

PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Programa de Segunda Especialidad en Clínica Psicoanalítica

(Des)encuentros y enigmas: análisis de un caso clínico desde la teoría psicoanalítica

Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Clínica Psicoanalítica

Autora:

Leslie Antuanet Vizcarra Rengifo

Asesora:

Valeria Garcia Cannock

Lima, 2023

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Valeria Garcia Cannock.....,
docente de la Facultad de Psicología de la
Pontificia

Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado

(Des)encuentros y enigmas: análisis de un caso clínico desde la teoría
psicoanalítica.....


del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as)

Leslie Vizcarra Rengifo

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 1%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 14/06/2023
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: 14/06/2023.....

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>García, Cannock, Valeria</u>	
DNI:09753399	Firma 
ORCID: 0009-0006-4593-6293	

Resumen

El presente trabajo académico busca explorar el funcionamiento psíquico de una mujer joven que atravesó por un proceso de apoyo psicológico breve con enfoque psicoanalítico. Para lograr esto, se planteó un análisis clínico sobre la base del esquema de análisis propuesto por Lemma (2003b) y los planteamientos teóricos y técnicos del psicoanálisis. En este proceso, se exploró la estructura psíquica de la consultante en la que se hizo evidente sus patrones relacionales, la negación y evasión como defensas predominantes, la dificultad para dar cuenta de su experiencia afectiva a través de la palabra, y los recursos internos que la condujeron a buscar entendimiento y soporte. Además, se tomó en cuenta los movimientos transferenciales y contratransferenciales en la relación terapéutica para explorar la manera de vincularse de la consultante dentro de la cual fueron más resaltante los constantes desencuentros y los aspectos enigmáticos que acompañaron el vínculo paciente-terapeuta. En esa línea, se recogió también la experiencia clínica de la psicóloga con la finalidad de no solo llegar a una comprensión analítica del funcionamiento relacional de la consultante, sino también de cuestionar y reflexionar acerca de las sensaciones que aparecen en el camino formativo dentro de un enfoque psicoanalítico.

Palabras claves: proceso psicoanalítico, mujer, experiencia clínica, técnica psicoanalítica

Abstract

The current academic study seeks to explore the psychic functioning of a young woman who attended a process of brief psychological support with a psychoanalytic approach. To achieve this, a clinical analysis was proposed based on the analysis scheme proposed by Lemma (2003b) and the theoretical and technical approaches of psychoanalysis. In this process, the psychic structure of the client was explored, in which her relational patterns became evident, also the denial and evasion as predominant defenses, the difficulty to account for her affective experience through words, and the internal resources that led her to seek understanding and support. In addition, transference and countertransference movements in the therapeutic relationship were considered to explore the client's way of bonding, in which the constant disagreements and enigmatic aspects that accompanied the patient-therapist bond were highlighted. In this line, the clinical experience of the psychologist was also collected in order not only to reach an analytical understanding of the client's relational functioning, but also to question and reflect on the sensations that appear in the formative path within a psychoanalytic approach.

Key words: psychoanalytic process, woman, clinical experience, psychoanalytic technique

Índice de contenidos

Introducción	4
Análisis Clínico.....	11
Discusión.....	26
Referencias.....	34



Introducción

En el campo clínico existen diversas corrientes psicoterapéuticas que se construyen desde distintos paradigmas teóricos y técnicos, siendo una de estas la corriente psicodinámica. El enfoque psicoanalítico o psicodinámico ha sido concebido como aquel que trabaja principalmente con los deseos y pulsiones inconscientes; sin embargo, esta concepción se ha ido transformando y complejizando, otorgándole un rol igual de importante a los aspectos relacionales y vinculares de la relación terapeuta-paciente (Mitchell, 2003). Hay diversos conceptos y nociones técnico-teóricas que resultan cruciales para comprender la práctica psicoanalítica hoy en día.

Una de las primeras tareas para determinar si este enfoque es el más adecuado para cierto paciente es atravesar por un proceso de evaluación psicodinámica inicial y descubrir si le funciona y le hace sentir cómodo/a. A diferencia de los diagnósticos psiquiátricos que se enfocan en una lista de signos y síntomas específicos, la evaluación psicoanalítica tiene como objetivo formular el problema de manera dinámica, es decir, a partir de las categorías y contenidos que emerjan en el proceso (Lemma, 2003b). En torno a eso, Lemma (2003b) hace referencia al balance que debe tener el terapeuta entre, por un lado, ser lo suficientemente facilitador e interactivo y, por otro, no ser muy directivo, ya que en cualquiera de estos extremos se correría el riesgo de perder al paciente en el proceso.

Así como debe explorarse si la técnica puede ayudar y alinearse a lo que el paciente necesita, también se debe identificar si el paciente cuenta con ciertas características que le permitan conectar con este enfoque terapéutico. Hay criterios iniciales que nos permiten determinar si un paciente es idóneo para un proceso psicoanalítico como la capacidad para comprometerse, confiar e intimar; la capacidad para lidiar la ausencia de gratificación constante

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

e inmediata; y el grado de mentalidad psicológica para conectar sensaciones, afectos y experiencias (Lemma, 2003b). Dentro de la evaluación psicodiagnóstica, se exploran otros elementos como el problema y los síntomas desde la perspectiva del paciente, la motivación para estar en un proceso analítico, la calidad de sus relaciones interpersonales, la fortaleza del yo, las defensas, los niveles de organización, la imagen corporal y los factores sociales (Lemma, 2003b).

En cuanto a la primera interacción con el paciente, Ogden (1992) refiere que cualquier intento de explicación inicial sobre lo que es estar en análisis resulta inútil y contraproducente para el desarrollo analítico del proceso porque dificulta que el paciente lo haga en sus propias palabras y formas. Por ello, la mejor manera de dar a conocer esto es dejar que el paciente lo descubra en el proceso, tal y como lo menciona el autor, “la explicación más elocuente del analista de lo que significa ‘estar en análisis’ es comportarse como analista” (Ogden, 1992, p. 231). El autor también señala que, así como el paciente llega a la primera sesión con fantasías sobre cómo será el analista, el analista también alberga en su mente una imagen en torno al paciente antes de incluso conocerlo y que aparecerán consciente e inconscientemente en la primera sesión. Por ejemplo, a partir del sonido de la voz del paciente por llamada, la fuente que lo refirió, la forma en que llegó referido a consulta, e incluso hasta las relaciones actuales con otros pacientes. Estos son elementos que influyen en los procesos transferenciales y contratransferenciales que deben mirarse y tenerse en cuenta para la comprensión del analizado.

Luego de abordar los momentos previos e iniciales al análisis, corresponde profundizar en aquellos elementos que son parte del ejercicio clínico en sí. Cuando se habla de *encuadre o setting analítico* se hace referencia tanto al encuadre físico (por ejemplo, la negociación del tiempo, la frecuencia de las sesiones, la tarifa, el ambiente, las cancelaciones, el rol del terapeuta,

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

etc.) como al encuadre interno del terapeuta. Si nos detenemos en el encuadre físico, específicamente en el tiempo, Lemma (2003a) enfatiza en lo importante que es que la duración pactada de la sesión se cumpla y no se modifique por la presión del paciente, ya que los límites del tiempo de la sesión pueden cobrar distintos significados dependiendo de la realidad interna del paciente y de las atribuciones culturales que tenga del tiempo. Por ejemplo, la autora comenta que un paciente podría interpretar la extensión del tiempo dentro de una sesión como una confirmación de que su terapeuta piensa que no puede arreglárselas por su cuenta, mientras que para otro paciente, al que le cuesta la intimidad, el cierre sería vivido como un alivio y la extensión como una invasión.

Respecto al encuadre interno del analista, como señala Labarthe (2012), se define como el espacio psíquico en la mente del analista que necesita construir para poder escucharse a sí mismo de manera analítica. En esa línea, el encuadre interno sería un área dentro de la mente del analista en la que el simbolismo, la fantasía, la transferencia y los significados inconscientes cobran sentido (Labarthe, 2012). Entonces, el encuadre interno protege a esa parte de la mente del analista y permite que lo que pasa en el análisis sea pensado desde una mirada psicoanalítica. La construcción de este tejido interno se da a partir del análisis personal, la formación teórica y clínica, la relación con supervisores y docentes, y las experiencias de formación (Labarthe, 2012). En función de lo planteado, se aprecia que establecer y mantener el encuadre físico e interno corresponde una labor crucial para el encuentro analítico.

Otra noción de la práctica psicoanalítica es la *actitud analítica* que el terapeuta debe construir en el transcurso de su experiencia formativa. La actitud analítica se concibe como el estado mental del psicoterapeuta en relación con el trabajo de análisis que conduce a adoptar una postura profesional, discreta, neutral y anónima (Lemma, 2003a). Para adoptar esta actitud

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

analítica es necesario poder mantenerse presente activamente durante la sesión lo cual implica escuchar ampliamente, recibir los contenidos afectivos emergentes, elaborar dichos contenidos y devolverlos en el momento oportuno (Ungar, s.f.). Es así que, por ejemplo, los momentos de silencio dentro de las sesiones son momentos de profunda conexión y elaboración de parte del analista (Ungar, s.f.).

Las nociones de *anonimato*, *abstinencia* y *neutralidad* que forman parte de la actitud analítica son aspectos importantes también en la técnica psicoanalítica. Freud (1912) introduce estos tres conceptos y, al respecto, aconseja que se debe evitar satisfacer los deseos del paciente, emitir juicios de valor y mostrar la individualidad. Estas reglas iniciales han regido por buen tiempo en la práctica psicoanalítica; sin embargo, algunos teóricos posteriormente los han cuestionado y, en algunos casos, reformulado. La regla más aceptada aún sería la *abstinencia* que plantea que el terapeuta no debe brindar gratificación a todos los deseos del paciente (por ejemplo, verlos fuera de horario o aceptar invitaciones de los pacientes), ya que esto podría afectar el proceso analítico y la autonomía del paciente (Codosero, 2011; Lemma, 2003a). Si bien la abstinencia implica privar al paciente de algo que desea, a su vez se convierte en una posibilidad de frustración que es crucial en el proceso analítico porque, a partir de ello, las defensas que emergen pueden ser trabajadas y el analista puede ayudar al paciente a entender sus conflictos (Lemma, 2003a).

Respecto al *anonimato*, Freud (1912) planteaba que el analista tiene que ser impenetrable como la luna de un espejo que devuelve solo lo que le es mostrado. La idea sería nuevamente promover la transferencia del paciente; sin embargo, esto se cuestiona al tratarse de una tarea difícil de alcanzar por completo, ya que el trabajo analítico implica una constante influencia mutua y recíproca (Codosero, 2011). Aunque el analista intente mantener el anonimato lo más

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

posible, los pacientes igualmente pueden recoger información del analista y sacar conclusiones de distintas fuentes, por ejemplo, a partir de la forma de ser, hablar, vestir, de la decoración del consultorio, etc. (Lemma, 2003a). Aun así, a partir de lo señalado por Lemma (2003a), es importante conservar el anonimato cuando sea necesario y evitar responder preguntas personales, ya que esto le podría quitar la posibilidad al paciente de comprenderse a sí mismo, fantasear y simbolizar.

En torno a la *neutralidad*, si bien se le pide al analista responder imparcialmente al paciente, sin sesgos o prejuicios, en la práctica clínica esto sucede distinto debido a que las intervenciones del analista pueden –sin darse cuenta– persuadir, orientar, sugerir y premiar al paciente (Lemma, 2003a). Distintos autores consideran que no hay intervenciones neutrales, que las intervenciones de alguna manera están dirigidas a un objetivo y que suponer que se puede alcanzar una objetividad absoluta por parte del analista puede resultar ingenuo (Greenberg, 1996 en Lemma, 2003a). Es así que, Coderch (2010 en Codosero, 2011) refiere que la neutralidad también es entendida como aquella que reside dentro de la mente del analista y no en el espacio relacional con el paciente.

Dentro de los conceptos claves de la técnica psicoanalítica también se encuentra la *relación terapéutica*. Goldfried y Dávila (2005) sostienen que debe darse un interjuego entre la técnica y la relación de la diada terapéutica, ya que hay técnicas que solo logran efectividad – porque reducen síntomas o son bien recibidas por el paciente– cuando se dan en un contexto de relación terapéutica estable o cuando se ha establecido tempranamente una alianza terapéutica. Además, la relación terapéutica en el trabajo analítico es diferente a cualquier otra relación que el paciente pueda tener y construir en su vida (Ogden, 1992). Así, lejos de brindar consejos y ayuda práctica, lo que se busca desde el psicoanálisis es escuchar e interpretar los diversos significados

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

que pueden surgir a partir de las narrativas del paciente (Lemma, 2003a). De este modo, el espacio analítico le permite al paciente pensar, sentir y vivir (Ogden, 1992). Asimismo, Ogden (1992) señala que el espacio analítico es individual para cada par analítico, ya que el vínculo que entabla el analista con cada uno de sus pacientes es único y particular. En esa línea, el autor refiere que el analista atraviesa por un fenómeno dinámico en el que cambia internamente luego de cada experiencia de análisis lo cual se evidencia en la forma en que conduce sus intervenciones.

Respecto a la experiencia del paciente en sesión, Ogden (1992) señala que el paciente puede articular su historia de dos formas: desde lo que manifiesta (simbolizado conscientemente) y desde la relación transferencial-contratransferencial (que es vivida inconscientemente). En la primera forma, el paciente trae, en sus propios términos, las relaciones interpersonales y dinámicas que maneje en su vida. Resulta importante que el terapeuta evite hacer una recopilación de datos a partir de una agenda propia y, más bien, se permita al paciente traer libremente a sesión todo lo que necesita decir en el momento en que prefiera (Freud, 1912; Ogden, 1992). Si es que se percibe que hay algún tema del cual ha evitado hablar, se le puede preguntar en el momento oportuno señalándole la resistencia (Ogden, 1992). En la segunda forma, el paciente transmite contenidos de su pasado y patrones relacionales mediante la forma en que interactúa con el terapeuta, esto corresponde a la experiencia transferencial-contratransferencial (Ogden, 1992).

La *transferencia*, un concepto fundamental en la técnica psicoanalítica, es planteada como la forma en que el paciente organiza su experiencia relacional en el encuentro con su terapeuta a partir de aspectos pasados y nuevos de su vida (Gabbard, 2004; Laplanche & Pontalis, 1967; Lemma, 2003c). De igual manera, el analista debe atender también las ansiedades

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

contratransferenciales iniciales porque no hacerlo podría dificultar luego pensar o interpretar la transferencia del paciente oportunamente (Ogden, 1992). Sumado a esto, se debe tomar en cuenta que los factores socioculturales influyen en la relación paciente-terapeuta y, por eso, se debe considerar las transferencias y contratransferencias que surjan en torno a ello (Lemma, 2003b).

Se puede apreciar que, a diferencia de otras corrientes psicoterapéuticas, la técnica psicoanalítica no apunta a seguir una estructura fija y parametrada, sino más bien a dejarse sorprender y atrapar por los eventos que ocurren entre paciente-terapeuta (Gabbard & Ogden, 2009). Sin embargo, hay algo que el psicoanálisis busca alcanzar en el analizando que es la capacidad para mirarse y pensar por sí mismo. Ogden (1992) señala que el analista debe invitar al paciente a pensar el significado de sus experiencias, a cuestionar lo que consideraba como familiar y conocido y a brindar una significación distinta y nueva. Entonces, el espacio analítico debe crear las circunstancias para que el/la paciente pueda narrar su historia desde su propia voz (Ogden, 1992). Ogden (1992) señala que la estructura defensiva en la que el paciente ha estado funcionando hasta el momento se flexibiliza y cambia, lo cual le permite experimentar inconscientemente que es posible vivir distinto a lo que ha vivido y hacer cambios en su mundo interno. Así, el paciente desarrolla una actitud de observar y pensar por su cuenta la propia relación transferencial (Ungar, s.f.). Este aspecto se encuentra también en la formación psicoanalítica, ya que el final de un análisis, autoanálisis o supervisión no se da cuando se resuelve el conflicto, sino cuando el/la analista logra pensar y soñar por sí mismo (Gabbard & Ogden, 2009).

Análisis Clínico

A continuación se presentará el análisis de caso de una consultante sobre la base del esquema de análisis clínico propuesto por Lemma (2003b). El presente caso clínico corresponde a Mariana¹, una joven de diecinueve años que llega a consulta debido a un convenio entre su centro de estudios y la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Mariana es la menor de cuatro hermanos y sus padres trabajan en actividades relacionadas a la ganadería y venta de productos en el mercado. Actualmente, vive junto con sus papás y su hermano mayor (30 años), su otro hermano (22 años) vive por su cuenta, así como también su hermana (26 años) que vive en provincia con su familia. Al momento de la intervención, Mariana se encontraba estudiando una carrera técnica en administración y trabajando en horario de noche-madrugada en el área de almacenes de un centro comercial de Lima Metropolitana.

La consultante refiere haber sentido ansiedad, decaimiento, tristeza y desmotivación a finales del año pasado debido a una ruptura amorosa. Si bien en la actualidad se siente mejor, esta experiencia le generó malestar en esa época por lo que le pareció oportuno tener un espacio para conversarlo y recibir consejos. Así, decidió inscribirse y acceder a cinco sesiones virtuales gratuitas de acompañamiento psicológico. A pesar de los olvidos, postergaciones y cancelaciones, se cumplieron las cinco sesiones planteadas. Sin embargo, en el transcurso del proceso, la frecuencia de las sesiones pasó de dos veces por semana a una vez por semana.

Mariana atribuía que las sensaciones displacenteras del año pasado se relacionaban con un evento que le sucedió hace unos meses y que involucraba a su madre, tal y como se aprecia en la siguiente viñeta:

¹ Los datos personales de la consultante han sido reemplazados para salvaguardar su identidad

M: *Mmm pasó un problemón que involucraba a mi mamá también, entonces, por eso ya no podía estar con esa persona [expareja], [...] es que... asu... es un problemón (sonríe)... mmm a ella [su mamá] le contaron algo de mí, le dijeron que yo había hecho algo... [...] Uf muchas cosas, así... cosas que no pues, que yo hice...*

Esta es la única información que compartió en la primera sesión y, en adelante, se refirió a este evento como *el problemón*. La curiosidad que me generaba el *problemón* al inicio del proceso reflejaba los movimientos contratransferenciales que se presentaban en mí y que se relacionaban con estar muy expectante y atenta a ella. Esto a su vez fue un elemento importante para entender más adelante el vínculo entre ambas. Luego de un par de sesiones, Mariana añadió que el año pasado la hermana de su pareja de ese entonces le contó “cosas malas” de ella a su madre quien se molestó tanto que decidió buscarla y confrontarla en la calle. Su pareja, que se encontraba en ese momento con ella, huyó del lugar y en ella recayeron los gritos, las llamadas de atención y los golpes de su madre.

A pesar de que nos acercamos al *problemón*, en el proceso no se llegó a hablar de qué trataba ese problema, es decir, a lo largo del proceso Mariana no profundizó en qué le habían contado exactamente a su madre que le había generado a ella tanto conflicto. Aun así, lo que se pudo apreciar es que este problema correspondía a un tema afectivo del que Mariana no podía hablar, pero que había dejado una marca en ella que aún la movilizaba y generaba malestar. Posiblemente, este hecho que Mariana no puede nombrar correspondería a uno de los motivos latentes por los que buscó ayuda psicológica. Como se aprecia en la siguiente viñeta:

L²: *Ya, pareciera que cuesta hablar de eso, ¿no?*

² L: Leslie

M³: *(ríe) no cuesta, solo que... ahhh es un problemón (sonriendo)*

L: *Ya, claro, quizás cuando dices así, cuando lo llamas así, ¿no? como “problemón” suena a que... o sea, yo me imagino que es algo muy grande que cuesta tocar, abordar, hablar... pero ¿por qué? ...pienso si es algo que es incómodo, que da vergüenza, no sé*

M: *No, vergüenza no, pero sí incomoda, o sea pasaron varias cosas... que hablarlo... asuu (nerviosa)*

L: *Ok, uhum... lo vamos a llamar el “problemón” por ahora. Pero digamos que es como que hablarlo implicaría mucho, o sea, ¿sería como abrir algo que es muy amplio de explicar?*

M: *¡Ajá! Sí*

De acuerdo con su funcionamiento psíquico, se evidencia que como mecanismo de defensa se encuentra activada la negación en Mariana debido a que ella sabía y conocía el problema, pero lo colocaba en un lugar en el que no se podía acceder. Así, la defensa cumple su cometido e impide el paso hacia la emoción porque acceder a las emociones asociadas al hecho le generaría una incomodidad que no puede tolerar y que no desea sentir frente a los demás. En esa línea, yo también podría representar para Mariana la mirada juzgadora de la gente, de su entorno, de su familia y, por ello, la defensa se levanta también en el espacio clínico. Además, a Mariana le costaba dar cuenta del suceso y cuando lo traía a sesión no lo hacía en bloque, sino en partes pequeñas que yo debía armar y encajar en su historia como si fuese un rompecabezas. Entonces, si bien Mariana logró hablar del conflicto en sesión porque lo conocía y sabía que algo pasaba, lo denominaba *problemón* evitando ahondar y tocar el tema en sí. A partir de lo

³ M: Mariana

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

mencionado, pareciera que aquello que nombró como *el problemón* abarcaba en realidad otras situaciones o eventos de su vida que le costaba nombrar y que no podía contar por completo.

Desde la percepción de Mariana, la imagen de su madre era la de una mujer impulsiva y desconfiada. Mariana percibía que su madre creía en lo que otros decían sobre ella lo cual la hacía sentir desacreditada y poco respaldada por su propia familia. Más allá del castigo físico, se puede apreciar que el dolor y la humillación que esta situación de enfrentamiento con su madre le produjo se relacionaba con el hecho de que su madre, en lugar de creerle a ella, le creía a los demás. Esto llevaría a pensar en cómo se establecen sus relaciones de objeto, ya que pareciera que sus vínculos se configuran en torno a la desconfianza: sus objetos no creen en ella (por ejemplo, sus padres no le creían cuando decía que llegaría a tiempo, su madre no la escuchó primero a ella cuando se enteró del *problemón*, así como yo tampoco le creía cuando me decía que se conectaría a tiempo a la sesión), mientras que ella tampoco confía en los otros (por ejemplo, solía mostrarse reservada, no conversó con su familia sobre su malestar y desconfiaba de su expareja).

Estas sensaciones de humillación y castigo también se dieron en otra situación con su familia. El año pasado, Mariana comenzó a salir a fiestas con sus amistades para distraerse del decaimiento que sentía y a llegar tarde de esas fiestas en repetidas ocasiones. En una oportunidad en la que llegó en la madrugada, sus papás y su hermano la esperaron despiertos para confrontarla. Mariana pensó que conversarían con ella; sin embargo, los reclamos, insultos y gritos del hermano se exacerbaron frente a lo cual ella respondió de igual manera. La discusión entre ambos concluyó con el padre propinándole una cachetada a Mariana quien, sorprendida y dolida porque su papá había apoyado a su hermano, se retiró a su habitación. Luego de este

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

incidente no volvieron a hablar del tema en su familia. Lo que Mariana sintió en esa ocasión se aprecia en la siguiente viñeta:

L: Debe haber sido difícil eso ¿no? Pudo haber sido doloroso que tu hermano te increpara así como me cuentas...

M: No, o sea a mí no me dolió que mi hermano me dijera algo, eso me molestó, me trató horrible... lo que me dolió más es que mi papá se metiera, se pusiera de su lado...

Así, en esta ocasión el dolor y sufrimiento de Mariana no se dio únicamente por la agresión física del padre, sino por la afiliación del padre con su hermano, es decir, lo que le generó dolor fue que su padre apoyara y defendiera al hermano en lugar de a ella (una situación similar a la narrada anteriormente con la mamá).

De esta manera, pareciera que Mariana espera recibir diálogo y comprensión por parte de su familia y sus objetos (esperaba que su padre la apoyara frente al hermano al igual que esperaba que la madre hablara con ella del *problemón*), pero obtiene algo distinto (humillación, vergüenza, agresión y soledad). Además, a pesar de las implicancias afectivas que estos eventos podrían traer, Mariana tiende a minimizarlos y a hacer como si no hubieran pasado. Por ejemplo, al señalar que no volvieron a hablar sobre la cachetada del padre o sobre la confrontación de su madre porque eran situaciones que sucedieron hace tiempo. Así, algunas de las intervenciones en el proceso clínico estuvieron enfocadas en que Mariana pudiese darse cuenta de la huella afectiva que los problemas le podían dejar y en que pudiera reconocer el malestar y dolor en torno a ello.

A propósito de este episodio en el que Mariana llega tarde a casa, se puede apreciar que hay otros espacios a los que tampoco llega a tiempo y se ausenta como lo es el espacio clínico. Como anteriormente se mencionó, las tardanzas, reprogramaciones y cancelaciones fueron parte de todo el proceso. En la primera sesión, Mariana se conectó tarde, específicamente, cuarenta

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

minutos después de iniciada la sesión. En la segunda, no se conectó porque estaba en el trabajo y se olvidó, entonces esa sesión fue reagendada para el siguiente día. Al día siguiente, Mariana cambió la hora, pero igualmente no se conectó. Se pasó nuevamente para el siguiente día, pero se conectó tarde. Para la tercera sesión, sucedió básicamente lo mismo: Mariana no se conectó a la sesión por lo que se reagendó para otro día, pero ese mismo día temprano comunicó que no iba a poder llegar, así que se reagendó para el día siguiente, pero se quedó dormida y tampoco se conectó.

Como se puede observar, a pesar de clarificar el encuadre en muchas ocasiones, esto seguía sucediendo. Por ello, fue necesario tener una conversación telefónica para saber si deseaba continuar con el proceso. Mariana se disculpó y explicó que las constantes reprogramaciones se debían a su ritmo y horario de trabajo. Además, expresó sus deseos de continuar y aseguró que para las siguientes veces llegaría a tiempo o avisaría con anticipación. Así, la sesión siguiente a esta llamada Mariana llegó veinte minutos tarde, mientras que la cuarta y la quinta las reprogramó, pero llegó a tiempo. En un principio, me despertó curiosidad y preocupación la cantidad de tardanzas y olvidos; sin embargo, esos sentimientos pronto se transformaron en frustración, angustia y molestia, ya que fue agotador lidiar y sostener sus ausencias a lo largo del proceso.

De esta manera, pareciera que Mariana no registraba el paso del tiempo o lo hacía a un ritmo diferente; mientras yo necesitaba orden y estructura, ella manejaba sus horarios de forma más relajada y a destiempo. Hay aspectos de esta situación que yo desconocía, por ejemplo, no sabía si las veces en que no se conectó, Mariana se sintió angustiada, preocupada, apurada o, al contrario, tranquila y despreocupada. Evidentemente, en los procesos clínicos es esperable que como clínicos nos encontremos con aspectos desconocidos y, por eso en este momento del

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

proceso, correspondía aprender a tolerar la incertidumbre y el no-saber. Sin embargo, a la vez, se podía observar que desde el inicio Mariana se hacía esperar, llegaba fuera del límite acordado y me dejaba expectante y deseando que llegue a la sesión. Entonces, el tener que esperarla y sentir frustración por ello sería una de las cualidades contratransferenciales del vínculo con ella.

Al pensar sobre qué mecanismos psíquicos estarían a la base de este *hacer esperar*, valdría la pena dirigir la mirada a las motivaciones de Mariana para ayudarse a sí misma, es decir, qué tanto deseaba permanecer en el proceso tomando en cuenta que era un servicio al que se inscribió gratuitamente. Así, las inasistencias parecían, por un lado, reflejar poco deseo de estar en sesión. Pero, al mismo tiempo, desde una mirada más enfocada en sus deseos inconscientes, se podría pensar que Mariana hacía esperar a los otros porque quizás también había esperado mucho en su vida. En otras palabras, ella ejercía una posición activa frente al malestar que pudo haber sentido en algún momento y, en lugar de ser quien esperaba pasivamente, era la que hacía esperar al otro. En esa línea, la frustración experimentada por mi lado brindaría atisbos de cómo ella podría también haberse sentido en situaciones en las que tuvo que esperar algo. Esto da pie a pensar sobre qué cosas Mariana podría haber esperado y no se dieron en su vida, en si habrá esperado que lleguen sus objetos y no lo hicieron, o en si se encuentra aún a la espera de algo. Asimismo, pareciera que por momentos habría un tema con sentirse deseada por el otro en el sentido de dejar al otro expectante de su llegada.

A partir de lo propuesto, se evidencia que la tendencia a *hacer esperar* al otro refleja la actualización en la transferencia de la forma de relacionarse con sus objetos. Por lo tanto, pareciera que Mariana me hacía esperar, así como también hacía esperar a sus padres. Si bien, al inicio del proceso, yo albergaba el deseo de no responder restrictiva y persecutoriamente como las figuras parentales, los constantes incumplimientos con las horas me condujeron a responder

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

de esa forma. Es así que, de la misma manera que sus padres, me preguntaba en dónde estaría y qué estaría haciendo en los momentos que no llegaba, la cuestionaba y confrontaba; mientras que ella probaba hasta dónde podía llegar con sus incumplimientos y cuánto más podría aguantar el objeto. Así, ella me colocó en ese lugar en el que debía cuestionarla y repetir el encuadre en varias ocasiones. Frente a esto Mariana podría haberse sentido perseguida, cuestionada e incómoda, así como posiblemente se siente cuando sus figuras parentales la cuestionan y reprenden. La interpretación que le devolví a Mariana sobre esta dinámica se puede apreciar en la siguiente viñeta:

L: [...] *Te estoy haciendo varias preguntas sobre tu trabajo y cómo manejas todos tus horarios... siento que como podrían también hacértelas tus papás*

M: (ríe) *Sí, sí, ellos también me preguntan bastante de cómo hago...*

L: *Claro, como que ahorita estoy un poco en ese rol de tus papás preguntando si comes, duermes, si vas a llegar o no, si estás bien...*

M: (sonríe)

L: *¿Y ellos qué piensan?*

M: *No les gusta que esté trabajando ahí, dicen que muy sacrificado porque les preocupa que sea de noche, que no es necesario así ... pero les digo que es algo productivo, es un trabajo... ya no los veo mucho ya, porque cuando llego, ellos ya se fueron [a trabajar]*

Esto conduce a pensar que el presente caso se encuentra claramente marcado por temas vinculares, ya que se configuró una matriz relacional entre ambas (psicóloga-consultante) caracterizada por cómo ella hacía sentir al otro y viceversa, y por cómo el espacio entre ambas partes se transformaba y, por momentos, se debilitaba el vínculo y la conexión. Entonces, como parte de este campo relacional, por un lado, yo estaba expectante de su llegada e intrigada por su

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

presencia agradable; y, por otro lado, ella estaba a destiempo constantemente y produciendo en mí frustración, desesperación, desconfianza y, por consiguiente, una devaluación de la impresión inicial que tenía de ella. De este modo, debido a lo cansado que era estar disponible para Mariana, hacia el final del proceso esperaba que llegara cada vez menos.

La cantidad de reprogramaciones y olvidos podría también estar relacionada a dificultades en sus capacidades temporo-espaciales. Se puede observar que en Mariana las nociones de tiempo y espacio parecían trastocadas lo cual podría indicar que en su pensamiento predominaba características de un procesamiento primario, es decir, aspectos más primitivos, desorganizados y tempranos del desarrollo. Esto podría explicar también cierta dificultad en su capacidad para procesar el paso del tiempo, recordar y mantener en la mente algo. Por ejemplo, Mariana pensaba que llevaba medio año trabajando y fue recién luego de pensar las fechas durante una de las sesiones que descubrió que había pasado un año en dicho trabajo. De este modo, Mariana en muchas ocasiones parecía no registrar las cosas que le acontecían dando la impresión de que vivía en modo automático. A partir de esto surge la duda de si esta es la forma en que ha encontrado para vivir y sobrellevar algunos recuerdos displacenteros. Este modo automatizado en el que parecía vivir se podría observar en el ritmo de vida que manejaba debido a sus jornadas laborales.

El horario de trabajo de Mariana era de lunes a sábado e iniciaba en la tarde y terminaba al día siguiente en la mañana. Ella recibía el pago de este trabajo semanalmente por cada día que asistía. Por lo tanto, dormía al llegar a casa en las mañanas y se alistaba en las tardes para poder ir nuevamente a su trabajo. Sumado a esto, algunos días de la semana asistía a sus clases virtuales en las mañanas. Si bien buscó trabajo desde que salió del colegio (trabajó en un restaurante por tres meses antes del actual trabajo), ella manifestó que la decisión de mantenerse

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

inicialmente en este trabajo se relacionaba al deseo de distraerse del malestar que sentía por la ruptura amorosa. Así, pareciera que su trabajo representó un escape y refugio de experiencias movilizantes. De este modo, el estado de saturación y cansancio en el que se encontraba Mariana, entre el trabajo y los estudios, podría explicar las dificultades que tenía para poder manejar sus horarios. En esa línea, se entendería también la dificultad que mostraba para simbolizar, pensar y reflexionar, ya que parecía no haber espacio para crear mente, como si estuviera en un estado muy primitivo de su vida emocional y física, sin tiempo ni energía para procesar sus experiencias. Así, su cuerpo parecía estar acostumbrado a la sobrexigencia y a no descansar.

Sin embargo, a pesar de que su trabajo representaba mucho cansancio, horarios invertidos y, al parecer, un escape y refugio, Mariana encontraba también disfrute, goce e independencia económica en su espacio laboral. Ella se sentía cómoda, le animaba encontrarse con sus colegas de trabajo, se adaptaba a sus nuevos horarios de comida y sueño y, a pesar de que este ritmo de vida implicaba restricciones que antes no tenía, parecía disfrutarlo. De este modo, su espacio de trabajo se configuraba como un mundo invertido que funcionaba al contrario del horario habitual: cuando todos dormían, ella estaba despierta encargándose de embalar y empaquetar los pedidos. Además, con este trabajo Mariana consiguió no solo una independencia económica, sino también una separación de sus padres, ya que ese dinero le permitía atender sus necesidades personales, por ejemplo, el viaje que hizo a provincia para visitar a su hermana cuando se sintió mal. Pese al disfrute e independencia alcanzada, surge la pregunta de qué tan seguro y confiable sería este espacio para Mariana, tomando en cuenta que aún es joven para manejar un ritmo laboral tan exigente, de madrugada y con poca supervisión.

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

A partir de lo planteado se puede apreciar que, en cuanto al despliegue defensivo, en Mariana hay una tendencia a escapar, evadir, huir del malestar y el conflicto, ya que este no se resuelve enfrentándolo directamente, sino alejándose. Por ejemplo, salir a fiestas en las noches y llegar tarde a casa, encontrar un trabajo que la mantenga lo suficientemente ocupada y cansada como para no estar en casa o cruzarse con sus padres, viajar y buscar el refugio de su hermana al sentirse mal. De esta manera, pareciera que Mariana suele huir de las situaciones que le generan malestar y evitar hablar de los problemas. Además, teniendo en cuenta su búsqueda laboral, pareciera que desde muy temprano hubo un deseo de salir de su espacio familiar y, posiblemente, de evadir a sus padres.

Respecto a este entorno familiar, la hermana de Mariana se mudó a provincia cuando ella era una niña y su partida pareciera haber significado una pérdida valiosa que le dejó una sensación de soledad. Frente a la mudanza de su hermana, Mariana señala:

M: Mmm sí... menos creo, 12, yo era menor cuando mi hermana me dejó

L: Uhum, te dejó... cuando eras pequeña... asu, ¿cómo habrá sido eso Mariana? porque por lo que veo sí eres cercana a ella

M: Sí pues... justo en esa época había muchos problemas en mi casa

L: ¿De qué tipo?

M: Había problemas de todo (sonríe), entre mis hermanos, entre mis papás también, y yo la pasaba mal recuerdo

L: Eras pequeña también, habrá sido difícil entender que tu hermana se estaba yendo y que ese lugar seguro, de repente, se estaba yendo con ella

[...]

M: Sí pues, sí me chocó cuando mi hermana se fue

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Sobre la base de esto, se podría señalar que Mariana tiende a salir en búsqueda de otros espacios que le den seguridad y contención. Así, posiblemente, en su trabajo encontraría algo similar de lo que recibe cuando está con su hermana – como escucha y comprensión– y que le faltaría en su entorno familiar al que percibe como desunido y distante. Tal y como se aprecia a continuación:

L: *Te habrás sentido sola, qué difícil siendo tan chiquita te hayas podido sentir sola, como que se van, te dejan un poco*

N: *Sí, ella [su hermana] se fue cuando yo era menor todavía, entonces en mi casa nunca hemos sido como cercanos, no soy cercana a mis hermanos, ¿no? [...] tenemos diferentes maneras de ser, o sea no conversamos mucho, ni andamos juntos, tampoco es como que nos preguntamos [...] o sea, ya me acostumbré también a que no somos así, tampoco lo busco*

L: *Te acostumbras al-*

N: *A esa desunión*

En ese sentido, la tendencia a evadir de Mariana podría ser vista también como un impulso o deseo de salir adelante lo cual evidencia los recursos internos con los que cuenta. Por lo tanto, existe una fuerza interna o pulsión de vida que la conduce a esforzarse, trabajar e independizarse. Esto se encuentra relacionado con la búsqueda de ayuda psicológica, ya que pareciera que, a pesar de mostrarse y describirse como alguien reservada (por ejemplo, cuando señala “o sea, se daban cuenta [de que estaba mal], pero no lo hablaba con ellos. Yo no suelo compartir mis cosas así normalmente”), una parte de ella se da la posibilidad de hablar con alguien que no conoce, reconoce en sí misma que algo le sucede y busca consejos y soporte. Si

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

bien muestra dificultad para nombrar las cosas, se ausenta y se siente abrumada, pareciera que Mariana está siendo capaz de agenciarse de espacios que la revitalicen, reconforten y ayuden.

Por último, un elemento importante observado en el proceso clínico es que pareciera que la capacidad analítica, crítica y reflexiva del pensamiento no estaría desarrollada en Mariana. A lo largo del proceso podía evidenciarse que Mariana no solía dar valoraciones de sus objetos ni de sus experiencias de vida en general y, más bien, solía narrar los hechos que le acontecían manteniéndose en la superficie sin profundizar en la experiencia afectiva. Así, Mariana tenía dificultades para dar cuenta de su experiencia afectiva de modo que mis intervenciones fueron dirigidas a darle sentido a sus experiencias, a asociar sensaciones y afectos, brindarle ejemplos, alternativas, metáforas y ensoñaciones; para que luego ella comience por su cuenta a metabolizar y producir sus propias ensoñaciones. Por ejemplo, cuando le decía *“pienso que funcionas o estás como el reloj, pero al revés, cuando todos empezamos el día, tú lo estás terminando”* o *“[en su trabajo] están como detrás del telón”*. Es decir, se buscó ayudarle a construir un aparato psíquico más sofisticado o, al menos, iniciar con este proceso. No obstante, las respuestas monosilábicas, el escaso desarrollo en sus respuestas y la poca profundidad en la comprensión de sus experiencias, dificultaba por momentos el diálogo y el intercambio entre ambas. De este modo, en ocasiones me encontraba a mí misma intentando rellenar los vacíos de sus respuestas, atribuyendo contenidos que aún no había dicho y, posiblemente, atiborrándola de información. Por ejemplo, en la siguiente viñeta se observa que, cuando le pregunto acerca de la carga laboral que experimentó en su anterior trabajo, yo le brindo la respuesta de antemano y ella la acepta sin elaborar una propia:

M: *Un mes nada más porque [el trabajo previo] muy cansado era y luego ya entré a este*

L: *¿Era más cansado que el que estás ahora? ¿O cómo lo sentiste?*

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

M: *Sí, más*

L: *Será porque tenías que atender a clientes, en este trabajo es otra dinámica distinta también me imagino, no es que tienes que estar atendiendo*

M: *Uhum... es distinto, claro el otro es más atención al público*

A pesar de esto, parecía que por momentos las intervenciones la llevaban a Mariana a comenzar a generar pequeños insights. Esto demostraba un nivel inicial de conexión entre los hechos y los afectos lo que, a su vez, parecía tener un efecto en la forma en que ella iba entendiendo sus experiencias. Tal y como se aprecia a continuación:

L: *Pienso en cómo, no sé si es coincidencia o no, pero has encontrado un trabajo, una actividad, que también te mantiene fuera en las noches y madrugadas*

M: *(se sonríe)*

L: *claro que para algo, como tú dices, productivo... pienso si con una actividad así tus papás ya no tendrían que llamarte la atención como esa vez que me comentaste de tu papá*

M: *Uhum... (se queda pensando)*

L: *¿No? O sea, es como si hubieras encontrado la forma de despejarte y salir también de noche, pero como que a algo “permitido”*

M: *Sí*

Al tratarse de un proceso corto, en el proceso clínico con Mariana, se buscaba principalmente generar las ganas de dirigir la mirada hacia sí misma, que surja el deseo y la curiosidad por explorarse y entenderse. Es así que mi rol era facilitarle ese camino, brindarle formas diferentes de explicación a lo que le sucedía y sentía, y que pudiese tomar esas formas, amoldarlas a su propia manera y descubrir por su cuenta otras asociaciones. Se podría decir que

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

en este proceso se fueron dejando los primeros cimientos para más adelante, quizás en un proceso prolongado, alcanzar esto progresivamente. La tendencia a huir y evadir podría también abordarse en un espacio más prolongado y trabajar en que esta no sea la única forma de lidiar con los problemas y dificultades. Además, un logro del proceso fue que Mariana pudo clarificar y verbalizar algunos afectos. Si bien no explicitó el *problemón*, fue capaz de hablar de este y otras situaciones más, quizás hasta sentir alivio de haber confiado, compartido y haber recibido del otro lado escucha y comprensión.



Discusión

Tanto el paciente como el analista están a punto de entrar en un drama interpersonal para el que ya se han escrito muchos guiones [...], sin embargo, para que el trabajo sea productivo, un drama nunca antes imaginado por ninguno de los dos tendrá que ser creado
– Thomas Ogden (1992, p. 227)

En esta sección, se plantea un diálogo entre los aspectos teóricos revisados y el material clínico de Mariana. A partir de esto, se busca llegar a distintas formas de comprender el funcionamiento interno de la consultante, las vicisitudes en el vínculo y también los movimientos internos que fueron parte de mi formación como clínica psicoanalítica.

El presente trabajo lleva como título las palabras *desencuentros* y *enigmas* que corresponden a dos nociones que capturan la esencia del proceso clínico de Mariana y que le dan sentido a la experiencia clínica. Por un lado, la noción de *(des)encuentro* engloba la sensación constante de encuentros y desencuentros a lo largo del proceso. Esta sensación surge a partir de situaciones de desconexión, pausas y rupturas que estuvieron acompañadas, a la vez, de otros momentos de cercanía y re-conexión. Debido a estas constantes inasistencias de parte de Mariana, entró en cuestionamiento sus motivaciones para asistir y buscar ayuda. Tomando en cuenta que la motivación es un elemento crucial para considerar dentro del proceso analítico (Lemma, 2003b), si Mariana no deseaba mantenerse en el proceso, podría haber sido más oportuno cancelarlo. Sin embargo, Mariana manifestó que deseaba mantenerse en el proceso, pero que su ritmo laboral y de sueño se lo dificultaba. Así, a pesar de que parecía contar con la motivación y las ganas de estar en un espacio de acompañamiento, aún quedaba la interrogante de qué podría estar sucediendo para que haya estos desencuentros constantes.

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Como anteriormente se planteó, la forma de vincularse de Mariana durante el proceso clínico evidenciaba el patrón relacional que mantenía con otros seres significativos de su vida. Según lo planteado por Stern (2009), la transferencia sería la selección rígida dentro de las posibilidades que tiene el individuo de interactuar con otros, siendo una de esas posibilidades la que se actualiza inconscientemente en el vínculo paciente-terapeuta. Por lo tanto, sería valioso comprender que la tendencia de Mariana de hacer esperar –generando frustración en el otro– hablaría más bien de la forma en que podría vincularse con los demás y de lo que busca o desea inconscientemente del otro. Además, para que se haya podido dar estos movimientos transferenciales-contratransferenciales en el encuentro analítico es indispensable que, como clínica, me deje colocar también en ese lugar. Esto puede ser porque, según lo planteado teóricamente, mantener una actitud de abstinencia, anonimato y neutralidad facilita la transferencia del paciente lo que implica que pueda depositar en el terapeuta aspectos propios y develar conflictos.

Sin embargo, habría que especificar que estos mandatos han sido reformulados actualmente por lo que la técnica psicoanalítica contemporánea, lejos de demandar calma, imparcialidad, poca participación o gratificación de parte del terapeuta, busca espontaneidad, autenticidad e interacción (Mitchell, 1997). En ese sentido, los aspectos propios del terapeuta también están involucrados y ocupan un lugar importante dentro de la dinámica. Así, la respuesta contratransferencial generada en el trabajo clínico se convierte en una señal que no debe ser ignorada o considerada como distorsión (Stern, 2009), sino más bien mirada y comprendida dentro del contexto analítico. Por lo tanto, si bien las respuestas y sensaciones experimentadas durante el proceso clínico podrían responder en cierta medida a aspectos personales (que como

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

psicóloga clínica debo mirar y atender en mis propios espacios formativos), a su vez contribuyen a una mirada profunda del funcionamiento relacional de Mariana.

Por otro lado, la noción de *enigma* en este caso aparece en distintos momentos del proceso en los que algo quedaba oculto, incógnito o lejos de lo evidente. Este carácter enigmático es parte de cualquier proceso analítico, ya que estar en análisis implica lidiar con la incertidumbre y la duda constante (Gabbard & Ogden, 2009). Si bien tanto paciente como analista construyen una imagen fantaseada del otro a partir de elementos adicionales como la voz o la mensajería instantánea (en este caso, la foto de perfil, los emoticones, la forma de escribir por texto, etc.), esas fantasías se construyen igualmente sobre la premisa de no conocer por completo al otro. Sin embargo, en el caso de Mariana, esta sensación de ocultamiento era notoria y no solo correspondía a lo enigmático que puede ser un proceso analítico en sí.

Una de las fuentes de mayor incógnita provenía de las ausencias y tardanzas. Estas rupturas en el proceso, que representaban un desencuentro entre ambas como anteriormente se planteó, también generaban dudas. En muchas ocasiones del proceso sentí curiosidad de qué podría haber sucedido para que Mariana no llegara a sesión. De esta manera, Mariana era un enigma en muchos sentidos. Gabbard y Ogden (2009) señalan que, al pedir ayuda a un consultor, el analista deposita todo lo que no sabe, su duda, ansiedad, vergüenza, culpa, puntos ciegos, envidia, terror, etc. Es así que poder contar con un espacio de supervisión clínica me permitió depositar la curiosidad, angustia y frustración que esta situación generaba en mí y lidiar con el desconocimiento que acompañaría al proceso en adelante. Tal y como menciona Ogden (1992), aprendemos más cuando reconocemos que sabemos menos. A partir de esto, se pudo hallar un sentido y significado a las ausencias de Mariana y entender que, como se planteó previamente,

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

en la relación terapéutica estaba sucediendo algo similar a lo que sucedía con sus figuras parentales.

Esta sensación enigmática dentro del proceso se relaciona también con el ocultamiento en torno a su conflictiva. Como se mencionó previamente, Mariana abordó las circunstancias alrededor del problema que la trajo a sesión, incluso expresó algunos afectos; sin embargo, las circunstancias exactas del conflicto (lo que dijeron de ella que le generó problemas) no las pudo verbalizar. En función de esto, se plantea que la negación estaría funcionando como una defensa. Las defensas son entendidas como las formas en que las personas pueden excluir información o cambiar el significado de las experiencias afectivas que resultan dolorosas o amenazantes (Lemma, 2003d). En esa línea, las defensas son necesarias para el desarrollo psíquico porque permiten sobrevivir en situaciones o experiencias tempranas difíciles (Lemma, 2003d). Además, le permiten al individuo evitar algún sentimiento que sea poderoso, amenazante y desorganizador (por ejemplo, ansiedad, dolor, vergüenza, envidia, entre otros) y salvaguardar su valía (McWilliams, 2011).

De este modo, como señala Lemma (2003d) respecto a la negación, un individuo puede no aceptar sentimientos de vulnerabilidad y dolor en situaciones en las que siente que no puede permitirse mostrarlos. En ese sentido, Mariana podría estar pendiente también de cómo su entorno la percibiría si comparte, por ejemplo, lo que dijeron de ella. Así, en la negación, la forma de manejar situaciones displacenteras es ocultar que sucedieron (McWilliams, 2011). Por ello, en el presente caso, Mariana conoce las circunstancias que la conflictuaron y lo que dijeron sobre ella, pero al no nombrarlo es como si no existiera en su mente. Esto se evidencia no solo cuando Mariana evita nombrar dicha situación, sino también cuando les resta importancia a

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

situaciones pasadas (familiares y personales) en las que se sintió sola y desacreditada retomando el poder y control de la situación.

Así, el *problemón*, como lo denominaba Mariana, pronto se convirtió en un enigma más dentro del proceso. Entonces, el evitar hablar de algo podría representar una resistencia de parte de Mariana a conectar con ciertas sensaciones y afectos. En torno a esto, Ogden (1992, p. 244), señala que la información detrás de la resistencia pasa a un segundo plano cuando lo importante es identificar lo que el paciente teme que suceda si comparte algo de su mundo interno y distinguir las maneras que tiene de protegerse contra eso. En esa misma línea, las defensas no solo serían una señal de resistencia, sino también un reflejo de la forma de afrontar y lidiar con su mundo interno (Lemma, 2003d). Así, lo importante de la conflictiva de Mariana no era necesariamente descubrir qué era aquello que no podía contar, sino el nivel de angustia y malestar que eso le podría generar y que la conducía a no poder verbalizar ese tema y a evitar y huir a otros espacios. Si como psicóloga clínica hubiera seguido en el camino de únicamente develar lo oculto, el abordaje podría haber estado enfocado en resolver el conflicto más que en permitir que Mariana conecte afectivamente por su cuenta. En el caso de un enfoque psicoanalítico más prolongado, el objetivo sería flexibilizar las maneras de relacionarse con los demás y que Mariana pueda encontrar otras formas de expresarse y otras posibilidades de relacionarse que no sean únicamente mediante la evasión.

Hay aspectos cruciales de la técnica psicoanalítica que reconozco que aún representan un desafío en mi formación y que se relacionan con la manera en que formulo mis intervenciones y reajusto mi presencia en el proceso clínico. A lo largo del proceso, Mariana solía emitir respuestas breves y puntuales, no elaboraba y le costaba traer contenidos. Frente a esto, comencé también a hacer preguntas generales o puntuales que no profundizaban en lo que ella realmente

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

sentía ni en lo que realmente estaba diciendo. Por ejemplo, cuando ella comentaba la cantidad de veces que había regresado con su expareja, mis preguntas parecían recoger información de esa situación y no brindar algo para pensar. Quizás en esa ocasión, como clínica, pude formular diferente las intervenciones de modo que Mariana pudiese pensar en, por ejemplo, qué era lo que la hizo regresar a ese lugar donde sintió malestar y dolor. A partir de esto, se puede apreciar que construir una actitud analítica implica poder escuchar con amplitud lo que realmente quiere decir el otro, conectar con eso y devolverle ideas que trastoen o interpelen al individuo.

Entonces, al notar que estaba haciendo esto, comencé a reformular y afinar mis intervenciones con la intención de devolver algo más conectado a sus vivencias. Sin embargo, el deseo por brindar intervenciones que ayuden a Mariana a verbalizar, expresar y profundizar en su experiencia, me llevó a querer devolverle mucho contenido. Posiblemente, este movimiento contratransferencial podría responder a la angustia que comencé a sentir hacia el final del proceso en torno a querer ayudarla y que genere autodescubrimientos. De este modo, pareciera que quería darle todas las piezas del rompecabezas, cuando en realidad lo que ella necesitaba eran solo pistas. Así, este temor, que Ogden (1992) menciona en torno a decepcionar las expectativas y esperanzas del paciente, podría haber alimentado mi necesidad de nutrirla y brindarle cada vez más.

Etchegoyen (1991 en Lemma, 2003a) sostiene que la satisfacción inmediata priva al paciente de poder simbolizar y comprenderse a sí mismo. Es así que, si bien podrían haber sido interpretaciones develadoras y pudieron brindarle la posibilidad de mentalizar y simbolizar, dejaron a Mariana en una posición receptiva y poco agente de sus propios descubrimientos. En esa línea, tomando en cuenta que de por sí le costaba traer contenidos y profundizar en ellos, la actitud adoptada por mi parte hacia el final del proceso pudo fomentar que ella permaneciera en

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

esa posición y aceptara las respuestas o interpretaciones que le brindaba sin cuestionamiento ni elaboración. Zeddies (1999) también menciona sobre el riesgo que hay de imponer los propios significados en el proceso, ya que esto puede dificultar el proceso del paciente de encontrar los suyos por su cuenta. Así, la dificultad para abstener y postergar el deseo de darle explicaciones me condujo como clínica a embutir de contenidos y asociaciones a Mariana. Aunque se podría decir que, al final del proceso, Mariana pudo comenzar a mirarse y a reconocer afectos, pareciera que brindarle las respuestas o devolver mucho contenido pudo influir en su propio proceso de encontrarlas y elaborarlas. Esto muestra que tolerar la espera, los silencios y privar de gratificaciones inmediatas al paciente contribuyen considerablemente en el desarrollo psíquico del paciente.

Lo mencionado hasta el momento conduce a reflexionar sobre las preocupaciones experimentadas como parte de mi formación como clínica psicoanalítica. Gabbard y Ogden (2009) invitan a los terapeutas a encontrar la propia voz y manera de hablar con los pacientes. Así, los autores señalan que tener en cuenta las voces de los docentes, supervisores y psicoterapeutas puede brindar una línea base para comenzar a descubrir una propia manera de estar con los pacientes, pero sin ceñirse tajante y exclusivamente a esas voces con las que uno se ha formado. Al inicio, y posiblemente a lo largo de la formación, suele generar preocupación el deseo de ser originales y auténticos, o alinearse a una escuela psicoanalítica, o contar con la capacidad de improvisar y conectar con los pacientes (Gabbard & Ogden, 2009). Estas son algunas de las preocupaciones que aún albergan mi mente; sin embargo, tal y como señalan los autores, cada uno desarrolla un modelo único de ser terapeuta, se alinea a los marcos teóricos que más coincidan con la propia subjetividad y descubre la forma particular de hablar e interactuar con los pacientes.

Así, durante el proceso clínico con Mariana, he comenzado a descubrir también mi propia manera de estar en sesión y a escuchar mi voz dentro del proceso, por ejemplo, comencé a pensar acerca de cómo intervengo, qué palabras utilizo o cómo formulo lo que quiero decir. De este modo, entender que la formación en un enfoque psicoanalítico implica esperar, tolerar la incertidumbre, arriesgar y descubrirme a mí misma me incentiva, entusiasma y, a la vez, me angustia. Sin embargo, ahora entiendo que el temor, las dudas y preocupaciones también son parte del proceso lo cual puede ser reconfortante de muchas maneras.

Finalmente, Gabbard y Ogden (2009) sostienen que para pensar y soñar la experiencia es necesario periodos de asilamiento, pero también la presencia de otros que permitan hacer pensable lo impensable. En esa línea, los autores señalan que la escritura de material psicoanalítico corresponde una actividad de contemplación solitaria que conduce a creaciones importantes. De esta manera, la posibilidad de elaborar el presente trabajo, a partir de las impresiones, experiencias y ensoñaciones construidas en el espacio de supervisión, me ha permitido descubrir, crear y reflexionar sobre ideas que se encontraban posiblemente dispersas en mi mente, pero que al plasmarlas por escrito y dialogarlas con alguien más en supervisión han cobrado un sentido diferente y único. Así, considero que esto es un reflejo de lo que implica realmente hacer psicoanálisis y pensar de manera analítica.

Referencias

- Codosero, A. (2011). La práctica de la psicoterapia relacional (libro de Joan Coderch). *Aperturas psicoanalíticas*, N° 038.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas* (Tomo 12). Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G. (2004). Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text. American Psychiatry Publishing Inc.
- Gabbard, Glen O. & Ogden, Thomas, O. (2009). On becoming a psychoanalyst. En: *International Journal of Psychoanalysis*, 90: 311-327.
- Goldfried, M. & Dávila, J. (2005) The role of Relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (4), 421–430.
- Labarthe, C. (2012). El encuadre interno del analista. *Revista Psicoanálisis*, 10, 89-104.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Lemma, A. (2003a). The analytic setting and the analytic attitude. *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (94-130). Wiley.
- Lemma, A. (2003b). Assessment and Formulation. *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (131-172). Wiley.
- Lemma, A. (2003c). Transference and Countertransference. *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (230-273). Wiley.
- Lemma, A. (2003d). Defenses and resistance. *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (200-229). Wiley.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una integración*. Editorial Siglo XXI.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis (Cap. 1)*. Routledge.

(DES)ENCUENTROS Y ENIGMAS: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Ogden, T. (1992). Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting. *Psychoanalytic Inquiry* ,12, 225-247.

Stern, D. (2009). The Embodiment of Meaning in Relatedness. *Partners in Thought. Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment* (1-25). Routledge.

Williams, N. (2011). Primary Defensiva Processes. En *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process* (88-106). The Guilford Press.

Zeddies, T. (1999). Becoming a Psychoterapist. The personal nature of clinical work, emotional availability and personal allegiances. *University of Texas*, 36 (3), 229 – 235.

