

**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
LEÓN**

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ
OFICIAL POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981



**CASO PA-TI. INSTRUMENTACIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y LA
CONTRATRANSFERENCIA**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOTERAPIA CLÍNICA

PRESENTA

ARMANDO MORENO MALDONADO

DIRECTOR

DR. JORGE GONZÁLEZ GARCÍA

Índice

Introducción

1	Presentación del caso.....	9
1.1	Datos generales	9
1.2	Motivo explícito de consulta.....	9
1.3	Ruta por la cual accedió al servicio de psicoterapia.	10
1.4	Principales indicadores.....	10
1.4.1	Organicidad	10
1.4.2	Situaciones.....	10
1.4.3	Competencias.....	10
1.4.4	Estructura subjetiva	11
1.4.5	Contexto	12
1.4.6	Educativo/Productivo.....	12
1.4.7	Sociocultural.....	12
1.5	Familiograma	13
1.6	Psicodiagnóstico y pronóstico	13
1.7	Curso de la intervención.....	14
1.8	Motivo explícito de finalización	16
1.9	Principales indicadores significados como cambio producto de la psicoterapia.....	16
2	Fundamentos y diseño inicial.....	18
2.1	Problema a intervenir con Uno	18

2.2	Indicación de tratamiento	19
2.3	Congruencia metodológica.....	20
2.4	Pertinencia técnica.....	201
2.5	Alcances y límites pronosticados para el caso.....	22
2.6	Indicaciones y contraindicaciones	23
2.7	Contrato	24
2.8	Encuadre resultante	24
3	Desarrollo y curso del caso.....	26
3.1	Marco referencial para la escucha.....	26
3.1.1	Inconsciente.....	26
3.1.2	Transferencia.....	28
3.1.3	Contratransferencia.....	31
3.1.4	Demanda	33
3.1.5	Estar en falta.....	34
3.1.6	Fenómeno.....	36
3.1.7	Ley del insecto.....	36
3.2	Crítica de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores.....	37
3.3	Posicionamiento propio.....	40
3.4	Presentación de viñetas selectas y diálogo sobre las mismas.....	41
3.5	Articulación del caso y construcción de insistencias.....	62
4	Conclusiones	64

4.1 Logros y pendientes explicitados por uno.....	65
4.2 Aspectos éticos	66
4.3 Relativos al Desarrollo Humano Sustentable.....	67
4.3.1Desarrollo.....	67
4.3.2 Lo humano	68
4.3.3 Sostenibilidad	68
4.4 Cumplimiento formal de los términos del encuadre	69
4.5 Manejo de las actitudes básicas.....	69
4.6 Resultados para el desarrollo profesional y personal del sustentante.....	70
4.7 Aportes al marco referencial de la psicoterapia clínica	72
5 Referencias	73

Caso: Pa-Ti

*Caí en la ilusión de que no me faltaba nada
e hice a otra ilusa de esa creencia,
nos envolvimos en una relación donde creamos reglas diferentes.
Pero todo terminaría, porque la perfección no existe
y yo fui el imperfecto
el que faltó. (Moreno, 2017)*

El presente trabajo está basado en mi práctica y experiencia clínica, en aquello que aprendí en la formación como maestro en psicoterapia clínica, así como en la práctica que realicé en el Centro Educativo de Servicio para la Comunidad (CESCOM) perteneciente a la Universidad Iberoamericana campus León, donde atendí a la paciente que a continuación hago referencia en el presente Estudio de Caso.

Se incluye las notas clínicas realizadas acerca de la paciente, las que constan de 36 sesiones planeadas, de las cuales solo 21 fueron llevadas a cabo por asistencia. En ellas se logra extraer aquello que insistió durante el tratamiento y que se convierten en motivo del actual trabajo. No intento dar respuesta concreta a los problemas planteados en el caso, sino más bien la de documentar lo sucedido a lo largo de estas sesiones y, por lo tanto, otorgar un análisis reflexivo sobre las respuestas de un interventor ante el material presentado por la paciente.

Es así que, procuro plasmar en el presente documento, siempre de la mejor forma posible y de acuerdo a mi propia percepción, los fenómenos que se presentaron en las sesiones de psicoterapia; de la misma manera, expongo los hechos tanto de la paciente como los propios y el intento de analizarlos. Dicho material del caso es extraído del expediente clínico contenido en los formatos F1, F2, F3 y F4, mismos que permanecen en resguardo para su consulta en CESCOM.

Se estudia el caso de una paciente de 27 años quién durante la primera sesión manifiesta padecer un elevado nivel de angustia debido a la idea constante de sufrir alguna enfermedad y miedo recurrente por contagiarse de algo. Posterior a ello y en el transcurso de las sesiones, se fueron presentando una serie de fenómenos transferenciales que en principio no fueron descubiertos, generando respuestas contratransferenciales las que de a poco fueron descubiertas. Dichos fenómenos se expresan en el presente trabajo, incluidas las respuestas del terapeuta a manera de contratransferencia, al igual de su intento por instrumentar a favor del proceso psicoterapéutico tales intervenciones.

Para una mejor comprensión del trabajo, es fundamental explicar dos procesos importantes a considerar. El primero es la elección del nombre del caso. A inicios de la sesión 8 la paciente trae un obsequio del negocio de su papá y que, al ser entregado, ella expresa la siguiente frase **“son Pa-Ti Armando”** entregándome dicho regalo, siendo esto, a mi consideración el momento más significativo del caso. El segundo hace referencia al tratamiento. Al principio se pretendió intervenir desde un enfoque humanista dado al programa curricular que cursaba en ese momento durante mi formación como psicoterapeuta, sin embargo, derivado de las situaciones, características y fenómenos que fueron presentándose durante las primeras sesiones, integré la perspectiva del enfoque psicodinámico, la que me permitió ampliar en el análisis del caso, así como su tratamiento y pronóstico.

En el proceso de psicoterapia se pueden manifestar una serie de eventos o situaciones que precisan atención, estudio y análisis por parte del psicoterapeuta, debido al daño que podrían generar al tratamiento y a los objetivos psicoterapéuticos si son de alguna manera omitidas. Considerar los componentes pasado, presente y futuro de la vida de los pacientes en su proceso puede favorecer a un desarrollo positivo de tratamiento, tomando en cuenta que lo infantil es reactualizado bajo condiciones presentes del sujeto, y en esa repetición que se vive en la consulta va impregnada de necesidades presentes, demandas, afectos, deseos y mecanismos defensivos, que buscan un orden y resignificación de lo vivido en el pasado, es

decir, en la infancia, y, donde posiblemente se gesta la mayor parte del sufrimiento psíquico y en las que activadas por el dispositivo de tratamiento pueden ser proyectadas al terapeuta y las cuales deben ser consideradas en su estudio.

En cada sesión de psicoterapia, los pacientes hablan de sus vidas, de los problemas que pasan repetidas veces, de las angustias intensas que viven; comunican desde lo verbal y lo no verbal, además expresan experiencias subjetivas y deseos inconscientes que no solo son del aquí y ahora, sino del allá y el entonces. En la relación que se genera durante el proceso de psicoterapia, los afectos también se expresan en la reacción subjetiva del terapeuta frente a los pacientes, esa reacción subjetiva del terapeuta puede funcionar como un radar que ayude a captar los afectos de los pacientes, principalmente los afectos que no son tolerados por ellos, que están en el plano de lo inconsciente y que provienen del allá, es decir de la infancia. (Kernberg, 1999).

El paciente habla al terapeuta, ofrece un material para ser escuchado, en ese acto, va exponiendo a la luz diferentes elementos que posiblemente lo ayudan a resignificar lo vivido; y en esa misma medida, el terapeuta también debe escuchar lo acontecido en él mismo, con la intención de mejorar ese radar que funcione al servicio del paciente. Sin embargo, una gran dificultad radica precisamente en esto, ya Freud en 1912 en “puntualizaciones sobre el amor de transferencia” advertía de los complejos y resistencias del terapeuta ante sus problemas psíquicos no resueltos, señalando que inevitablemente esto puede perturbar el trabajo clínico.

Más adelante, Racker (1953) en estudios sobre técnica psicoanalítica, proporciona diferentes elementos que permiten el manejo y la instrumentación de dichas resistencias manifestadas por el psicoterapeuta.

Dicho lo anterior, me propongo a presentar la siguiente pregunta que me permitirá una guía en la cual conduciré el presente trabajo:

¿De qué manera la instrumentación del análisis de la transferencia y de la contratransferencia procuran y resisten el tratamiento en el caso?

Así pues, este documento tiene como finalidad la presentación de estudio de un caso, en el cual, primero encontraremos una presentación general de la paciente, respetando todos los elementos de confidencialidad y secreto profesional. Posteriormente, encontraremos una descripción de las dificultades presentes por parte de la paciente además de la elección del enfoque comparada con otro, justificando su elección y señalando sus alcances y límites. Luego en este apartado, se muestra el desarrollo del proceso y el encuadre resultante.

Se expone un diálogo entre diferentes autores que fundamentan lo encontrado en el caso, además de una crítica a estas premisas. Consecutivamente, se muestra una serie de viñetas clínicas en las que se plasma el diálogo intra e interdisciplinar. Al finalizar el trabajo se realiza una breve descripción sobre los conceptos de ética considerados en el caso y, posteriormente realizo una breve conclusión que abone al marco referencial utilizado en el presente material.

1 Presentación del caso

1.1 Datos generales

Pa-Ti tiene 27 años de edad y desde hace algunos años registra en ella sensaciones y pensamientos de enfermedades que le generan demasiada angustia. A mi parecer es más alta y delgada que el promedio, piel blanca, cabello negro, ojos color café, se comunica con un lenguaje fluido y articulado con un discurso congruente en temporalidad. Acude al CESCO para solicitar la atención psicológica.

Estudió hasta la secundaria, actualmente realiza un curso de estilismo(sic) en una academia privada, ya que informa que le fascina este oficio. Es la segunda de un total de cuatro hermanos, el menor es el único hombre de la familia el cual tiene 15 años de edad, señalando que, con quien mejor se relaciona es con su hermana mayor, también comenta tener buena relación con sus papás además de sentirse la consentida de ellos y son quienes le ayudan en sus situaciones de angustia. El padre tiene un negocio de tacos y tortas en el que Pa-Ti y su mamá ayudan con frecuencia, aunque la madre normalmente permanece más tiempo en los quehaceres del hogar.

Actualmente la paciente tiene un novio, mismo que se encuentra en Estados Unidos de América (E.U.A), y que, por tanto, no ha visto en persona, solo se comunican por teléfono o vídeo chat. Comenta que lo conoció por unos primos que le hablaron de él y decidió conocerlo, aunque estuviera tan lejos, pero comenta que de inmediato le gustó.

1.2 Motivo explícito de consulta (MEC)

Trascribo el MEC registrado en el formato correspondiente durante la primera sesión:

Pa-Ti: Ya no quiero sentir angustia ni que mi cuerpo cosquilleé o que mi estómago se me inflame, ya no quiero creer en enfermedades que no tengo, quiero ser normal.

1.3 Ruta por la cual accedió al servicio de psicoterapia

La paciente conoce a varias personas de su comunidad que fueron o son atendidos en CESCO, y es así que, bajo la recomendación de estos ella decide asistir a la institución para solicitar el servicio psicológico. Llegó, apuntó su nombre en la lista y luego de una semana se le contacta para ofrecerle el servicio el cual ella acepta y se agenda la primera cita de entrevista.

1.4 Principales indicadores

1.4.1 Organicidad

No se detectó ningún indicador que señale algún registro de daño orgánico. Aunque Pa-Ti ha mencionado sus malestares físicos, ella hasta el momento no ha sido diagnosticada con una enfermedad orgánica que le genere dicho síntoma. En una de las sesiones ella expresa asistir con un médico para ser revisada y señala que el doctor le insiste que no presenta ninguna enfermedad. Se concluyó que esta no es la determinante primaria en el caso.

1.4.2 Situaciones

Para la paciente el tema referente al embarazo de su hermana causó mucha angustia, por lo que cada vez que Pa-Ti, tenía fajes (sic) con su novio, ella pensaba que quedaría embarazada, por lo que no disfrutaba el momento íntimo con su novio. Variadas situaciones que son percibidas como rechazo por lo que afectan su autoestima y su confianza generando crisis de angustia. Ante las observaciones señaladas se enmarca su contexto social y cultural en los que se detecta que su sexualidad está prohibida. La familia de la paciente principalmente el padre funcionó como objeto de frustración, pero a la vez se convierte en su placer respondiendo a los deseos de ella. Es así que se considera que esta es la determinante primaria en el caso.

1.4.3 Competencias

Se detectan dos elementos que se consideran importantes en este apartado y son: trabaja en el negocio de tacos y tortas de su papá y estudiante de la carrera de estilismo de belleza (sic). Lo que le permite adquirir un ingreso económico y de esta manera pagar sus

colegiaturas de su escuela, abonando a su independencia y su desarrollo personal y profesional. En un futuro podrá generar su propio negocio que le permitirá mayores ingresos económicos y realizar una vida independiente. La paciente al no presentar ningún daño físico o déficit mental le permite una constante circulación, busca ser independiente y autosuficiente. Usa el transporte público y sabe moverse en todo el municipio sin dificultad. El incentivo económico que adquiere por su trabajo le permite aportar a la economía del hogar, generando estabilidad en las necesidades básicas. Adquiere por si sola lo necesario para calzar y vestir. Pa-Ti comenta “me gusta mucho mi trabajo porque encuentro relajación y una manera de sentirme eficaz” refiriéndose al estilismo.

1.4.4 Estructura subjetiva

Al detectar sus síntomas y el desarrollo de su personalidad, se puede hacer una hipótesis de que Pa-Ti se quedó fijada en etapas genitales y pre-genitales donde el poder, la manipulación, la culpa y la castración son elementos que definen este momento de desarrollo y que determinan su estructura subjetiva. La falta como elemento de castración se vive como angustiada y destructiva es por ello que la paciente busca de manera inconsciente cubrir su falta. Utiliza el erotismo como una manera de relacionarse con los otros. Se utiliza como marco referencial el enfoque psicodinámico. Se identifica un patrón relacionado con su relato infantil, la culpa, la angustia y la manera de enfrentarse a dichas emociones. Se detectan dificultades para relacionarse principalmente con los barones a los que les proyecta una serie de fantasías e idealizaciones primitivas. Muestra relaciones afectivas con algunos amigos de la comunidad. Su papá es el que manda en la casa y es autoritario, pero Pa-Ti logra obtener de él la mayor atención y otras cosas, ya que ella considera ser su chipil (sic). Su novio nunca lo ha visto en persona, tiene 3 años de relación, solo se comunican por celular y espera que un día regrese para casarse. Sin embargo, su relación está envuelta por conflictos sobre expectativas que cada uno tiene sobre su relación. En ella se puede detectar elementos de disfrute: “me gusta mucho comprarme ropa y zapatos” “disfruto cortar el pelo y que la gente le guste lo que hago”

“me gusta ir a reuniones y fiestas con mis amigos”. El padre de Pa-ti al tener sus papeles como residente de los Estados Unidos de América motivó a todos sus hijos a tramitar su nacionalidad, los cuales apoyo a hacerlo, menos a Pa-Ti, ya que, para su papá, ese país es un lugar feo en el cual su hija no merece vivir, decidiendo así no apoyarla y prohibirle realice cualquier trámite. Eso a la paciente le ha afectado, ya que no puede hacer lo que sus hermanas y otros conocidos hacen, como ir a ver a su novio o ir de vacaciones. De esta manera se logra indicar que este indicador es un determinante principal en el caso, ya que de manera general la paciente muestra graves conflictos en la manera de relacionarse y de vincularse con otros, utiliza el erotismo, la fantasía, la seducción y la culpa como medios para relacionarse, obteniendo como resultados fuertes crisis de angustia y decepción además de sentirse rechazada.

1.4.5 Contextos

La paciente pertenece a una familia de 6 integrantes, su padre es el principal proveedor de la casa. Cuando Pa-Ti dice estar enferma, todos los hermanos, su papá y su mamá centran la atención en ella para ayudarla, principalmente el padre, ya que suele ser quien la lleva con los médicos para atenderla, la paciente ha referido que es con el padre con quien mejor relación tiene ya que refiere ser su consentida, de la misma manera ella es la única quien le apoya en el puesto de tacos. Mantiene buena relación con sus hermanas mayores. Paciente no proporciona información respecto a generaciones anteriores, es decir, no refiere algún tipo de relación con abuelos, tíos o primos.

1.4.6 Educativo / Productivo

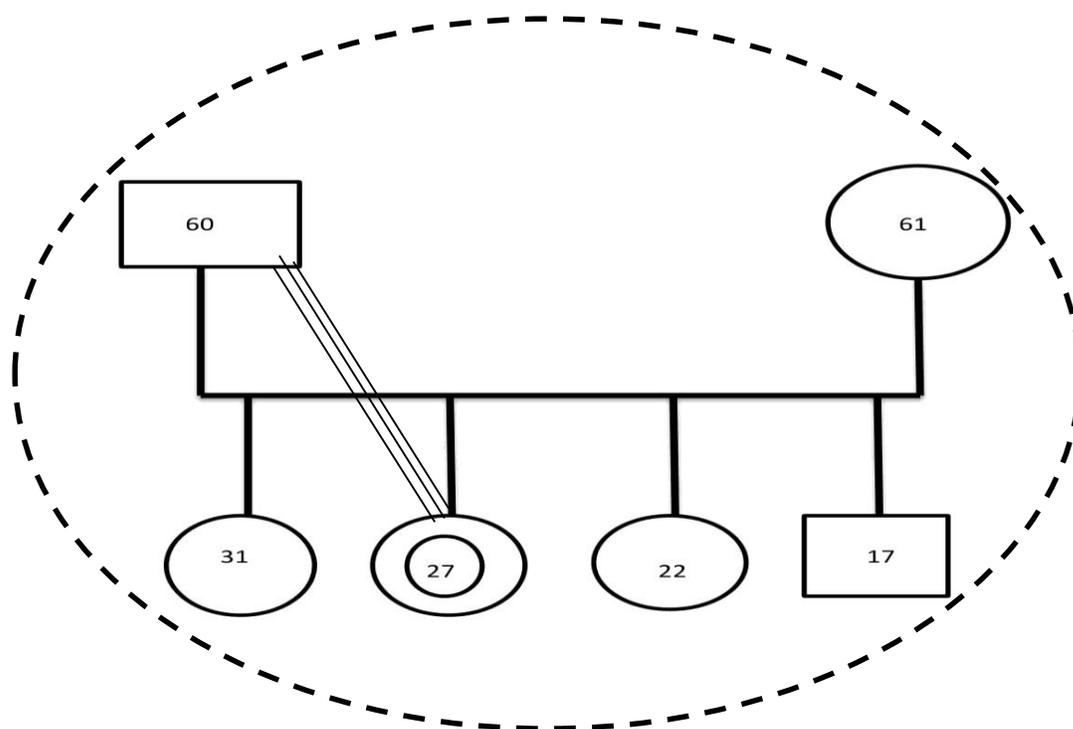
Todos los hermanos estudian hasta la preparatoria, luego de ahí continúan en el negocio de los tacos o al apoyo de su mamá. Pa-Ti y la hermana mayor estudiaron estilismo de belleza y ahora tienen un local donde atienden a sus clientes, aparte de ayudar en la taquería.

1.4.7 Sociocultural

Pertenece a una comunidad de costumbres arraigadas, donde el objetivo de las mujeres es casarse y estar en la casa al cuidado de los hijos. En el caso de los hombres estos emigran

a los Estados Unidos para trabajar. Dichos indicadores no son considerados determinantes en el caso. Pa-Ti vive en una comunidad semi-urbana, donde la costumbre de sus habitantes es migrar a la frontera, tal como lo plantea la paciente, es una manera para lograr obtener una mejor calidad de vida, en el que usar ropa de marca, poseer grandes camionetas, se describen como símbolos de logro y bienestar. Aunque esto no es la determinante del caso, se detectan elementos de significado para describir los comportamientos que manifiesta la paciente.

1.5 Familiograma



1.6 Psicodiagnóstico y pronóstico

La presentación del siguiente psicodiagnóstico está diseñado y construido desde dos enfoques psicoterapéuticos, los cuales fueron integrándose en el transcurso del tratamiento,

iniciando con el enfoque humanista usando como referente teórico a Carl Rogers (1981), posteriormente se presenta el enfoque psicodinámico desde lo estructural.

En la paciente se han generado simbolizaciones parcialmente deformadas de muchas de sus experiencias pasadas y, junto a esto, se han incorporado negaciones parcializadas de dichas experiencias respecto de la consciencia, debido a la estructura del “Self” de la paciente, elaborada a partir de percepciones de características y relaciones del “yo” o del “mi” y por otros valores unidos a estos, que se dan como resultado de los intercambios con otras personas que implican evaluaciones respecto a sus vivencias y conductas. Es decir, la conducta del dolor en el cuerpo que muestra la paciente es producto de experiencias y necesidades orgánicas que hasta el momento no han sido simbolizadas, o se simbolizó de manera deformada, mostrando incongruencia con el “Self”. Por lo que se puede concluir que a reserva de lo que hasta este momento se ha observado la paciente refleja “desadaptación” o “adaptación fallida”. (Rogers, 1981)

Empleando como marco referencial el diagnóstico estructural de Otto Kernberg (1999), Pa-Ti presenta una estructura de personalidad neurótica con trastorno de personalidad histérica y rasgos obsesivos-compulsivos. Mientras que desde las referencias del DSM V es 300.02 (F41.11) Trastorno de ansiedad generalizado. (American Psychiatric Association, 2013)

Es importante mencionar que ambos diagnósticos dan cuenta de la complejidad de establecer un pronóstico claro, al menos al principio.

1.7 Curso de la intervención desde el contacto inicial hasta la finalización

A partir de la primera sesión se identifica un estado de dolor y una gran necesidad de ayuda y desesperanza, se logra detectar cargas emocionales de dolor, que ocultan una demanda de satisfacción. En la medida que transcurren las primeras sesiones se presentan diversos fenómenos, mismos que, al no ser el objetivo del enfoque que en ese momento utilizaba, no fueron abordadas. Tal situación obliga realizar un cambio de enfoque y a la toma

de decisiones en beneficio del tratamiento. A continuación, destaco de manera concreta los momentos significativos que se presentaron en el caso, los cuales obligaron a reevaluar la situación y la toma de decisiones:

Momento uno. Desde el primer contacto se manifiesta una gran carga emocional aturdiendo la atención flotante del psicoterapeuta.

Momento dos. Desde el enfoque humanista esto no es relevante. Mi supervisión fue enfocado a otro tema.

Momento tres. La culpa manifestada en contratransferencia al mencionar que soy un psicólogo de 24 horas.

Momento cuatro. Pa-Ti me habla por teléfono para ayudarla a controlar la comezón que sentía y la angustia que esto le generaba.

Momento cinco. La paciente me regala dos tortas “sus tortas” las cuales recibo expresando que están muy ricas y si me las comeré.

Momento seis. El terapeuta olvida asistir a la sesión programada con Pa-Ti.

Momento siete. Se toma la decisión de cambiar de enfoque terapéutico al psicoanalítico el cual permite analizar los fenómenos de transferencia y contratransferencia insistentes en el caso.

Momento ocho. Lo ocurrido en el tratamiento con Pa-Ti, me hacía dar cuenta de mi implicación en el tratamiento e incluir mi proceso personal para sostener el caso.

Momento nueve. Señalamiento directo a la paciente “no debí agarrarte las tortas”

Momento diez. A partir de aquí aumentan las faltas a sesión. En todo el proceso se asistieron a 21 de 34 sesiones,

Momento once. Intentos de instrumentar la contratransferencia; en el tema de su novio.

Momento doce. Pequeños momentos de resignificación por parte de la paciente: Mayor conciencia y hacerse responsable.

Momento trece. Interrupción del tratamiento por motivos escolares del terapeuta.

1.8 Motivo explícito de finalización

Se plantea a la paciente la necesidad de interrumpir el tratamiento debido a los tiempos académicos que obligaban a concluir con la atención psicoterapéutica, ello para iniciar con otros tramites escolares. Aclarando que no era por sus faltas frecuentes ya que ella se había comprometido a no faltar más. De la misma manera refuerzo la importancia de que continúe con otro terapeuta con la intención de tratar temas referentes a su noviazgo, su familia y sus relaciones interpersonales. Acto seguido le expongo el encuadre a considerar, donde se recalca la importancia de su asistencia, le propongo asistir a las sesiones restantes, con el objetivo de generar un cierre de tratamiento atendiendo los logros y pendientes, la paciente acepta el encuadre resultante.

Así, juntos acordamos vernos solo en cuatro sesiones más. Sin embargo, en la segunda sesión de cierre ella expresa las dificultades que ha presentado para asistir y solicita que solo sean tres sesiones quitando una. Ante esto, se le informó a la paciente de la importancia de respetar el encuadre planteado, sin embargo, ella no quiso cambiar de parecer, a lo que se replantea el trabajo planeando el cierre a tres sesiones como ella lo solicitó.

1.9 Principales indicadores significados como cambio producto de la psicoterapia

En lo que concierne al presente apartado se puede indicar que cuando la paciente le expreso “**no debí tomar las tortas**” según lo que contesta tiene que ver con sentimientos de rechazo, es aquí cuando comienza a expresar con profundidad su sentir, lo podemos detectar en las siguientes viñetas clínicas, las cuales son extraídas del Formato F3 del expediente clínico, principalmente de la sesión 14:

Pa-Ti: Me siento mal, me siento triste, decepcionada, no sé cómo te siento.

Psicoterapeuta: ¿te sientes rechazada por mí?

Pa-Ti: sí, me siento rechazada

Ella exponía su motivo implícito de consulta, el cual tenía que ver con el rechazo y abandono. Además, identificaba las diferentes conductas que ella realizaba con la intención de evitar sentirse de esta manera, las cuales menciona en la última sesión.

Pa-Ti: Me pasó con otro de mis novios. Cuándo me dejó por otra para casarse, yo me desquite, (...) embobeciéndolo para que regresara conmigo y cuando lo logré le prohibía tener relaciones sexuales con su esposa o que la besara.

Pa-Ti: (...) me paso con otro novio, lo hice como quise la verdad y no me da gusto admitirlo.

Pa-Ti: No sé porque hacia eso, la verdad no sé porque lo hacía (...) eso es lo que tengo que trabajar, eso es lo que me pasó con mi novio actual y a él no lo quiero perder, porque lo amo de verdad y no quiero usar ese poder con él y ni con nadie.

Posiblemente el amor que siente por su novio le permite darse cuenta de sus conductas, y que, de continuar así, cabía la posibilidad de perderlo, como ha perdido a otros hombres importantes de su vida. Ella llama “poder” a su manera de ser con los hombres, aludiendo a la manipulación, el erotismo y la venganza que utiliza para atraer a los hombres, y en lo cual desea cambiar, ya que teme que esa reacción afecte en su noviazgo y como ya lo ha comentado “a él no lo quiere perder”, el amor puede ser un importante motivo de cambio y cura, señalan Szydlo y Beristain (1997).

2 Fundamentos y diseño inicial

Una vez presentado el caso Pa-Ti, toca ahora exponer aquellos elementos del mismo que fueron clave para el trabajo y la toma de decisiones.

2.1 Problema a intervenir con uno

Desde un inicio la paciente manifestó un estado de crisis, desesperación y elevada ansiedad, en ese momento me enfoqué a escuchar respetuosamente lo que me expresaba, manteniendo una actitud empática y respetuosa. Conforme se fue desarrollando la primera sesión noté que Pa-Ti me provocó “algo” que me hizo sentir abrumado e incapaz de mantener mi escucha activa, algo a lo que no presté atención en ese momento. Todo inició cuando expresó parte de su malestar emocional, de su dolor y sufrimiento, esto suscitó en mí una inmensa necesidad de ayudarla y protegerla; me centré completamente en ella, manteniendo un genuino interés de su vida y sus experiencias, ofreciendo calidez emocional, tal como lo refiere Rogers (1981) en su libro psicoterapia centrada en el cliente, en el que escribe:

A medida que se manifiestan estas actitudes del terapeuta, el cliente comienza a experimentar un sentimiento de seguridad a medida que encuentra que, cual quiera sea lo que le pasa se le comprende, esto permite que la paciente explore aquellos elementos dolorosos. (p. 49)

La paciente insistió en mantener conductas, que me generaron incomodidad; al estar sentada en el sillón incorporaba posturas como tener las piernas abiertas, levantar los brazos para estirarse; rascaba con frecuencia partes de su cuerpo, como en medio de su pecho, la ingle, caderas y piernas, según ella a consecuencia del cosquilleo que decía sentir. Su mirada no descansaba, se dedicó constantemente a verme, asegurándose de que yo la observara, esto me provocaba inquietud y vergüenza, lo que impidió concentrarme de lo que hablaba.

Insistía en mantener un discurso impregnado de trágicas expresiones de vulnerabilidad y abandono, mismas que me demandaban cuidarla y protegerla. Mis intervenciones llegaban a ser tan tímidamente racionalizadas, que muchas veces opté por no intervenir por miedo a

causarle algún tipo de dolor, en aquellas ocasiones que lograba intervenir Pa-Ti mostraba buena capacidad de pensarse, pero en breve regresaban los sentimientos de desesperanza que le impedían realizar alguna posible asociación de su propia vida, y claro, yo continuaba protegiéndola.

El lenguaje utilizado por Pa-Ti permanecía envuelto de diversos mensajes indescifrables en ese momento para mí. Yo intenté ser empático, amable y atento a todo el dolor que sentía. En ese momento no logré identificar que probablemente mis conductas bien intencionadas, eran descifradas por ella como una respuesta de deseo y encanto a su erotismo. Probablemente lo que para mí era amabilidad para ella era erotización, es decir, se presentaban serios conflictos en la comunicación. Watzlawick (1981) habla sobre los axiomas de la comunicación, en uno de ellos describe que en la comunicación existe un nivel de contenido y otra de comunicación-relación, señala que en la naturaleza de una relación se establece en función de la puntuación o gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales, indicando al final que la manera de la comunicación determinará la relación consecuente. Es así que la comunicación confusa basada en lo erótico fue insistente a inicios del caso hasta el punto de **“Darne las tortas”**.

“Y, yo me las comí, tenía hambre”, tal aforismo obliga a darse cuenta de lo implicado del “otro” erotismo y de “hacerse cargo” de él, y a la vez de reestructurar una escucha más orientada permitiendo trascender el plano de la persona y sus relaciones, en donde las resistencias no pueden sino ser trabajadas como un cambio tipo 1, (Watzlawick, John, Weakland y Fisch, 1992) hacia una escucha de lo inconsciente donde **“Pa-Ti, las tortas”** denuncia lo erotizado en la situación transferencial.

2.2 Indicación de tratamiento

Al inicio del tratamiento se indicó el proceso de psicoterapia, misma que constaría de un número indeterminado de sesiones, las cuales tendrían una hora de duración y en la que se

encuadró el aviso a tiempo en caso de inasistencia. Posteriormente, y luego de escuchar que la paciente ya asistía con un médico para atender sus posibles malestares físicos, no se indicó ninguna otra instrucción.

2.3 Congruencia metodológica

El desarrollo del trabajo está diseñado bajo una exposición del tratamiento de cada una de las sesiones que han resultado relevantes, misma metodología la encontramos en Françoise Dolto (1971) en El caso Dominique. Dicho método resulta adecuado para investigar de manera rigurosa fenómenos que ofrezcan respuestas de ¿Cómo y por qué ocurren? También permite estudiar dichos fenómenos desde perspectivas múltiples y no desde la influencia de una sola variable (Chetty, 1996). Tal como encontramos en el presente trabajo, se manifestaron situaciones que era imprescindible otorgarle diferentes miradas e intervenciones.

El estudio de caso enfatiza no sólo en la construcción de teorías, sino que, también incorpora las teorías existentes, lo cual revela una mezcla de la inducción con la deducción. Perry (1998) argumenta que el método de estudio de caso como estrategia de investigación opera dentro del paradigma del realismo, el cual se muestra más apropiado. Por último, Sarabia (1999) señala que el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes fenómenos con distintas intenciones sobre el mismo caso.

El presente escrito contiene material suficiente para realizar diferentes análisis o reflexiones a las que ahora se presentan, seguramente el lector proveerá de variadas explicaciones teóricas que argumentan lo que presento en este trabajo, es precisamente lo esperado, tal como lo encontramos con Lacan donde en un congreso llamado de los psicoanalistas de lengua romance de 1951 habla sobre “Intervención de la Transferencia” en el que menciona el trabajo que realizó Freud con su paciente en el caso Dora. En él ofrece una

serie de análisis reflexivos que permiten otra explicación a los presentados por Freud, y que, de esta manera enriquece el campo científico de la teoría y técnica psicoterapéutica. (Lacan, 2005)

2.4 Pertinencia técnica

Al inicio del proceso se tuvo en cuenta trabajar bajo un esquema procedente del enfoque humanista, el cual consideré pertinente ya que permitía visualizar la situación planteada por la paciente con mayor riqueza, considerando además que era ésta la corriente de aprendizaje que en ese momento se revisaba en la maestría que cursaba en la Universidad Iberoamericana campus León. Me dediqué entonces, a considerar el enfoque propuesto por Carl Rogers, iniciando por ofrecer una escucha comprensiva, la cual es indispensable para aquel que llega presentando crisis específicas y también aquellos que sus defensas se encuentran fracturadas como en el caso de la paciente. Rogers (1961) señala:

Dado que lo anterior se lograba, algo de la paciente insistía y se manifestaba alcanzando a su psicoterapeuta, afectando de manera importante su trabajo, tranquilidad y dedicación. Sin duda, algo de lo vincular era parte de la desadaptación de la paciente y se convertía en orientación para el trabajo, tal como expone el enfoque humanista, considerando las actitudes básicas que promueve, así la paciente podrá experimentar una relación vincular distinta al promedio de sus experiencias de estar “con otro”, algo que estaba en otro plano era manifestado, y el cual era pertinente considerarle.

Algo de lo sabido no pensado, y, por tanto, menos declarado, era lo que motivaba para realizar un cambio de enfoque, eligiendo el modelo psicoanalítico, permitiendo prestar más atención en la demanda implícita de la paciente por medio de la situación transferencial, considerando a la vez mi implicación desde la situación contratransferencial.

Luego de escucharme, la escuché. Mi primer paso fue atender mis propias sensaciones y pensamientos, logrando de esta manera mejor consciencia de lo que acontecía en mi persona, y de la angustia que a inicios despertó. Racker (1971) indica que la angustia es una

señal de peligro, pero que a la vez se convierte en una guía del terapeuta respecto al conocimiento de los pacientes.

El psicoanálisis como dispositivo psicoterapéutico atiende lo que verbalizan los pacientes, con la intención de lograr identificar aquellos elementos de lo inconsciente que se manifiestan en el material presentado. Los pacientes van expresando aquellas áreas de su vida que les significan dolorosas y traumáticas, las cuales van asociando libremente, con la intención de ir descubriendo por qué hacen lo que hacen y así poco a poco lograr obtener más consciencia de sí mismos. (Etchegoyen, 1992)

2.5 Alcances y límites pronosticados para el caso

El diagnóstico obtenido de Pa-Ti daba muestra de su sintomatología y las maneras de relacionarse con los otros, permitía a la vez determinar un posible tratamiento. De Ocampo (2006) indica que el diagnóstico es un instrumento que ayuda a identificar el estado actual de la paciente y sirve para realizar un pronóstico y un plan de tratamiento, así como de los posibles alcances y límites, de la misma manera Nasio (1990) nos indica sobre el proceso de la histeria y la manera de vincularse con los otros, y, sobre todo, la manera de cómo se presenta en las sesiones.

Es así que, me permito señalar algunos alcances que se pueden obtener ante el caso, considerando el diagnóstico resultante por la paciente:

1. Que la paciente pueda identificar las maneras que utiliza para relacionarse con los otros.
2. Reconocer las diferentes respuestas conductuales que manifiesta a partir del sentimiento de rechazo que obtiene por sus seres queridos.
3. Hacer consciente el origen de sus “sensaciones y cosquilleos”, es decir, expresar su sexualidad y lo que le significa, desde una manera menos dolorosa.

4. Distinguir sus fortalezas y habilidades, permitiéndole enfrentar y resolver por ella misma las variadas dificultades.
5. Adquirir mayor consciencia de sus deseos y fantasías, y lo que ello provoca.

Una limitante que resulta imprescindible considerar es mi propia subjetividad en la problemática presentada por la paciente. Gendlin (2003) refiere que cuando dos personas se cruzan, se da la posibilidad de abrir el uno al otro las formas que los delimitan, revelan su complejidad y se hacen implícitos el uno en el otro, lo que resulta de eso es más en cada uno de lo que era antes. Por lo tanto, así como las convicciones de quien es paciente le afectan, su hacer, su pensar y su decir, tienen efectos de quien es psicoterapeuta.

Otro fenómeno al que continuamente tuve que hacer frente con dificultad, fue al reconocimiento de mi propio requerimiento para aprender a dialogar interdisciplinariamente.

2.6 Indicaciones y contraindicaciones

Se ha mostrado que la psicoterapia con enfoque psicoanalítico ayuda a mantener la angustia en niveles funcionales, con la intención de que se presente una disminución del dolor para obtener satisfacción de la vida (Kernber, 1999). Logra la realización de cambios más profundos ya que considera el psiquismo como un lugar de estructuras y procesos que nos determinan. Está indicado para quienes sufren de algún conflicto mental como el trastorno depresivo, ansiedad, pánico, trastornos somatomorfos, trastornos alimentarios, por abuso de sustancias y trastornos de personalidad como el límite, ya que promueve un cambio estructural, y no sólo conductual, lo cual ofrece más garantías de éxito terapéutico a largo plazo.

La indicación del proceso psicoterapéutico se enfocó que la paciente pudiera transformar su propio aparato mental, en aparato de lenguaje, representable, asimilable y sobre todo nombrable de los efectos y las experiencias que habían quedado sin significado. La intención consistió en que la paciente se reconociera responsable de asumir sus problemas en

lenguaje del yo, y que se diera cuenta de su agencia para poder solucionar sus dificultades, teniendo como finalidad el desarrollo humano sostenible.

2.7 Contrato

Al inicio del trabajo con la paciente, hice entrega de los documentos de derechos y obligaciones, así como los de consentimiento informado, además de la autorización para audio-grabación, los cuales fueron leídos y firmados.

De esta manera se formalizó las condiciones con las cuales se mantendría el trabajando clínico a lo largo del proceso psicoterapéutico. Sin manifestar alguna duda, la paciente, afirmó estar de acuerdo con las reglas y normas establecidas por CESCO. Se acordó realizar una sesión de psicoterapia semanalmente con duración de una hora, indicando además que de no asistir a tres sesiones consecutivas era causa de baja definitiva, obligando nuevamente a permanecer en listas de espera hasta ser atendida por alguien más. Se le informó acerca de la cuota, misma que pagaría a la recepcionista de CESCO al término de cada sesión.

2.8 Encuadre resultante

Le expresé las condiciones de la atención, en las que las citas de la sesión sería una vez a la semana en un horario fijo y de la importancia de respetar esos tiempos. Se acordó un pago mínimo, por ser ella quien se pagaría las sesiones y aceptó. Como punto final, le señalé que podía marcarme por teléfono cuando se tratara de alguna situación de asistencia o alguna duda.

Lamentablemente no se mantuvo un encuadre formal y se permitieron irregularidades en el mismo, las sesiones fueron canceladas en varias ocasiones por parte de la paciente y otras por mí, algunas veces con anticipación, otras el mismo día, otras olvidadas y muy pocas veces se logró reponer en la misma semana la sesión cancelada.

Fue en la sesión 21 cuando confronté a Pa-Ti respecto al incumplimiento del contrato, además del encuadre y de las consecuencias que tendría el tratamiento si la situación de

inasistencia continuaba, sin embargo, la intención de la paciente era insistir en sus faltas y por consiguiente no respetar el encuadre, ya que faltó a 9 sesiones más de 13 que fueron programadas. Todavía a finales de tratamiento, acordamos un nuevo encuadre que ella aceptó, pero que, posteriormente ella modifica y reacomoda a su antojo.

3 Desarrollo y curso del caso

El presente estudio de caso se realizó bajo un enfoque de psicoterapia psicoanalítica. Encontrarán, como en el modelo de “El caso Dominique” de Françoise Dolto (1971) una exposición del tratamiento de cada una de las sesiones que han resultado relevantes, mediante viñetas que se han considerado significativas, y, a las cuales, se les antecede de un párrafo que intenta dar cuenta del motivo de la elección, seguido de la viñeta transcrita lo más textualmente posible y, para finalizar, en un párrafo o párrafos aparte, se procura un diálogo con autores tanto desde las diferentes posiciones en psicoterapias, al que llamaremos intradisciplinar, así como con disciplinas ajenas a la psicoterapia, que entenderemos entonces como un diálogo interdisciplinar. De tal suerte que los diálogos clínicos aunados a los diálogos conceptuales, nos permitan construir a partir de la experiencia singularísima, y en muchos momentos inasible e indescriptible, de estas sesiones una significación para aquello que denominamos “caso”.

3.1 Marco referencial para la escucha

Antes de comenzar con las evidencias clínicas, me permitiré establecer el conjunto de coordenadas desde las cuales he realizado la tarea de escuchar. Encontrará el lector las proposiciones de diferentes autores, algunos de ellos primarios, que fundamentan los diálogos de los cuales resulta el presente estudio de caso.

3.1.1 Inconsciente

Este concepto crucial lo encontramos fuertemente referenciado en Freud (1912) en su obra de la Interpretación de los sueños, considerada ésta como el parteaguas para introducir al psicoanálisis a la vida intelectual del pensamiento humano. En ella podemos detectar que se propone un modelo del inconsciente de la misma forma que se presenta un método de indagación para llegar a él, es decir, hacer consciente lo inconsciente. Freud en su obra, propone que por medio de la interpretación de los sueños se confecciona una vía regia de acceso al inconsciente. (Mannoni, 1997)

Ahora detengámonos un poco para leer en palabras de Freud el significado de inconsciente:

A las representaciones latentes, si es que tenemos fundamentos para suponer que están contenidas en la vida anímica como los tuvimos en el caso de la memoria, habremos de denotarlas con el término “inconsciente”. Entonces, una representación inconsciente es una de la que nosotros no nos percatamos, a pesar de lo cual estamos dispuestos a admitir su existencia sobre la base de otros indicios y pruebas. (Freud, 1912, p. 271)

Continuando exponiendo a tan maravillosa obra de “la interpretación de los sueños”, encontramos que Freud conceptualiza al inconsciente como una instancia del aparato psíquico, cuyo objetivo es dotarle al sueño una fuerza constitutiva para su formación. En otras palabras, el deseo inconsciente es punta de ancla para la formación del sueño, éste, a su vez, da muestras de la existencia del inconsciente. (Freud, 1900)

Aparato psíquico, también llamado aparato anímico o proceso mental, es utilizado por Freud como una representación virtual, sin correspondencia con ninguna anatomía cerebral o condición del sistema nervioso. Se trata de un modelo que Freud elabora para representar las diversas instancias psíquicas y explicar sus características y funciones: inconsciente, preconscious y consciencia. (Roudinesco & Plon, 1998)

En su libro, sobre “Lo Inconsciente” publicada en 1915, Freud plantea el concepto de represión, el cual funciona como un sensor que decide sobre qué contenidos son del orden inconsciente y qué otros pueden llegar a ser del orden de lo consciente. También expone, que todo lo reprimido inexorablemente tiene que ser inconsciente, pero no necesariamente todo el contenido alojado en el inconsciente tiene que estar reprimido. Y, por último, señala que el medio para poder acceder al contenido inconsciente, aunque de una manera transfigurada, es hacer uso del dispositivo psicoanalítico.

3.1.2 Transferencia

Continuando con Freud, toca el turno hablar del término que fue clave en su desarrollo teórico y del cual es importante anoticiarnos.

Cuando se habla de transferencia, primero es importante comprender que, durante su concepción, Freud formuló diferentes movimientos sobre el concepto. Podemos encontrar que durante años se le atribuyeron diferentes elementos que sin duda generaron una comprensión más extensa sobre su dinamismo y sobre todo la importancia de manejo en el tratamiento.

Todo inicia con el análisis de Dora, donde Freud alude a la transferencia numerosas dificultades que propiciaron un abandono prematuro e inevitable de la paciente al tratamiento.

Freud (1901) en fragmento de análisis de un caso de histeria comenta:

Yo no logré dominar a tiempo la transferencia; a causa de la facilidad con que Dora ponía a mi disposición en la cura una parte del material patógeno, olvidé tomar la precaución de estar atento a los primeros signos de la transferencia que se preparaba con otra parte de ese mismo material, que yo todavía ignoraba. Desde el comienzo fue claro que en su fantasía yo hacía de sustituto del padre. (..) Después, cuando sobrevino el primer sueño, en que ella se alertaba para abandonar yo omití esta primera advertencia; creí que había tiempo sobrado, puesto que no se establecían otros grados de la transferencia y aún no se había agotado el material para el análisis. Así fui sorprendido por la transferencia, y me abandono. De tal modo, actuó un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura. (p. 103)

Freud señala que a pesar de que la paciente verbalizaba de buena manera los momentos traumáticos vivenciados por ella y que seguramente se realizaban los análisis correspondientes a sus sueños, algo se presentaba sin que el mismo Freud lograra dar cuenta.

En esa misma parte del epílogo, Freud realiza una importante declaración, señalando que la cualidad más excelente de este análisis, aquella que lo hace tan apropiado para una primera publicación introductoria, su máxima transparencia, se halla íntimamente ligada a su mayor defecto, responsable de la prematura interrupción. (p.103)

Como resultado del análisis realizado en el caso, Freud define la transferencia de la siguiente manera:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. Hay trasferencias de estas que no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido, salvo en la aludida sustitución. Son entonces, para continuar con el símil, simples reimpresiones, reediciones sin cambios. Otras proceden con más arte; han experimentado una moderación de su contenido, una sublimación, como yo lo digo, y hasta son capaces de devenir conscientes apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada. (Freud, 1901, p. 101)

Podemos descubrir entonces que para Freud el eje fundamental de la dirección de la cura no era precisamente solo la interpretación de los sueños sino la dirección de la transferencia. Con esto nos aporta una importante enseñanza respecto a las dificultades presentes en el caso y que ahora nos advierte que será necesario considerarle, señalando que la transferencia tiene esta importancia extraordinaria, lisa y llanamente central para la cura, en las histerias, las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, que por eso se reúnen con justo título bajo el nombre de neurosis de transferencia. (Freud, 1916, p. 404)

Haciendo una propuesta más directa, podemos decir como lo refiere Etchegoyen (2014) en su libro de la técnica psicoanalítica, que la transferencia es en sí misma la enfermedad, cuanto más transferimos el pasado al presente, más equivocamos el presente por el pasado y más enfermos estamos, más perturbado está nuestro principio de realidad. (p.124)

Para ir concluyendo con tan excelente tema, Freud realiza algunas puntualizaciones, profundizando en la dinámica de la transferencia, agrega que solo un sector de las mociones

libidinosas se encuentra dispuestas hacia la realidad objetiva y la realidad consciente. Recordemos que la palabra moción refiere dinamismo, motilidad, la posibilidad de actualizar en ese caso libido, en donde libido en sentido estricto representa energía como substrato de la pulsión sexual en cuanto al objeto y en cuanto a la fuente de la excitación sexual. En relación a ese punto Freud (1912) en “Sobre dinámica de la Transferencia”, comenta que otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo, esta apartada de la personalidad consciente, así como de la realidad objetiva, y solo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente, siendo entonces, no concebida para la conciencia de la personalidad y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha por la realidad, tenderá a volcarse con unas representaciones expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca.

Según el enunciado anterior es posible pensar en una persona parcialmente insatisfecha que volcara investidura libidinal, en este caso sería hacia la persona del terapeuta. Investidura refiere la posibilidad de investir un objeto con alguna energía que tiene relación a la propia vivencia individual del sujeto, es como vestir algo de una cierta cantidad de energía, así se dice luego que el objeto ha sido investido, esto puede suceder en una relación romántica en donde la persona u objeto que ejerce la atracción sexual ha sido investido por el primero. (Freud, 1912, p. 98)

Ahí mismo en dinámica de la transferencia, Freud explica la existencia de una transferencia positiva de sentimientos tiernos y una transferencia negativa o de sentimientos hostiles. Explica que la primera, puede presentarse con tanta la admiración hacia el terapeuta que el paciente deja de entender y atender su propio proceso, convirtiéndose la transferencia en una resistencia. Comenta que además este tipo de transferencia es más ventajosa en cuanto al tratamiento, ya que conlleva la potencia de revestir al terapeuta de autoridad prestando creencia a sus comunicaciones y concepciones, el paciente admitirá el análisis de argumentos de mejor manera cuando vienen desde una persona amada, y por general dice

Freud esto no es algo exclusivo que se da en el tratamiento, sino también se da en otros múltiples aspectos de la vida de cualquier persona. Respecto a la transferencia hostil o negativa, señala que, por norma general los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos, dando cuenta de la ambivalencia de sentimientos que gobiernan la mayoría de los vínculos íntimos, además los sentimientos hostiles importan un vínculo afectivo al igual que los tiernos, aunque de signo contrario y son llamados transferencias ya que la situación del tratamiento no les da la ocasión suficiente para no serlo. La transferencia se supera cuando se demuestra al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no son atribuibles a la persona del terapeuta, sino que solo repiten lo que a él le ocurrió una vez con anterioridad, forzando de esta forma a mudar su repetición en recuerdo. Con esto logramos que la transferencia se mantenga como un instrumento beneficioso para el proceso terapéutico con la cual se pueda desdoblar el abanico cerrado de la vida anímica del paciente. En definitiva, el propósito de este uso de comunicación es facilitar la formulación de elementos de vida psíquica no expresados hasta ese momento; es lo que Bollas llama, lo sabido no pensado. (Bollas, 1987, p. 253)

Para finalizar, Etchegoyen (2014) señala que la transferencia bajo el principio del placer, trata de repetir una situación para encontrarle un mejor desenlace. En este intento, se apoya, al fin y al cabo, la posibilidad de un tratamiento psicoanalítico. (p. 144)

3.1.3 Contratransferencia

Hablar de transferencia nos obliga de igual forma hablar de contratransferencia, sin contar que es un importante foco de enunciación para el presente trabajo. Es un concepto referenciado con mayor fuerza por Freud (1912) en sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, trabajos sobre técnica psicoanalítica.

En este señala que la contratransferencia es un fenómeno que se vivencia por el terapeuta y es algo que debiera de dar cuenta, ya que de otra manera este fenómeno se convierte en resistencia en mejora y evolución del trabajo terapéutico a favor del motivo

explícito de consulta y por ende del bienestar del paciente, dejándolo en el lugar en el que se ha encontrado repitiendo aquello que no puede recordar ahora en la relación con el terapeuta, transfiriendo a él sentimientos antiguos de su infancia sin lograr elaborar la experiencia traumática que lo llevo al mecanismo de la represión, y presentación de las diferentes resistencias, que el terapeuta en su quehacer debe saber inferir, para informar y trabajar con su paciente; sin embargo, el fenómeno contratransferencial infiere que frente a la transferencia del paciente el terapeuta no queda imperturbable pudiendo producir en él diferentes reacciones según las propias experiencias que ha vivenciado de manera personal. (p. 164)

Detectamos con esto que la contratransferencia es una respuesta consecutiva al fenómeno de la transferencia y que es responsabilidad del terapeuta hacerse cargo de esta, con la intención de no dañar la correcta guía del tratamiento. Ya con esto observamos que él hace responsable directo al psicoterapeuta de las fallas que puedan surgir en el tratamiento. Posteriormente Freud no realizará ningún otro escrito referente al fenómeno de la contratransferencia, tal como lo hiciera con la transferencia, se puede observar que su orientación fue dirigida a otros elementos de su tan famosa teoría.

Es así que, a efectos de continuar desarrollando tan importante concepto, podemos encontrar en la obra de Heinrich Racker (1953) descripciones detalladas para el manejo del fenómeno de la contratransferencia. Este autor la consideró como un instrumento valioso, afirmación que formuló en una fecha coincidente con la de otros autores de la época. Como estos, incluyó en el término la globalidad de las respuestas del analista, pero diferenció distintas funciones de la contratransferencia. En su visión, la contratransferencia puede intervenir o interferir en el proceso analítico en cuanto que el analista es intérprete. Señala que una de las funciones de la contratransferencia, es que contribuye al proceso interpretativo. Pero también, la contratransferencia puede aparecer como obstáculo, interfiriendo en el proceso de análisis. Allí, se trata de la neurosis de contratransferencia. Lo antes dicho podemos encontrarlo en la

división que realiza entre contratransferencia concordante y complementaria. (Racker, 1953, p. 183)

Es con esto que el fenómeno de la contratransferencia se convierte en un radar con el que se instrumenta aquello que los pacientes intentan comunicar por medio de la transferencia (Kernberg, 1990). El psicoterapeuta es invitado por parte de su paciente a desempeñar diversas y cambiantes representaciones de objeto dentro de ese ambiente que se da en la psicoterapia, pero tales observaciones de nuestra parte son los raros momentos de claridad en la contratransferencia. Aquello que el psicoterapeuta sienta, imagine y piense entre sí mientras está con el paciente puede consistir, en cada momento, en un elemento específico de la vida psíquica del paciente, identificada por vía de la proyección. (Bollas, 1987, p. 244)

En palabras de Korman (2004) podemos decir a partir de lo expuesto, que la transferencia es una demanda de amor que se repite y se exige, y que el otro está destinado a resistir. (p.107)

3.1.4 Demanda

Iniciando con una descripción más simple del término podemos decir, que cuando la persona llega al consultorio para solicitar atención psicoterapéutica y es atendido, expone un motivo que lo lleva a la necesidad de asistir a este, sin embargo, existe algo más profundo que un simple motivo, algo que tiene que ver con una demanda, un deseo, que va dirigida al terapeuta. Podemos señalar que algunas distinciones que existe entre motivo de consulta y demanda es que mientras lo primero puede limitarse a la descripción de un conjunto de signos, síntomas o problema de naturaleza objetiva, lo segundo obedece a la transitividad, supone la expresión de un deseo más primitivo. En Psicología, por la naturaleza que se emplea, no se puede trabajar a partir simplemente del motivo de consulta manifiesto, puesto que el motivo de consulta latente es la expresión en bruto del padecer del paciente el cual debe poderse reformular en otra expresión que sea practicable, es decir, en una demanda.

Entran en juego un demandante y un demandado se ven por igual confrontados con la falta. El primero, por la pérdida que supone al verse obligado a hacer pasar su necesidad por el desfiladero del significante; el segundo, porque a través de las demandas que le son formuladas se le exige responder. (Korman, 2004, p. 107)

Dor (1994) en *Introducción a la Lectura de Lacan*, redacta lo siguiente.

La demanda es más allá de la demanda de satisfacción de la necesidad, se perfila la demanda de algo "extra", que es ante todo demanda de amor. En general, la demanda siempre está formulada y dirigida al prójimo. Aunque se refiera a un objeto de necesidad, es fundamentalmente "inesencial", porque se trata de una demanda de amor en la que el niño quiere ser el único objeto del deseo del Otro que satisface sus necesidades. En otros términos, ese deseo del deseo del Otro se encarna en el deseo de un "re-encuentro" con la satisfacción originaria en donde el niño recibió satisfacción bajo la forma de goce sin haberlo pedido ni esperado. (p.163)

Por ultimo podemos señalar que toda necesidad en tanto cuanto demanda, sea cual sea, es siempre una demanda de amor, (Rabinovich, 2003, p. 38). De esta manera, lo que el sujeto demanda es algo que vale como signo de amor y no solo la de cubrir su necesidad básica.

3.1.5 *Estar en falta*

Dicho concepto es fundamental para entender algunos momentos que se presentaron durante el presente estudio de caso, principalmente en lo que se manifiesta durante la sesión 8 en el que se manifiesta "mi falta" y por la cual surge una serie de cambios significativos al proceso y eran necesario atender. Korman (2004) refiere que la falta entendida en su significado analítico es el sujeto de la falta, sujeto barrado, sujeto de la castración, todos aluden de un modo u otro a la caída de la omnipotencia narcisista. (p.161)

Dicho proceso es considerado como algo necesaria y constitutiva ya que es el motor de la relación del sujeto con el mundo, para esto es necesario asumirla y de esta manera se vuelve

importante mencionar en el presente estudio de caso, ya que seguramente encontraremos material que nos referirá a dicho proceso. Lacan (1956-1957) comenta que la falta de objeto, debemos concebirla en sus diferentes estratos en el sujeto, propone pensar a la falta como se juega en el registro de lo real, lo simbólico y lo imaginario. en la cadena simbólica, que se le escapa, tanto en su principio como en su fin, en el plano de la frustración, donde en efecto el mismo se instala en lo vivido como pensable, pero también hemos de considerar esta falta en lo real porque cuando hablamos de privación no se trata de una privación sentida. (p.58). Lacan define a la frustración en tanto falta como una lesión o daño imaginario, cuyo agente es simbólico y real.

Continuando con Lacan (1956-1957) este señala que existen tres elementos que figuran a la falta y las cuales otorgan estructura a las posteriores relaciones objetales, definiendo cada una señalando que "la privación como una ausencia o agujero real, la frustración es conceptualizada como una lesión o daño imaginario y la castración como una deuda simbólica" (p.58) y de esta manera concluye que la privación, la frustración y la castración estructuran la realidad, el cuerpo y los objetos.

Existe el sujeto de la necesidad que intenta buscar cosas para lograr obtener en su entorno a una serie de objetos de satisfacción de la necesidad, que le sirvan para tener la ilusión que está en contacto con la totalidad que ha perdido y que le promete la felicidad. De este modo el pedido es una demanda que se exige y apunta radicalmente a algo distinto, un más allá, el amor de la madre, la cual es esa totalidad. (Lacan, 1956-1957, p.127)

Mazzuca (2013) señala que la insatisfacción que se produce entre la necesidad y la demanda es considerada por el sujeto como una negativa o mala voluntad del Otro, el cual es traducido inmediatamente como una frustración de amor: el sujeto cree que el Otro se rehúsa a su pedido (p. 309). Dicha frustración se produce entonces en ese mismo movimiento de la demanda; Lacan (1956-1957) indica entonces que "la satisfacción siempre se juega sobre el

fondo de aquella insatisfacción fundamental que implica toda relación simbólica, es decir, sobre el fondo del carácter fundamentalmente decepcionante del orden simbólico” (p. 185).

Siguiendo con el autor este señala que la castración es:

la acción que, define la existencia de la privación, ya que la idea de la privación no puede concebirse de ningún modo en el plano real, el falo simbólico es el objeto del que está privado el Otro materno, siendo la operación de privación una falta real, un agujero cuyo agente es imaginario. El surgimiento de una ausencia real es efecto de lo simbólico. (p.101)

3.1.6 Fenómeno

Para explicar el término fenómeno es necesario irnos hasta la Filosofía y en especial con Immanuel Kant.

Los fenómenos constituyen el objeto de nuestro conocimiento; no son las cosas en sí mismas sino sólo tal y como a nosotros se nos presentan las cosas ya sometidas a la estructura de nuestras facultades cognoscitivas: al tiempo y el espacio como formas a priori de la sensibilidad y a las categorías del entendimiento. Son fenómenos psíquicos todo aquello que se da a la sensibilidad o percepción interna (sentimientos, actos de voluntad, recuerdos, pensamientos, en suma, nuestra vida psíquica no interpretada en términos metafísicos, es decir no interpretada en términos de propiedades del alma); son fenómenos físicos todas las cosas que se ofrecen a la percepción o Sensibilidad externa (plantas, seres inertes, animales. (Kant, 1781, como se citó en Echegoyen, 1996)

Es así, que lo que se presenta en sesión es considerado un fenómeno y que es diferente en cada caso, o sea, no es el fenómeno en sí, si no lo que se crea a partir de las peculiaridades del paciente.

3.1.7 La ley del incesto

Siendo de una enorme complejidad este tema, y para los fines que requiere el presente estudio, me limitaré a señalar en palabras de Bleichmar (1980) algunas puntualizaciones que nos permitan en el futuro comprender algunas cuestiones.

Al aceptar la ley, misma que se acepta por antonomasia es la ley del incesto, que no sólo prohíbe la relación sexual con la madre sino, que la posibilita con otras mujeres. Por eso Lacan dice que en el tercer tiempo el padre aparece como permisivo y donador, o sea que el padre posibilita. Mientras que aparecía como prohibitivo y terrible en el segundo tiempo, en el tercer tiempo, realizada la castración simbólica la ley es no te acostarás con tu madre, pero sí con cualquier otra mujer. El padre aparece como aquél que otorga el derecho a la sexualidad y, como consecuencia se produce la asunción de la identidad de ser sexuado, identidad acorde con la naturaleza anatómica de cada uno. Fíjense que hay que asumir la identidad sexual acorde con la naturaleza anatómica cada uno. (p. 81-88)

El padre en el segundo momento entra como prohibitivo a la sexualidad y a la posibilidad de ser sexuado y claro sin considerar la prohibición a ser penetrada y la consecuencia de este acto, como la de embarazarse. Despiertan angustias que están marcadas como las relativas a la castración, como lo son, angustia de las prolongaciones internas de la vagina que se pierden en la cavidad abdominal en un abismo sin fondo y sin fin. Angustia de la penetración por el sexo del padre, que vendría a dañar el vientre potencialmente herido y sangrante. Angustia de una penetración destructora del sexo interior. No sería exagerado ver en ello un miedo de dañar el espacio interno destinado a acoger a los bebés. (Green, 1992. p. 138)

3.2 Crítica de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores

Han quedado expuestas las que a mi juicio conforman las premisas esenciales del abordaje conceptual del caso Pa-Ti. Sin embargo, en el espíritu de formación de esta maestría es necesario realizar la crítica de tales premisas. Lo anterior debido a que es importante salir del confort ilusorio de la creencia en el valor de verdad de las teorías.

Jung (1985) en su libro sobre la psicología de la transferencia señala que esta es siempre un obstáculo, nunca una ventaja. Indica que la cura es posible a pesar de la transferencia, no por causa de ella. Señala que la gente normal nunca tiene transferencias enfatizando que no necesitamos transferencia, así como tampoco proyecciones. Y añadió

categoricamente que transferencia o no transferencia, nada tiene que ver con la cura, si no hay transferencia, mucho mejor, se puede conseguir el material que se desea a través de los sueños.

Sokal y Bricmont (1998) en el libro sobre *Imposturas Intelectuales*, realizan críticas directas a las teorías que, ante su análisis, descubrieron los abusos más extremos, detectados de manera azarosa. Formulan una descripción detallada respecto a estos abusos señalando varios elementos que le significan:

Hablar prolijamente de teorías científicas de las que, en el mejor de los casos, sólo se tiene una idea muy vaga. La táctica más común es emplear una terminología científica -o pseudocientífica- sin preocuparse demasiado de su significado.

Incorporar a las ciencias humanas o sociales nociones propias de las ciencias naturales, sin ningún tipo de justificación empírica o conceptual de dicho proceder (...)

Exhibir una erudición superficial lanzando, sin el menor sonrojo, una avalancha de términos técnicos en un contexto en el que resultan absolutamente incongruentes. El objetivo, sin duda, es impresionar y, sobre todo, intimidar al lector no científico.

Manipular frases sin sentido. Se trata, en algunos autores mencionados, de una verdadera intoxicación verbal, combinada con una soberana indiferencia por el significado de las palabras. (p. 22-23)

De la misma manera los autores realizan un análisis crítico a partir de los elementos anteriores, en la persona de Lacan, además lo referente al carácter marginal de las citas, no entender el contexto que aquí critican el uso tan discriminado de las matemáticas, la licencia poética en su teoría.

En, *El libro negro del psicoanálisis*, Mayer (2007) realiza una crítica profunda a Freud y a la manera en como desarrolló su teoría del psicoanálisis. Todas las aseveraciones que se sustentan inician con las víctimas del psicoanálisis, tanto de las víctimas históricas ocasionadas personalmente por Freud, como las de padres e hijos que padecieron las manipulaciones por la

necesidad de la cura. Al final la autora señala tajantemente, hay vida después de Freud y da peso a las neurociencias, las psicoterapias de hoy, y concluye con una propuesta de que hay que quitarle el bastión Psi al psicoanálisis y que no constituya una excepción nacional, o sea pensar, vivir y estar mejor sin el psicoanálisis. (p.268)

En un apartado señala:

Al haber practicado sucesivamente el psicoanálisis y las TCC, puedo decir que la relación de dependencia es mucho más fuerte en el psicoanálisis que en las TCC. Eso es lo que explica que los pacientes en análisis abandonen pronto las razones por las que iniciaron la cura (los problemas que les hacen sufrir y que el psicoanálisis, muy a menudo, no consigue hacer desaparecer) en provecho de objetivos asignados por el analista: analizar sueño, acordarse de experiencias sexuales de la infancia, aceptar los síntomas. Si se practica “en alguna parte” un condicionamiento de las mentes, no es entre los comportamentalistas donde hay que buscar, sino entre Freud y sus discípulos, entre los que muchos están más interesados por el poder y el dinero que por el estudio de las interacciones en el curso de sus larguísimos y costosos análisis. (p.268)

Por otra parte, Abraham H. Maslow (1968) en su libro el hombre autorrealizado señala una nueva propuesta diferente a la psicoanalítica, ofrece una perspectiva distinta que propone la búsqueda de la autorrealización de la persona, comenta que está surgiendo sobre el horizonte una concepción nueva acerca de la enfermedad y salud humanas, una psicología tan estremecedora y tan llena al mismo tiempo de magníficas posibilidades. El autor insiste en que cada uno de nosotros posee una base esencialmente biológica, que es hasta cierto punto natural, intrínseca, innata y, en un cierto sentido, inmutable o, por lo menos, inmutante. Remarca que la naturaleza interna de cada persona es en parte privativa suya y por otra parte común a la especie. Indica que las necesidades básicas como la inmunidad y seguridad, pertenencia y afecto, respeto y autorrealización, así como las emociones humanas básicas y las potencialidades humanas elementales son positivamente buenas, inherentes al sujeto. El ansia de destrucción, el sadismo, la crueldad o la malicia, parecen hasta ahora no ser la naturaleza

intrínseca, sino más bien reacciones violentas contra la frustración de nuestras necesidades intrínsecas, emociones y potencialidades. El miedo no es malo en sí mismo, como tampoco lo es la ira, la pereza e incluso la ignorancia. Naturalmente, estas cosas pueden llevar y de hecho llevan al mal comportamiento, pero no necesariamente. La naturaleza humana no es ni mucho menos tan mala como se creía. De hecho, puede afirmarse que tradicionalmente se han venido subestimando las potencialidades de la naturaleza humana.

De la misma manera Maslow (1968) refiere que, si se niega o intenta abolir este núcleo esencial de la persona, ésta enfermará, unas veces con síntomas evidentes, otras con síntomas apenas perceptibles; unas veces como resultado inmediato y otras con alguna posterioridad al establecimiento de la causa. Hay que conjugar de algún modo estas conclusiones con la inevitabilidad de la disciplina, privación, frustración, dolor y tragedia. Estas experiencias resultan convenientes en la medida en que revelan y actualizan nuestra naturaleza interior. Resulta cada vez más claro que estas experiencias guardan relación con un sentimiento de consecución, de fortaleza del ego y, en consecuencia, con un sentimiento de autorrespeto y autoconfianza saludable. Quien no ha conseguido, resistido y superado, sigue dudando de su propia capacidad de hacerlo. Esto resulta cierto no sólo si lo aplicamos a los peligros que vienen desde fuera; lo es también en cuanto a la capacidad de control y dilación de los propios impulsos y, por tanto, de serenidad ante ellos. (p.13)

3.3 Posicionamiento propio

Me posiciono en una postura psicoterapéutica donde el presente debe ser entendido por el pasado y consecutivamente, así como el psicoanálisis concibe de manera compleja la interacción entre estos dos momentos. La relación terapéutica es tan importante que permite, que esas experiencias del pasado se precipiten, actualicen y se revivan; no solo el hecho en sí, más bien como este fue interiorizado y, sobre todo, cómo es reactivado en el aquí y ahora. Considero que los tratamientos en donde no se trabajan regresiones, hasta niveles

intrauterinos, no son profundos. Un gran psiquiatra mexicano, Santiago Ramírez (2003), dice que infancia es destino yo digo que gestación es destino, como lo refiere de la misma manera Guillermo Borja (1995).

Es así que la compleja teoría del psicoanálisis permite entender cómo influyen las experiencias en la formación de la personalidad y la manera en que el pasado influye en el presente. También comprendo que en psicoterapia no solo se analiza la transferencia de vivencias y conflictos del pasado, está también la experiencia actual, estableciéndose una interacción entre ambos, pero habrá siempre que tener cuidado ya que, la transferencia está en todo, pero no todo es transferencia. (Etchegoyen, 1986)

3.4 Presentación de viñetas selectas y diálogo sobre las mismas

Logrado el paso anterior en el que se estableció un marco referencial; pasemos ahora, a la presentación y diálogo sobre las evidencias clínicas.

A continuación, encontraremos tres tipos de relatos para su mayor comprensión: Lo efectivamente dicho por el paciente y escuchado por un interventor, las auto-observaciones a manera de contratransferencia y el análisis de la sesión. De la misma manera, durante el desarrollo del caso se observarán frases polisémicas, que admiten una variedad de sentidos y que según el contexto uno las significa de acuerdo con un determinado horizonte simbólico.

Viñeta 1, sesión 1: Pa-Ti, en la primera sesión expone sus síntomas, su intensidad, su dolor, su inicio y desarrollo.

Pa-Ti: Ya no quiero sentir angustia, ni que mi cuerpo cosquille o que mi estómago se me inflame, ya no quiero creer en enfermedades que no tengo, quiero ser normal. (...) La última vez que me sentí muy ansiosa fue esta mañana, mi estómago se me inflama y empiezo a sudar y a sentir hormigueo en todo mi cuerpo.

De esta manera Pa-Ti, expresaba su motivo explícito de consulta, utiliza todo su cuerpo para expresar su sentir y su situación.

Una vez expuesto lo anterior, menciono algunos elementos de mi contratransferencia las cuales en lo consecutivo me referiré a ellas como auto-observación.

Auto-Observación. Yo, en esta primera sesión intentaba introducirme en la perspectiva de la cliente, generando en mi un interés genuino e incondicional por ella y sobre todo que ella lo sintiera, tal como lo comenta Rogers, (1981) referente a la actitud del terapeuta. Al tiempo que me contaba yo detectaba algo en mí, como un cosquilleo en mis extremidades y como un leve dolor en la espalda alta, también noté una sensación en mi estómago como inflamación. En breve esto genero angustia ya que no lograba mantener la atención de lo que ella me contaba.

En estos intentos de regresar a lo que ella me contaba, escucho que me habla sobre un novio con el que lleva cuatro años de relación.

Pa-Ti: Tengo un novio llamado R, pero él está en los Estados Unidos de América y nunca desde que somos novios, nunca lo he visto en persona (...) le pregunto cómo se siente con él y menciona, no me siento apoyada por él.

Algo de esta última frase encubría en parte algo de su demanda y que posiblemente se conectaba con las sensaciones que en ese momento se presentaron en mi persona, Freud, (1912) nos advierte que una persona parcialmente insatisfecha volcara investidura libidinal, en este caso sería hacia la persona del terapeuta, llamando a este fenómeno neurosis de transferencia. Sin embargo, al no ser el objetivo del enfoque que en ese momento cursaba, tanto en la formación como en el grupo de supervisión, lo dejé de lado.

Luego de casi concluir con una sesión considerada para mí como difícil, llena de sensaciones que dificultaron mi escucha activa de lo que Pa-Ti me expresaba, le expongo el encuadre correspondiente al trabajo en sesión, para lo cual le expreso lo siguiente:

Psicoterapeuta: Si necesitas de mí puedes marcarme en cualquier momento ya que soy un psicólogo que está disponible las 24 horas.

Es imprescindible, comentar al lector que un servidor considera importante la disponibilidad que debe existir por parte del psicólogo, ante las necesidades de quienes nos consultan, sin embargo, en mi discurso al hablar de este tema nunca había utilizado la expresión “**disponible las 24 horas**” hasta este momento.

Auto-Observación. Tal vez esa expresión, emergía de la angustia que fue constante en mi persona ante la impotencia de no lograr concentrarme, y de la sensación de no estar realizando un buen trabajo. Y como una manera de disminuir esa sensación le entrego toda mi disponibilidad y de cierta manera cubrir la falta de apoyo del novio.

Psicoterapeuta: Tres días después de esta primera sesión, Pa-Ti me marca por teléfono a las 18:00 horas, yo me encontraba en ese momento en casa con mi familia tratando temas sobre nosotros, al ver en el teléfono y percatarme de quien me marcaba, inmediatamente me levanto y me retiro a un espacio privado para atender la llamada. Noté de inmediato una elevada agitación en su voz, ella me expresaba su angustia y desesperación, según ella por el hormigueo que sentía en su cuerpo, acompañado de una intensa comezón. En ese momento me centre en generar un momento de escucha y tranquilidad, posteriormente, realizamos ejercicios de respiración que en poco tiempo ayudaron a calmarla. Al comentarme que se encontraba más tranquila finalizamos la llamada, pero antes nuevamente le comento que estaba para ella y que no dudara en marcarme si así lo necesitaba.

Con todo lo indicado podemos dar cuenta que la demanda se fija, como refiere Bollas, todo paciente se apropia del terapeuta y lo somete a un idioma de uso de objeto. Y recalca, que ello es un componente esencial del trabajo clínico, que el psicoterapeuta reflexione sobre su experiencia como objeto del paciente. (Bollas,1987, p. 228). Sin embargo, como ya lo comenté nos dedicamos a reforzar otros elementos, como, por ejemplo, la estructura de la situación interpersonal, misma que permita lograr una mayor conciencia por parte del cliente en relación al material presentado, considerando que ella es competente para dirigirse y responsabilizarse por sí misma. (Roger, 1981)

Viñeta 2, sesión 2: En esta sesión inicia a hablarme de su familia y sobre una situación muy importante para ella, mientras lo hacía se rascaba con intensidad todo el cuerpo, en ocasiones se rascaba en medio de los pechos y en la entrepierna. Ella se sienta en el sillón, con los pies estirados y las manos hacia arriba, como intentando mostrar su cuerpo.

Pa-Ti: Un día veía que mi hermana se ponía muy nerviosa y se jalaba los pelos, después supe que era porque estaba embarazada y se ponía así por mi papá. Y desde ahí cuando yo tenía fajes (sic) con mis novios pensaba que quedaría embarazada solo por el faje y me ponía muy nerviosa. Y recalca, hasta a hora no he tenido relaciones sexuales, porque pienso que quedaré embarazada.

En esta viñeta podemos notar que ella hablaba de esa escena como algo que le generó angustia y suponía el origen de sus síntomas. Rogers (1979) señala que todo cliente tiene la tendencia a dirigirse y guiarse a su propia madurez, comprendiendo aquellos aspectos de su vida y de sí mismo que le provocan dolor o insatisfacción.

Lowan (1979) señala que en momentos los pacientes exhiben su cuerpo como una manera sensual de atracción y excitación hacia el otro, sus movimientos corporales representan lo intenso e involuntario de la descarga orgásmica. Es decir, los pacientes identificados con su naturaleza sexual de su cuerpo lo utilizan como instrumento de movimiento y expresión de su deseo de lograr el orgasmo.

Continuando con el análisis de la viñeta y atendiendo a esta desde una perspectiva psicoanalítica, observamos que el padre se encuentra inmerso en la sexualidad de la paciente y que este prohíbe su función. El padre entra como prohibitivo a la sexualidad y a la posibilidad de ser sexuada (Bleichmar, 1980) y claro, sin considerar la prohibición a ser penetrada y la consecuencia de este acto, como la de embarazarse. Despiertan angustias que están marcadas como las relativas a la castración, como lo son, angustia de las prolongaciones internas de la vagina que se pierden en la cavidad abdominal en un abismo sin fondo y sin fin. Angustia de la penetración por el sexo del padre, que vendría a dañar el vientre potencialmente herido y

sangrante. Angustia de una penetración destructora del sexo interior. No sería exagerado ver en ello un miedo de dañar el espacio interno destinado a acoger a los bebés. (Green, 1992, p.138)

Auto-Observación. En un inicio consideré la idea de que su conducta en sesión se debía a lo que le había pasado días antes, el cual fue motivo de su llamada, sin embargo, algo de estas acciones me generaban incomodidad y vergüenza, como una provocación de ver algo diferente en ella; me sentía abrumado, lo que generaba dificultad para concentrarme de lo que textualmente me decía.

En esta misma sesión, ella habla sobre las diferentes relaciones de noviazgo que ha tenido, comenta que su primer novio tenía 35 años y ella tan solo 15.

Pa-Ti: Mi primer novio tenía 20 años mayor que yo (...) (sic) lo que más me gustaba era la parte prohibida de estar con él. Mi familia no me dejaba estar con él, me regañaban.

Posiblemente Pa-Ti me proponía algo de lo prohibido y que además forma parte de su deseo. Como si intentase saltarse las reglas o los límites. Posiblemente busca en alguien mayor una figura paterna, por lo que se puede decir que no se inscribe a la ley materna donde la consigna es “no te enamores de tu padre”. (Bleichmar, 1980)

Auto-Observación. Cuando ella me exponía ese tema, llegaban a mi mente ideas referente a su sexualidad y sobre la manera en como mantenía esa parte con su novio. Sin embargo, vi más importante enfocarme en la vulnerabilidad de sus sentimientos ante los regaños. De alguna manera puedo indicar ante esto que yo no quería romper los acuerdos que establecimos en mi grupo de supervisión donde el objetivo fue que ella verbalizara sus emociones, más que analizarlos.

Viñeta 3, sesión 3: La paciente me habla sobre un importante objeto de atención y ayuda el cual era su médico.

Pa-Ti: Él es joven, así como tú (..) él me decía que me ve bien, que todo está en mi mente (..) Mientras estoy con él me siento bien. Comentándome que por eso es con quien va, cuando se siente mal.

Podemos detectar en esta viñeta que su demanda insiste, además de detectar que ahora la ha llevado a manifestarlo, posiblemente me exige que la ame, así como el doctor mismo que busca cuando se siente mal. Una demanda de amor que se repite y se exige comenta Korman (2004).

Lamentablemente continua sin seguir escuchada, ni de su terapeuta, ni del grupo de supervisión. Mi escucha y análisis son orientadas desde otro enfoque que no lo permitía. En ese momento debí expresar lo que me transmitía y de la misma manera analizar aquello de lo que manifestaba la paciente.

Desde el enfoque que en ese momento trabajaba las cosas iban bien, ya que lograba los objetivos planteados en mi supervisión. Rogers (1979) comenta que en ese proceso de convertirse en persona buscamos figuras que nos den seguridad y confianza y que a la vez nos permita un mayor conocimiento de nosotros mismos. Vemos que ella busca a un profesional que le permita esta seguridad y un servidor se enfocaba en lograrlo, aunque no me sintiera del todo adecuado.

Auto-Observación. Yo sentía gran entusiasmo por ella, ya que en tan poco tiempo de estar conmigo ya estaba logrando brillantes cosas, me sorprendía por el buen trabajo que estábamos realizando. Me sentía reconocido y apoyado. Con esto queda evidenciado algo de mi contratransferencia y que tiene que ver con la omnipotencia.

Luego de la sesión, me quedé pensando en que debí preguntar, que no me era clara su necesidad de asistir con el médico, si este le ha dicho en pasadas consultas que ella está bien y que no tiene nada. Posiblemente habría dado la oportunidad de analizar su necesidad de ser reconocida y apoyada y posiblemente sobre la angustia que surge entre el contraste, de lo que

necesita y lo que consigue, tal como lo refiere Lacan (1956-1957) sobre la dialéctica de entre lo que hay y la ficción de la identidad. Pero solo se quedó en un pensamiento.

Viñeta 4, sesión 4: Pa-Ti habla sobre un novio que tiene actualmente, expresa su manera de relacionarse con él, sacando a relucir su interacción en lo sexual.

Pa-Ti: Como no puedo tener relaciones sexuales con mi novio "R" solo nos hablamos así cachondamente y nos mandamos fotos desnudos (sic).

Esta viñeta nos muestra lo que ya se trató anteriormente referente a las angustias en relación a la castración y a la penetración. Pareciera que esta manera de relacionarse la mantiene a salvo de la angustia. También podemos descubrir en esta viñeta que Pa-Ti utiliza el cuerpo como un instrumento de deseo por medio del erotismo.

El erotismo para Morín es la relación entre la mente y el sexo, desborda las partes genitales, se apodera del cuerpo que deviene todo entero excitante, perturbador, apetitoso, emocionante, provocador, exaltador, y puede sublimar aquello que, fuera de la lubricidad, parece inmundos. (Morín, 2003, p. 45)

Auto-Observación. Durante esta sesión sentí una sensación extraña en mi estómago, como un vacío que en ese momento no lo consideré importante. Cuando Pa-Ti me habla sobre esto, me genera una duda ¿Cómo logran su orgasmo, si se masturbaran? Posteriormente al término de la sesión, me cuestioné esta duda, dejándome un sentimiento de enojo y descontrol.

Tal ambivalencia emocional que sentía no fue expresada a mi supervisora y grupo, tal vez por vergüenza y por qué además no eran los objetivos del modelo terapéutico que en ese momento atendíamos.

Viñeta 5, sesión 6: Durante la sesión, nuevamente expone su cuerpo ante mi mirada acompañada de expresiones de angustia y ansiedad.

Pa-Ti: Señala que esta comezón inicia desde sus pies hasta su cabeza, dice que esto le causa mucha angustia ya que no sabe cómo controlarlo, señalando que desde hace algunas semanas se intensificó.

Auto-observación. Al momento que Pa-Ti me expresaba sus síntomas, algo no identificaba, no encontraba congruencia con lo que me decía. Detecto, sin señalárselo, que desde que viene a sesión esta comezón apareció.

Esta Viñeta nos da la posibilidad de descartar lo orgánico y de la misma manera la posibilidad de diagnosticar con trastorno hipocondriaco, ya que hasta este momento podemos inferir que, sus dolores provienen posiblemente del proceso de castración que se atravesó en la infancia, Dolto (1986) señala que ante esta sensación de falta se genera una imagen inconsciente del cuerpo donde de manera imaginaria algo falta y para ella es simbolizado como un dolor corporal no psicossomático, más bien histérico. (p. 285-286)

Viñeta 6, sesión 8: En la sesión ocho la paciente habla sobre su papá, indicando una peculiaridad referente a su manera de relacionarse con él y que posiblemente nos acerca más a una comprensión detallada sobre el origen de sus síntomas.

Pa-Ti: Mi papá es de carácter fuerte y es muy exigente, pero yo logro doblegarlo, porque conmigo es cariñoso y yo también soy así con él, a diferencia de mis hermanas que ellas no se acercan, yo si lo hago porque soy la chípi (sic), la chiqueada de él.

En la presente viñeta detectamos una importante presunción del aparato mental de Pa-Ti. En palabras de Kernberg (1990) no se reconoce la autoridad de la madre por tanto encuentra en el padre su objeto de deseo. Entonces las relaciones estarán basadas en demandas de amor en la que la niña quiere ser el único objeto del deseo del Otro que satisface sus necesidades. En otros términos, ese deseo del deseo del Otro se encarna en el deseo de un "re-encuentro" con la satisfacción originaria en donde el niño recibió satisfacción bajo la forma de goce sin haberlo pedido ni esperado. (Dor, 1994, p.159)

Auto-Observación. Cuando Pa-Ti me contaba esto, yo ya no lograba diferenciar de quien me estaba hablando, si de su doctor, de su papá, de su novio "R" o de su psicoterapeuta, como si para mi todos estuviéramos fusionados al servicio de la necesidad de Pa-Ti, "nuestra

chipi”. Yo reflexionaba en esto, pero, no encontraba la forma de intervenir, sinceramente me encontraba perturbado.

En cuanto a mi auto-observación ya sentía invisibilidad ante la demanda de la paciente, la cual insistía y me obligaba a responder a su deseo como los Otros, como refiere Korman (2004). Descubriendo además que su demanda según Rabinovich, (2003), es más que una satisfacción, es una solicitud de verdadero amor.

Viñeta 7, sesión 9: A continuación, se presenta una situación importante que evidencia de manera más directa la solicitud que durante las sesiones ha manifestado la paciente.

PaTi: Al iniciar la sesión, me regala dos tortas y yo las tomo, “te traje unas tortas de la taquería de mi papá”, yo se las recibo y le doy gracias, las dejo en la mesa que está en el consultorio.

En esta conducta observamos la enorme carga de investidura libidinal, transferida a un servidor. Tan artística es la manera de actuar por parte de la paciente que se observa una de esas transferencias que son capaces de devenir conscientes apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del terapeuta o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada. (Freud,1901-1905, p.101) en ese momento no lograba dar cuenta de ¿Qué significado tenía ese regalo de las tortas? ¿Qué me quería decir con eso?

Podemos observar que, algo de lo de allá, es traído acá, es decir, algo que pertenece a papá es ofrecido a su terapeuta, como lo son las tortas.

Psicoterapeuta: Yo le digo: muchas gracias, se ven muy ricas sinceramente si tengo hambre, me las voy a comer al terminar la sesión, muchas gracias por traérmelas.

Lamentablemente lo que se logra detectar en esta viñeta es el nivel de perturbación en el que me encontraba, ya que reproduce y expuse las propias experiencias de mi vida personal cuando digo “tengo hambre” tal como refiere Freud (1915). Mi actitud de neutralidad y posiblemente partes de mi abstinencia se observa ya casi anulados, debido a que la paciente

desde un principio de tratamiento reactivó un potencial transferencial neurótico. (Etchegoyen, p. 337)

Auto-Observación. Un cierto afecto despierta en mí a lo que me llevo a no realizar ninguna intervención, en ese momento me sentía nublado sin poder pensar. Lo único que identificaba es que me sentía bien por ese regalo, pensé que algo estaba cambiando y que lo hacía por agradecimiento a ese cambio conmigo. Estaba contento por ese regalo, esas tortas. Y más, porque si tenía hambre.

En palabras de Grinberg (1957) me convertía en algo que desde el principio y de manera inconsciente la paciente quería que fuera; me convertía en un sujeto deseante de su deseo.

Cuando, en un encuentro con otro grupo de supervisión, escucho decir por una colega lo siguiente **“Te dio las tortas”**, provocando en mí un laberinto de dudas e incertidumbre y pensé en el maravilloso Octavio Paz (1950) sobre todo en su extraordinaria obra “el laberinto de la soledad”. Recordé que en ella expone una frase envuelta de significados, “hijos de la chingada” en la que el escritor comenta que se refiere a la maternidad, como la llorona o la sufrida madre mexicana, pero también tiene otros innumerables significados, que en el mexicano basta un cambio de tono o una inflexión apenas, para que el sentido varíe. Octavio Paz termina diciendo, “hay tantos matices como entonaciones, hay tantos significados como sentimientos”. Ante esto tal frase dicha por mi colega permitía redescubrir otro matiz ante la acción del regalo, reflexionando sobre **“le agarre las tortas porque tenía hambre”**

Viñeta 8, sesión 10: En la siguiente sesión la paciente expresa su dolor de la regla, su dolor de la menstruación. Por la mañana, horas antes de la sesión, la paciente habla por teléfono informando lo siguiente.

Pa-Ti comenta que posiblemente no asistiría a sesión, ya que tenía unos fuertes dolores menstruales. Le digo que lo lamento y le solicito que nos veamos otro día. acordamos vernos la siguiente semana. Más tarde nuevamente me marca para

decirme que sí iría, que ya había tomado algo y la calmó poquito. Yo respondo que sí, que entonces nos vemos a la misma hora. Más tarde en sesión ella comenta que le dieron unos dolores bien feos, pero se tomó unas pastillas, se tomó un té y se untó una pomada y eso le quitó un poco el dolor.

Transferencialmente podemos decir que como en otras sesiones la paciente me ofrecía su feminidad, ya no era suficiente solo mostrar su cuerpo como lo hiciera en sesiones pasadas, ya no solo me “daba sus tortas”, ahora me proponía la reconociera mujer, posiblemente con la intención de asegurar el deseo de su terapeuta por ella y así eliminar el dolor de su regla.

Auto-Observación. Hablar de su menstruación me significaba algo incómodo, por lo que no realicé preguntas al respecto. Posiblemente la representación más próxima que obtenía de ese tema, era darme cuenta de su feminidad algo que hasta entonces me resistía a notar.

Estas viñetas hablan claramente del vínculo peculiar que se ha formado en la relación terapéutica, en ellas se observan dos rasgos fundamentales en la reacción de transferencia que son lo repetitivo, lo inapropiado e irracional. (Greenson, 1967, como se citó en Etchegoyen, 1986)

Viñeta 9, sesión 12: Se presenta la falta más importante dentro del tratamiento. “Mi Falta”. Por la mañana, antes de la sesión me encontraba resolviendo un problema con mi institución bancaria, fue breve, sin embargo, me generó un elevado cansancio mental. Más tarde llegando a casa me dispongo a realizar algunas tareas y a acomodar algunos libros desordenados. Al terminar me doy cuenta de mi falta.

Psicoterapeuta: le escribo un mensaje a Pa-ti para disculparme y reprogramar. Luego de un rato ella responde “no te preocupes Armando” y comenta que no podrá asistir la próxima semana ya que se le presentaron otros compromisos.

Auto-Observación. Este olvido provocaba interrogantes que me generaron una gran angustia. Esta conducta mía no encajaba a mi persona respecto al cuidado de los tiempos de mis pacientes. Hasta entonces me había considerado alguien responsable y atento.

Esta acción me advertía de algo compulsivo y repetitivo presente en mí, también de mis propios deseos y faltas. Mediante el dispositivo de la supervisión por el que en ese momento obtenía, me permitió comprender aquellos elementos recurrentes e inconscientes presentes en el caso, también a entender y enfrentar algunos elementos de mi personalidad que insistían de igual manera en el caso. A la vez aclaraba aquellas “confusiones” con respecto a la imposibilidad de discriminar lo importante de lo trivial, y de aclarar aquellos elementos de forma y contenido (Grinberg, 1975, p. 26). He de confesar querido lector, que, atravesar por el declive de la omnipotencia narcisista por la que un servidor se enfrentaría no resultó fácil, pero con calma puedo decir que sirvió como punta de ancla para un mejor conocimiento de los fenómenos que se presentaban y con ello intervenir de una manera más ordenada en beneficio del tratamiento.

Antes de continuar es importante mencionar que a partir de aquí las sesiones canceladas o no llevadas a efecto por motivos atribuibles a la paciente o a aun interventor, son más frecuentes. En todo el proceso se asistieron a 21 de 34 sesiones, de las cuales las primeras 11 se asistió a 9 y de las próximas 23 solo se asistieron a 12.

Viñeta 10, sesión 14: Ahora, nos encontramos en un momento de mayor significado y en el cual era necesario intervenir, y, donde era crucial dejar de ser solo un espectador silencioso-activo de la demanda presentada por la paciente. En esta sesión, hablamos sobre las tortas que me regalo y le expreso que no debí haberlas agarrado.

Psicoterapeuta: te quiero comentar que no debí tomar tus tortas (..)

Pa-Ti: te regalé las tortas porque te estimo, te aprecio y te regalaría muchas tortas porque yo lo hice para demostrar mi aprecio, no lo hice por otra cosa.

Psicoterapeuta: Gracias, pero tú, al final estás pagando con dinero tu servicio.

Pa-Ti: (con algo de angustia) lo hice con gusto.

Psicoterapeuta: yo también las tome con gusto, pero te quiero decir que no debí tomártelas, es suficiente con el pagado de tu sesión.

La intención de esta enunciación, permite regresar al encuadre ya que este se apodera del sentido de la realidad y aclara los roles que cada uno debe mostrar dentro del proceso terapéutico tan necesarios en este momento. Posiblemente al señalar lo de las tortas, remarco la línea de prohibición y abstinencia que ambos nos habíamos saltado y someternos a la privación o ausencia de una posible satisfacción de la demanda.

Minutos antes de terminar la sesión, y desde una postura más receptiva, atendiendo mis sensaciones y emociones, además de mis pensamientos, intervengo de la siguiente manera:

Psicoterapeuta: (...) Pa-Ti te noto algo diferente, ¿Cómo te sientes en este momento?

Pa-Ti: Me siento mal, me siento triste, decepcionada, no sé cómo te siento (refiriéndose a mi)

Psicoterapeuta: ¿te sientes rechazada por mí?

Pa-Ti: sí, me siento rechazada

Tal respuesta puede referirse a la insatisfacción que le produce mi declaración, es decir, tal como nos comenta Mazzuca (2013) mi actitud es interpretada por ella como mala voluntad y se traduce, por lo tanto, en una frustración de amor: el sujeto cree que el Otro se rehúsa a su pedido. La frustración se produce entonces en ese mismo movimiento de la demanda; la satisfacción siempre se juega sobre el fondo de aquella insatisfacción fundamental que implica toda relación simbólica, es decir, “sobre el fondo del carácter fundamentalmente decepcionante del orden simbólico”. (Lacan, 1956-1957, p.185)

Psicoterapeuta: ¿y de quien más te has sentido rechazada? (..)

En esta última pregunta de la viñeta podemos observar los intentos de superar la transferencia, ya que esta se supera cuando se demuestra al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no son atribuibles a la persona del terapeuta, sino que solo repiten lo que a él le ocurrió una vez con anterioridad, forzando de esta forma a mudar su repetición en recuerdo. (Freud, 1912, p. 98)

Auto-Observación. En esta sesión me sentí algo nervioso, varias veces tuve que respirar hondo para hablarle y realizarle preguntas. Durante la sesión me pasaba por la mente que ser rechazado o no deseado genera una sensación de vacío, y que con tal de no sentirnos así hacemos lo que sea por los otros. Al final de la sesión detecté un sentimiento de miedo ante la imposibilidad de no lograr controlar mis emociones.

Bollas señala que aquello que el psicoterapeuta sienta, imagine y piense entre si mientras está con la paciente puede consistir, en cada momento, en un elemento específico de la vida psíquica del paciente, identificada por vía de la proyección. (Bollas, 1987, p. 244). permitiéndome una mejor escucha sobre mí y mis sensaciones, además de mis ideas en sesión, instrumentándolas en beneficio del tratamiento. Inicie por mejorar mis intervenciones tales como la clarificación, la interpretación y la confrontación.

Viñeta 11, sesión 16: Luego de la cancelación pasada de la paciente, Pa-Ti llega a la sesión. En ella comienza a hablar de su madre, de la cual no se había hablado en sesiones pasadas; en su lenguaje se observa el lugar de la madre en la mente de la paciente, donde al igual que el padre son objetos de su deseo y satisfacción.

Pa-Ti: Pues dice mi mamá que soy la chiqueada, porque ella todo me prepara o me compra, o sea estoy acostumbrada a que me den todo, pero estoy consciente de que no todos me van a consentir y no a todo me pueden decir que si, aunque me duela.

Le dan todo y da todo, como las tortas que me dio, para el inconsciente no existe diferencia ya que para Freud este es atemporal. Se observa cierta queja de que ya no se le dará lo que se le dio. Nótese que Insiste en ponerse en un lugar de dolor como en un principio.

Auto-Observación. Mientras Pa-Ti exponía lo de la viñeta anterior, sentía que se refería a mi falta de la sesión lo cual me hizo sentir un poco avergonzado, en ese mismo instante llega a mi mente el recuerdo de un comentario que me hiciera sesiones atrás, el cual era referente al

plan que tenían ella y su novio de que se viniera a México para estar juntos, pero ella notaba cierta resistencia en él para venir. Yo narro la siguiente reflexión.

Psicoterapeuta: Oye Pa-ti no crees que tu novio está nervioso de venir a México (..) por no poder darte lo que estas acostumbrada a recibir, pues como comentas eres la chiqueada y estas acostumbrada a recibir lo que quieres. Es decir, no crees que él no quiere venir porque no podrá tratarte como tus papás.

En la viñeta intento clarificar la conducta de la paciente respecto a la demanda establecida a su novio, misma que a inicios del tratamiento me demando. Esta acción que realizo tiene que ver con la identificación concordante, la que se basa en la resonancia de lo externo en lo interno, en el reconocimiento de lo ajeno como propio y en la equiparación de lo propio con lo ajeno. (Racker, 1953, p. 235). Es decir, me conecté con aquellos que le faltan y que ahora como yo y a diferencia de sus papás, no le dan lo que quiere. Mi intento era que la paciente lograra asociar libremente sobre las respuestas de sus demandas.

Viñeta 12, sesión 21: Luego que Pa-Ti cancelara algunas sesiones, se presenta hasta esta sesión en la que el enojo, la incomodidad y la frustración fueron las principales expresiones. De inicio Pa-Ti refiere haber tenido una discusión con su novio, ya que le confesó que no vendrá a México, como habían acordado.

Pa-Ti: (..) Mi novio me dijo que no vendrá por que quiere juntar más dinero para la casa (..) él me dijo, ¡me presionas! y eso me hace sentir mal; también me dijo, ¡tú quieres que este allá contigo, pero no puedo en este momento! y sí, yo sé que lo presiono y que quiero que él esté aquí conmigo, por eso si, ya entendí que no puede venir.

Auto-Observación. Mientras me contaba, yo no dejaba de sentir molestia con la paciente ante sus faltas. Intento escuchar su tristeza y desilusión y realizo algunas intervenciones, pero, ya esperaba el momento para tratar ese tema de las faltas. Reflexione que al insistir sobre el tema de sus faltas ella abandonaría el tratamiento.

Observamos que posiblemente lo acontecido con su novio la hizo asistir a sesión, me queda esa sensación de que probablemente ella ya había decidido abandonar el tratamiento. A continuación, señalo a la paciente sobre las faltas que de manera consecutiva se han presentado. Cuando expreso esta situación detecto en ella agitación y cierta expresión de molestia.

Psicoterapeuta: Pa-Ti por otra falta que tengas ya no te atenderé, recuerda que acordamos vernos un día a una hora, CESCOM tiene una lista de pacientes que requieren atención.

Pa-Ti: Pero tú también me has cancelado (..) yo también me he acomodado a tus horarios, porque tú tienes a lo mejor otros compromisos.

Su respuesta despierta a un interventor algo de molestia, motivando la siguiente intervención:

Psicoterapeuta: que pasaría si a mí se me olvida otra vez la sesión (..)

Pa-Ti: me vendría con Itzel la encargada de aquí y le diría que ya no quiero venir contigo por que no cumples, porque, por ti hemos cambiado las sesiones. Qué bueno, yo confío en tu profesionalismo y sé que no lo harías (..) yo me comprometo a vernos como acordamos.

La paciente insiste en tratar a su psicoterapeuta como un objeto interno y se observa que él se siente tratado como tal, es decir, se identifica con este objeto. Parece que en la medida en que el psicoterapeuta fracasa en su intento de mantener una identificación concordante se intensifican determinadas identificaciones complementarias. Racker señala que el hecho de no aceptar el enojo con el que nos envuelven nuestros pacientes, de manera consecutiva rechazamos el enojo de ellos en sesión, lo que lleva a intervenir de manera prematura o sin sentido, por lo que fracasa esta identificación concordante. (Racker, 1953, p. 235)

De la misma manera se observa que ya no se respondía la demanda, y seguramente esto ocasionaba tales respuestas de la paciente. Pa-Ti usaría a la recepcionista de CESCOM para quejarse.

Viñeta 13, sesión 25: Antes de entrar a sesión, la coordinadora de CESCOM me solicita le informe de la paciente Pa-Ti, señalándome las inconsistencias en las asistencias.

Coordinadora: Armando te pido que hables con tu paciente de eso o que la canalices. Revisalo en supervisión. La paciente viene de lejos y no es conveniente que tú la hagas esperar. Yo le respondo que lo atenderé a la brevedad.

Se observa que ante lo que pasó en la sesión 21, seguramente Pa-Ti si denuncia a un servidor y presenta su queja, esto posiblemente a que no estaba cumpliendo con su demanda ni la de la coordinadora. Lo comento a mi grupo de supervisión, lo que permite sostener el proceso que en ese momento se presentaba.

Viñeta 14, sesión 32: Pa-Ti expresa en esta sesión una reflexión que tiene que ver con la forma de relacionarse con otros:

Pa-Ti: Antes me daba miedo que las personas, mi novio, mi papá no estuvieran conmigo, a mi lado y yo hacía lo que fuera para que no me dejaran, ahora me queda más claro, bueno eso pienso, que ese miedo siempre seguirá, pero que quien este conmigo este porque él quiere.

Posiblemente algo de lo que se ha planteado en las sesiones queda en reflexión para la paciente.

En la siguiente sesión le expongo a la paciente la interrupción necesaria al tratamiento, debido a la conclusión de mis actividades escolares y por ende al cierre por vacaciones de la institución CESCOM. Al explicarle tal situación, juntos acordamos la necesidad de continuar solo cuatro sesiones más, enfocándonos al cierre y conclusión de lo que hasta el momento se ha tratado. Ella queda conforme con lo expuesto y así damos inicio al cierre de la interrupción del tratamiento.

Viñeta 15, sesión 33: Al iniciar la sesión número dos, acordadas para el cierre, Pa-Ti, expresa lo siguiente.

Pa-Ti: Te quiero pedir que, si ya solo nos vemos esta y la otra sesión, te soy bien sincera, hoy no podía venir, pero hice todo lo posible para estar aquí y no quiero que te regañen o algo así y por eso también haré todo lo posible para estar la próxima semana para que terminemos bien las sesiones, pero la verdad ya no quiero cancelarte más las sesiones.

Pa-Ti repite la angustia del rechazo y posiblemente antes de que yo la rechace ella me rechaza. Al repetir la manera de amar, es esperado que también pueda repetirse la manera de separarse, y, por ende, la manera de perder aquello que se ama, de nueva cuenta se evidencia una huella mnémica de inseguridad, de conflicto y de carencia en la posibilidad de disfrute de las relaciones o vínculos afectivos con otros. (Bolwby, 1998)

Viñeta 16, sesión 34: A continuación, se presenta lo que se trató en la última sesión, es importante comentar que se decidió poner la mayoría del relato de esa sesión ya que yo y mi grupo de supervisión pensamos en lo importante de esta, ya que la paciente habló verdaderamente de lo que siente, su res significado, referente a su noviazgo, su relación conmigo.

Pa-Ti: mi novio me pidió que nos viéramos por chat y yo le dije que sí,(..) pero me tarde ya cuando le hable no me contesto,(...) le volví a marcar y ya me contesto y me dijo te estas vengando por todo lo que te hice verdad yo le dije que no, que me disculpas y él me dijo pues piénsalo, la verdad no me merezco que me trates tu así y yo le dije oye tú me trataste muchas veces así y nunca te dije nada, porque tu si, y él me dijo, pues no, yo no soy tu, ni siquiera me avisaste ni nada y me colgó. luego me acorde de ti, (..) de lo que me has dicho y claro era normal que se enojara. No sé por qué hago eso.

Aquí vemos que Pa-Ti nuevamente no desea respetar las reglas y hacer lo que ella quiere, sin embargo, su novio no le responde la demanda y la hace responsable por tal acción.

(..) comenta más adelante:

Pa-Ti: me paso con otro de mis novios. Cuándo me dejó por otra para casarse, yo me desquite, (..) embobeciéndolo para que regresara conmigo y cuando lo logré le prohibía tener relaciones sexuales con su esposa o que la besara.

Psicoterapeuta: en pocas palabras, haces lo que te comentó tu novio actual, es decir te desquitaste. Le sigo comentando, entonces Pa-Ti ante lo que me estás diciendo es que, es de los hombres de quien te vengas, porque haciendo un recuento y si lo asociamos, la semana pasada me hablabas algo referente con tu papá (..)

Lo observable en esta viñeta, es que mi intervención se direccionaba a un intento de que la paciente asociara que sus conductas son una repetición compulsiva de un pasado que en el presente estalla en conductas irreprimibles, repetitivas y “liberadoras de tensión”, para lo que le supone su malestar, pues el retorno que ejerce no obedece a lo que se conoce como rememoración, en el caso ordinario de un recuerdo. (Nasio, 2012)

Pa-Ti: pues sí, ya no quiero ser la chipi,(sic) ni la chiqueada (..)

En el cometido de facilitar que la paciente pudiera procesar información de su experiencia, guiando su atención hacia la construcción de nuevos significados personales, facilitadores de experiencias nuevas, y de nuevos procesamientos cognitivos/afectivos, realizó la siguiente asociación de su malestar, a partir de lo subsecuente se elabora la siguiente intervención.

Psicoterapeuta: si Pa-Ti, porque a las chipi o a las chiqueadas no se les deja que tomen decisiones porque se les considera unas niñas se queda pensando y afirmando con la cabeza y diciendo: claro. Yo le pregunto, Pa-ti y ¿de quién más te has vengado?

Pa-Ti: (..)me paso con otro novio, lo hice como quise la verdad y no me da gusto admitirlo.

Psicoterapeuta: ¿Pa-Ti también te paso aquí?

Realizo tal señalamiento, con la intención de traer al consultorio todo aquello que se presenta en el afuera, mismos que se han repetido aquí, y de los cuales yo fui implicado.

Pa-Ti: bueno, me enojó mucho cuando me dejaste plantada, si me enojé, (..) me decepcionaste, íbamos bien.

En este punto la paciente expresa sobre la falta, acción que está representada en la no asistencia a sesión por mí, pero que posiblemente esta simbolizada como aquello que insiste en recordar su propia falta, la ausencia de algo, que no tiene y del cual busca incesantemente cubrir y reparar. Por eso detectamos en la viñeta el reclamo de que yo fui el que falló, el que faltó.

Luego de lo mencionado por la paciente aprovecho casi de inmediato a señalar lo siguiente:

Psicoterapeuta: Pa-Ti y, ¿por qué si te decepcioné, seguiste viniendo?

Continúo diciendo:

acaso viste en mí a un hombre que en un principio te ayudó, pero que al final terminó siendo como aquellos que te decepcionan y te abandona por otras, acaso ¿querías también desquitarte de mí, faltando y cancelándome?

En dichas intervenciones se observa una serie de clarificaciones e intentos de interpretar algunas reacciones y materiales presentados en sesiones atrás; pretendo interpretar la transferencia lo que permita integrar en su aparato mental nuevas concepciones y representaciones sobre su personalidad y su manera de actuar. Básicamente se trata sobre la posición esquizo-paranoide de la que habla Melanie Klein, donde ese objeto de amor también es percibido amenazante y del cual se responde de manera agresiva, como defensa. Pa-Ti, falta a sesión y me acusa con la administradora de CESCO sobre mis faltas. La paciente continúa diciendo:

Pa-Ti: pues es que volvemos a lo mismo no sé porque hacia eso, la verdad no sé porque lo hacía (...) eso es lo que tengo que trabajar, eso es lo que me pasó con mi novio actual y a él no lo quiero perder.

cuando dijo esto, sentí que se refería a mí, no intento realizar ningún señalamiento, prefiero mantenerme en escucha activa ante lo que continuaba diciendo.

Señala:

Pa-Ti: porque lo amo de verdad y no quiero usar ese poder con él y ni con nadie.

Luego de escucharla y de abstenerme a realizar la pasada intervención, en la que se ponía de manifiesto aquellos elementos omnipotentes de los que estaba siendo investido por parte de la paciente, realizo la siguiente intervención.

Psicoterapeuta: podemos decir que, ¿te preocupa que por tu manera de ser pierdas a tu novio? y, que ¿ahora te das cuenta que usas la venganza o el desquitarte, como una forma de hacer sentir mal a los hombres por no tomarte en cuenta? Ella solo mueve su cabeza y le sigo comentando, bueno Pa-ti y ahora que no lo quieres perder, por tus actos ¿qué intentarás hacer?

La relevancia de esta viñeta clínica, desde mi visión y punto de vista, se constituye en demostrar que la labor terapéutica implica transformar el aparato psíquico en aparato que va más allá del lenguaje, es decir, como lenguaje asimilable, representable y sobre todo nombrable de las experiencias y afectos que han quedado sin significado, a los huecos que han quedado sin palabras y por ende sin representación. La externalización del problema es cuando puede separarse claramente la distinción del problema de la distinción de la persona, entonces es que se hace posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre la persona y el problema, es además cuando se puede admitir que la persona tiene habilidades, competencias, convicciones, valores, capacidades que lo asistirán a reducir la influencia del problema en sus vidas. (White y Epston, 1993)

Pa-Ti: pues seguir trabajando en eso Armando. (..) nos podemos ver la próxima semana

La paciente insiste en proyectar una necesidad de cuidado y protección, utilizando el erotismo y la omnipotencia para obtenerlo, intentando quebrantar un reencuadre establecido sesiones atrás sobre la conclusión de la terapia, yo señalo lo siguiente:

Psicoterapeuta: No Pa-Ti, tú decidiste terminar hasta esta sesión y ya avisé a la administradora de CESCO que esta era la última sesión, sin embargo, tu puedes decir que quieres seguir siendo atendida, te pondrán en la lista de espera para que te programen con otro psicólogo y te atienda.

Esta viñeta podemos encontrar un “llamado al orden” al ver nuevamente presentes el erotismo y la seducción proyectados a su terapeuta que nos incita nuevamente a respetar el encuadre y lo que se ha puesto al servicio de la realidad objetiva

3.5 Articulación del caso y construcción de insistencias

Esta manera de proceder, registrar fenómeno, analizar viñetas, y discurrir sobre una dinámica, ha servido como guía en el trabajo sobre este caso. Véase como en el caso Pa-Ti, al inicio los fenómenos transferenciales no eran siquiera advertidos, sino hasta que un elemento se adicionó, tal como; las tortas que trae consigo para regalarme, y posteriormente mi inasistencia, la supervisión y mi proceso personal, que permitieron escuchar lo que antes aparecía invisibilizado.

A partir del momento en el cual se empezó a escuchar, como algunos elementos que de otra manera serían mínimos o intrascendentes, se presentaban como fenómenos transferenciales que es un primer producto del análisis de la transferencia, identificarlos y diferenciarlos, se pasó al distingo de lo que era transferencial y contratransferencial (encontrando explicación al transcurso del proceso).

Al continuo de prestarle atención a esos elementos, descubría una serie de insistencias que aparecieron en las primeras sesiones y posteriormente hasta la interrupción del tratamiento las cuales menciono.

Fase 1. “Ayuda: primeras miradas, primeros contactos”: desde el primer contacto se desprenden emociones y sensaciones; El erotismo se manifiesta por medio del cuerpo y del dolor, utilizándolos para atraer a otros, servían como investidura en el terapeuta.

Fase 2. “Presentación e insistencia de la demanda”: De manera constante en variadas sesiones la paciente manifestaba su motivo implícito de consulta y exigía a que su psicólogo diera respuesta a esta.

Fase 3. “Ilusión”: sin percatarme, las intervenciones del psicoterapeuta promovían la ilusión de la paciente a considerar satisfecha su demanda. Ilusoriamente se pensaba que todo estaba bien.

Fase 4. “PaTi las tortas”: La paciente lleva a sesión dos tortas del negocio de su papá para entregarlas al terapeuta, acto seguido el terapeuta las recibe y se las come.

Fase 5. “Estar en falta, terapeuta”: Olvidé asistir a sesión. Luego de permanecer constante, presente y disponible en la vida psíquica de la paciente, presento una falta, obligando a un cambio significativo a la dinámica del tratamiento, permitiendo un nuevo camino.

Fase 6. “Y, sobre la falta de Pa-Ti”: Las faltas a sesión son constantes. La paciente insistía en no asistir a terapia, sus inasistencias fueron interpretadas como una compulsión a repetir su falta y que en ese acto de faltar permitiera resignificar la misma.

De manera general podemos señalar que en las sesiones 2, 4, 12 y 15 en sus señalamientos, la paciente insiste en romper reglas y propone llevar en acto lo prohibido. Algo que insiste en todo el tratamiento son las faltas a sesión, tanto de la paciente como las del terapeuta. En las sesiones uno, 10 y 14 se pueden identificar con claridad las respuestas contratransferenciales del terapeuta.

4 Conclusiones

En principio quiero señalar que el caso tuvo un gran impacto en mi persona, hizo que constantemente me confrontara, nunca hasta este momento un paciente había ocasionado tan fuerte movimiento emocional, que agradezco me haya tocado en estos momentos de mi formación.

Logré comprender que esa relación que antes consideraba simple y tacita, tiene un gran impacto tanto en el paciente como en uno mismo, y, por ende, en el tratamiento, ya que una vez identificado aquello que está en ese plano simbólico, tiene que llevarse a lo real y autentico y aquí es donde comprendo la importancia de la relación, ya que sin esta es imposible generar este proceso, es decir, comprendí lo que verdaderamente significa la alianza terapéutica.

Entendí que, desde el primer contacto con los pacientes, la escucha no solo es hacia los pacientes, sino también a uno mismo. En el caso Pa-Ti cuando ella llega y yo pregunto ¿Quién eres? ella responde Pa-Ti, se generan un sinnúmero de simbolismos de los cuales no escuché, posiblemente mis sensaciones advertían de algo, pero no logré escuchar.

El no prestar atención me llevó a ocupar un lugar de objeto, y a responder constantemente a las demandas impuestas por Pa-Ti. Cuando mis supervisores me preguntaban sobre mi caso, verdaderamente no tenía nada que cuestionar, ya que todo según para mí estaba bien, pero luego gracias a estos mismos e incluido mi trabajo personal descubro ese lugar y emprendo un movimiento del que ahora el sujeto estaría presente, sin estos no hubiese logrado darme cuenta.

Concluyendo, sé que el riesgo está en la implicación de otro como terapeuta, ya que nos enfrenta a una paradoja, el de participar y ser afectado. La contratransferencia es el mejor de los servidores, pero el peor de los amos dice Segal (1989), siempre hay una poderosa presión a identificarnos con ella y a actuarla. Hacerme cargo de lo que estaba pasando fue un paso

importante, me permitió escuchar las indicaciones de mis supervisores, las mías, y, por supuesto, las de la paciente; esto ayudo a que las cosas cambiaran y generaran cambios, sin embargo, por el corto tiempo que restaba del tratamiento ella no logró darse cuenta, es decir, dejó de verme como objeto sin lograr verme como sujeto, creo que se quedó en eso.

Dar cuenta de la contratransferencia es complejo y complicado, encima te expones, pero he comprendido que eres afectado y advertido, ello puede ser un gran aliado en el trabajo como psicoterapeuta. De lo contrario es una resistencia infranqueable.

Mi reflexión respecto a un obsequio que pueda dar un paciente en un proceso de psicoterapia, podrá tener miles de significados, esto dependerá de las reflexiones que realice el psicoterapeuta, sin embargo; debe existir una comprensión total del estado mental y emocional del paciente, lo que determinará una comprensión de lo que nos quiere decir ante ese acto de dar un obsequio y proveernos de herramientas de intervención a favor de la recuperación.

Entendí que el amor es lo que persiste en psicoterapia, de hecho, es necesario, ya que promueve las motivaciones para el cambio y la resignificación de los pacientes, lo imprescindible de esta situación de amor es que el terapeuta no haga uso indebido a su conveniencia y a su placer, y que, en esa medida de enganche no promueva las cuestiones éticas y morales de abstinencia o reticencia, que afecten un adecuado proceso psicoterapéutico.

4.1 Logros y pendientes explicitados por uno

Siguiendo con el caso, ahora notifico aquellos elementos declarados por la paciente como cambio y otros como pendientes. De primera cuenta logra constatar cambios en sí, los cuales fue capaz de explicar durante las últimas sesiones del proceso psicoterapéutico destacando el logro del autoconocimiento.

Pa-Ti: Antes me daba miedo que las personas, mi novio, mi papá no estuvieran conmigo, a mi lado y yo hacía lo que fuera para que no me dejaran, ahora me

queda más claro, bueno eso pienso, que ese miedo siempre seguirá, pero que quien este conmigo este porque él quiere.

Pa-Ti: pues sí, ya no quiero ser la chipi (sic) ni la chiqueada (..)

Pa-Ti: (..) Ya no tengo esos miedos de enfermarme, y ni me apuro, ya no me da esa comezón tan gacha que me daba te acuerdas, a mi novio ya no lo tratare mal, no me valla a dejar.

Ahora toca turno mencionar aquellos elementos que quedaron como pendientes. Que durante su declaración permitieron a Pa-Ti hacer consciente de aquellos elementos de su personalidad que requieren cambios.

Psicoterapeuta: podemos decir que ¿te preocupa que por tu manera de ser pierdas a tu novio? y que ¿a hora te das cuenta que usas la venganza o el desquitarte, como una forma de hacer sentir mal a los hombres por no tomarte en cuenta? ella solo mueve su cabeza y le sigo comentando, bueno Pa-ti y a hora que no lo quieres perder por tus actos que intentas hacer,

Pa-Ti: pues seguir trabajando en eso Armando. (..)

Pa-Ti: (..)no sé porque hacia eso, la verdad no sé porque lo hacía (...) eso es lo que tengo que trabajar, eso es lo que me paso con R y a él no lo quiero perder.

Y así, al fin, se cumple lo estipulado en el contrato psicoanalítico. El paciente y el terapeuta se preparan para separarse... la mejoría continuará autónomamente, pero el tratamiento, en cuanto tal, termina. Las partes se despiden. El contrato se ha cumplido (Meninger, 1960)

4.2 Aspectos éticos

Constantemente se vigiló el respeto de las reglas y normas establecidas por la Institución, pero además fueron acatados los lineamientos éticos que me rigen primero como persona y ser humano y luego por la de mi profesión como psicólogo, e incluidas todas aquellas normas a las cuales me comprometí ejecutar en mi formación como psicoterapeuta, las cuales en conjunto fueron revisadas en cada supervisión que realicé del caso Pa-Ti.

Los códigos y puntos que a continuación se plantean son el fundamento principal para mi trabajo profesional y ejercicio ético.

En el transcurso del caso procuré seguir y guiar mi conducta por estas pautas y código de conducta. Así como respetar el código ético del psicólogo, en especial los artículos: 48°, 49°, 55°, 61°, 62°,68°, 81°, 113°, 118°, 121°, 122° establecidos por la Sociedad Mexicana de Psicología, (2007). Y que de manera general se indica lo siguiente:

- ✓ Mantener una actitud neutral, que le proporcionara a la paciente los principios de no maleficencia, autonomía, justicia y beneficencia.
- ✓ Respeto a los derechos y a la dignidad de la paciente y a su propia integridad.
- ✓ Atender en análisis personal aquellos elementos que resultan del caso y que son responsabilidad del psicoterapeuta.
- ✓ Reconocimiento de las limitaciones personales y profesionales.
- ✓ Estar en supervisión y diálogo constante.
- ✓ Se salvaguardó la confidencialidad.

4.3 Relativos al Desarrollo Humano Sustentable

Desarrollo Humano Sustentable (D.H.S) entendido como aquel en el cual se considera como valor el incremento de las opciones de la gente, como mínimo, una vida prolongada y sana; la capacidad de obtener información útil del entorno y la oportunidad digna de sostener un nivel de calidad de vida adecuado.

4.3.1 Desarrollo

El paso desde una situación A presente a una situación B futura, donde B es preferible respecto de A. El proceso requiere de un mínimo de tiempo, tiene límites potenciales específicos e individuales y está en función de los insumos u oportunidades accesibles. Referente al caso se puede indicar sobre mejorar su independencia económica para tomar decisiones de independencia como: Continuar estudiando para mejorar sus habilidades

referentes a su oficio de estilismo. Obtener un espacio en el que pueda administrarlo y desarrollar sus habilidades de emprendimiento como ella comenta “actualmente comparto el local con mi hermana, me gustaría tener el mío”

4.3.2 Lo humano

Reconociendo que compartimos con otras especies animales un conjunto de estructuras anatómicas (genomas) y procesos funcionales ¿Qué nos define como especie? Inteligencia, comunicación o conciencia no son la respuesta. Lo humano se caracteriza por ser sujeto del lenguaje, en tanto convención arbitraria de orden simbólico; lo que le permite alienar una persona como Yo y construir una cultura como Nosotros. Referente al caso podemos señalar sobre el establecimiento de límites en sus relaciones interpersonales. Procurar seguir siendo sujeto de sí, haciéndose cargo, teniendo albedrío propio. Mantener una postura crítica de la implicación del medio circundante y de los efectos y afectos que esto le significa. Como ella lo comenta “antes me daba miedo que las personas, mi novio, mi papá no estuvieran conmigo, a mi lado y yo hacía lo que fuera para que no me dejaran, ahora me queda más claro, bueno eso pienso, que ese miedo siempre seguirá, pero que quien este conmigo este porque él quiere. pues sí, ya no quiero ser la chipi, ni la chiqueada”.

4.3.3 Sostenibilidad

Es la característica agregada al desarrollo humano mediante la cual se procura el desarrollo presente sin comprometer el desarrollo futuro tanto de sí cuanto de sus semejantes. Sobre el caso se indica, mantener la evolución de la consciencia, para darse oportunidad de seguir creciendo y aprendiendo. Así los efectos terapéuticos, si bien recaen sobre la conducta, permiten modificar las actitudes y las representaciones mentales. Como lo refiere: “ya no tengo esos miedos de enfermarme, y ni me apuro, ya no me da esa comezón tan gacha que me daba te acuerdas, a mi novio ya no lo tratare mal, no me valla a dejar”.

Estos elementos son considerados al momento del trabajo con la paciente, con la intención de que logre un paso importante a lo preferible para ella como sujeto. Para la paciente

“el darse cuenta” es un rasgo sostenible para su desarrollo y sobre todo para obtener salud mental.

4.4 Cumplimiento formal de los términos del encuadre

Cumplimiento formal puede señalarse de un 95% el 5% restante me hice cargo en mi proceso personal y la supervisión.

Es importante señalar que cuando se plantea el encuadre varios fenómenos se ponen a prueba, uno de ellos es que a nivel del lenguaje se dan una serie de confusiones, Ferenczi (1932) Al exponer una manera de trabajar seguramente la paciente entendería algo diferente. Su regresión se intensificó dando lugar al erotismo como una manera de relacionarse y obtener placer. Algo de la falta se pone en juego señala Balint (1979) que la falta básica opera cuando existe una brecha que confunde. Es posible que por ello las faltas de las sesiones significaba una repetición compulsiva a la ausencia de algo.

4.5 Manejo de las actitudes básicas

Rogers enumeró tres actitudes que el terapeuta ha de actualizar en la situación terapéutica, las cuales se persiguieron en el decurso y desarrollo del estudio de caso: 1) congruencia, 2) aprecio positivo incondicional y 3) comprensión empática. Según Rogers, estas cualidades resultarían necesarias y suficientes para facilitar un cambio positivo en la personalidad del cliente, y serían en definitiva más importantes que cualquier recurso teórico o técnico que el profesional pudiera aplicar en su encuentro con el consultante (Rogers, 1980). A continuación, enuncio y detallo cada una de las actitudes empleadas en el acompañamiento del caso en cuestión:

Autenticidad: Se trata de un encuentro existencial, no intelectual, teórico o técnico, el terapeuta se muestra tal cual es, no como una máscara, sino vivo, con sentimientos. implica que el terapeuta esté abierto a sus sentimientos y experiencias pudiendo simbolizarlos, y que esté dispuesto a comunicar esos sentimientos cuando sea necesario, con vistas a que la

relación terapéutica sea auténtica y real. Intenté mantener una postura de autenticidad con la paciente, sin ningún "frente" o pantalla; trabajé en desarrollar la capacidad de llevar a la conciencia el complejo flujo de experiencias y sentimientos que ocurrían en mi interior, pudiendo además expresarlo con palabras cuando lo consideré necesario para el proceso terapéutico de la paciente.

Aceptación incondicional: Esta actitud, implica aceptar a la persona como es, con sus sentimientos y experiencias. Ausencia de evolución o deseo de interferir o modelar, además de respeto e interés positivo hacia el cliente. Es una aceptación total de la persona y sus conductas, que genera un clima de seguridad, que permite al cliente explorar en su interior sin miedos. Durante todas las sesiones intente mantener conciencia de la aceptación incondicional de mi paciente, haciéndome responsable de mis actos y sensaciones para no afectar nunca esta actitud básica. Me asegure de mantener un clima de seguridad y confianza en cada sesión.

Empatía: La empatía es la capacidad que se tiene para comprender la experiencia única de la otra persona captar el marco de referencia del cliente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos. Mostrar empatía fue constante en el proceso, permitiéndome entender sus experiencias además de sus emociones y sensaciones, siendo muy respetuoso de las mismas y que me permitieran clarificar algunos sentimientos expresados por ella.

4.6 Resultados para el desarrollo profesional y personal del sustentante

La complejidad envuelve a la práctica psicoterapéutica. Los humanos requerimos, para comprendernos, de visiones amplias que den lugar a la multiplicidad de dimensiones y facetas de nuestro existir como humanos en circunstancias, condiciones y momentos determinados. Considero que lo humano es complejo, además de que la realidad universal no existe, a mi juicio y lo que he comprendido hasta este momento de mi aprendizaje como psicoterapeuta es

que la clínica trata pues del estudio y de la intervención de las subjetividades. Asumir la complejidad de lo humano en la clínica es considerar y darse cuenta de la influencia de los determinantes orgánicos, situacionales, contextuales, de competencia y de estructura subjetiva. La psicoterapia precisa de constantes y compartidas reflexiones de las vicisitudes presentadas, y de la misma manera, es un compromiso de colaboración. Considero que el proceso psicoterapéutico debe procurar que nuestros pacientes puedan responder ¿Quién soy? Y ¿Cómo hago para...? Y desde luego esos mismos cuestionamientos deben ser reflexionadas en uno mismo tanto como terapeutas y como individuos. Sin duda mi máxima reflexión es que solo el hacerse cargo produce cambio. El diagnóstico o al menos la impresión diagnóstica no debe ser entendido como la enunciación de una verdad sobre el sujeto para luego diseñar un enfoque único de tratamiento, sino solo como una herramienta que sirve para tomar decisiones sobre la indicación, contrato y operación de un tratamiento psicoterapéutico, considerando la necesidad de que cada caso es único. La clínica debe de considerar los diversos esfuerzos por trascender los límites que establecen los enfoques o las escuelas en psicoterapia para ir más allá de una visión reduccionista o simplista.

De lo que me hice cargo: Luego de tener mis supervisiones con mis grupos y de mi proceso personal, he dado cuenta de que en mis intervenciones van conectadas con algo que tienen que ver con mi historia y personalidad, y que como sujeto implicado en la relación terapéutica, es importante definir las y analizarlas, para luego dar una explicación respecto a su dinamismo dentro de la sesión con mis pacientes; esto último lo señalo con la intención de aclarar que los fenómenos surgidos son únicos ya que están determinados por la subjetividad y forma de ser de cada paciente y del terapeuta; es decir tratar el caso como único; “caso por caso”.

Es así que cada caso me llevará como psicoterapeuta a nuevos conocimientos personales y que conocerlos puede significar una clave para entender la vida de nuestros

pacientes. Es decir, si el objetivo es que los pacientes los llevamos a un “darse cuenta” nosotros también nos guiaremos con ese “darnos cuenta”.

4.7 Aportes al marco referencial de la psicoterapia clínica

Sin duda la transferencia y la contratransferencia son elementos importantes dentro de la psicoterapia. Lograr instrumentarlos requiere de hacerse cargo de lo que surge en uno mismo es con esto que doy respuesta a la pregunta que realice a inicios del presente trabajo en la que indicaba: ¿De qué manera la instrumentación del análisis de la transferencia y de la contratransferencia procuran y resisten el tratamiento en el caso? Hacer uso de otros dispositivos como lo son la supervisión de casos y el análisis personal pueden lograr la instrumentación a dichos fenómenos. Es la contratransferencia la que de alguna manera encuentro con mayor complejidad, para manejar, elaborar y aplicar, mas, si todavía hablar de lo que siente el terapeuta es mal visto y es considerado un error al tratamiento y del cual es necesario abstenerse y evitarlo. Creo que a hora puedo entenderlo como algo que ayuda al proceso de psicoterapia pero que requiere de un gran trabajo del psicoterapeuta para lograr instrumentarla a favor del proceso.

Me parece que, en la relación terapéutica, cuando los fenómenos transferenciales son comprendidos, conducen a una nueva experiencia que procura al proceso. La contratransferencia puede servir como una guía de conocimiento hacia el paciente, hacia su mundo inconsciente, dice Nasio (1996) todo analista está dispuesto hacia algo; ese algo es una experiencia singular la de saber percibir fuera de él mismo, percibir de modo inconsciente el inconsciente en el análisis. (p15)

5 Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Los trastornos depresivos. *En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^a ed.): Medica Panorámica.
- Asociación Mexicana de Psicología. (2007) Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Bleichmar, H. (1980). Introducción al estudio de las perversiones. Buenos Aires Argentina: Nueva Visión.
- Borja, G. (1995). La locura lo cura. Un manifiesto psicoterapéutico: Cuatro vientos.
- Bowlby J. (1998). El apego y la pérdida 2. La separación. Barcelona, España: Paidós.
- Dolto, F. (1971). El caso Dominique. (A. Suárez, Trad.): Siglo XXI.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona España: Paidós.
- Dor, J. (1994). Introducción a la Lectura de Lacan. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Etchegoyen, O. J. (1996). Filosofía medieval y moderna. Madrid, España: Edinumen. Bajado de: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Kant/Kant-Fenomenos.htm>
- Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Ferenczi, S. (1932). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. Grupos Clínicos. Recuperado de <http://gruposclinicos.com/confusion-de-lengua-entre-los-adultos-y-el-nino-sandor-ferenczi-presentacion-de-maria-elena-troncoso/2011/06/>
- Fiorini, H.(2006). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En Obras Completas (Vol. 5). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. Dora. En Obras completas (Vol.7). Buenos aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1912). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. En Obras completas. (Vol.12). Buenos aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En Obras Completas (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Parte III. En Obras completas. (Vol.16). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gendlin, E. (1997). El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial. Barcelona: Paidós.
- Green, A. (1992). El complejo de castración. La sexualidad femenina y el complejo de castración. Argentina: Paidós.
- Greenson, R. (1976). Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI.
- Grinberg, L. (1957). Perturbaciones en la interpretación por la contra identificación proyectiva. Revista de psicoanálisis (vol. 14) p. 23-30.
- Grinberg, L. (1975). La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica. Argentina: Paidós.
- Jung, C. (1985). La psicología de la transferencia. México, D.F: Planeta Agostini.
- Kalach, T y Mendoza, Y. (2010, abril). Entrevista a Luis Féder. La visión del analista. Boletín electrónico de la APM. Recuperado de: <http://boletinesapm.blogspot.mx/2012/07/la-vision-del-psicoanalista.html> página consultada el 10 de abril del 2017.
- Kernberg, O. (1999). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno.
- Korman, V. (2004). El espacio psicoanalítico. España: Editorial Síntesis.
- Lacan, J. (1956-1957) El Seminario. Libro 4. La Relación de Objeto. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (2005). Escritos I. Buenos Aires. Siglo XXI: Editores Argentina.
- Lowen, A. (1978). Bioenergética. México D.F: Editorial Diana.

- Lowen, A. (2005) La voz del cuerpo. El papel del cuerpo en psicoterapia. Conferencia 3: la naturaleza de la experiencia orgásmica: Editorial Sirio.
- Mannoni, O. (1997). Freud. El descubrimiento del inconsciente. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maslow, A. (1968). El Hombre auto realizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona: Kairos.
(pdf)
- Meyer, C. et al. (2007). El libro negro del psicoanálisis. Vivir, pensar y sentirse mejor sin Freud. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Mazzuca, R. (1984) Los conceptos lacanianos en la enseñanza de la psicopatología. En Schejtman, F. (comp.) Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis. Buenos Aires: Grama, 2013.
- Menninger, K. (1960). Teoría de la técnica psicoanalítica. México. Editorial Pax.
- Moreno, A. (30 de junio de 2017). Caso: Pa-Ti [coloquio de verano 2017]. La intervención clínica a través del dialogo interdisciplinar, Guanajuato, México: Ibero León.
- Morín, E. (2003). El método: la humanidad de la humanidad. La identidad humana. Madrid: Cátedra.
- Nasio, J. D. (1990). El dolor de la histeria. Argentina: Paidós.
- Nasio, J.D. (1996). Como trabaja un psicoanalista. Buenos Aires Argentina: Paidós.
- Nasio, J, D. (2012). El inconsciente es la repetición. Conferencia dictada en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.
- Paz, O. (1950). El laberinto de la soledad. Posdata. Vuelta a el laberinto de la soledad, México: FCE, 1999. pág. 83-84.
- Rabinovich, D. (2003) Sexualidad y significativo. Buenos Aires: Manantial.
- Racker, H. (1953). Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez S. (2003). Infancia es Destino. México: Siglo XXI.

- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1979) El proceso de convertirse en persona. Recuperado de <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/2CPM5T1-Rogers-1992-El-proceso-de-convertirse-en-persona.pdf>.
- Rogers, C. (1981). psicoterapia centrada en el cliente. España: Paidós.
- Sarabia, F. J. (1999). Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas. Madrid: Pirámide.
- Segal, H. (1989) La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica. Buenos aires: Paidós.
- Siquier de O. Garcia, A. Grassano, E. (2007) Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiganoístico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sokal, A. y Bricmont, J. (1998). Imposturas Intelectuales. Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1992). Cambio: Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- White, M y Eptson D. (1993). Medios narrativos para psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.