De este modo se inició un ciclo en el que Gabriel atacaba al tratamiento y se sentía atacado con mis interpretaciones, dirigiéndolo a atacar nuevamente.

Semanas antes de la interrupción, el trabajo era sumamente persecutorio para ambos, los ataques despertaban en mí un deseo de no atenderlo más, pues ponían en duda mi eficiencia como terapeuta, representando una herida narcisista. Para Gabriel, era cada vez más difícil negar su hostilidad y por otro lado, mi presencia ponía en duda su omnipotencia al no abandonarlo como todos sus objetos. La relación era ambivalente de ambas partes, oscilaba entre el deseo por mantener el trabajo y el deseo de interrumpirlo. Si bien, a estas alturas yo era más consciente de la constratransferencia, siendo ésta más complementaria al trabajo, la ambivalencia de Gabriel hacía mí se volvía un obstáculo complicado para la relación.

“T: Me parece que te sentiste enojado porque no te atendí cuando me dijiste, a pesar de que ya te había dicho que días eran los que no nos veríamos.”

G: Pues sí, fui yo el que se confundió pero ps igual eso me hizo pensar que ni tiene caso que venga, a cada rato falto y siento que esto no sirve para nada.”

Winnicott (1963) menciona que durante el trabajo terapéutico el paciente debe aprender a usar el espacio y al terapeuta como un objeto, para auxiliarlo el terapeuta debe presentarse al paciente como una madre dedicada a su bebé, facilitando que se experimenten experiencias tempranas para su elaboración. En este caso, es posible que durante el desarrollo de la relación, en la contratransferencia se hayan repetido sentimientos que experimentó el paciente y su madre en su primer encuentro. Las necesidades no satisfechas de Gabriel se convertían en agresiones y reclamos hacia su madre quien buscaba una satisfacción narcisista en su hijo, estas agresiones devaluaban su trabajo y entonces reaccionaba ante ellas con imposiciones, exigencias y cuidados invasivos que eran vividos como agresiones hacia él.

Para Melanie Klein (1952) el fenómeno contratransferencial surge de las identificaciones del terapeuta con angustias arcaicas del paciente, que forman parte de su historia personal. Estas respuestas pueden llevar al terapeuta a actuar inconscientemente para intentar calmar a su paciente, sin permitirle la elaboración de la angustia. De modo que, el encuadre funciona como una barrera que contiene al terapeuta e impide que se vuelque sobre su paciente de manera proyectiva.

Las sensaciones de insuficiencia y abandono que experimentaba Gabriel, eran sentidos en la contratransferencia, despertándose el deseo de agradarle, de ser esa buena “madre-terapeuta” que satisfacía sus demandas y en la que él podía confiar, de la misma manera que él deseaba ser un buen “hijo-pareja” para su madre. Al romperse el encuadre, se despertó una respuesta persecutoria en ambos en el cual la exigencia y demanda provenientes

del superyó impedían comprender la agresión, pues Gabriel no se sentía capaz de agredirme directamente y yo, me sentía limitada a interpretar su agresividad y destructividad. De este modo el sentimiento de culpa se volvió intolerable, causando que Gabriel suspendiera el trabajo terapéutico.

Winnicott (1947 y 1959) define la contratransferencia como la alteración de las emociones que aparecen en el médico y que se encontraban reprimidas. Para el autor, estos sentimientos pueden tener una base objetiva y ser de gran utilidad durante el trabajo. Plantea que los sentimientos del analista responden a los del paciente y que la conciencia de esta dinámica permite trabajar sobre las verdaderas necesidades del paciente y no sobre las del analista. Para que esto sea posible es necesario que el analista reconozca y trabaje sobre sus propias emociones y fantasías inconscientes.

Al trabajar con Gabriel dentro de un ambiente institucional, el encuadre de trabajo contempló condiciones diferentes a las presentes en la consulta privada, como eran la ausencia de pago y que la asistencia fuera requisito de permanencia para el tratamiento. Al estar en confinamiento debido a la pandemia por Covid-19, el encuadre se adaptó para trabajar de manera virtual, impactando en la relación terapéutica. A nivel contratransferencial, se despertaron ansiedades ante un manejo diferente y desconocido del encuadre.

El papel de la institución que evaluaba no solo mi rendimiento como alumna, sino también al posgrado y su eficiencia, tuvo efectos en la relación terapéutica, ya que yo experimentaba que se evaluaba mi rendimiento a partir de las respuestas que Gabriel tenía hacia el tratamiento. Así, sus respuestas agresivas las experimentaba como una falla al

programa del posgrado despertándome un intenso deseo de corregir dicho error, que derivó en interpretaciones antes de tiempo y rupturas múltiples al encuadre, posicionándome en un lugar en espera de cuidado y gratificación, impidiéndome la comprensión de los actos agresivos de Gabriel.

En ambos se despertaron angustias de abandono y vulnerabilidad, sentir que no cumplía con los parámetros despertaba en mi la angustia de ser expulsada del programa, así como Gabriel sentía miedo de ser expulsado del trabajo ante las faltas que cometía. La alianza inconsciente conllevó aceptar que el encuadre se rompiera, dificultando el análisis de los errores y fallas, repitiéndose en el ámbito de la supervisión, que se detallará posteriormente.

De Castahno (2015) menciona que desde la perspectiva de Kaés las alianzas que se establecen de manera inconsciente se actúan en otros escenarios en un intento por elaborar aquello que no se habló. De este modo, las angustias persecutorias y punitivas experimentadas en la relación terapéutica fueron trasladadas a mi experiencia académica y a la supervisión, en la que a través de la escucha y trabajo con mi supervisora institucional se abrió un espacio de entendimiento y simbolización, mejorando mi sensibilidad a lo que acontecía en la relación paciente-terapeuta, alcanzando una conexión emocional que favoreció la introspección y crecimiento emocional de Gabriel.

LA LLEGADA DE UN TERCERO: ANÁLISIS PERSONAL Y SUPERVISIÓN.

Para Castillo (2020) la formación de nuevos analistas supone encontrarse con una serie de retos que necesitan de tres pilares que adentraran al aspirante dentro del modelo psicoanalítico. Del Olmo Gamero (2019), menciona que es necesario pensar el modelo de enseñanza desde una experiencia subjetiva en dónde el terapeuta en formación integre en sí

mismo un encuadre que le permita acceder a un pensamiento psicoanalítico, entendido como un sentimiento de sí, único y receptivo a la escucha que se relaciona con las propuestas del psicoanálisis contemporáneo y autores como André Green (2011).

La formación del terapeuta con enfoque psicodinámico se sostiene de la triada de la formación teórica, el análisis personal y la supervisión de casos clínicos. Dichos elementos no solo conceden al aspirante una formación sólida, también le brindan la capacidad de crear espacios de contención y simbolización que le permitirán realizar su tarea con verdadera neutralidad y abstinencia, elementos fundamentales del encuadre en el tratamiento psicoanalítico (Etchegoyen, 2010).

Dentro de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes del Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología UNAM se ofrecen dos de estos pilares. Su programa se estructura a partir de la teoría psicoanalítica en la que a lo largo de los 4 semestres de la maestría se abordan diversos textos que abarcan desde la teoría Freudiana hasta la época contemporánea. Así mismo, como parte del programa a los alumnos se les asigna un supervisor individual que los acompaña durante toda la formación; además contamos con supervisiones grupales durante los últimos dos semestres del posgrado.

Durante el posgrado, es requisito fundamental que el alumno acuda a análisis personal y si bien no es requisito para ingresar, la permanencia en el posgrado exige que acudamos por lo menos una vez por semana. Es de esta manera que se busca que como alumnos aprehendamos el encuadre psicodinámico que nos permita integrar la experiencia clínica y nos brinde una identidad terapéutica.

Dentro del trabajo con Gabriel, la supervisión y el análisis fueron elementos importantes que impactaron en el trabajo que realizaba con él y que al término de la residencia me permitieron observar una diferencia significativa en mi trabajo como terapeuta. Así mismo, la supervisión y el análisis no eran entes aislados, y fue con la articulación de ambos elementos que pude notar como el trabajo con Gabriel progresó de manera significativa.

El primer tercero: ¿Soy una alumna suficientemente buena?

La supervisión comprende el hacerse acompañar por otro terapeuta con mayor experiencia quien proporcionará una mirada alterna y complementaria, dentro de la misma se busca que el supervisando no solo adquiera conocimiento sino que introyecte a través del supervisor elementos del método y técnica psicodinámicos que formen parte de su identidad profesional.

¿Cuál fue el impacto que tuvo la supervisión dentro del trabajo con Gabriel? Para comprender esto es necesario hacer una descripción del proceso de supervisión clínica que llevé durante el posgrado. La asignación de supervisores se hace de manera institucional y el trabajo constaba de una sesión semanal en la que nos conectábamos vía zoom. Mis sentimientos eran de nerviosismo, a pesar de que ya conocía a mi supervisora, desconocía como sería nuestro trabajo en conjunto. Saucedo (2014) menciona que los fenómenos transferenciales comienzan incluso antes de iniciarse el proceso de supervisión, en la que se establece que, cuando el supervisando no ha tenido contacto con su supervisor puede desplegar fantasías acerca del mismo.

En este caso, el único contacto que había tenido con mi supervisora había sido en la entrevista de admisión al posgrado. Respecto al proceso de supervisión, tenía como

antecedente el haber acudido con otra supervisora durante un breve periodo en el que cual se abordaban temas respecto al manejo técnico, dicho proceso me llevó a tener una fantasía sobre la supervisión, que me llevó a sentirme tensa durante los primeros encuentros, al sentir que debía tener conocimientos previos al trabajo.

Manoni (2002) citada en Saucedo (2014) describe que cuando el proceso de supervisión se lleva a cabo en ambientes institucionales, uno de los riesgos es que el supervisando busque agradar al supervisor ya que el que el supervyó adquiere características de un objeto externo e institucional. A diferencia de la práctica privada en la que Del Olmo Gamero (2019) describe que lo importante es que el analista adquiriera un encuadre personal. En la práctica institucional, el analista no solo debe cuidar su trabajo con el paciente, además debe cubrir con requisitos externos que le son solicitados. En el programa de la residencia dichos requisitos consistían en la elaboración de expedientes, transcripción de sesiones para supervisión, cubrir cierto número de horas trabajadas y acreditar las materias del programa.

Al comenzar el proceso de evaluación Gabriel, comenzó también un proceso persecutorio de mi parte, en el que quería satisfacer las indicaciones técnicas de mi supervisora anterior, las de mi supervisora institucional y cubrir los requisitos de la residencia. De manera similar a los sentimientos que describía Gabriel, en los que se sentía perdido durante las sesiones y a veces sin comprender que sucedía, yo sentía que no podía comprender las indicaciones de mi supervisora, a pesar de que eran claras.

Sesión 07:

“¿Esto es tuyo o esto es del paciente?”

¿Por qué no quisiste profundizar sobre este tema? Él lo menciona y tú lo evitaste completamente, creo que eso lo tienes que checar en tu análisis.”

En la supervisión los temas que más se abordaban eran los elementos de la relación terapéutica, como mis reacciones, respuestas y comentarios. Estos comentarios tenían como objetivo pensar, de qué manera mis interpretaciones estaban ligadas con elementos inconscientes propios y no con el comportamiento de Gabriel, sin embargo, al ser elementos que me llevaban a enfrentarme con heridas narcisistas, tenían un efecto persecutorio similar al que experimentaba Gabriel en su terapia.

Saucedo (2014) menciona que una de las resistencias que el supervisando puede tomar en el proceso es la de negar la necesidad de supervisión cuando se siente atacado en su narcisismo. Al pensarse la relación de supervisión como un proceso similar al análisis y a su vez como un espacio para pensar la relación terapéutica, observé como al sentirme herida, intentaba compensar el malestar buscando “mejores” interpretaciones para Gabriel, buscando que estas fueran de agrado para mi supervisora y dejando de lado las necesidades del paciente, repitiéndose la vivencia en la que su madre buscaba cubrir sus propias necesidades narcisistas.

Al abordar estos temas en mi análisis personal, la relación con mi supervisora cambió, pues dicho proceso me permitió contactar y tolerar de mejor manera el dolor que implicaba colocarme en el lugar de aprendiz y la angustia al colocarme en el lugar de terapeuta, aspectos que se relacionaban con la ambivalencia, uno de los conflictos más importantes de Gabriel.

Con el paso del tiempo, las observaciones de mi supervisora eran abordadas también en mi análisis, fortaleciendo la relación y confianza en ella simultaneo al trabajo que llevaba

a cabo con Gabriel. Observaba como al tolerar mejor mi ambivalencia me llevaba a tener una escucha más receptiva y creativa con mis pacientes, logrando la integración del trabajo y una identidad profesional más uniforme, que cumplía con los objetivos de la formación.

El análisis personal: ¿por qué me tengo que analizar?

Para Del Olmo Gamero (2019), Ferenczi (1926) y Zaffore (2016) el pilar de la formación psicoanalítica se encuentra sobre el análisis personal del analista, similar a lo que cita Saucedo (2014), estos autores afirman que el análisis personal del terapeuta supone un paso en la adquisición e identificación con la figura del analista. Dicha figura comprende el deseo de que haya análisis y comprende contactar con aspectos inconscientes que al elaborarse favorecieran el trabajo analítico (Carrizo, 2019).

En el caso de Gabriel el análisis personal llevó a la exploración de aspectos inconscientes ligados al narcisismo, omnipotencia, angustias persecutorias y los aspectos agresivos y melancólicos ligados al edipo. Esto favoreció la comprensión de las reacciones que provenían del deseo de ser una buena madre y que me llevaban a rivalizar con la madre de Gabriel, con mi analista y en momentos con mi supervisora.

Así mismo, el deseo de ser amada como una recompensa narcisista llevaba a que el espacio analítico se volviera poco consistente en un inicio. La escucha se centraba en darle al paciente lo que él deseaba, en lugar de usar espacio como un objeto que ayudara a comprender y simbolizar sus angustias, obstruyéndolo por mi deseo de que Gabriel mejorara y me colocara en el lugar de ese objeto bueno e idealizado ligado a mi propio proceso de análisis e historia personal.

Para Ferenczi (1926) y Etchegoyen (2010) la técnica y el estilo del analista son elementos diferenciados en el que la técnica es el elemento que permite trabajar psicoanalíticamente mientras que, el estilo dependerá de la personalidad y carácter del analista. Para que el analista pueda desempeñar de manera adecuada su labor es necesario que conozca minuciosamente su principal herramienta de trabajo que es su propio inconsciente.

En la triada de formación analítica, el supervisor y el analista del terapeuta tienen como labor señalar y guiar al análisis hacia una comprensión de aquellos elementos que se interponen en su labor. De ese modo, al llevar el caso de Gabriel al espacio de supervisión y así mismo llevar el material de la supervisión al análisis, el proceso de escucha y trabajo mejoraron mi disponibilidad emocional y permitieron entender angustias propias, ajenas al caso, logrando un estado de calma personal y contención.

Al inicio del posgrado desconocía los procesos de evaluación y entrevista, a pesar de contar con algunos años de experiencia clínica. Al contactar con el dolor narcisista que implica posicionarse en el lugar de aprendiz pude comprender más profundamente todos los elementos presentes en el proceso de la psicoterapia psicoanalítica, lo que llevó a una integración personal del conocimiento adquirido y una postura distinta del trabajo psicoanalítico.

Al trabajarse en análisis los elementos señalados en la supervisión se abordaron temas presentes en la ética del psicoanálisis, como el deseo del analista (Carrizo, 2019), que posiciona al terapeuta en un lugar de no saber, que fomente en el paciente una postura analítica, reflexiva y en contacto con sus necesidades emocionales, que le permita conquistar

su singularidad, dando paso a un estado de responsabilidad personal y autonomía. Para Nasio (2016) la postura del analista fomenta el crecimiento personal y emocional, promoviendo una vida más satisfactoria y enriquecedora.

De este modo el análisis del caso Gabriel muestra que aspectos como el narcisismo, el Edipo, la agresividad y la ambivalencia son elementos presentes en el inconsciente de todos y que solo al trabajar y elaborar las angustias que dichos conflictos suponen podemos acceder a un espacio de análisis y reflexión que permita conquistar una vida mental y emocional más rica e independiente.

CONCLUSIONES.

Hace casi un siglo que Freud escribía sobre las limitaciones y perspectivas futuras de la teoría psicoanalítica; en la actualidad su propuesta teórica y metodológica siguen estando vigentes en el tratamiento de problemas que denominamos como “psicológicos y emocionales”, el desarrollo de su teoría fue arduo y a lo largo de más de 20 años Freud nos propuso un modelo que tomaba como premisas lo inconsciente y la represión.

El desarrollo de su teoría no fue azaroso o fortuito, a lo largo de su trayectoria Freud dio una explicación de los problemas que aquejaban a sus pacientes, desarrollando una propuesta rica que el día de hoy sigue siendo innovadora y central en el estudio del psicoanálisis.

Dentro de las propuestas encontramos el desarrollo de la segunda tópica, escrito en 1923, el texto “*El yo y el ello*” reúne y completa una serie de trabajos que culminan con el modelo tripartita de la personalidad (Yo-Ello-Superyó) en el que Freud describe como dichas instancias forman parte de su modelo descriptivo inconsciente-preconsciente-consciente. La comprensión de este modelo trajo al trabajo clínico importantes aportaciones, el conflicto psíquico pasó de ser un conflicto intersubjetivo, implicaba más complejidad pero también se instauraba como un modelo más sólido sobre el funcionamiento de la dinámica mental.

Sumadas a las propuestas de Freud, siguieron otras, que si bien eran diferentes, tenían como meta el mismo objetivo: desarrollar un modelo y técnica que permitiera entender, estudiar e intervenir en los conflictos psíquicos de las personas. Autores como Melanie Klein, Lacan, Winnicott, Bion y contemporáneos propusieron métodos y nuevos conceptos que se

adecuaban a las necesidades y problemáticas de su contexto social e histórico, enriqueciendo de este modo la teoría psicoanalítica (Bleichmar y De Bleichmar, 1997).

El desarrollo de la segunda tópica trajo al trabajo clínico valiosas aportaciones, en este modelo aparecía un representante de la ley y de los ideales, el superyó; como instancia supuso la aparición de una función que daba acceso a la cultura y fungía como un observador interno heredero de la sexualidad infantil. Los desarrollos teóricos posteriores dieron pautas para comprender estados depresivos e incluso psicosis persecutorias, el superyó mostró como la prehistoria del psiquismo inscribe en el sujeto parte de su esencia antes de que el *yo* aparezca.

En el caso expuesto en este trabajo se observó como la violencia, la exigencia y la búsqueda de ideales fundados en fantasías infantiles tejieron en el psiquismo del paciente expectativas difíciles de ser alcanzadas, al igual que sus padres, Gabriel quedó prendado de una imagen de sí mismo ajena a la realidad, petrificado en el dolor de no ser aquel ideal receptor del amor de sus padres y en el odio a sí mismo y a sus objetos amorosos.

Braier (2004) aborda que en estos estados patológicos se encuentra presente un superyó sádico y severo que lleva al sujeto a experimentarse como irremediabilmente malo y omnipotente; la presencia de una postura omnipotente e infantil condena al *yo* a permanecer al servicio de dichas aspiraciones infantiles y obtura el desarrollo a una vida adulta creativa y productiva.

¿Por qué alguien quedaría atascado en una dinámica de castigo, dolor y suplicio? Freud (1924b) nos brindó la hipótesis de que el niño al enterarse que su madre no posee un pene como el de él desarrolla la idea de que puede ser castrado como la madre, de este modo

renuncia al amor exclusivo de la madre y asumiendo con dolor el triunfo del padre; sin embargo cuando el niño pequeño no renuncia a su aspiración amorosa aspectos como la posesividad, la rivalidad, los celos y la competencia quedan no resueltos y al acecho.

El deseo de destruir al padre que interfiere entre la madre y el niño se fundamenta en esta parte hostil y destructiva de la mente; el no renunciar deja al niño expuesto a la angustia de ser destruido por el padre y lo expone a la ambivalencia; ante dicho conflicto el niño se defiende de la angustia castigándose a sí mismo para así liberarse del castigo del padre.

Para Gabriel, la mejoría y el crecimiento implicaban un triunfo sobre su padre, ya que el poseer estudios universitarios y una vida más plena implicaban demostrar que él poseía mejores habilidades y recursos; el terror de ver materializado su deseo lo llevaban a permanecer en una postura de fracaso y pérdida constante que le permitiera sentirse seguro de la ira de su padre. Si bien, reconocer que deseaba para sí el amor de su madre y mujeres de la familia permitiría a Gabriel renunciar a este y seguir adelante, la culpa y el repudio de sí lo llevaban a castigarse sin ser consciente de la dinámica presente en su mente.

El intenso trabajo de represión lo llevó a permanecer inmóvil y petrificado en un estado infantil de indefensión que acarreaba insatisfacción y miedo constante al crecimiento, al iniciar el trabajo se observaba como Gabriel luchaba por mantenerse en una postura infantil en la que su sexualidad y afectos requerían de ser excluidos y abandonados.

Si bien, a Gabriel lo aquejaban alucinaciones y síntomas somáticos, el contenido persecutorio de las mismas, así como la búsqueda de castigo inconsciente mostraron como su conflicto no se relacionaba con una psicosis o una estructura psicósomática, donde la sintomatología muestra la presencia de fallas en etapas tempranas del desarrollo; y que este

caso derivaba de una conflictiva edípica que se fue complicando debido a la intensidad de sus pulsiones destructivas y agresivas.

¿Con que se relaciona que el superyó adquiriera un matiz severo y punitivo? Bleichmar y De Bleichmar (1997) atribuyen que en muchas ocasiones los padres de la fantasía son más severos y estrictos que los padres reales, causando que los recuerdos es historia familiar se registren como eventos de intensa violencia; este fenómeno se explica a través de la teoría de las relaciones de objeto en los cuales Klein (1946) afirmaba que al nacer el pequeño posee ya un *yo* incipiente y fragil, incapaz de captar la realidad de manera integral.

Para Klein (1957) los deseos de poseer para sí todo lo bueno de los objetos lleva al infante a desarrollar fantasías destructivas y sádicas sobre la posesión del objeto, sin embargo, la dependencia del infante y las frustraciones del ambiente llevan a que desarrolle también intenso temor de ser destruído como retaliación a sus fantasías destructivas.

Por otro lado, Freud (1914a, 1923 y 1940) menciona que durante su desarrollo el infante, goza de una etapa en la que es reservorio narcicista de los anhelos y aspiraciones de sus padres; dicho aspecto lo lleva a pasar por un estadio de omnipotencia al cual deberá renunciar para dar paso al *ideal del yo*; sin embargo, si la identificación con este *yo ideal* permanece, como consecuencia se desarrollará un estado de frustración y omnipotencia presente en depresiones narcicistas en las que el *yo* se siente malo y culpable (Braier, 2004).

En el caso se obervó como Gabriel fantaseaba con ser el único objeto de amor para su madre y como sus fantasías de posesión le llevaban a sentirse perseguido por las agresiones externas, así como, presentaba un pesamiento omnipotente que le llevaba a sentirse culpable de sus propias fantasías destructivas, por lo que la severidad del superyó se encontraba no

solamente en la violencia presente en las relaciones familiares sino también en sus deseos de agresión y destrucción. El intenso temor de ser atacado se relacionaba con su agresión, dejando al ambiente como un elemento de la realidad externa que Gabriel tomó para defenderse de la angustia que despertaba la agresión que él sentía en su interior.

De este modo, cuando se acerca a pedir ayuda, la angustia de Gabriel se anclaba con fantasías de ser reparado de todo aquello que le causaba dolor y daño, mostrando como su capacidad creadora y de reparación estaban inhibidas por la fuerte represión hacia los aspectos destructivos.

Ante esto, Freud (1912b, 1915c) menciona que dentro del tratamiento el paciente proyectará en la figura del médico una serie de demandas relacionadas con la historia del paciente y a las cuales el terapeuta también puede responder o no (Racker 1952 y Corveleyn, 1997). El estudio de esta dinámica y sus posteriores explicaciones permitirá entonces conocer al paciente y elaborar todo aquello que ha quedado reprimido más no olvidado.

Al desarrollarse el tratamiento se observó como Gabriel repetía de manera compulsiva el ciclo de agresión-culpa-persecución presente en sus primeros años de vida, anhelaba ser atendido y amado pero también envidiaba todo aquello que él sentía no poseer, de este modo se pudo concluir que el conflicto se encontraba en relación con su configuración edípica, descartándose patologías más graves. Los retos de atender a Gabriel se encontraban en ir describiendo a Gabriel esta dinámica que él se esfrozaba por desplazar fuera de sí.

Ante la dinámica presente, las personas cercanas a Gabriel terminaban tomando distancia, al presentarse en sesión se pudo observar que los conflictos eran trasladados a sus

relaciones personales, pues Gabriel percibía a los demás de la misma manera que se percibía a sí mismo: demandantes, exigentes, agresivos y con intenciones de utilizarlo.

¿Cómo un trabajo con enfoque psicoanalítico podría beneficiarle? Para Etchegoyen (2010), De Urtubey (1999) y Quinodoz (1992) el trabajo psicoanalítico se sostiene en el encuadre que consiste en un método que hará posible la reflexión y el trabajo de análisis. Dicho encuadre toma como referencia la constancia en variables como el tiempo, el espacio y la tarea a elaborar. Éstas premisas permiten que la relación paciente-terapeuta funcione como un espacio contenedor en el cual el paciente pueda desplegar su personalidad y de este modo elaborar aquellos conflictos que le llevan a buscar la terapia.

En el caso de Gabriel, fueron la constancia del encuadre en el tiempo y la interpretación constante de sus impulsos, elementos importantes en el desarrollo de una postura más reflexiva; las resistencias al tratamiento pronto dejaron de vivirse como una falla externa adjudicada a la terapia apropiándose de su responsabilidad en el trabajo e incorporando sus aspectos agresivos y voraces. Así mismo, la postura neutral permitían que los ataques al encuadre y el tratamiento no fuera destructivos, dando paso a las partes reparadoras de las personalidad que le permitieron nutrirse del vínculo terapéutico.

Las condiciones del encuadre permiten que las fluctuaciones en el estado de ánimo del paciente puedan ser pensadas dando paso a la simbolización e integración de aspectos que el paciente no reconoce como propios. Por otro lado, las respuestas emocionales del terapeuta hacía el paciente pasaron de ser vistos como un elemento que estorba a la objetividad (Freud, 1910) a ser una herramienta en el diagnóstico y trabajo con el paciente (Nieto, 2019).

La contratransferencia partía de aspectos del terapeuta que también permanecían inconscientes para él, debido a su propia represión. El deseo de ser agradable y amado por el paciente venía de aspectos individuales y no provenían del paciente en sí; sin embargo, las fuertes demandas de Gabriel por ser atendido y amado despertaban sentimientos de falla y ansiedad que repetían el ciclo de insatisfacción y culpa.

Para modificar esta dinámica fue indispensable el respeto del encuadre y la comprensión de aquellos procesos inconscientes presentes en la relación que provenían de la historia personal del terapeuta y que se ligaban a las demandas del paciente; fueron la supervisión clínica y el análisis personal, elementos importantes en la comprensión de dicha dinámica que permitieron acceder a una posición neutral.

Para Fuentes (2006), la supervisión y el análisis personal son elementos fundamentales en la formación del terapeuta psicoanalítico pues permite la introyección e identificación con figuras que brindan contención y elaborar aspectos propios que puedan interferir en el trabajo terapéutico. Durante el trabajo realizado con Gabriel la supervisión y el análisis personal brindaron espacios de escucha y reflexión, los cuales también implicaban el trabajo de aspectos dolorosos pero necesarios para el trabajo terapéutico, como lo eran la tolerancia, la capacidad de espera y la aceptación de los aspectos destructivos en la personalidad de Gabriel en las que devaluaba el trabajo del terapeuta y el vínculo.

La relación del supervisado-supervisor no se libra de procesos inconscientes y transferenciales en los que Saucedo (2014) menciona que el supervisor pasará a ser un objeto más en la vida del supervisando. Dicha relación se ve influida por variables presentes en la

institución educativa, que pueden vivirse como un superyó externo, persecutorio o contenedor.

La formación como terapeutas con enfoque psicoanalítico abarca elementos dónde la adquisición de la teoría es solo una parte del proceso, del mismo modo que el analista pide al paciente que acate un encuadre, el analista construye de forma continua un encuadre propio. Dicha postura implica el desarrollo de una ética y compromiso profesional que es transmitida por analistas con mayor experiencia.

Si bien, para iniciarse un proceso el analista hace una evaluación, cada caso implica la apertura a encontrarse con lo desconocido y singular de cada persona. En cada caso existen un proceso único imposible de generalizar, en el caso de Gabriel, la tarea de construir y sostener un tratamiento implicaba enfrentarse no solo a las resistencias que se presentan en cualquier tratamiento psicoterapéutico; también abarcaba el trabajo virtual y a distancia en el que Gabriel pudo acercarse debido a las características del mismo en las que el trabajo podía vivirse como árido de vida emocional o distante.

La cercanía emocional entonces no implicaba la presencialidad sino la capacidad de poder conectarse emocionalmente consigo mismo y con un proceso reflexivo, complicado para él debido a la represión. La virtualidad nos ha dado la oportunidad de expandir y construir nuevas propuestas de trabajo, hoy las redes sociales hacen que el tiempo y el espacio sean vividos de manera distinta y nos permiten compensar las limitaciones de la distancia, brinda también la sensación de seguridad al no sentirse totalmente expuesto.

Estas ventajas también abren la puerta a nuevos cuestionamientos y retos, en lo virtual solo percibimos un fragmento del rostro del paciente y otros sentidos quedan excluidos, la

imposibilidad de observar los cambios de postura e incluso las expresiones no verbales han tenido que compensarse con el desarrollo de una escucha más aguda por parte del terapeuta. Ahora podemos cuestionar en búsqueda de una mejor comprensión por qué el paciente elige un sitio u otro para tomar su sesión, las fantasías que se generan alrededor de esta elección e incluso la función que da al terapeuta en ese espacio.

La formación analítica preserva los tres pilares fundamentales, sin embargo, la práctica psicoanalítica se encuentra en constante transformación. En la actualidad se abordan patologías distintas e incluso se habla de lo contemporáneo, en dónde las funciones del analista abarcan nuevas tareas y también propone una clínica distinta (Green, 2011).

El encuadre sigue vigente, sin embargo, el trabajo virtual nos brinda la apertura a explorar un espacio hasta ahora desconocido y poco trabajado, que no viene a sustituir el trabajo en presencialidad, sino a enriquecer y diversificar nuestra labor. Los retos de sostener un vínculo terapéutico a la distancia traen consigo la labor de pensar a la virtualidad como una variable dentro del método psicoanalítico y que como terapeutas nos ha ayudado a movilizar y flexibilizar nuestro pensamiento dentro de un encuadre que hoy en día sigue resguardando al paciente y al terapeuta.

Avances y Limitaciones.

En los alcances durante el trabajo clínico, Gabriel logró contactar con su mundo interno y emocional; las resistencias presentes mostraban que la tolerancia al dolor y frustración en Gabriel eran similares a las que vive un niño incapaz de hacer frente a la vida.

A lo largo del trabajo, la constante confrontación con sus sentimientos de tristeza, enojo y dolor fueron dando pauta a que Gabriel desarrollara una percepción más integral de

la realidad, en la que pudo acceder a una postura de mayor responsabilidad emocional consigo mismo y su deseo; en un inicio Gabriel era incapaz de aceptar que su hostilidad y violencia provenían de sí mismo, colocando en los otros la tarea de resolver sus problemas y complicaciones que simultáneamente los transformaba en objetos persecutorios y omnipotentes.

Para Tabbia (2021) la evaluación de un paciente previo al tratamiento implica comprender el funcionamiento y relaciones que guardan los objetos internos en el paciente; en el caso de Gabriel se observó que, con el paso del tiempo y el proceso, sus objetos se volvieron menos persecutorios y punitivos, pues la capacidad de ser más consciente de sus emociones le permitió identificar y contactar con las causas internas y externas de lo que acontecía a su alrededor.

La constante resistencia al dolor, producía en Gabriel un estado de petrificación en el que los duelos, las separaciones y los cambios quedaban en un estado atemporal, que si bien mitigaban el sufrimiento, impedían que Gabriel pudiera desarrollarse y cuestionar sus acciones. Al término de la formación en la residencia, Gabriel era capaz de aceptar el paso del tiempo y comenzó a desarrollar preocupación por su futuro, preguntándose que era lo que él deseaba.

La relación terapéutica dejó de ser un elemento persecutorio y comenzó a vincularse más genuinamente, era capaz de expresar agradecimiento hacia la terapeuta pero también miedo, inseguridad y vulnerabilidad. El espacio terapéutico fungía como un espacio seguro, estable y constante que permitió a Gabriel experimentar sus emociones como elementos

seguros que no lo dañaban ni destruían internamente como lo hacían sus objetos internos en la fantasía.

Igualmente, el hecho de abandonar y regresar al espacio permitió a Gabriel construir en su mente la fantasía de reparación, perdón e indulgencia, en la que el superyó que era vivido como castigador e implacable se volvió menos severo. Esto trajo como consecuencia que Gabriel comenzara a tolerar el dolor de sus errores, pues él ya no se sentía en peligro de aniquilación constante y comenzaba a cuestionar la omnipotencia y autoridad, desarrollando un pensamiento más reflexivo y constructivo.

La tolerancia al dolor mejoró la capacidad de adaptación al entorno, en la que dejó de percibir la realidad como desesperanzadora y comenzó a plantearse la idea de una posibilidad y destino diferente a la de toda su familia, lo que ayudó a que comenzara a construir planes de vida acordes con sus ideales y aspiraciones.

Las figuras idealizadas de masculinidad y femeneidad comenzaron a flexibilizarse, Gabriel expresó que comenzaba a sentirse más a gusto con sus facciones y su cuerpo, asumiendo que sus características también tenían aspectos positivos, comenzando a aceptar su imagen en el espejo.

Dentro de las limitaciones dentro del trabajo, se marcan los problemas para ejecutar el encuadre, pues el espacio en el que Gabriel tomaba su terapia no era privado y continuamente hablaba de no poder hablar abiertamente de lo que pensaba y sentía por temor a ser escuchado; si bien esto puede interpretarse como una dificultad para sincerarse consigo mismo, la presencia de familiares cerca al espacio era algo que dificultaba la toma de su sesión.

La frecuencia y duración de las sesiones fue otra limitante dentro del trabajo, ya que de tomar dos horas semanales, Gabriel pasó a tener solo una sesión por semana, lo que llevaba a que el trabajo fuera más arduo y lento, debido al poco tiempo disponible con el que contabamos. Dentro de los aspectos técnicos se encuentran también los problemas de conectividad y señal de internet, en diversas ocasiones debido a la lluvia o el viento la señal de Gabriel o mía eran inestables causando que la imagen y/o el audio fueran inteligibles, teniendo que suspender o parar la sesión.

Dentro de la relación terapéutica me parece que una de las limitantes se encontró en mi propio deseo por demostrar a Gabriel que era un objeto bueno y confiable, que llevaban a que yo fomentara la ruptura del encuadre, llevando a que Gabriel viviese estos cambios como inestabilidad y discontinuidad; dichos aspectos se trabajaron durante la supervisión y análisis personal, logrando que el espacio recuperara sus cualidades de confianza y contención, permitiendo que Gabriel se desarrollara y desplegara con mayor libertad su mundo emocional.

REFERENCIAS

- Aguirre, J. L. B., & Jaramillo, L. G. S. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 53, 175-189. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2015000200006>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2001). *Como hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología* [PDF]. Paidós.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica The therapeutic alliance. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-25. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- Aulagnier, P., & Castoriadis-Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación (2a ed): Del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2015). *Código Ético Del Psicólogo* (5.a ed.). Trillas.
- Bacal, H. A. (2017). Más allá de la transferencia y contratransferencia: la especificidad diádica del proceso psicoanalítico. *Clínica e investigación relacional*. <https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110203>
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. (En Linea)*, 4. <https://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040101.pdf>
- Baum, N. (2006). Field Supervisors' Feelings and Concerns at the Termination of the Supervisory Relationship. *British Journal of Social Work*, 37(6), 1095-1112. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl057>
- Blan, R. V., Tomás, J. A., & Baute, P. F. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 17. <https://doi.org/10.4321/s1695-61412009000300021>

- Bleger, J. (1966). Psicoanálisis del encuadre analítico. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, 241-258.
- Bleichmar, N., & De Bleichmar, C. L. (1997). *El Psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica*. Paidós.
- Braier, E. A. (2004). De las funciones del superyó. *Intercambios=Intercanvis: papers de psicoanàlisi=papeles de psicoanálisis*, 15, 5-8.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7478699>
- Braier, E. A. (2011). El análisis del superyó. *Intercambios=Intercanvis: papers de psicoanàlisi=papeles de psicoanálisis*, 29, 19-35.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7481232>
- Britton, R. (2003). *Sex, Death, and the Superego: Experiences in Psychoanalysis*. Karnac.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Espanola De Salud Publica*, 76(5), 409-422.
<https://doi.org/10.1590/s1135-57272002000500004>
- Carazo, M., & Piedad, C. (2005). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión: Revista de La División de Ciencias Administrativas de La Universidad Del Norte*, 20, 165-193.
<https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Cárcamo, H. A. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemologia de Ciencias Sociales*, 23(23), 0.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1433902.pdf>
- Carifio, M. S., & Hess, A. K. (1987). Who is the ideal supervisor? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(3), 244-250. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.18.3.244>

- Carrizo, S. (2019). La formación del analista y su introducción en la práctica,. *Centro de Estudios Interdisciplinarios de La Universidad Nacional de Rosario*, 18.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la Adolescencia*. (1.a ed.). Tiresias.
- Castillo, M. (2020, 26 octubre). La supervisión y su valor para el psicoterapeuta. *Blog Eleia*. Recuperado 22 de diciembre de 2021, de <https://www.centroeieia.edu.mx/blog/la-supervision-y-su-valor-para-el-psicoterapeuta/>
- Chávez, J. (2019). *Conceptualización de Transferencia y Contratransferencia desde el Enfoque Tradicional hasta la Actualidad*. (1.a ed.). Universidad Austral. [https://rii.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/844/Chavez%20Muller%20TI F.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rii.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/844/Chavez%20Muller%20TI%20F.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Coderch, J. (2010). La necesidad del modelo relacional [PDF]. En *La práctica de la psicoterapia relacional*. Paidós.
- Coderch, J. (2015). Las experiencias terapéuticas en el tratamiento psicoanalítico desde la perspectiva de la no linealidad / complejidad. *Temas de Psicoanálisis*, 9. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/JOAN-CODERCH.-LAS-EXPERIENCIAS-TERAPEUTICAS-EN-EL-TRATAMIENTO-PSICOANALITICO-DESDE-LA-PERSPECTIVA-DE-LA-NO-LINEALIDAD-COMPLEJIDAD.-PDF.pdf>
- Corveleyn, J. (1997). Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento? *Revista de psicología*, 15(2), 157-178. <https://doi.org/10.18800/psico.199702.001>
- Daurella, N. (2017). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas*

psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, 59, 3.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6721425>

De Carvalho Godoy Castanho, P. (2015). Sobre o conceito de intertransferência (ou a contribuição de René Kaës para a problemática da contratransferência no trabalho em equipe). *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 111-120.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100009

De Uturbey, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. (En Linea)*, 89. <https://apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf>

Donnet, J. (2001). From the fundamental rule to the analysing situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(1), 129-140. <https://doi.org/10.1516/3fuh-9wtw-e68b-wf70>

Espada, A. Á. (2000). Reglas, vectores y funciones del encuadre: su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 3(1), 29-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4544041>

Etchegoyen, R. H. (2010). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica (2A ED)*. Amorrortu.

Ferenczi, S. (1919). La técnica psicoanalítica. En *Sandor Ferenczi Tomo III. Obras completas*. (Vols. 3-4). Espasa-Calpé.

Ferenczi, S. (1926). Elasticidad de la técnica psicoanalítica [PDF]. En *Tomo IV. Obras completas* (Vols. 4-4). Espasa Calpé.

Fiorini, H. (2006). Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica [PDF]. En *Teoría y técnica de psicoterapias* (pp. 21-46). Paidós.

- Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente* [PDF]. Paidós.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=205340>
- Freud, S. (1895a). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas - Tomo II Estudios Sobre La Histeria* (Vols. 2–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895b). Proyecto de Psicología. En *Obras Completas - Tomo I Publicaciones Prepsicoanalíticas* (Vols. 1–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Sigmund Freud Obras Completas, Volume 4: La Interpretación de los Sueños* (Vols. 4–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905a). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901]). En *Obras Completas. Tomo VII Fragmentos de Análisis de Un Caso de Histeria* (Vols. 7–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905b). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas. Tomo VII Fragmentos de Análisis de Un Caso de Histeria* (Vols. 7–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1909). El hombre de las ratas. A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas. Volumen 10: Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso del pequeño Hans) y a propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del hombre de las ratas)* (Vols. 10–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En *Obras Completas XI Cinco Conferencias Sobre Psicoanálisis - un Recuerdo Infantil de Leonardo* (Vols. 11–25). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas - Tomo XII Sobre Un Caso de Paranoia* (Vols. 12–25). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1912b). Sobre la dinámica de transferencia. En *Obras Completas. Tomo XII Sobre Un Caso de Paranoia* (Vols. 12–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1912c). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En *Obras completas tomo XIII Tótem y tabú y otras obras (1913-1914)* (Vols. 13–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *Obras Completas - Tomo XII Sobre Un Caso de Paranoia* (Vols. 12–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1914a). Introducción del narcicismo. En *Obras Completas. Vol. Xiv: Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (1914-1916)* (Vols. 14–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1914b). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras Completas - Tomo XII Sobre Un Caso de Paranoia* (Vols. 12–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1915a). La represión. En *Obras Completas. Vol. Xiv: Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (1914-1916)* (Vols. 14–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1915b). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas. Vol. Xiv: Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (1914-1916)* (Vols. 14–25). Amorrurru Editores.
- Freud, S. (1915c). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras Completas - Tomo XII Sobre Un Caso de Paranoia* (Vols. 12–25). Amorrurru Editores.

- Freud, S. (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas. Vol. Xiv: Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (1914-1916)* (Vols. 14–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En *Obras Completas. Vol. Xiv: Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico. Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (1914-1916)* (Vols. 14–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas - Tomo XVII de La Historia de Una Neurosis Infantil* (Vols. 17–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1920). Mas allá del principio del placer. En *Obras Completas. Tomo XVIII Mas Allá del Principio del Placer* (Vols. 18–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de la masas y análisis del yo. En *Obras Completas. Tomo XVIII Mas Allá del Principio del Placer* (Vols. 18–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En «*Obras Completas de Sigmund Freud - Volumen Xix: El yo y el Ello, y Otras Obras (1923-1925)*» (Vols. 19–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1924a). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen Xix: El yo y el Ello, y Otras Obras (1923-1925)* (Vols. 19–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1924b). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen Xix: El yo y el Ello, y Otras Obras (1923-1925)* (Vols. 19–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1926a). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas - Tomo XX Presentacion Autobiografica* (Vols. 20–25). Amorrurtu Editores.

- Freud, S. (1926b). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. En *Obras Completas - Tomo XX Presentacion Autobiografica* (Vols. 20–25). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas. Sigmund Freud. Tomo XXI. El Porvenir De Una Ilusion El Malestar En La Cultura Y Otras Obras (1927-1931)*. Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas. Sigmund Freud. Tomo Xxi. El Porvenir De Una Ilusión El Malestar En La Cultura Y Otras Obras (1927-1931)* (Vols. 22–25, pp. 1-168). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *En Obras Completas. XXIII. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)* (Vols. 23–25, pp. 219-254). Amorrurtu Editores.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. En *Obras Completas. XXIII. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)* (Vols. 23–25). Amorrurtu Editores.
- Fuentes, M. (2006). La supervisión clínica: Un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Revista Carta Psicoanalítica*, 9, 1952-1955. *Psicoanálisis*, 2(1), 1944-45.
- Garma, Á. (1966). Reacciones maníacas: alegría masoquista del yo por el triunfo mediante engaños del superyó. En *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*. Paidós.

- Gibeault, A. (2002). The analytic process in psychoanalysis and psychotherapy: from the interpersonal to the intrapsychic level. *Journal of Analytical Psychology*, 47(2), 143-162. <https://doi.org/10.1111/1465-5922.00302>
- González, M. M., Etchevers, M., Sacchetta, L. M., Lacoconi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. M. (2009). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR*. <http://www.aacademica.org/000-031/197.pdf>
- Green, A. (2011). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Amorrortu.
- Grinberg, L. (1975). *La supervisión Psicoanalítica. Teoría y práctica*. Paidós.
- Hernández, B., & Hernando, M. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la Psicología Dinámica. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 29(3), 686-706. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8620/1/BedoyaMauricio_2012_NocionMatrizRelacional.pdf
- Hildret, R. (1928). *Test de frases incompletas de SACKS* (Derechos reservados).
- Holmes, J., Arana, M. A. A., & Aldekoa, A. T. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: En busca de la base segura*. Desclée De Brouwer.
- Joseph, B. (1984). Transference: The total situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 447-454. <https://psycnet.apa.org/record/1991-57634-001>
- Kaës, R. (2004). *Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes*. [PDF]. Filigrane.

- Klein, M. (1928). Estadios tempranos del conflicto edípico. En *Obras completas. Amor, culpa y reparación. (vol. 1)* (Vols. 1–4). Paidós.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados depresivos. En *Obras completas de Melanie Klein (1). Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)* (Vols. 1–4). Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estado maníaco-depresivos. En *Obras completas de Melanie Klein (1). Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)* (Vols. 1–4). Paidós.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas. Melanie Klein 3. Amor, Culpa y reparación. Y otros trabajos (1921-1945)* (Vols. 3–4). Paidós.
- Klein, M. (1952). Los orígenes de la transferencia. En *Melanie Klein. Obras completas (III). Envidia y Gratitud y otros trabajos.* (Vols. 3–4). Paidós.
- Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En *Obras completas de Melanie Klein 3. Envidia y gratitud y otros trabajos.* (Vols. 3–4). Paidós.
- Klein, M. (1975). El psicoanálisis de niños [PDF]. En *Obras completas. Melanie Klein (II) El psicoanálisis de niños* (Vols. 2–4). Paidós.
[https://file:///Users/zuleimaaguilar/Downloads/525893113-Klein-Melanie-Obras-Completas-II-El-Psicoanalisis-de-Ninos%20\(1\).pdf](https://file:///Users/zuleimaaguilar/Downloads/525893113-Klein-Melanie-Obras-Completas-II-El-Psicoanalisis-de-Ninos%20(1).pdf)
- Kraut, D. A. (2017). En torno a la supervisión oficial. *Revista de Psicoanálisis*, 85, 195-210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7129494>
- Kraut, D. A. (2018). En torno a la supervisión oficial. *Revista de psicoanálisis*, 85, 195-210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7129494>

- Lansky, M. R. (2004). Conscience and the Project of a Psychoanalytic Science of Human Nature: Clarification of the Usefulness of the Superego Concept. *Psychoanalytic Inquiry*. <https://doi.org/10.1080/07351692409349077>
- León, N. (2012). El goce del super yo. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
<http://www.aacademica.org/000-054/748>
- Malcapine, L., & Puig, M. (2019). El desarrollo de la transferencia. *Affectio Societatis*, *16*(30), 225-263.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/337704>
- Muñoz, D. E. O. (2008). La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. *Investigación y Educación en Enfermería*, *26*(1), 116-122.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5066/1/OspinaDoris_2008_RelacionTerapeutaPacienteContemporaneo.pdf
- Murillo, M. Y. (2016). El concepto de “técnica activa” en los escritos técnicos de Sándor Ferenczi. *Anuario de Investigaciones*, *23*(2).
<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/anuinv/article/view/8844>
- Nasio, D. (2016). *Cómo trabaja un psicoanalista* (1.a ed.). Paidós.
- Nieto, G. (2019, 17 enero). El analista y su encuadre. *Blog Eleia*. Recuperado 19 de diciembre de 2021, de <https://www.centroeieia.edu.mx/blog/el-analista-y-su-encuadre/>
- Ogden, T. H. (2006). On teaching psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*. <https://doi.org/10.1516/d6d1-tgvx-a4f0-jecb>

- Quinodoz, D. (1992). The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 627-635.
- Racker, H. (1952). A contribution to the problem of counter-transference 1. *The International Journal of Psychoanalysis*. <https://doi.org/10.4324/9780429475931-5>
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica* (1.a ed.). Paidós.
<https://es.scribd.com/document/333129462/Heinrich-Racker-Estudio-Sobre-La-Tecnica-Psicoanalitica>
- Racovsky, A. (1981). *El filicidio: la agresión contra el hijo*. Paidós-Pomaires.
- Rivas, P., & Martín, L. (2015). El concepto freudiano del superyó en la actualidad de la práctica clínica. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 10(10), 29-37.
http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v10n10/v10n10_a02.pdf
- Safran, J. D., & Gardner-Schuster, E. (2016). Psychoanalysis. *Elsevier eBooks*, 339-347.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-397045-9.00189-0>
- Sampieri, H., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología De La Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1a ed.). McGraw-Hill.
- Sánchez, J. M. (2012). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.
- Sarnat, J. E. (1998). Rethinking the Role of Regressive Experience in Psychoanalytic Supervision. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(4), 529-543. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1998.26.4.529>

- Saucedo, C. (2014). *La supervisión clínica psicoanalíticamente orientada desde la visión de alumnos, supervisores y expertos*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- T., Lagache, D., Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Tabbia, C. (2021). *Clínica del Significado. El Vértice Bion / Meltzer* [PDF]. Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Tomas, P. (1983). Psychoanalytic Training in Europe. 10 years of discussion. *Bulletin Monographs*.
- Tumas, D. (2015). El psicoanálisis y su método. *Psicología. UBA*. Recuperado 14 de diciembre de 2021, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/776_cuestiones_clinicas/material/psicoanalisis_y_su_metodo2.pdf
- Urribarri, F. (2012). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. (En Linea)*, 114, 1688-7247. <https://www.apuguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>
- Watkins, E. (2013). The contemporary practice of effective psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Psychology*, 30(2), 300-328. <https://doi.org/10.1037/a0030896>
- Winnicott, D. W. (1947). El odio en la contratransferencia [PDF]. En *Obras completas. Donald Winnicott*. Biblioteca D. Winnicott. <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>

- Winnicott, D. W. (1955). Variedades clínicas de la transferencia [PDF]. En *Obras completas. Donald Winnicott* (pp. 1631-1634). Biblioteca D. Winnicott.
<https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. W. (1959). La contratransferencia. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 17-21. <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación paterno-filial. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1962a). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, en el encuadre psicoanalítico [PDF]. En *Donald Winnicott. Obras completas* (Vols. 979–985, p. 979). Biblioteca D. Winnicott.
<https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. W. (1962b). La integración del ego en el desarrollo del niño. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo [PDF]. En *Donald Winnicott. Obras completas*. Biblioteca D. Winnicott.
<https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. W. (1964). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis [PDF]. En *Donald Winnicott. Obras completas*. Biblioteca D. Winnicott. <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Ruiz, F. C. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia : su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Desclée De Brouwer.

Zaffore, C. (2016). El análisis del analista, resorte de la interpretación. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología.*

<https://www.aacademica.org/000-067/1014.pdf>