

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
CARRERA DE PSICOLOGIA**

**“Características del fenómeno contratransferencial en casos
De automutilación superficial en adolescentes”**

Profesora guía: Daniella Mirone

Profesor Metodólogo: Raúl Zarzuri

Profesor Informante: Francisco Jeanerette

Alumna: Paola Jacqueline Flores Doñas

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Diciembre 2008

Agradecimientos

A Dios por darme la fortaleza necesaria para perseguir y alcanzar mis sueños.

A mis padres que a pesar de sus propias vicisitudes lograron ponerme de pie frente a la vida y frente a esta carrera.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron en la realización de esta tesis.

A mi pequeño bebe que sobre todo en los primeros meses de vida tenia que esperar que su mamá llegara de clases para crecer juntos.

INDICE

Introducción.....	5
1. Planteamiento del Problema.....	8
2. Antecedentes.....	10
3. Formulación del problema y Pregunta de investigación.....	22
4. Aportes y Relevancias.....	24
5. Objetivos General y Específicos.....	26
Marco Teórico	
6. Conceptos Fundamentales.....	27
6.1 Transferencia.....	27
6.2 Contratransferencia.....	39
6.2.1 La situación analítica como lugar en donde se despliega la Contratransferencia.....	45
6.2.2 Mecanismos de Introyección, Proyección e Identificación Proyectiva y Contratransferencia.....	50
6.3 Efectos de la Transferencia / Contratransferencia en los procesos Terapéuticos.....	56
6.4 Elaboración de Contratransferencia (Recordar, repetir y reelaborar).....	61
7. Cuerpo.....	67
7.1 Cuerpo y Transferencia/Contratransferencia.....	70
8. Adolescencia.....	76
8.1 Características de la Adolescencia.....	78
8.2 Fases de la Adolescencia.....	80
8.3 Adolescencia, Cuerpo y Procesos psicológicos.....	84
8.4 Adolescencia y los Procesos Terapéuticos.....	88
Marco Metodológico	
9. Enfoque Metodológico.....	95
10. Tipo y Diseño de Investigación.....	96
11. Delimitación del Campo de Estudio.....	97

12. Técnicas de Instrumentos de Recolección de Información.....	99
13. Elaboración de la pauta de entrevista.....	100
14. Plan de Análisis de la Información.....	101
Análisis de los Resultados	
15. Presentación de los Resultados.....	103
16. Interpretación de los resultados.....	111
Conclusión.....	118
Referencias.....	123

INTRODUCCION

El presente estudio exploratorio indaga en el fenómeno de la automutilación superficial en adolescentes para dar cuenta de las características de un segundo fenómeno estudiado en función del primero denominado en psicoanálisis, Contratransferencia.

La motivación por estudiar la relación existente entre ambos fenómenos surgió en el transcurso de mi practica clínica en donde tuve la oportunidad de trabajar como terapeuta en dos casos de automutilación superficial en adolescentes y observar como otros cuantos casos con el mismo motivo de consulta eran atendidos por otros psicólogos en formación, a través de mi trabajo clínico pude observar que los terapeutas terminaban las sesiones de estos casos particularmente exhaustos y en lo personal con cierto desconcierto, al reflexionar y comentar sobre el fenómeno pude constatar que los mencionados casos tenían de particular a pacientes adolescentes con todo lo que el concepto puede implicar, que se autoifringen heridas, y en donde por lo general acuden junto a ellos padres muy angustiados en busca de una respuesta, ayuda o explicación al padecimiento de sus hijos. Desde esta reflexión nació el cuestionamiento acerca de cómo afecta al terapeuta dicho escenario, y la búsqueda de respuesta me llevo a investigar acerca del fenómeno de automutilación, la adolescencia y los interesantes fenómenos Transferencial y Contratransferencial, los finalmente logre relacionar entre si y dan forma al presente trabajo de investigación.

La Automutilación Superficial es un fenómeno que se caracteriza por *“cortes o quemaduras realizadas en el propio cuerpo como resultado de comportamientos compulsivos, estrés o simplemente como búsqueda de dolor liberador de endorfinas en el cuerpo que para algunas personas resulta en un trance especial, donde no hay discriminación entre lo emocional y lo físico y en donde prácticamente la sensación de dolor desaparece”*. (P. Roberts, 2002, p 16)

Dadas las características del fenómeno de automutilación superficial citadas en el párrafo precedente, en la extensión de la presente tesis se trabajara bajo el supuesto de que el recién caracterizado fenómeno afecta a la persona del terapeuta y que tal afección podría influir en el curso del tratamiento terapéutico. Se realizara la investigación en casos de adolescentes, con la intención de reducir el universo de investigación a este segmento por

considerarlo de interés en cuanto a su desarrollo evolutivo, social y psicológico, que pudieran significar algo en la vivencia del terapeuta y por ende determinar el fenómeno Contratransferencial.

Como se pretende relacionar diferentes conceptos, para avanzar en esta tarea es necesario instalar la importancia que en el ámbito de la psicología clínica posee la relación terapéutica, es decir una relación terapeuta – paciente en la que se sostiene un proceso terapéutico con fines de mejora en lo concerniente al motivo de consulta del paciente. Esta relación es particularmente importante debido a que es en ella en donde se desarrollan los fenómenos que hacen posible, que las interpretaciones del terapeuta y su trabajo en conjunto con el paciente posibiliten el cambio terapéutico esperado.

Así como la relación terapéutica, todas las relaciones humanas, poseen la particularidad de hacer posible que una de las personas o ambas transfieran al otro interlocutor aspectos que tienen que ver con su propia experiencia, dicho de manera corriente se trata de todas aquellas instancias en que encontramos en los demás aspectos que tienen que ver con nuestra propia persona, ya sea nos agrade o no, y por mecanismos como identificación o proyección, y mas formidable aun es reflexionar acerca de que en ocasiones ni siquiera nos percatamos de los procesos que posibilitan y caracterizan ese tipo de relación, sino que tan solo podemos reaccionar sintiéndonos bien o mal con otras personas, y conforme a esto la relación terapéutica no se encuentra ajena a este tipo de fenómenos que en un lenguaje mas técnico se caracteriza por la transferencia o desplazamientos (Freud, 1915), así en la relación terapeuta – paciente, surge el fenómeno denominado en Psicoanálisis como “Transferencia” el que puede ser definido como “*Transferencia de sentimientos sobre la persona del medico*” (Freud Conf. N° 27 La Transferencia 1916), frente a esto y tomando en consideración el motivo de la presente tesis cabe preguntarse que, suponiendo una transferencia de sentimientos sobre la persona del medico, ¿Qué sucede con el medico?, de que modo es capaz de interpretar y vivenciar los sentimientos que son puestos en su persona.

A través de la evolución del psicoanálisis surge en 1910 de la mano de S. Freud el concepto de Contratransferencia la que es entendida como “*Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de éste*” (Laplanche, 1987), sin embargo Freud no elaboró nunca una teoría

de la contratransferencia, no fue sino hasta mediados del siglo XX que se estudio con mayor profundidad siendo el analista argentino H. Racker uno de los que poseen el merito de retomar e investigar el fenómeno, en Racker el concepto Contratransferencia va ligado en su génesis al de transferencia planteando la posibilidad de pensar ambos conceptos como “*dos componentes de una misma unidad*” (H. Racker 1952, p. 68).

Necesariamente al considerar en estudio la vivencia del terapeuta, el concepto de Contratransferencia se torna fundamental para el desarrollo de este trabajo ya que, al tomar este concepto y relacionarlo con la automutilación superficial en adolescentes, será posible llegar a conocer algunas de las características particulares del fenómeno contratransferencial en este tipo de casos. Es decir será posible conocer que tipo de reacciones contratransferenciales surgen en el terapeuta al atender casos de automutilación superficial en adolescentes.

La presente tesis no pretende convertirse en un tratado acerca de los conceptos que necesariamente debe abordar, sino mas bien tiene por primer objetivo relacionar todos los conceptos para luego caracterizar un fenómeno particular como el contratransferencial, en casos clínicos de automutilación superficial, en pacientes adolescentes y lo que en tanto adolescentes representan para el proceso terapéutico.

Con respecto, al marco metodológico de esta investigación, se basa en el enfoque cualitativo y exploratorio, que consiste básicamente en describir e interpretar de un modo sensible y exacto las vivencias experimentadas por quienes participan. La pretensión de la metodología cualitativa es abordar el fenómeno desde el punto de vista de la otra persona, vale decir, captar el relato centrándose en el discurso de la misma, con todo lo que ello implica, experiencias, actitudes, sentimientos, pensamientos, reflexiones, etc.

Por consiguiente, este trabajo utiliza una metodología que permite integrar la teoría psicológica utilizada trayendo como resultado la posibilidad de indagar en un fenómeno tan sensible en cuanto a su abordaje por parte de terapeutas, debido a que los actores son sujetos que deben dar cuenta de una situación compleja que los supone instalados en un procesos terapéutico en donde se conjugan Transferencia y Contratransferencia permitiendo comprender a través de sus experiencias de mejor manera el fenómeno contratransferencial en adolescentes.

1. Planteamiento del Problema

La presente tesis pretende recoger información por medio de entrevistas a terapeutas, que hayan tenido en terapia al menos un caso de automutilación superficial en adolescentes, y que cuenten cada uno de ellos con distintos años de experiencia clínica, las preguntas serán dirigidas a pesquisar cómo ellos experimentan el fenómeno contratransferencial en casos de automutilación superficial en adolescentes. Se pondrá especial atención en los años de experiencia de cada uno de los entrevistados por considerarlo a priori un factor de importancia en los resultados de la investigación.

El marco teórico a considerar para el análisis de la información esta construido sobre una base Psicoanalítica. Desde esta teoría no se encontraron estudios sobre el fenómeno contratransferencial en casos específicos de Automutilación. Sin embargo se realizara el estudio bibliográfico principalmente desde las teorías y escritos realizados por Sigmund Freud acerca del tema de Transferencia y Contratransferencia, además de algunos autores post Freudianos como Henrich Racker, para profundizar en los temas.

La noción de automutilación conlleva implícita la noción de cuerpo, pero no es solo “cuerpo” sino un “cuerpo mutilado”, cortado y herido, la presente investigación se dirige a lo que sucede en la persona del terapeuta contratransferencialmente frente a un cuerpo mutilado, poniendo especial énfasis en sus reacciones y si de algún modo la forma de vivenciar la contratransferencia tiene implicancias en el proceso y resultado del tratamiento, ya que es también, dentro de lo que es el proceso terapéutico, un paciente mutilado, y mas aun un paciente que se automutila.

En el desarrollo del estudio se pretende considerar también desde una lógica transferencial la presencia de los padres de los pacientes ya que por tratarse de adolescentes son considerados en el encuadre y desarrollo del proceso terapéutico, colocando especial atención en como el terapeuta vivencia esta experiencia en términos contratransferenciales.

Desde un punto de vista más específico se realizara un estudio exploratorio acerca del conjunto de reacciones inconscientes que experimenta un terapeuta en una relación terapéutica con un adolescente que presenta automutilación superficial. Se intentara rescatar las características contratransferenciales posibles de encontrar en este tipo de casos

e inferir a partir de ellas la probabilidad de que puedan influir en el esperado curso y resultado del tratamiento psicoterapéutico.

2. Antecedentes

La automutilación evidentemente no es un tema ampliamente investigado o mostrado ya sea desde el área de la psicología o desde los medios de comunicación, muestra de esta situación es que no hay afiches en los paraderos, volantes preventivos, libros para padres, artículos de autoayuda o programas de televisión que le dediquen algunas paginas o minutos al tema de la automutilación, ya sea aportando antecedentes acerca de su origen, características o prevalencia, en comparación a otros temas que afectan a los adolescentes de nuestro país sobre los cuales si se encuentra bastante información, como lo son a modo de ejemplo, trastornos del aprendizaje, hiperactividad, drogadicción, iniciación sexual, agresión en las aulas de clases, etc.

La información en cuanto al tema de automutilación será extraído de tesis realizadas en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, por considerarlas enriquecidas con respecto a las investigaciones que llevaron a cabo.

Una de las tesis mencionada se Titula “Cicatrices en el Cuerpo” (P. Roberts, 2002 p. 126), en la cual los autores clasifican tres tipos de automutilación, que tienen su origen en el investigador de origen Ingles Armando Favazza quien posee el merito de ser uno de los primeros en posar su mirada en el fenómeno automutilatorio. Según las investigadoras el profesor Favazza en su libro *Bodies Under Siege: Self – Mutilation in Culture and Psychiatry* lo que en español se traduce como *Cuerpos Bajo Sitio: Automutilación y Modificación en Cultura y Psiquiatría*, clasifica tres tipos de automutilación: Mayor, Estereotípica y Superficial.

- Automutilación Mayor o Severa: aquella automutilación que manifiesta daño del cuerpo extenso (y a menudo irreversible). Los ejemplos incluyen enucleación, la castración, o la amputación del ojo, estos casos corresponden a impulsos de desorden sicótico.
- Automutilación Estereotípica: aquella que incluye auto agresiones que generan lesiones físicas (el golpear, el morderse principalmente) considerado en el retraso mental y desórdenes del desarrollo. Este tipo tiene un ritmo estereotipado, repetidor y se presenta en el contexto claro de un desorden neuro-biológico, estas

automutilaciones se realizan para expresar algo, se realizan sin una convicción plena y con cierta vergüenza, se han presentado casos en los enfermos autistas, quienes se valen de esto para expresar algo que les afecta.

- Automutilación Superficial: a esta automutilación se le llama moderada, es comúnmente vista en la práctica psiquiátrica. Incluye el corte de la piel, quemaduras, y es escogida por los pacientes que no presentan psicosis ni retardo mental. El comportamiento tiende a repetirse. Los pacientes con este tipo de Automutilación presentan generalmente comorbilidad con otros trastornos, particularmente con desórdenes de la personalidad, responden a comportamientos compulsivos, estrés o simplemente a una búsqueda de dolor liberador de endorfinas en el cuerpo que para algunas personas resulta en un trance especial, donde no hay discriminación entre lo emocional y lo físico y en donde prácticamente la sensación de dolor desaparece.

Para el presente estudio exploratorio se utilizara la clasificación de Automutilación Superficial Entregada por Armando Favazza, por considerarlo uno de los autores mas destacado en el tema en cuestión.

La segunda tesis que se tomara en referencia es un estudio sobre la significación de la automutilacion en adolescentes chilenas (M. Carrera, 2005 p. 15), en ella las autoras destacan que en un artículo publicado en Chile en el mes de Abril del año 2003, por el boletín N° 14 de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia se discute acerca de si la automutilacion es un síntoma o síndrome, mencionando que ya en la década de los 70 se planteaba que *“la automutilación constituiría una entidad clínica independiente como un síndrome que requería una categorización diagnóstica propia, al cual Favazza denominó Deliberate Self Harm Syndrome”* (M. Carrera, 2005 p. 15)

Esta segunda tesis cobra particular importancia debido a que su investigación se realizo sobre una población adolescente, desde donde es provechoso destacar la significación y algunas características de personalidad que poseen las adolescentes que se automutilan, según las conclusiones a las que en su trabajo de investigación lograron colegir. Cabe mencionar que si bien el enfoque que se le dio a la investigación no fue psicoanalítico, sino desde la teoría Post Racional sus conclusiones brindan la posibilidad de reflexionar al respecto, ya que para la realización de su trabajo utilizaron como técnica

de la entrevista en profundidad como medio de recolección de datos, la que por sus características permite que el paciente se exprese libremente frente al tema en cuestión.

Las conclusiones a las que se llegó en este trabajo se refieren a hallazgos graves de dificultades en la vinculación materna, que desembocan en daño al desarrollo sano de la identidad provocando desestructuraciones importantes del psiquismo, incapacidad de desarrollar resiliencia y privación emocional.

Las pacientes entrevistadas en su investigación poseían una escasa comprensión e integración del mundo interno lo que impedía un acabado conocimiento de su patología.

Les resultaba difícil reconocer el daño interno, el cual es traído a la conciencia a través del auto-daño, pues esta conducta viene a proyectar la vivencia de daño que no ha sido elaborada, de esta forma es devuelta al inconsciente, debido a una constante negación y escisión del yo. Estos estilos de autoengaño impiden que el individuo resignifique la experiencia, ya que niegan ciertos estados del yo, en estos casos, las jóvenes no logran reconocerse como sujetos dañados, tampoco reconocen conscientemente de donde surge el daño, solo pueden conectarse con la ansiedad y angustia comprendida como dolor psíquico.

Las jóvenes se caracterizaban por presentar roles pasivos en sus vinculaciones con los demás, deteriorando las posibilidades de comunicación del individuo, específicamente el poder demandar ayuda. Las adolescentes terminan manteniendo relaciones de dependencia, incapacitadas para tolerar sentimientos de soledad y abandono, siendo totalmente vulnerables a la crítica externa, la manipulación se hace necesaria para conseguir fines personales, dando cuenta de una excesiva vulnerabilidad de la identidad.

La automutilación es significada en las adolescentes entrevistadas *“como un medio que permite aliviar el dolor interno, referido a la angustia, ansiedad y culpa que experimentan periódicamente. Y no solo esto, pues también a través de ella, específicamente, mediante el uso de sus cuerpos comunican sentimientos negativos impulsados burdamente a partir de bajos mecanismos defensivos”*. (Carrera M. 2005 p.15)

Para las adolescentes la visión de estar en el mundo y ser parte de éste, está marcada por la participación de estilos vinculares basados en apegos inseguros y ambivalentes, que han incidido en la construcción y desajuste de su personalidad. Cabe mencionar también dentro del mismo contexto la conclusión a la que llegó Paula Roberts en su tesis *“Cicatrices en el cuerpo”*, señalando que más que buscar un origen psicopatológico del fenómeno o una

consecuencia de la emergencia cultural del mismo, la labor del psicólogo en tanto terapeuta se debería enfocar en la construcción de la subjetividad en el transcurso de la vida del paciente, y proclamarse como defensor de aquella subjetividad aludiendo a que los cortes y posteriores cicatrices son el testimonio de aquello que el sujeto no puede comunicar y por ende elaborar verbalmente y que obedece a nodos en la circulación de su propia subjetividad. Tomando en consideración ambas conclusiones es posible preguntarse si el terapeuta puede por una parte ser defensor de la subjetividad, si algún aspecto de la vivencia del paciente hace resonancia en aspectos de su propia vivencia que preferiría no recordar o que simplemente se mantienen en un nivel inconsciente surgiendo como trabamientos en el proceso terapéutico, y en una segunda reflexión es posible imaginar que los modos de vinculación que el paciente logro desarrollar en una temprana edad con sus figuras significativas se desarrollen mediante transferencia en la relación terapeuta - paciente, con características de ambivalencia e inseguridad, que provoquen cierta reacción en el terapeuta, influenciando sus interpretaciones sin dar cuenta que obedece mas bien a un fenómeno contratransferencial.

Ahora bien muchos adolescentes chilenos que presentan automutilacion superficial, y que poseen características de personalidad y vinculación antes mencionadas llegan a consultas psicológicas, y como he podido constatar en mi practica clínica, por lo general acompañados de sus padres o tutores, lo que convierte a este tipo de casos en interesantes de analizar en el presente estudio exploratorio sobre todo en lo que respecta a lo que comienza a suceder de ahí en adelante. Una vez en la consulta, el adolescente, padres y terapeuta comienzan a conjugarse en lo que en psicología se llama relación terapéutica, con la consideración de que en estos casos el paciente en calidad de adolescente por lo general no acude a la consulta solo, sino acompañado y que tal adolescente presenta como motivo de consulta la automutilacion de su cuerpo. Correspondería entonces preguntarse que acontece en el terapeuta, como reacciona ante un caso de estas características.

La relación terapéutica o sea, la relación terapeuta – paciente, según el autor Joan Coderch (Coderch J. “*La relación terapeuta – paciente*”, 2001) es el fundamento sobre el que descansa toda terapéutica psicoanalíticamente orientada, sin por ello excluir otras orientaciones, la metodología empleada en las psicoterapias pretende potenciar adecuadamente la relación paciente – terapeuta de manera que tal relación sea beneficiosa

para el paciente, así se puede pensar que las interpretaciones que un terapeuta ofrece a su paciente no son nada en si mismas si se consideran aisladas de la relación, ya que de ser así cada persona podría comprar un libro de psicología y autoaplicarlo, sin embargo esta situación no da resultado, ya que si bien las interpretaciones que se le ofrece al paciente acerca de su mundo interno les ayudan a una mayor comprensión, también su trato con el terapeuta les proporciona un modelo de identificación, con una nueva experiencia de relación, un mayor interés por la investigación de sus procesos mentales y una actitud dirigida hacia la autocomprensión. La relación terapéutica en si misma, que se desarrolla en un clima de libre expresión, aceptación legítima, sinceridad, en ausencia de crítica y enjuiciamiento así como de todo intento de seducción unido a la constancia y regularidad en el ritmo de entrevistas y fiabilidad e interés por parte del terapeuta posee una capacidad terapéutica en si misma, es decir todos los psicólogos en el ejercicio de su labor pueden desarrollar relaciones terapéuticas beneficiosas para el paciente, sin embargo cabe preguntarse una vez mas que sucede con la relación terapéutica cuando un psicólogo no logra dar cuenta de un estado contratransferencial que pudiese perturbar el curso de la misma, y la relación se torna poco sincera o cae en seducción debido al fenómeno contratransferencial, dicho de otra manera la relación terapéutica sigue siendo beneficiosa aun cuando el terapeuta reacciona ante la estimulación que brinda el material traído por el paciente y que tienen que ver con su persona.

Las relaciones terapéuticas se desarrollan dentro de unas constantes pactadas previamente de espacio, tiempo, lugar, metodología básica, e intercambio verbal en lo que es llamado encuadre, conforme a lo anterior la relación terapéutica con un adolescente se puede pensar como especial debido a que en el momento del encuadre se debe considerar a los padres y sus demandas como parte del proceso, además el paciente en tanto adolescente se encuentra en un proceso de diferenciación de sus padres y desarrollo de si mismo que no facilita la situación, sino mas bien la complejiza debido a la predisposición y las diferentes demandas que tanto padres como adolescente puedan plantear y lo que la adolescencia del paciente pueda referenciar en la adolescencia del terapeuta, es decir los elementos de su propia adolescencia que son evocados inconscientemente en la problemática del paciente.

Luego del encuadre la relación terapéutica debiera proseguir por medio de la escucha atenta y analítica del terapeuta con respecto a la problemática del adolescente, en el

devenir de este proceso de escucha e interpretación se desarrolla uno de los fenómenos más importantes en psicoterapia denominado Transferencia.

La transferencia es un fenómeno del cual un psicoterapeuta no puede o no debiese evadirse ni de su existencia ni de su operar, pese a esto según S Freud (Freud S *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”*, 1915) es un fenómeno que requiere una cierta experiencia para ser reconocido, convirtiéndose en un fenómeno difícil de advertir y fundamental en todo proceso terapéutico, además señala en uno de sus escritos *“Y a mi me resulta imposible escamotearles este tema, pues en el podrán ustedes tomar conocimiento, por la observación de un hecho nuevo sin cuya comprensión los procesos patológicos que hemos estudiado quedarían sensiblemente incompletos”*(S. Freud *“Conferencia 27 La Transferencia”* 1916, Vol. 12 p.392), con estas palabras S. Freud comienza a articular la conferencia en la cual deja al conocimiento de todos el fenómeno Transferencial, lo llama un hecho nuevo y señala que sin el análisis de dicho fenómeno la comprensión de las patologías quedarían incompletas, y es aquí donde la transferencia toma su importancia ya que el terapeuta que no da cuenta de ella y de su actuar trabajará en sus casos clínicos bajo un velo que engeguera su conocimiento respecto de la problemática de su paciente y esa ceguera significará finalmente un trabajo terapéutico incompleto.

Para los terapeutas es difícil dar cuenta de la transferencia y de su actuar como queda de manifiesto en la siguiente afirmación realizada por Freud *“Llamamos Transferencia a este nuevo hecho que tan a **regañadientes admitimos**. Creemos que se trata de una **transferencia de sentimientos** sobre la persona del médico, pues no nos parece que la situación de la cura avale la aparición de estos últimos”* (S. Freud *“Conferencia 27 La Transferencia”*, Vol. 12 1916, p.402), en este pequeño párrafo Freud señala importantes características de la transferencia, en primer lugar dice que es muy difícil de admitir, dar cuenta de ella y de su actuar, es decir a un terapeuta le cuesta esfuerzo pensar que algunas de las apreciaciones realizadas desde el paciente hacia su persona no son producto de su agraciada personalidad sino que vendrían con el paciente desde las relaciones que entabla en su primera infancia y, que en tanto su trabajo en la relación terapéutica se han desarrollado, por alguna razón digna de análisis también se han transferido al terapeuta, en estas pequeñas reflexiones se puede leer entre líneas una posible herida al ego del terapeuta, es decir él en tanto terapeuta no lo es todo en este tratamiento

pudiendo el paciente desplazar hacia él sentimientos que ni siquiera tienen que ver con su persona y que más aún le cuesta trabajo advertir. He aquí su importancia si se piensa que un terapeuta dadas sus necesidades de estima y admiración ya sea por desconocimiento o conveniencia prefiere pensar que los buenos sentimientos hacia su persona son reales y no advierte la situación transferencial, se estaría frente a una grave falta en el desarrollo del proceso terapéutico y para con el paciente en cuestión, ya que no se le daría a la transferencia la interpretación necesaria, la que probablemente representaría un avance en el tratamiento del paciente.

Otro aspecto del mismo tema es la contratransferencia que se supone vivenciada por el terapeuta y que Freud en su texto “Puntualizaciones sobre Amor de Transferencia” 1915, se refiere a ella como un fenómeno del cual el terapeuta conforme a su experiencia debiera de dar cuenta, ya que de lo contrario el fenómeno se vuelve resistencia para la evolución y buenos resultados del proceso terapéuticos en conformidad al motivo de consulta y bienestar del paciente, dejando a este último en el lugar que siempre se ha encontrado repitiendo aquello que no puede recordar, ahora en la relación con el terapeuta transfiriendo a este sentimientos arraigados en su temprana infancia sin poder elaborar la experiencia perturbadora que lo llevó a la represión, y formulación de las resistencias que el terapeuta en función de su labor debe colegir, informar y trabajar con su paciente; sin embargo el fenómeno contratransferencial supone que frente a la transferencia del paciente el terapeuta no queda impávido pudiendo producir en él diferentes reacciones según sus propias experiencias personales.

Ahora bien en virtud del estudio de esta tesis es necesario pensar la transferencia y contratransferencia en relación al cuerpo tanto de paciente como de terapeuta, según las palabras del psicólogo Enrique Carpintero (Carpintero E. “*El cuerpo como lugar del inconsciente*” s. f.) ante la posibilidad de plantear que en la relación terapeuta – paciente dadas las características del análisis, más allá de sus vivencias y elaboraciones, existe algo en relación al cuerpo de cada uno, que se pone en juego en el desarrollo de la relación terapéutica, en donde la situación analítica instaura un proceso terapéutico que permite soportar la emergencia de lo pulsional, que solo en ese lugar es posible tal emergencia por que se encuentran las condiciones físicas y analíticas necesarias, es decir un lugar y una relación terapeuta-paciente que se configura a partir del establecimiento de un marco de

referencia (encuadre), permitiendo que “ *la relación terapéutica se define como relación cuerpo a cuerpo. Allí se deja hablar al cuerpo donde éste no habla de sí mismo, y el terapeuta habla también desde un cuerpo atravesado por la red de significaciones que se juegan en la transferencia-contratransferencia.*” (Carpintero E. s. f.)

De esto se desprende la idea de que el cuerpo del terapeuta se instala también en aquella relación terapéutica en donde se Transfiere y Contratransfiere, cabe la observación de que el autor instala la idea de que el cuerpo habla y en casos específicos de automutilación superficial en adolescentes las características de lo transferido y contratransferido se podrían pensar ligadas al cuerpo en tanto mutilado, y el cuestionamiento que surge es sobre que habla un cuerpo automutilado.

Heinrich Racker es uno de los autores que se ha dedicado al estudio, profundización y características del fenómeno contratransferencial, en uno de sus libros (Racker H “*Estudios sobre técnica psicoanalítica*”, 1960), se refiere al cuerpo y su implicancia en los fenómenos contratransferenciales, en éste menciona la somnolencia y aburrimiento del terapeuta como un fenómeno contratransferencial sentido en el propio cuerpo, que adquieren relevancia desde el momento en que surgen con frecuencia y regularidad, se refiere a ellas como respuestas inconscientes del terapeuta frente a un alejamiento o abandono afectivo del paciente que posee características específicas ya que no todo alejamiento del paciente produce aburrimiento en el analista, la característica principal es que se trata de un alejamiento del paciente sin irse, un abandonar afectivamente al terapeuta, pero quedándose con él sin que exista la posibilidad de fuga del paciente. Este alejamiento o abandono parcial se expresa superficialmente en intelectualización (bloqueo afectivo), en control aumentado, a veces en monotonía en la forma de hablar teniendo el analista al mismo tiempo la sensación de ser excluido, y de ser impotente con respecto al curso de las sesiones. Al parecer el paciente trata de evitar una dependencia latente y muy temida frente al terapeuta. Al surgir este alejamiento afectivo y monotonía en el hablar el terapeuta comienza a reaccionar contratransferencialmente con somnolencia y aburrimiento. Frente a este análisis es posible preguntarse que otros fenómenos contratransferenciales en torno al cuerpo pueden surgir, y en consecuencia con lo que se investiga, en relación a un cuerpo mutilado intencionalmente por parte del paciente.

Hasta el momento se han relacionado los conceptos de Automutilación, Transferencia y Contratransferencia sin embargo para el desarrollo del presente estudio la adolescencia es un concepto fundamental. Es por esto que es necesaria su inclusión siempre en referencia al tema en cuestión, es decir, la adolescencia y su relación con el cuerpo, los procesos psicológicos que la subyacen y la particularidad que pudiesen tener los procesos terapéuticos con adolescentes.

Según un artículo publicado en una revista chilena (*“Psicología del niño y del Adolescente”*, 2001) El interés hacia la adolescencia es relativamente reciente en nuestra cultura, pudiéndosele vincular a las transformaciones sociales que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Este interés es producido por factores que se relacionan entre sí, como lo son por ejemplo, el impacto de los avances tecnológicos en el mercado del trabajo, que ha hecho que la entrada en el mundo laboral se produzca de una forma más tardía, con lo que la independencia económica se retrasa y el proceso de autonomía personal que va vinculado a ello se prolonga más allá de lo esperado. La ampliación de los límites de edad en la educación escolar obligatoria que en los países occidentales se sitúa entre los 16 y 18 años incide en que la adolescencia más allá de ser una fase más del desarrollo humano se vea estrechamente vinculado y limitado por factores sociales debido a esto cabe la reflexión de que la adolescencia es impulsada a límites de edades impuestos por ordenes educacionales, y a deberes y derechos también impuestos desde fuera desde lo que socialmente se les es capaz de otorgar más allá de la consideración de las reales necesidades que pudiera presentar la población adolescente. Pareciera que el requerimiento adolescente se mantuviera silenciado no existiendo los vehículos por los cuales se pueda llegar al real conocimiento de sus necesidades, existen múltiples organismos de ayuda que contemplan al adolescente pero son todos más bien reactivos que pro activos en el conocimiento de sus necesidades y desarrollo, últimamente se ha visto a los adolescentes en Chile, realizar grandes marchas y protestas logrando hacerse escuchar, dando cuenta de que no existía un medio por el cual realizarlo sorprendiendo socialmente.

Este tipo de fenómenos obliga a especialistas del área de la psicología a posar la mirada sobre este grupo y su ambiente circundante, estudiando su forma de relacionarse, la forma en que reaccionan y elaboran sus vivencias en un sistema social y laboral distinto al de sus antepasados.

Para efectos de realización de la presente investigación no se buscara una definición para adolescencia, sino se trabajará con lo que se puede saber de ella. Desde un punto de vista psicoanalítico se revisara información en textos de S. Freud acerca de la Pubertad, ya que el concepto de adolescencia no forma parte de la teoría psicoanalítica situación que más allá de ser considerada una falta podría ser tomada como un dato.

Para dar una mirada al comportamiento de la transferencia con adolescentes y poder discernir desde ahí el comportamiento de la contratransferencia en el mismo ámbito de estudio, la autora Estela Gurman, terapeuta argentina, relató el seminario titulado “*La clínica con adolescentes, algunas cuestiones en torno a la transferencia*”. (Gurman E. s.f.,)

En el seminario la autora relata haber trabajado con adolescentes durante muchos años a través de los cuales a llegado a concluir que la clínica con adolescentes se caracteriza por su **especificidad**.

Una de las cuestiones que Estela Gurman resalta es que cuando se trata de adolescentes por lo general la demanda hacia el analista no proviene del propio sujeto, sino que, los que sufren o se interrogan en un principio, parecen ser los, o uno de los padres, preocupados por algún síntoma o conducta problemática de los jóvenes.

Por otra parte la presencia de conductas perturbadas o perturbadoras señala una diferencia importante en cuanto a la presentación de los casos.

La autora se refiere a la adolescencia como “*un proceso que incluye no solo a aquel que parece sufrirla en carne propia, sino que compromete a todo el grupo familiar*”, con esta afirmación discierne que la adolescencia implica movilizaciones que incluye al grupo familiar, pensado como estructura de relaciones que marcan ciertos tipos de intercambios.

Si se toma lo referido por Estela Gurman y se supone un caso de adolescente llevado por sus padres a la consulta de un especialista, demandando de un analista el análisis respectivo del caso, se hace posible suponer que el analista podría responder contratrasferencialmente no solo al sujeto en tanto adolescente, sino también al grupo del que forma parte y a la estructura de relaciones e intercambios que caracteriza al grupo.

Sobre el mismo tema la autora desarrolla la idea de que la consulta que proviene de padres preocupados o angustiados, los implica no solo como informantes sino formando parte de una trama inconsciente de determinaciones, en la que algo estalla con la

adolescencia del hijo/a. Al situarlos ella no solo como “informantes” sino como “parte de una trama inconsciente”, los sitúa en la posición de una consulta en la que la trama inconsciente se hace presente en el proceso terapéutico y que por lo mismo puede afectar contratransferencialmente al terapeuta pudiendo éste responder a ella, e influir sobre el proceso en sí. Además deja entre leer la idea de que el grupo familiar entraña un motivo de consulta de mucho tiempo de actuación y que tan solo con la adolescencia de uno de los integrantes es capaz de llegar a una consulta, haciendo pensar en la idea de que el malestar del adolescente vendría a ser el síntoma de una hasta ese momento silenciosa problemática familiar.

Ahora sobre la anterior reflexión y tomando en consideración que la contratransferencia actúa en una situación que envuelve además del sujeto adolescente, a una trama inconsciente representante de un grupo familiar, cabe decir entonces que es posible ante “la inexperiencia de un principiante” pensar en la posibilidad de confundirse frente a la presencia de la contratransferencia, en casos clínicos con adolescentes en tanto compleja por su especificidad, ya que se debe tener en cuenta que en casos de trabajos clínicos con adolescentes, la adolescencia implicaría movilizaciones que comprometen a todo el grupo familiar.

Luego en torno al tema de la transferencia la autora Estela Gurman señala: *“si en análisis con niños, la transferencia de los padres es una condición de posibilidad para que haya análisis del niño, esto no rige de igual forma para el adolescente. En la medida que para este, la destrucción de cierto lugar que ocupan los adultos se hace necesaria, como poder reunir entonces esta posición, con la necesaria instauración de la posición transferencial que de inicio requiere de un cierto amor hacia ese Otro al que se le supone un cierto saber. Cuestión compleja si por otra parte esa delegación de saber proviene de aquellos a los que se esta en proceso de destituir de tal lugar, la cuestión no es nada fácil.”*

El párrafo precedente además de señalar la complejidad de la transferencia en casos clínicos con adolescentes admite que la presencia física y psicológica de los padres en el proceso analítico es inevitable, por que el mismo adolescente se esta librando un conflicto con sus padres que supone desasimiento por parte de él y un “dejar ir” por parte de los padres que los mantiene enlazados constantemente, incluso durante el análisis, y si dentro de este ya complejo escenario sumamos la presencia física y analítica del terapeuta la

situación es por lo menos interesante, ya que el mismo analista es considerado por los padres como un ente depositario de saber, del cual ellos necesitan saber y del cual el adolescente pretende prescindir, pone al analista en una posición compleja y vulnerable frente al devenir de la transferencia y la contratransferencia que pudiese transferir tanto los padres, como el adolescente o el grupo en su dinámica inconsciente.

Por otra parte y entrañándose un poco mas en lo que es la clínica con adolescentes E. Gurman se detiene a analizar el lugar que ocupan los padres en la consulta por el adolescente, señalándolo como el primer obstáculo o punto de dificultad a atravesar. Este lugar radica en el “dejar ir” que mas haya de los permisos y horarios, implica aceptar la “otredad”, lo que ya no es mas parte de una cierta mismicidad acordada.

Lo que rompe el espejo tanto para uno (el joven) y para los otros (los padres). Es la instalación de la extranjería en el ámbito de lo familiar.

Desde el punto de vista de los terapeutas una cuestión importante de tener en cuenta es que la universalización, ni la psiquiatrización pueden dar el mejor abordaje del problema de un adolescente, ya que toda categorización que borre la singularidad apunta precisamente al punto neurálgico en el que el adolescente se debate. Ahí donde la singularidad se ve amenazada el adolescente puede sostenerse si algo de lo simbólico le presta apoyatura, por ejemplo si algo en el orden de un ideal entra en juego. No así, si la respuesta que le viene del otro es una nominación en donde toda formulación del interrogante acerca del ser queda coagulada en una respuesta lapidaria y toda posibilidad de emergencia del sujeto queda anulada.

Así tomando en consideración todos los aspectos que refieren especificidad acerca de la clínica con adolescentes se puede discernir que la transferencia y la contratransferencia son aspectos que la diferencian de los demás procesos analíticos debido a lo complejo que resultan los movimientos inducidos por la adolescencia al interior del grupo familiar, y que en consecuencia pone al analista en una situación transferencial y contratransferencial distinta a cualquier proceso terapéutico, tornándolo específico debido al lugar que ocupan los padres y al proceso de emergencia del sujeto adolescente.

3. Formulación del Problema y Pregunta de investigación

La automutilación superficial es la piedra angular que brindara soporte al presente estudio exploratorio, que pretende clarificar el conjunto de reacciones posibles en la persona del terapeuta, al enfrentar un caso de automutilación superficial en adolescentes.

Desde un punto de vista más técnico se fijara la investigación en la contratransferencia surgida en la relación terapéutica, sin perder de vista que será específica en casos de automutilación superficial en adolescentes y que por lo mismo se pesquisará el conjunto de reacciones posibles y su relación con el cuerpo, en tanto casos de cuerpos automutilados.

Tomando en consideración que en los casos de automutilación interviene las concepciones que ambos, tanto psicólogo como paciente tienen de lo que significa el cuerpo y su relación con él, y considerando la importancia que posee la relación terapéutica para el buen desarrollo del proceso terapéutico, es que el presente estudio se ocupara de caracterizar el fenómeno contratransferencial en casos de automutilación Superficial en adolescentes.

Tomando como referencia lo recién mencionado y tomando como piedra angular casos de Automutilación Superficial en adolescentes, y con la posibilidad de plantear la existencia de Transferencia desde el paciente hacia el terapeuta, considerando un contexto relacional y por lo mismo complejo, se considera fundamental la pregunta: ¿Que sucede contratransferencialmente en el terapeuta?

Más aún con el afanoso empeño de indagar aún más en las características contratransferenciales en casos de automutilacion superficial en adolescentes, en donde el paciente posee un cuerpo automutilado, se considera pertinente la pregunta: ¿que sucede con el cuerpo del terapeuta?

Conforme a todo lo antes mencionado es que serán objeto de estudio para la presente tesis la transferencia ocurrida en el proceso terapéutico en casos de automutilación superficial en adolescentes, conforme a esto se indagara en la manera que el psicólogo en tanto terapeuta da cuenta del fenómeno transferencial, como lo significa y que tipo de situaciones y reacciones son comunes que se den en estos casos, y que ingerencias tiene en los resultados de dichos procesos. Y si se habla de relación y se supone que ambos son

afectados por la transferencia cabe que la presente tesis se ocupe del estudio de la contratransferencia que supone como y en que medida el terapeuta se ve investido por la relación transferencial.

Siendo el encuadre y curso del tratamiento, en donde psicólogo y paciente desarrollan una relación terapéutica, en la que dos sujetos se ponen uno frente al otro, si bien las posiciones son distintas, ambos influenciados por sus propias vivencias las que han podido elaborar en el contexto relacional en el que han vivido, llevan consigo una forma de relacionarse con los demás que elaboraron cada uno a muy temprana edad y que en esta relación aunque terapéutica se recuerda, se repite, o se reelabora.

Como la investigación se realizara específicamente en casos de automutilación superficial en adolescentes se tratara de profundizar desde un punto de vista teórico en las características que posee el trabajo terapéutico con estos últimos, en donde el psicólogo en tanto terapeuta se ve enfrentado a un sujeto en desarrollo tanto en relación con su identidad como en aspectos biológicos. En donde además el adolescente se encuentra por lo general bajo la tutoría de sus padres o cuidadores, que son quienes llevan al adolescente a la consulta con un psicólogo, situación que hace particular la clínica con adolescentes es que el presente estudio, presume que la presencia de los padres podría influir en el fenómeno contratransferencial en casos de automutilación superficial y por lo tanto en el proceso de investigación se indagara también este aspecto.

En base a estas consideraciones y antecedentes y según todo lo descrito anteriormente, la interrogante se plantea de la siguiente manera:

¿Qué sucede en el terapeuta desde un punto de vista contratransferencial, en casos de automutilación superficial en adolescentes?

4. Aportes y Relevancias

Una de las relevancias que posee el presente estudio exploratorio es que a través de él existe la posibilidad de mostrar a sus lectores la importancia clínica de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en los procesos terapéuticos. La transferencia por sus características ofrece menos resistencias de ser investigadas, por tratarse de una transferencia desde el paciente al terapeuta, en donde el psicólogo se queda en su misma posición ya que es el otro en tanto paciente quien posee una dificultad, sin embargo el análisis e investigación del fenómeno contratransferencial por sus características exige necesariamente un esfuerzo adicional a los psicólogos que involucra el autoanálisis y mirar aquello que solo se reconoce a través de la resonancia que hace en la persona del terapeuta el material verbal y no verbal traído por el paciente. La presente tesis brinda a sus lectores la posibilidad de conocer y pensar en los fenómenos transferenciales y contratransferenciales como de radical importancia para los procesos terapéuticos, considerando que su desconocimiento provoca que dichos fenómenos representen resistencias en la terapia.

Desde un punto de vista más específico la presente investigación brinda el aporte de dar a conocer algunas características que posee el fenómeno contratransferencial en casos de automutilación superficial en adolescentes, si bien la contratransferencia parte de la base que hace referencia al conjunto de reacciones individuales de cada terapeuta, en esta tesis se considera que además en la relación terapéutica éste se encuentra también en tanto cuerpo y se trabaja bajo el supuesto de que el conjunto de reacciones antes señaladas y que definen el fenómeno contratransferencial pueden tener relación o hacerse sentir de algún modo en el cuerpo del terapeuta de acuerdo a lo que éste signifique para él, frente al cuerpo automutilado del paciente, permitiendo estas reflexiones la posibilidad de comparar caso a caso hasta poder colegir algunas características comunes. Precisamente, por lo mencionado recién, la relevancia de esta investigación, radica en aportar a la discusión respecto al fenómeno contratransferencial específico en casos de automutilación superficial en adolescentes.

La adolescencia es uno de los conceptos que se abordara a modo de investigación en donde se entrega el aporte de señalar ciertas características que poseen los procesos terapéuticos con adolescentes recogidas de fuente teórica y que señalan una determinada especificidad, debido al proceso de desarrollo biológico y psicológico en el que se encuentran este tipo de pacientes. Además la presente tesis aclara que los procesos terapéuticos con adolescentes son especiales además por la presencia de los padres en el encuadre justo en una parte del desarrollo de su hijo en la que su relación con ellos comienza una fase de transformación.

Debido a que existen estudios limitados acerca del fenómeno automutilatorio y sus características en relación al fenómeno contratransferencial desde el punto de vista empíricos de casos, fenómenos o síndromes específicos, siendo en su mayoría estudios teóricos y generales respecto al los conceptos por separados es que se considera que la presente tesis representa un aporte beneficioso para futuras profundizaciones en el tema contratransferencial en casos específicos de automutilación superficial en adolescentes y su implicancia en los procesos terapéuticos en general.

5. Objetivos General y Específicos

Objetivo General

Investigar y esclarecer a través de un estudio exploratorio las características del fenómeno contratransferencial en casos de automutilación superficial en adolescentes.

Objetivos Específicos

Colegir las características contratransferenciales que surgen en casos de automutilación superficial en adolescentes.

Indagar y esclarecer sobre las ingerencias transferenciales y contratransferenciales que conlleva la presencia de los padres en el encuadre y proceso terapéuticos de casos de automutilación superficial en adolescentes y en la clínica con adolescentes en general

Conocer el nivel de conocimiento y reconocimiento del fenómeno contratransferencial en terapeutas que hayan trabajado en casos de automutilación superficial en adolescentes.

Conocer como elaboran la contratransferencia los psicólogos terapeutas entrevistados.

II MARCO TEORICO

6. Conceptos fundamentales

6.1 Transferencia

Según el diccionario psicoanalítico Laplanche, transferencia se define como “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un mareado sentimiento de actualidad.

Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo es la transferencia en la cura.

La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.” (Laplanche J. 1997, p.103)

En la explicación que entrega el diccionario se desprende la idea de que Transferencia implica desplazamiento, y que en psicología se le utiliza para señalar el desplazamiento de percepciones sensoriales, sentimientos, aprendizajes y de hábitos. También es posible de subdividir la transferencia entendida desde la psicología en Transferencia positiva la que implicaría la transmisión de sentimientos de ternura, y transferencia negativa que implicaría la transmisión de sentimientos hostiles.

Desde la definición se comprende que para que exista transferencia es necesario que exista una relación entre dos personas, por lo tanto la relación terapéutica es propicia para que exista transferencia desde especialmente el analizado hacia el terapeuta. Lo que hace interesante este tipo de transferencia es que se da en un proceso terapéutico que tiene por objetivo el cambio de la situación actual de un paciente hacia su propio y particular estado de bienestar, es en este escenario en donde adquiere gran relevancia los fenómenos que se dan en la relación terapéutica y como cada uno de los componentes tanto terapeuta como

paciente vivencian y dan cuenta de ellos procurando un desarrollo del proceso terapéutico libre de interferencias.

Según Laplanche en los orígenes la transferencia era pensada como un desplazamiento de afecto de una representación a otra, en donde era preferentemente la representación del terapeuta la elegida para desplazar dichos afectos, favoreciendo esta situación la resistencia al análisis ya que para el analizado era difícil hacer la declaración del deseo a la misma persona a la que apuntaban, estos descubrimientos los realizaba Freud en el caso Dora alrededor del año 1905, en donde atribuía a un defecto de interpretación de transferencia la interrupción prematura del tratamiento.

Luego en el año 1912, Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, y especialmente la ambivalencia pulsional que caracterizaba dicha relación.

En el curso de descubrimiento del fenómeno transferencial, poco a poco se le fue caracterizando como obstáculos materiales que se oponían al recuerdo del material reprimido, es decir la transferencia viene a servir de Resistencia en el proceso terapéutico, y más aun se logra delimitar que el mecanismo de transferencia sobre la persona del terapeuta se desencadena en el momento justo de ser develados contenidos reprimidos especialmente importantes, obstaculizando su acceso a la consciencia, de allí su importancia ya que si se logra ver más allá de la transferencia en tanto resistencia, la transferencia puede ser utilizada como herramienta que forma parte del proceso terapéutico, tornándose posible de manejar y trabajar terapéuticamente constituyéndose en un momento privilegiado de captar los elementos del conflicto infantil que subyacen en el paciente y que son transferidos al terapeuta.

En relación a todo lo antes mencionado cabe añadir que la transferencia es una actualización del pasado del cual deviene la repetición del contenido reprimido que el paciente no puede elaborar más que como repetición de los equivalentes simbólicos de sus relaciones infantiles, en la relación con el terapeuta, y en donde éste último deberá esforzarse por interpretar el fenómeno transferencial, logrando llevar a la consciencia el contenido que en el paciente es reprimido y que lo han llevado a la instalación de él en tanto sujeto en la relación terapéutica.

Para profundizar más en el tema del fenómeno transferencial y sus características es pertinente tomar como referencia a S. Freud y su conferencia “*Sobre la dinámica de la Transferencia*” dictada en 1912, en donde parte señalando que la transferencia se produce necesariamente en el tratamiento terapéutico y alcanza un papel importante durante el tratamiento, es decir la transferencia surgirá de todos modos en una relación terapéutica y durante las fases más avanzadas del tratamiento que no impliquen el mero conocimiento del caso es en donde actuara.

Señala que cada ser humano establece una especificidad dadas sus disposiciones innatas y las influencias que recibe en su infancia, para relacionarse con los demás que utilizara durante de su vida amorosa o en las condiciones de amor que establezca, y las pulsiones que satisfará dando como resultado un patrón que se repetirá de manera regular en el transcurso de la vida, en la medida en que lo permitan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles. Cabe mencionar que Freud habla de objetos, que en psicoanálisis viene a representar “aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Pudiendo tratarse de una persona” (Laplanche, 1971 p. 269). Por lo tanto tomando en consideración esta definición la persona del terapeuta puede convertirse en ese objeto, dado un trabajo terapéutico; Sin embargo la dinámica de la transferencia es aun más compleja ya que el objeto a menudo se encuentra definido por rasgos singulares determinados por la historia principalmente infantil de cada individuo, y si se piensa que sobre este objeto o mediante el actuara cierta cantidad de pulsión es decir una cierta cantidad de energía será puesta en dicho objeto con el fin de suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional.

Freud profundiza en la dinámica de la transferencia agregando que solo un sector de las mociones libidinosas se encuentran dispuestas hacia la realidad objetiva y la realidad consciente, en psicoanálisis la palabra moción indica dinamismo, motilidad, la posibilidad de actualizar en este caso libido, en donde libido en sentido Freudiano representa energía como substrato de la pulsión sexual en cuanto al objeto y en cuanto a la fuente de la excitación sexual en referencia a este punto Freud afirma “*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 a permanecido por entero en lo inconsciente, siendo entonces no consabida para la*

consciencia de la personalidad.” (Freud S. 1912, Vol. 12 p. 98) Y si la necesidad de amor de alguien no esta satisfecha por la realidad tendera a volcarse con unas representaciones expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca. Conforme a esta afirmación es posible pensar alguien que se encuentre parcialmente insatisfecho puede volcar investidura libidinal hacia la persona del terapeuta. En psicoanálisis investidura refiere la posibilidad 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 a sido investido, esta situación es posible de apreciar en las relaciones amorosas en donde la persona o objeto que ejerce la atracción sexual a sido investido por el primero.

De acuerdo a lo antes dicho vale agregar que la investidura transferida al terapeuta responderá y se anudara a los modelos preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertara al terapeuta en unas de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento, vale decir no solo las representaciones expectativas conscientes, sino también las rezagadas o inconscientes, han producido la transferencia.

En este texto para Freud la transferencia encerraba ciertos enigmas difíciles de dilucidar siendo uno de ellos el por que el fenómeno transferencial se producía de manera mas intensa en personas neuróticas bajo análisis y el otro el que la transferencia se presenta en los procesos terapéuticos como la mas fuerte resistencia al tratamiento como queda manifiesto en el siguiente párrafo *“sigue constituyendo un enigma por que en el análisis la transferencia nos sale al paso como la mas fuerte resistencia al tratamiento, siendo que fuera del análisis, debe ser reconocida como portadora del efecto salúfero como condición del éxito.”* (Freud S. 1912, Vol. 12 p. 99)

El enigma del cual Freud comienza a preocuparse por dilucidar es uno de los que le brindan al fenómeno transferencial la importancia que posee para los procesos terapéuticos y para dar a entender su dinámica Freud comienza señalando que el origen de una represión se encuentra en la posibilidad que posee esta de mantener que se encarga de mantener en el plano inconsciente parte de la libido se encuentra en un estado de introversión o regresión es decir la libido se ha vuelto desde lo consciente a lo inconsciente y para rescatarla es necesario cancelar la represión o estado de desalojo, por medio de un

proceso terapéutico, y es aquí donde las resistencias acompañan todos los pasos del tratamiento, cada palabra o cada ocurrencia, y es en el proceso de búsqueda de dichas resistencias donde sobreviene la transferencia, es decir si algo de lo patógeno que es buscado es apropiado para ser transferido sobre el terapeuta, la transferencia se produce anunciándose por medio de una resistencia así la idea transferencial a irrumpido a expensas de todas las otras posibilidades de ocurrencia por que a prestado acatamiento a la resistencia. Por medio de esta dinámica el proceso terapéutico se encamina hacia una situación en que todos los conflictos tienen que librarse en definitiva en el terreno de la transferencia.

Para ratificar el poder que posee la transferencia como resistencia Freud señala las siguientes palabras *“la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, solo como el arma mas poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta”* (Freud S. 1912, Vol. 12 p. 102)

El párrafo precedente señala que existe una relación entre la resistencia y la transferencia por medio de la cual se puede llegar a dar cuenta de su papel en el desarrollo del proceso terapéutico, mas aun Freud agrega que para comprender el empleo de la transferencia como resistencia en los procesos terapéuticos es necesario tener en cuenta la distinción entre transferencia positiva y transferencia negativa.

La transferencia positiva se refiere a los sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de consciencia regularmente remontados a fuentes eróticas. Todos los vínculos que las personas realizan como de sentimiento, simpatía, amistad, confianza se enlazan filogenéticamente con la sexualidad que se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual, desde este punto de vista las personas de la realidad objetiva que parecen ser estimadas o admiradas pueden seguir siendo objetos sexuales para el inconsciente.

La transferencia negativa es la que se refiere a la transferencia de sentimientos hostiles. Freud añade un importante dato al señalar que la transferencia sobre el terapeuta solo resulta apropiada como resistencia cuando es negativa, o positiva de mociones eróticas reprimidas.

Todo lo anterior atañe al carácter dinámico, complejo y poderoso del fenómeno transferencial en los procesos terapéuticos, es el terapeuta mucho mas que un interprete de

lo que señala el paciente, ya que se vuelve también objeto con posibilidades de ser investido libidinalmente y por lo mismo entrar en un proceso del que se compone en gran medida el tratamiento, la gran importancia radica en que el terapeuta acuse conocimiento del fenómeno transferencial en el momento oportuno a fin de no ceder terreno a la resistencia que se esfuerza por mantener el estado de desalojo o represión.

La transferencia es un fenómeno que se vincula con los imagos infantiles del paciente y por lo mismo es un fenómeno en donde el paciente tiende a reproducir aquellos modelos de relaciones intersubjetivas reales y fantasmáticas con el ambiente familiar en una época de su vida en que existía un yo infantil con recursos defensivos infantiles y que se reproducirán en la relación terapéutica una vez producida la transferencia.

Otro texto referido al fenómeno transferencial escrito por S. Freud es la conferencia número 27 dictada en 1916, llamada precisamente “La Transferencia”. En la conferencia 27 (Freud S, 1916, Vol.16 p.92) comienza refiriéndose a los objetivos del proceso psicoanalítico, mencionándoles a sus escuchas que la posibilidad del trabajo terapéutico radica en la sustitución de lo inconsciente por lo consciente, y que para realizar esta modificación en el paciente no basta solo con conocer y enunciar lo rescatado al paciente, sino que debemos representarnos a eso inconsciente de manera tópica, es decir basándose en la premisa de la existencia de un inconsciente, pre consciente y consciencia, rebuscando en su recuerdo el lugar en que eso se produjo por obra de una represión, si la represión es eliminada la sustitución de lo inconsciente por lo consciente se puede consumir, por lo tanto la tarea terapéutica consta de dos fases la primera vendría a ser la rebusca de la represión y la segunda la eliminación de la resistencia que la mantiene en pie.

En cuanto a la resistencia señala que es producida por la contrainvestidura que se erigió para reprimir la noción chocante y por lo tanto se puede colegir, interpretar y comunicar pero en el lugar correcto, dado que la contrainvestidura no pertenece al inconsciente sino al yo, pasando a ser un colaborador del proceso terapéutico, en este sentido si se le han dado las representaciones-expectativa, correspondientes a la inteligencia del paciente le resulta mas fácil individualizar la resistencia y hallar la traducción que corresponde a lo reprimido. En este párrafo Freud articula ideas que no se encuentran en el texto analizado anteriormente en donde se refería a la dinámica de la transferencia introduciendo al yo, y con este hecho la posibilidad de trabajar transferencialmente con un

yo cooperador, en el lado de la consciencia, donde es posible apostar a que el paciente logre inteligir las resistencias y derribarlas afluyendo lo reprimido a la consciencia, el yo ha dejado de ser débil e infantil y por lo tanto se encuentra preparado para dejar de ver peligro en un reclamo libidinal, además tiene al terapeuta como auxilio.

En el transcurso de la conferencia Freud explica el origen de una resistencia y las potencialidades de un yo maduro, pero, todas estas argumentaciones son para enlazar el concepto de transferencia al del quehacer del terapeuta en procesos terapéuticos con patologías como neurosis obsesivas, histerias, neurosis de angustia y neurosis obsesivas en las que según su experiencia el éxito era posible; Sin embargo existen algunas patologías en las que el tratamiento psicoanalítico no muestran éxito alguno, no se muestran cambios, entre estas patologías se mencionan la demencia praecox, pacientes melancólicos y los paranoicos, esta reflexión lleva a Freud a enfocar su mirada en la diferencia entre estos tipos de paciente llegando a inteligir que la capacidad de los neuróticos de sentir afecto hacia el terapeuta o la admiración hacia su trabajo es la principal diferencia y por ende lo que influye en el resultado satisfactorio de los procesos terapéuticos. Dicho de otra forma los pacientes neuróticos tienen la capacidad de investir al terapeuta de pulsiones libidinales, y esta es precisamente la característica del fenómeno transferencial, con esto Freud afirma *“un ser humano es accesible también desde su costado intelectual únicamente en la medida de que es capaz de investir libidinosamente objetos”* (Freud S, 1917, Vol.16 p.405). En esta afirmación Freud brinda la posibilidad de pensar la transferencia como pilar constituyente en los procesos terapéuticos.

Luego el texto prosigue dando cuenta del fenómeno transferencial utilizando la descripción de un vínculo terapéutico en donde el paciente siente agrado por su médico y el médico se siente dichoso de atender a ese paciente en particular, en donde es posible inteligir seducción por ambos, tanto por el paciente como desde el terapeuta, frente a esta situación Freud señala uno de los párrafos que define la transferencia de hecho es encontrado en los mismos términos en los diccionarios psicoanalíticos y es que en tales relaciones terapéuticas donde el paciente muestra sentimientos de ternura hacia el terapeuta, es posible pensar en una “transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos. Mas bien conjeturamos que toda esa proclividad del afecto viene de otra parte, estaba ya preparada en

la enferma y con oportunidad del tratamiento analítico se transfirió sobre la persona del medico” (Freud S, 1917, Vol.16 p.402)

Como ya se había explicado antes el paciente posee ciertos modelos de relación con otras personas que repetirá en el transcurso de su vida y en donde la relación terapéutica no es la excepción. La diferencia es que aquí utiliza los mismos argumentos para dar a entender que existen ciertos tipos de patologías que pueden ser abordadas desde la perspectiva y tratamiento del psicoanálisis y otras que no pueden ser abordadas, precisamente por la incapacidad que poseen estos pacientes de investir objetos libidinalmente, ya que la investidura es más bien yoica como en el narcisismo, es decir apunta hacia su propio yo.

Bajo este enfoque Freud admite la posibilidad de una transferencia positiva o transferencia de sentimientos tiernos y una transferencia negativa o transferencia de sentimientos hostiles, pero en esta conferencia agrega algunas características de cada una en los procesos terapéuticos. Con respecto a la transferencia positiva señala que puede ser tanta la admiración hacia el terapeuta que el paciente deja de pensar e inteligir en su tratamiento transformándose la transferencia en una resistencia, 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 lo general dice Freud es así no solo en los tratamientos sino también en otros aspectos de la vida de cualquier persona.

En cuanto a la transferencia hostil o negativa señala que por regla general los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos dando cuenta de la ambivalencia de sentimientos que rigen la mayoría de los vínculos íntimos, además los sentimientos hostiles importan un vinculo afectivo al igual que los tiernos aunque de signo contrario y son llamados transferencia ya que la situación del tratamiento no les da la ocasión suficiente para no serlo; en este punto cabe reflexionar acerca de lo que sucede con un adolescente que es llevado en contra de su consentimiento, podría esperarse transferencia negativa o los sentimientos de hostilidad quizás no deberían ser llamados transferencia sino que solo el adolescente no desea estar ahí ya que no ha buscado él sino sus padres la ocasión del tratamiento.

Ya sean transferencia negativa o positiva Freud sugiere que es importante para todo terapeuta la prohibición de acceder a las demandas del paciente derivadas de la transferencia, tanto como rechazarlas, sino más bien el camino a seguir es superarlas, ya que si el terapeuta accede o rechaza sus demandas estaría trabajando a favor de la resistencia que mantiene la represión y los recuerdos en el olvido del inconsciente. Es decir el tratamiento no seguiría su curso sino que las energías de paciente y terapeuta se pondrían a disposición de otra situación, 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, pasando a ser la transferencia un instrumento beneficioso para el proceso terapéutico con la cual pueden desplegarse los abanicos cerrados de la vida anímica del paciente.

Freud en esta conferencia señala una característica importante de la transferencia dando a entender que la enfermedad del paciente no termina con la iniciación del tratamiento sino que esta continua, crece y se desarrolla, pero ahora toda nueva producción de la enfermedad se concentra en la relación con el terapeuta. Esta intelección da origen a un termino llamado neurosis de transferencia, ya que son las neurosis por su capacidad de investir objetos libidinalmente las capaces de llegar a un fenómeno transferencial. Esto se basa en que cuando la transferencia a agarrado vuelo el trabajo con los recuerdos del paciente queda relegado, por lo tanto ya no se esta tratando con la enfermedad anterior sino con una nueva recién creada que sustituye la primera, en donde el terapeuta se encuentra en una posición particularmente ventajosa por que conoce la nueva enfermedad la ha visto crecer y desarrollarse y se encuentra ubicado en calidad de objeto en el centro de la misma, todos los síntomas del paciente han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vinculo con la transferencia.

Para terminar su conferencia Freud destaca la importancia de la transferencia en los procesos terapéuticos con pacientes neuróticos ya que se cuenta con la convicción de que el significado de sus síntomas en satisfacciones libidinosas sustitutivas solo se afianza y pueden ser tratados cuando se da cuenta del fenómeno transferencial.

Finalmente S. Freud realiza una similitud entre la transferencia y la sugestión propia de los procesos hipnóticos, ya que en aquellos tiempos el debate sobre la efectividad de uno

u otro tipo de tratamiento era causal de debates y aclaraciones. Señala Freud que la doctrina de los fenómenos hipnóticos sugiere que todos los hombres son sugestionables, y que tal sugestionabilidad no es mas que la inclusión a la transferencia concebida de manera tan estrecha que no da cabida a la transferencia hostil o negativa, argumenta que dicha sugestionabilidad proviene de la sexualidad, de la actividad de la libido, cayendo en la reflexión de que el psicoanálisis abandono la hipnosis solo para redescubrir la sugestión bajo la forma de la transferencia.

Para profundizar en el tema transferencial se acudirá a un autor post freudiano Alberto Eiguer (Eiguer A. 1987, "*El Parentesco Fantasmático*") que aborda el tema transferencial desde la perspectiva de los tratamientos psicológicos de familias, se realiza este alcance por considerarse atinente al asunto de la presente tesis ya que se basa en el supuesto de pacientes adolescentes que por lo general no consultan por iniciativa propia sino, son llevados por sus padres o familiares lo que hace posible la idea de la participación de la familia en el proceso terapéutico y el cuestionamiento acerca de las particularidades del fenómeno transferencial, cuando son incluidos en el procesos figuras significativas como los padres.

Según Eiguer el fenómeno transferencial es extensible a todos los aspectos de la vida del paciente como en la familia la que al encontrarse en un proceso terapéutico surgiría una transferencia limitada a las manifestaciones regresivas de la psique familiar común y transicional, es decir en aquello que distingue a un grupo de otro y en este caso una familia de otra, que la hace mutar y evolucionar llevando a sus integrantes hacia la misma mutación.

El concepto de transferencia en la familia debería considerar exclusivamente los deseos primitivos, arcaicos y aquellos que aparecen asociados a representaciones ancestrales, con especial énfasis en aquellos vínculos entre lo que ocurría antaño y en otra parte con lo que sucede en el aquí y ahora.

La especificidad de la transferencia radica en su naturaleza putativa e interpretable y si para la transferencia individual la definición considera los desplazamientos de afectos sobre la persona del terapeuta, la definición de la transferencia en los procesos terapéuticos con familias según el autor sería "*el común denominador de los fantasmas y los afectos*

ligados con la psique común y con un objeto del pasado familiar, y referidos al terapeuta por desplazamiento y por proyección” (Eiguer A. 1987, p 40)

En el desarrollo de la definición de la transferencia familiar, el autor argumenta que la transferencia es la heredera de las relaciones objétales inherentes al hecho familiar que comprende los vínculos específicos y roles particulares, como también los aspectos comunes y los sectores de la psique individual que encuentran resonancia en los diferentes miembros de la familia. Por hecho familiar el autor da a entender la representación psíquica de un grupo como un todo, mas allá de que cada miembro posea rasgos específicos. Esta situación es posible de apreciar en la situación del encuadre ya que en virtud de la regresión que opera en la situación de dependencia de encuadre y terapeuta, afloran movimientos de totalidad donde se actualiza la creencia infantil de que la familia es el centro donde se gestan los principios de vida e ideales, implicando que el deseo transferencial familiar consista en promover al terapeuta al grado de genitor del estilo de vida, a la condición de padre fundador de una moral o por el contrario señalarlo como perturbador de una cierta estabilidad.

La transferencia en la terapia familiar es el producto de por una parte lo fantasmático grupal posible de distinguir en todo grupo humano, que reúne los materiales psíquicos de los distintos miembros de la familia y además la actividad psíquica específica de la familia como sus prototipos, imagos, e ideales desplazadas sobre el terapeuta o sobre el grupo de terapeutas. A modo de ejemplo se mencionan algunos prototipos que suelen ser invocados por la familias como el partero que salvo milagrosamente a una abuela y al hijo de esta, el maestro que sugirió al hijo la carrera que podría de seguir, el medico que pronostico la vida de un hijo mientras todos los demás lo desahuciaban, la abuela que pronostico el futuro divorcio de una pareja o el antepasado heroico que supo deshacerse de sus condicionamientos para realizar su destino.

La transferencia familiar esta implícita en el relato que aflora en determinado momento del tratamiento, estimulado por la relación terapéutica. La terapia familiar es un estrecho círculo de vínculos entre familiares que por lo general presentan dificultades de entrega emocional, a los cuales solo el clima empático les permite el afloramiento de recuerdos afectos y fondo fantasmático que les son comunes.

La transferencia familiar es sede de los vínculos típicos de la familia como los lazos de filiación, fraternidad y parentescos reales o fantasmáticos que son desplazados sobre el modo de interacción con el terapeuta, así por ejemplo una pareja de terapeutas pueden ser vistos como matrimonio representando la pareja ideal, otra pareja de terapeutas pueden ser vistos en modo asimétrico en cuanto a filiación como si uno fuera progenitor y el otro hijo, o a modo avuncular cuando imaginan que uno de los terapeutas es portador de ley interdictora y el otro terapeuta es quien la acata, en casos en que el terapeuta trabaja solo, los vínculos típicos de la familia se desplazan sobre el vínculo imaginario entre él y algún otro de fuera de proceso terapéutico que puede llegar a ser el psiquiatra que lo recomendó o incluso algún miembro de la familia en particular. La transferencia familiar habla en consecuencia de un personaje familiar o de una díada imaginaria e interactuante.

El autor A. Eiguer distingue tres tipos de transferencia según el estado de evolución del proceso terapéutico donde la transferencia sobre el encuadre se define como los fantasmas y los afectos familiares asociados con las reglas de asistencias, horario, pago, y con el marco material de la sala de terapia, la transferencia sobre el proceso se define a su vez como los deseos, las expectativas, las esperanzas y el escepticismo referidos a la evolución del tratamiento. Conforme a estos fenómenos el autor agrega que cada familia tiene un proyecto manifiesto, que por lo general se expresa como deseo de cambio, y un proyecto latente, que puede implicar un deseo de no cambio o de cambio parcial. También en el fenómeno transferencial en terapias con familias se aprecia transferencia negativa y positiva, la negativa en ausencias, transgresión de horarios, o pasajes al acto en la sesión mientras que la transferencia positiva se manifiesta en un acatamiento a las normas que se asumen como algo obvio.

En lo desarrollado por Eiguer se destaca para el presente estudio en primer lugar que le da un lugar a la transferencia para ser pensada desde las sesiones en las que asisten los parientes, además muestra luces de cómo en el discurso de las familias se presentan relatos que tienen que ver con hechos y personas del pasado que pueden ser identificados como prototipos que dicen algo de la transferencia de la familia con el terapeuta en un momento en el cual según sus características positiva o negativa el terapeuta puede utilizar a favor del proceso. Sin embargo el principio de todo es primeramente que el terapeuta pueda dar cuenta del fenómeno transferencial, es decir reconocerlo.

6.2 Contratransferencia

Según el diccionario de psicoanálisis Laplanche, contratransferencia vendría a definirse como “Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de éste.” (Laplanche J, 1997, p. 106)

Del análisis de la definición anterior se desprende que si bien admite que el terapeuta es afectado en alguna medida por el analizado, el conjunto de reacciones inconscientes no quedan bien definidas y clasificadas, por lo que reacciones podrían suponerse cualquier tipo de alteración del estado del analista que solo se gatilla frente a la persona del analizado o frente a la transferencia de este.

Para desarrollar el concepto de contratransferencia en vista de los objetivos del presente estudio, es imprescindible lograr definir el conjunto de reacciones inconscientes que el analista puede desarrollar en la relación terapéutica, para esto se tomara como referencia al autor post freudiano Heinrich Racker el que además de basarse en la definición de contratransferencia entregada por Freud, que es la misma que dicta el diccionario de psicoanálisis Laplanche, Racker señala que *“transferencia y contra transferencia representan dos componentes de una misma unidad dándose vida mutuamente y creando la relación interpersonal de la situación analítica”*(Racker H, 1960, p. 68). En esta afirmación Racker realiza el aporte de pensar la transferencia y contratransferencia como un solo fenómeno y por el cual tanto paciente como terapeuta son afectados, se puede imaginar como un fenómeno en dos sentidos que surge en la relación terapéutica, pero que a la vez es constituyente de la misma, Racker señala que la realidad constante de la transferencia es respondida con la realidad constante de la contratransferencia y viceversa, la transferencia lleva a una determinada conducta frente al terapeuta y su trabajo, él que por los significados que poseen para su persona, su trabajo, sentimientos y actos del analizado hacia éstos, responde con sentimientos, angustias, defensas, y deseos reales. El autor en estas palabras brinda la posibilidad de poner nombre a aquello que aparece en la definición como conjunto de reacciones, y la idea implícita de poderla reconocer.

Según el autor la relación del paciente con el terapeuta es lo esencial del proceso terapéutico y es por medio de la contratransferencia que el terapeuta puede sentir y

comprender lo que el paciente siente y hace en relación con el terapeuta, desde esta afirmación es que admite que la interpretación transferencial se encuentra íntimamente ligada con la contratransferencia, conforme a esto señala que el terapeuta debe estar dispuesto a aceptar no solo la transferencia, sino también la contratransferencia ya que la respuesta interna del terapeuta es decisiva para la comprensión e interpretación de los procesos psicológicos del paciente ya que las pretensiones del tratamiento se reúnen en la liberación de las represiones en la relación con el terapeuta.

En el texto se explican dos aspectos de la contratransferencia que tienen que ver con como el terapeuta da cuenta y maneja sus propias represiones, uno de ellos dice referencia a que el paciente puede encontrarse bloqueado en sus afectos hacia el terapeuta que vivencia contratransferencialmente como frustración obteniendo de esto su interpretación sin dar cuenta que la frialdad del paciente pudo haberlo enfriado al él como terapeuta al igual que su interpretación, es decir con este ejemplo el autor hace hincapié en la necesidad de análisis por parte del terapeuta a modo de que se libere de sus propias represiones, siendo los dos aspectos la respuesta contratransferencial manifiesta y la latente o reprimida o sea aquella que es explícita como en el ejemplo es el silencio del paciente y aquella que es latente como el bloqueo que finalmente también se da en el terapeuta. Al decir manifiesto se hace referencia a los procesos conscientes, mientras que lo latente obedece más bien a lo que opera en el plano inconsciente.

H. Racker menciona como parte de la contratransferencia aquella que resulta de la identificación del terapeuta con el yo y ello del paciente llamada identificación concordante en la cual el terapeuta puede identificarse e introyectar selectivamente distintos aspectos del material verbal y no verbal con sus respectivos aspectos emocionales, posibilitando la detección, estructuración, y formulación de lo interpretable por parte del terapeuta. Otra parte que resulta de la identificación del terapeuta con los objetos internos del paciente llamada identificación complementaria, en donde surge una resonancia emocional en función de los conflictos propios del terapeuta reactivadas o agudizadas por el material del paciente, representando un peligro para el terapeuta en tanto su labor pudiendo caer en el círculo vicioso de la transferencia provocando contratransferencia negativa, interfiriendo en la comprensión e interpretación del terapeuta.

Conforme a lo anterior la percepción de la contratransferencia no solo puede indicar el conflicto central del paciente en sus relaciones de objeto transferenciales sino también las reacciones de sus objetos internos y en especial los de la imago colocados en el terapeuta que luego el paciente introyecta como objeto bueno libre de angustia y de enojo en el yo y súper yo, siempre cuando el terapeuta reconozca, domine, y utilice su contratransferencia para la comprensión de la transferencia superando su contratransferencia negativa y sexual surgida como respuesta inevitable a la transferencia negativa y sexual del paciente.

Racker señala que la transferencia se ha estudiado más detenidamente a través de la evolución del psicoanálisis por que produce menos resistencia que la contratransferencia, pese a esto se ha logrado mayor atención sobre el fenómeno contratransferencial y sus características, se destacan analogías entre transferencia y contratransferencia que son útiles de mencionar como la transferencia positiva proporciona la energía necesaria para la colaboración del paciente, es decir la energía para ver el inconsciente superando las resistencias, del mismo modo la contratransferencia positiva desempeña un papel básico suministrando la energía necesaria para llegar a conocer el inconsciente del paciente a través del análisis de la contratransferencia alcanzando su inconsciente superando sus propias contraresistencias.

Otra similitud entre transferencia y contratransferencia es el amor que hay en el paciente y por medio del cual se vale para creer en el terapeuta prestando oído a todas sus ocurrencias mientras dura su transferencia positiva, así también en el caso del terapeuta la comprensión muestra su origen en el amor, ya que se identifica con el ello y yo del paciente, solo mientras se mantiene su contratransferencia positiva.

Del mismo modo la transferencia negativa y sexual perturba la colaboración del paciente, también la contratransferencia negativa y sexual perturba la comprensión del terapeuta, ya que responde a estas por medio de contraresistencias , de igual modo aunque menos manifiesto es que la contratransferencia negativa y sexual sean la consecuencia de la comprensión perturbada del terapeuta debido a sus propias contraresistencias existiendo una similitud con la transferencia negativa y sexual en cuanto a sus surgimiento como resistencia

Por ultimo entre los aspectos específicos del fenómeno contratransferencial H. Racker menciona a *“todo actuar del terapeuta que no sea el de interpretar y que tuviese su origen motivador en la angustia y tensión del terapeuta”* (Racker H, 1951, p. 76). En estas palabras Heinrich Racker da a entender la manera de dar cuenta del fenómeno contratransferencial, situándolo en la consciencia del terapeuta que implica darse cuenta de que sus interpretaciones provienen de lo verbalizado por el paciente y no como respuesta a su propia angustia, momentos en los cuales debiera abstraerse de actuar, ya que podría actuar aquel papel que el paciente debido a la transferencia espera que realice. Por lo tanto Racker plantea que es el camino de la interpretación el más viable en los fenómenos contratransferenciales.

En lo que refiere a Sigmund Freud se refiere en poca cantidad y especificidad al fenómeno contratransferencial, sin embargo es posible de encontrar referencia al tema en su texto “Puntualizaciones sobre amor de transferencia” (Freud S. 1912, Vol.12 p.66) en donde hace alusión y da forma a la contratransferencia, no en una definición propiamente tal sino mas bien para dar cuenta del estado en el que se puede encontrar el terapeuta, al no dar cuenta de la transferencia proveniente desde el paciente que a puesto sobre la persona del terapeuta sentimientos de índole amoroso, en donde el terapeuta no da cuenta de este fenómeno como contratransferencia y por ende como parte del proceso terapéutico sino que lo atribuye, equivocada y exclusivamente a meritos de su personalidad perdiendo de vista lo que significa la transferencia y contratransferencia en el proceso terapéutico, actuando de esta forma a favor de lo que en el paciente es reprimido. Este texto de Freud será visto con mayor profundidad en el siguiente punto.

Freud da a conocer el fenómeno contratransferencial en el curso de su pensamiento y la designa como la respuesta inconsciente del terapeuta bajo el influjo del paciente, considerándola como un obstáculo para el progreso del análisis que debe ser removida. En Freud solo se encuentran algunas referencias al tema que no alcanzan a constituirse en teoría careciendo en ese entonces de valor para el psicoanálisis y como método de investigación del inconsciente y como técnica de tratamiento.

Según las conclusiones expuestas en una tesis realizada en la Universidad Católica de Chile, en el año 1992 titulada “Contratransferencia algunas consideraciones sobre su eventual valor en la comprensión del inconsciente del paciente”, los autores Carolina Bornhorn y Francisco Parr, luego de realizar en su estudio teórico aproximaciones al concepto desde la escuela Kleiniana y Argentina en donde se encuentra el autor también citado en el presente estudio H. Racker refieren que el concepto contratransferencial siempre alude a una dimensión inconsciente en donde debiera existir inevitablemente una elaboración del compromiso contraresistencial aludiendo a la idea de que la contratransferencia no es un instrumento a priori, sino en el mejor de los casos instrumentalizable, como resultado de la elaboración del conflicto inconsciente y de los efectos que la transferencia tiene sobre el terapeuta. Tal instrumentalidad dependerá en alto grado de la conformación de las tempranas relaciones objétales y de las relaciones y vínculos que establecerá con su didacta que se traducirán en una serie de capacidades y recursos relacionados con una buena elaboración de la posición depresiva y del desarrollo del aparato de contención, junto a esto la experiencia clínica cotidiana, es decir el tratamiento de diversos pacientes y la puesta en juego con ellos de distintos aspectos del terapeuta, del trabajo de comprender a un paciente y de elaborar la contratransferencia que conllevan modificaciones en el terapeuta mismo. De este modo el trabajo terapéutico dependerá de y, al mismo tiempo favorecerá la disponibilidad de los propios recursos internos y externos, la capacidad para pensar y la habilidad para tratar con lo interno.

Según un análisis a los escritos de Wilfred Ralph Bion que hacen referencia al fenómeno contratransferencial, realizado por los autores recién citados cabe destacar que la contratransferencia es definida como “*representante de una manifestación de lo incognoscible e inabordable del inconsciente y luego un falseamiento en la percepción a raíz de los puntos ciegos o proyecciones de los conflictos del analista, que disminuyen pero nunca desaparecen con el análisis personal*” (Bornhorn C, 1992 p. 57). Es decir es aceptable la idea de que la contratransferencia no desaparece del todo sino mas bien el terapeuta puede trabajar conforme a lo que ella representa en los procesos terapéuticos. Señalan además que ante la difícil tarea de intervenir el terapeuta reacciona con elementos defensivos como recurrir a la teoría para protegerse de las barreras que genera su trabajo en donde la función del análisis personal es contrarrestar esta tendencia a través de acrecentar

la capacidad de tolerar las experiencias emocionales de duda y persecución inherentes a los procesos contratransferenciales.

En la definición que ellos señalan es posible dar cuenta de que mencionan un mecanismo defensivo del cual se valen los fenómenos contratransferenciales llamado proyección, pero no solo este mecanismo se encuentra ligado al fenómeno contratransferencial sino también la introyección y la identificación proyectiva forman parte del ya citado fenómeno.

Finalmente los autores plantean que la comprensión del inconsciente del paciente, esto es el abrazar, ceñir, penetrar, contener el inconsciente ajeno es solo posible cuando ocurre una elaboración de la contratransferencia.

De lo recién señalado se puede extraer y rescatar la importancia que posee la elaboración de la contratransferencia para el resultado de los procesos terapéuticos y aporta a la presente tesis la idea e importancia de que el fenómeno contratransferencial no descansa solo en el esclarecimiento de un concepto, sino que posee un segundo tiempo que tiene que ver con su elaboración y la idea de que el analista se someta a un análisis de sus contraresistencias por doloroso que sea para su persona.

Además señala que si es posible acceder o aproximarse al inconsciente del paciente a través del análisis de la contratransferencia, recalando que esta aproximación solo se realiza sobre su elaboración, dicho de otro modo es posible el acercamiento al inconsciente del paciente a través de la elaboración de la contratransferencia.

6.2.1 La situación analítica como el lugar en donde se despliega la Contratransferencia

Al trabajar la contratransferencia como concepto, resulta inevitable por su característica de interpersonal referirse al lugar donde ésta se despliega, según los autores Bornhorn y Perr (Bornhorn C, “*Contratransferencia algunas consideraciones sobre su eventual valor en la comprensión del inconsciente del paciente*”, 1992) el lugar donde la contratransferencia se desarrolla corresponde a la situación analítica, la que a su vez se encuentra conformada por un conjunto de variables- proceso y un conjunto de constantes- encuadre, correspondiendo al lugar o espacio sin tiempo donde ocurre el análisis pudiendo ser entendida como “*una relación entre dos personas que comparten un objetivo y cuyas conductas y funciones se hayan precisamente definidas (Zac 1968 y 1970), donde el objetivo o tarea es la exploración del inconsciente del analizado con la participación técnica del analista (Etchegoyen 1986)*” (Bornhorn C, 1992, p. 27).

Los autores agregan que la situación analítica es concebida como una totalidad o configuración dinámica y la pareja terapeuta-paciente como una unidad funcional ya que ambos se encuentran insertos en un mismo proceso dinámico en donde las relaciones entre transferencia y contratransferencia se originan en ella es decir no son pre existentes.

Como elemento constitutivo de la situación analítica el proceso o conjunto de variables se puede definir como “*un devenir temporal de sucesos que se encadenan y tienden a un estado final con la intervención del analista... estos sucesos se relacionan entre si por fenómenos de regresión y progresión que el estado al que tienden es la cura, (sea esta lo que fuere) y que la intervención del analista consiste básicamente (o exclusivamente) en el acto de interpretar (Etchegoyen 1986, p. 495)*” (Bornhorn C, 1992, p. 28).

Cabe destacar que los autores ponen énfasis en que especialmente el proceso se encuentra compuesto por los fenómenos de transferencia, contratransferencia e interpretación, que poseen distinto significado según el contexto en que surjan y la pareja terapeuta-paciente que corresponda aludiendo a que la diferencia entre ellas es fundamental.

El encuadre por su parte se encuentra definido por el “*conjunto de constantes o de estipulaciones explícitas o implícitas, presentes en los distintos tratamientos psicoanalíticos y a lo largo de cada uno de ellos, cuya función es disminuir al máximo las interferencias en la relación analista-analizado, facilitando como consecuencia la labor diagnóstica y pronóstica (Zac 1968 y 1970)*” (Bornhorn C, 1992, p. 28).

Los autores hacen hincapié en que el encuadre no debe ser rígido, sino más bien hasta cierto punto flexible a modo de brindar una estabilidad para que el proceso analítico se pueda desarrollar con libertad, dadas sus características el encuadre responde a la necesidad de limitar y controlar la regresión del paciente y evitar la contaminación regresiva contratransferencial del terapeuta por la transferencia del paciente.

El encuadre es formulado en términos formales como número de sesiones, duración, lugar de la sesión, posición corporal (sentado o recostado, asociación libre honorarios, etc. Y también como una actitud mental del terapeuta concerniente a la disposición a trabajar con el paciente realizando de la mejor manera posible la tarea comprometida, consistente en explorar los procesos mentales inconscientes del paciente y hacérselos comprender, colocando especial atención en evitar introducir el menor número de variables posibles en el desarrollo del proceso.

Para terminar los autores señalan que el encuadre posee un componente mudo en donde el terapeuta es analizado, situación que lo faculta para elaborar la carga emocional contratransferencial que significa aceptar el material del paciente sin depositarle los propios conflictos, el encontrarse analizado lo habilita también para renunciar a la actitud omnipotente y aceptar la interdependencia pudiendo esto elaborarse por medio de un análisis, autoanálisis, registro de sesiones o supervisión

Para una mayor profundización en el tema se tomara como referencia una tesis realizada en la universidad academia de humanismo cristiano (Valverde M. “*Aproximación a la psicoterapia de adolescentes desde una perspectiva Kleiniana*”, 1999), en ella la autora agrega que psicoterapia analítica y psicoanálisis son cosas distintas, la psicoterapia posee una mirada desde el psicoanálisis por medio de una forma de hacer terapia desde una posición psicodinámica, el psicoanálisis por su parte es un proceso que puede durar muchos años, mientras que la psicoterapia se aproxima a plazos medianos y breves.

La psicoterapia analítica comparte una base común con el psicoanálisis ya que utiliza la teoría psicoanalítica y su método de investigación en la búsqueda del significado inconsciente de las manifestaciones verbales del paciente, que tiene por objetivo su mejoría, de forma diferente al psicoanálisis que se enfoca más en un continuo crecimiento mental, la psicoterapia avanza hacia la mejoría que una vez alcanzada en forma relativamente estable da por terminado el tratamiento ponderando la mejoría por sobre el crecimiento mental.

La autora señala la presencia de factores específicos e inespecíficos que conforman las psicoterapias analíticas, que interactúan entre sí e influyen en el éxito de la misma.

Factores inespecíficos:

Accesibilidad: Existen pacientes de difícil acceso, que pueden permanecer pasivos y si el terapeuta cede a tal presión de lo que se le ha proyectado, asume un papel activo sintiendo deseos de lograr algo abriendo paso a un acting out contratransferencial.

Alianza de Trabajo: Es un fenómeno transferencial relativamente racional provenientes de vínculos pasados, que hace posible para el paciente trabajar con determinación en la situación analítica. La alianza de trabajo depende del paciente, del terapeuta y del encuadre. El paciente contribuye a la alianza de trabajo por medio de su consistente empeño en tratar de comprender y superar la resistencia, por su parte el terapeuta lo hace a través de su empatía y actitud de aceptación evitando juzgarlo o dominarlo.

Identificación proyectiva: Concepto que implica una combinación de disociación del yo, con la proyección de la mismas en otra persona. Posee un valor en el proceso de comunicación, que implica el concepto continente y contenido que describe el proceso mediante el cual las identificaciones proyectivas del paciente son internalizadas por el terapeuta y retornadas al paciente de manera provechosa.

Encuadre: La autora destaca en este punto la importancia de no alterar el encuadre propuesto al comienzo de la psicoterapia para la investigación posterior ya que el experimento podría fallar y dejar al terapeuta desprotegido frente a la alteración.

Factores específicos

Instrumentos para influir sobre el paciente: *Apoyo*, en forma de estabilidad y seguridad promoviendo la buena relación terapeuta-paciente, facilitando al terapeuta pueda colocarse en el lugar de superyo. *Sugestión*, entendido como introducir en la mente algún tipo de juicio o afirmación que pueda operar desde dentro con el sentido y finalidad de modificar una determinada conducta patológica como por ejemplo las adicciones. *Persuasión*, mecanismo ligado a la razón del paciente en forma de argumentos racionalizados cargados de afectividad.

Instrumentos para recabar información: *Pregunta*, utilizable cuando no existan elementos que aconsejen interpretar o callar. *Señalamiento*, pretende establecer atención con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca mas información. *Confrontación*, pretende colocar al paciente frente a un dilema para que advierta una contradicción.

Instrumentos para ofrecer información: *Información*, opera como un autentico elemento de psicoterapia si se opera para corregir un error que perpetua o ahonda una enfermedad. *Esclarecimiento*, ilumina algo que el paciente sabe pero no percibe claramente de si mismo. *Interpretación*, se refiere a algo que pertenece al paciente pero de lo que el no tiene conocimiento concentrando la disposición a comprender y dar alivio a las ansiedades del paciente conformándose en uno de los factores centrales e la acción terapéutica.

Conforme a todo lo antes señalado, se puede observar que la situación analítica brinda innumerables ventanas por donde los fenómenos contratransferenciales pueden fluir, el proceso de encuadre es fundamental para dar cuenta de ellos, siendo además el momento donde se definen las funciones y limitan las constantes que primaran el resto del tratamiento posibilitando al ojo entrenado de un terapeuta la posibilidad de identificar las

reacciones transferenciales del paciente frente al él, mientras que en el proceso se ofrecen diversos mecanismos que posibilitan la transferencia de sentimientos e identificaciones que de no ser advertidos influirían de manera importante en el resultado de la terapia, es decir existiría el bloqueo por medio de resistencias de diferentes aspectos fundamentales como por ejemplo la interpretación. O también es posible rescatar el paso al acting out en el terapeuta como consecuencia de una acción desesperada guiada por la angustia contratransferencial que promueve la movilización del terapeuta desde la función interpretativa a la acción, situación que queda reflejada en la angustia que puede sentir un terapeuta ante la pasividad de su paciente que no es más que una resultante contratransferencial.

Así dentro de la terapia cabe rescatar el concepto de identificación proyectiva que posibilita al terapeuta el ser continente del material del paciente para luego devolverlo de manera tal que quien lo pueda contener de manera armoniosa desde ese momento en adelante sea el paciente, sin embargo se ofrece también en términos contratransferenciales los aspectos negativos si se presupone que el terapeuta tampoco los puede contener y se los devuelve al paciente o simplemente no es capaz de aceptar lo que trae, inducido más bien por alguna situación personal no resuelta y no reconocida. (La identificación proyectiva será abordada con más detalle en el siguiente punto)

6.2.2 Mecanismos de Introyeccion, Proyección e Identificación Proyectiva y Contratransferencia.

Tomando como referencia la tesis citada en el punto anterior (Bornhorn C, 1992), es posible discernir que en el fenómeno contratransferencial en la relación terapeuta-paciente ubicada en la situación analítica conformada ésta a su vez por encuadre-proceso, operan mecanismos constituyentes y dinámicos del fenómeno contratransferencial como la introyeccion, la proyección y la identificación proyectiva.

Heinrich Racker cuando señala la existencia de la dinámica de la contratransferencia realiza alusión precisamente a mecanismos de introyeccion por parte del paciente de los aspectos buenos del terapeuta libre de angustias y enojo en tanto pecho bueno y nutricio, en el yo y súper yo (Racker H, 1951, p. 71). Conforme a este pequeño párrafo es posible elucidar que la dinámica de la contratransferencia obedece a mecanismos defensivos de introyeccion y proyección, que estimuladas por la situación analítica, operan en ésta formando parte del fenómeno contratransferencial, a modo de ejemplo es posible pensar que si existe la posibilidad de que el paciente proyecte objetos o parte de su yo, en el terapeuta y este de no encontrarse preparado para aceptar dicha proyección reaccione contratransferencialmente devolviéndole al paciente lo proyectado negándole la posibilidad de elaborarlo en la relación terapéutica, los mecanismos de introyeccion - proyección y contratransferencia se encuentran íntimamente ligados, además si se piensa que una de las aptitudes básicas que debiera poseer un terapeuta radica en poder colocarse en el lugar de otro, el concepto de proyección de torna fundamental para la psicología.

Volviendo a la tesis tomada como referencia los mecanismos antes mencionados tendrían su origen según la teoría Kleiniana, en los procesos que ocurren durante los primeros tres o cuatro meses de vida. En términos generales Melanie Klein plantea “que desde el principio el niño es capaz de establecer una relación objetal con el pecho materno escindido en uno bueno gratificante y uno malo frustrador, a raíz de la proyección del propio amor y odio además de las experiencias de satisfacción y frustración. El bebe poseería instintiva e innatamente una percepción inconsciente de la existencia de la madre, que será la base de la primitiva relación con ella, en este contexto el bebe espera alimento, amor y comprensión, que recibe a través del manejo del niño por la madre y que conduce a

una cierta unicidad inconsciente, basada en el hecho de que el inconsciente de la madre y el del niño se encuentran en estrecha interrelación (Klein, 1959 p. 126)” (Bornhorn C, 1992 p. 34)

Los recién mencionados vínculos implican la participación y desarrollo de procesos de introyección y proyección, cuya acción conjunta afectara y modelara la construcción de la realidad interna y la percepción y contacto con la externa perdurando a lo largo de toda la vida modificándose de acuerdo a la maduración, en donde el tipo de introyección y proyección desarrollado será de vital importancia para la salud mental, las relaciones con la realidad y para el enriquecimiento del mundo interno, siendo los procesos de introyección y proyección de la vida adulta una repetición del molde de las introyecciones y proyecciones pasadas tempranas, así el mundo externo es una y otra vez incorporado y puesto afuera – reintroyectado y re proyectado esta situación es relevante para los estudios de los procesos terapéuticos ya que los tempranos métodos de escisión influyen en como luego se ejercerá la represión, que en ultimo termino incidirá en la interacción que existe entre inconsciente y consciente, determinando la capacidad de insight del sujeto.

En la teoría de Klein existe un periodo denominado fase esquizo-paranoide donde el yo del bebe debe afrontar las ansiedades provenientes de la presencia del instinto de muerte, las derivadas del trauma del nacimiento o ansiedad de separación y de las inevitables frustraciones corporales que debe padecer, siendo estas experiencias luego imputadas vía proyección a los objetos externos, así las primeras defensas llevadas a cabo son la proyección de parte de la pulsión tanatica hacia el exterior el que será experimentado como un ataque oral al pecho y a todo el cuerpo materno, que busca chupar, vaciar y robar del pecho de la madre los contenidos buenos, como consecuencia el niño sentirá que ha introyectado un pecho malo hecho pedazos y con esto a introyectado a perseguidores internos que refuerzan el temor al propio impulso destructivo.

Mas tarde con la emergencia de los impulsos anales y uretrales, la fantasía de agresión consistirá en la expulsión de sustancias peligrosas (excrementos) fuera del yo y dentro de la madre, junto con partes escindidas del yo que buscan dañar, controlar, y tomar posesión de ella, esto es importante de tener en cuenta ya que de este modo la madre y pronto el padre y otras personas, pasan a contener las partes malas, transformándose en las destinatarias de todo el odio que el niño sentía contra ellas. Cabe destacar en este punto que

el tipo de vínculo sádico anal – uretral en donde se enfatiza la identificación del objeto con las partes proyectadas es la antesala del mecanismo defensivo denominado identificación proyectiva.

La identificación proyectiva cumple su función cuando algo del sí mismo se fantasea en el otro, como ajeno pero el carácter de identificación surge en ese particular sentimiento de saber lo que le ocurre al otro, donde se reconoce este sentimiento que si bien se considera ajeno como si fuera propio.

Según los autores la identificación proyectiva empezaría simultáneamente con la voraz introyección sádico-oral del pecho materno, en donde además de las identificaciones proyectivas de dañar y controlar, el niño realiza proyecciones y expulsiones de partes sentidas buenas y valiosas; las cuales serán determinantes para el desenvolvimiento de las relaciones objétales amorosas e integración del yo. Se debe tener particular precaución en considerar que una prematura y excesiva defensa contra el sadismo sería perjudicial para el desarrollo del niño por que impediría la relación con la realidad y el desarrollo de la vida de la fantasía ya que la exploración sádica del cuerpo materno serían interrumpidos ocurriendo una suspensión mas o menos total de la relación simbólica con las cosas y los objetos que a ellas representan.

La identificación proyectiva excesiva ya sea de aspectos sentidos buenos o dañinos acarrea un debilitamiento yoico debido a la expulsión de partes buenas, que nunca serán recobradas por que se hallaran sepultadas en el objeto, y debido también a la expulsión del componente agresivo de los sentimientos y de la personalidad lleva a perder lo que en la mente del niño se asocia a poder, fuerza y conocimiento.

La identificación proyectiva es un mecanismo defensivo contra la angustia y conflicto psíquico, que paradójamente atenta contra la estructuración, integración y fuerza del yo. La calidad funcional que la identificación proyectiva tenga en vínculos posteriores va a ser altamente dependiente de la calidad que haya tenido la relación con la madre y mas específicamente de sus respuestas, por ejemplo cuando los objetos se rehúsan a recibir las partes angustiadas del self.

Ahora que se ha explicado la génesis de los mecanismos en estudio por medio de la teoría Kleiniana es posible ahora definir cada uno de ellos y relacionarlos con el fenómeno contratransferencial.

Según los autores la introyección es un término introducido por Ferenczi en 1909, para aludir en modo amplio al mecanismo inverso a la proyección. S. Freud lo adoptó luego para denominar el proceso a través del cual el yo, luego de perdido el objeto, lo establece en su interior como un objeto interno con el cual se identifica, proceso que participa en la estructuración del yo, súper yo y la construcción del carácter. Frente a estas afirmaciones es importante la reflexión acerca de la importancia que posee este mecanismo en los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en procesos terapéuticos con adolescentes dado que se encuentran en proceso de afirmación de su yo y muchas veces estructurando un súper yo, y afirmando su carácter es decir un sujeto en desarrollo, es válido pensar en la importancia que puede tener en este desarrollo las identificaciones introyectadas en el proceso terapéutico y que tienen que ver con la persona del terapeuta y reflexionar también acerca de como un terapeuta reacciona en esta situación en la que un adolescente le puede colocar, a causa de un proceso terapéutico. Otra de las importantes autoras mencionadas por que como ya se menciono ha dedicado líneas y pensamiento al mecanismo de la introyección es Melanie Klein quien señala su origen en las situaciones vividas por el bebe y los objetos que encuentra y que no solo se experimentan como externos sino que se introducen en el self y llegan a formar parte de la vida interior.

En cuanto al mecanismo de la proyección es posible definirla como *“operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos, que no reconoce o rechaza en si mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento normales, como la superstición.”* (Laplanche J. 1971, p. 317). Retornando a lo expuesto por los autores de la tesis al comienzo citada la proyección es posible de encontrar en Freud como un proceso normal en fenómenos como el animismo, la superstición y en la génesis de la diferenciación entre yo – no yo, esto es muy importante para esta tesis ya que el mecanismo defensivo yo-no yo es posible de encontrar en procesos terapéuticos con adolescentes en donde los padres llevan a sus hijos colocándolos en el lugar de enfermos al mismo tiempo que intentan distenderse o defenderse de la situación, señalando que es el niño y no ellos los del problema es decir un yo-no yo, con lo que es posible reflexionar que este tipo de proyección es posible de

encontrar en casos de automutilación superficial en adolescentes. En la teoría freudiana según los autores la proyección *“se conceptualiza como una defensa frente al no querer saber (un desconocimiento de sí mismo seguido por un reconocimiento en el exterior) y ante el no querer ser (encontrar afuera lo que ha sido arrojado desde dentro)”* (Bornhorn C, 1992, p. 31).

Por último uno de los mecanismos más relevantes en el fenómeno contratransferencial es el de Identificación Proyectiva, ya que es por medio del cual el terapeuta puede encontrar en el paciente elementos u objetos que tienen que ver con su propia experiencia y con los cuales puede identificarse, pudiendo dar cuenta o no de este proceso de igual manera dicho mecanismo puede interferir en las interpretaciones realizadas por el terapeuta.

Según el diccionario de psicoanálisis Laplanche identificación proyectiva se puede definir como: *“Termino introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasmas en los que el sujeto introduce su propia persona (his self), en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo”*. (Laplanche J. 1971, p.196). Retomando nuevamente la tesis que es tomada como referencia en ella los autores señalan identificaciones proyectivas normales e identificaciones proyectivas patológicas.

En lo concerniente a identificaciones proyectivas normales y basándose en los escritos de Wilfred Bion, mencionan que la identificación proyectiva funciona de modo realista y promueve en las primeras etapas evolutivas un buen ajuste y adaptación entre la madre y el niño, lo que significa que el bebé presenta una conducta calculada a modo de despertar en la madre sentimientos de los cuales desea liberarse, en donde es posible pensar que la madre-analista podrá hacerse cargo temporalmente de la ansiedad del niño-paciente y modificarla para una posterior introyección, a través del pensamiento. La madre logrará sentir lo que el bebé siente por medio de la introyección de su identificación proyectiva con autocontrol y deseo de comprensión, permitiéndole recibir la identificación proyectiva y su dolor sin ser dominada por ellos, transformando de este modo el hambre en satisfacción, el dolor en placer y la soledad en compañía. Este tipo de identificaciones al asentarse en una personalidad fuerte, contribuirá al sujeto para investigar sus propios sentimientos y manejar su vida emocional, favoreciendo la creación de pensamientos y conceptos acrecentando la

tolerancia a la frustración. Esta concepción de la identificación proyectiva normal es fundamental para entender el mecanismo de la empatía tan relevante para el ejercicio de la psicología.

Como es de esperar Bion formula también la existencia de la Identificación Proyectiva Patológica, la que se caracteriza por generar solo elementos bizarros, aptos solo para ser expulsados y manipulados como cosas, pero no como pensamientos, siendo estos elementos capaces de provocar en otro como el terapeuta la respuesta emocional deseada por el paciente.

La influencia de esta identificación proyectiva en la contratransferencia sería identificable por el terapeuta en función de los fuertes sentimientos que provoca, de las sensaciones de ser manejado para desempeñar o actuar un papel en la fantasía de algún otro con pérdida temporal de la comprensión.

El origen de esta identificación proyectiva patológica se encuentra en la fase esquizo-paranoide donde el niño reemplaza el uso de introyecciones y proyecciones por una excesiva identificación proyectiva, en conjunto con ataques a objetos y funciones capaces de establecer vínculos.

Si una madre no tolera el uso de identificaciones proyectivas en su hijo, esto es, que no reciba y comprenda con tranquilidad el material proyectado, lo conducirá a un estado patológico de la misma en donde no se promueve la comunicación y la vinculación entre dos instancias, aspectos o personas. En este mismo sentido y asemejando la relación madre-hijo a la relación terapeuta-paciente, si el terapeuta como objeto de identificaciones proyectivas del paciente logra demostrar su integridad aparecerá como un continente no destruido, susceptible de ser internalizado vía introyección. Por el contrario si devuelve las evacuaciones del paciente, impedirá que ocurra una relación continente – contenido donde pueda hacerse cargo de organizar los contenidos a través de una interpretación que devuelva la fantasía en forma de pensamiento.

6.3 Efectos de la Transferencia / Contratransferencia en procesos Terapéuticos

Freud comienza a referirse acerca de la transferencia, ligándola de pleno con la experiencia del analista o terapeuta, como queda demostrado en el siguiente párrafo escrito por él: *“Acaso todo principiante en el psicoanálisis tema al comienzo las dificultades que le depararan la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. Pero pronto aprenderá a tenerlas en poco y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia.”*(Freud S, 1915, Vol.12 p.163)

En el párrafo anterior Freud admite la existencia de la transferencia al mismo tiempo que admite que debido a la inexperiencia de un principiante en el ejercicio de la psicología puede por todo desconocer sus condiciones y su manejo, esta reflexión y afirmación realizada por Freud es uno de los pilares que sostiene del presente trabajo de investigación en donde se pretende investigar la particularidad de la contratransferencia, en casos de automutilación superficial en adolescentes, es decir se puede suponer que la inexperiencia de un terapeuta puede hacer que éste no de cuenta del fenómeno transferencial, dicho de otro modo, el terapeuta ante un caso de transferencia negativa podría pensar que los sentimientos hostiles provenientes desde el paciente y puestos en la persona del terapeuta se deben al rechazo por parte del paciente hacia la su persona, y por ende influir contratransferencialmente en el proceso terapéutico, ocasionando tensión o angustia en el terapeuta, producto de que como señala H. Racker el terapeuta a actuado de manera distinta a la de interpretar.

Para ejemplificar y realizar un mejor estudio del fenómeno de la transferencia Freud selecciona una situación transferencial en donde ejemplifica la transferencia a través del enamoramiento de una paciente mujer hacia su medico o terapeuta. En el ejemplo una mujer joven comienza a tener sentimientos amorosos hacia su terapeuta situación que es suscitada después que la paciente recuerda en terapia un penoso hecho de su biografía. Desde este punto de vista el enamoramiento se deviene como resistencia al penoso recuerdo, ya que existe la posibilidad de que se detenga el trabajo terapéutico a causa de la mejoría que produciría el enamoramiento, o de el quiebre del proceso analítico si el medico

decide alejarse de ella o bien por lo mismo la paciente fuese derivada a otro medico, el proceso se detiene y lo reprimido se mantiene en el mismo lugar.

Así la situación transferencial utilizada como ejemplo por Freud, posee dos desenlaces posibles uno de ellos comprende la unión de ambos por influencia del amor y el otro la separación en donde Freud señala que la paciente reaccionaría *“abandonando el recién iniciado trabajo que debía servir al esclarecimiento, como si un accidente elemental lo hubiera perturbado.”* (Freud S, 1915, Vol.12 p.164)

Freud sobre el caso prosigue: *“supongamos el caso del segundo desenlace de la situación considerada: el medico y la paciente se alejan tras enamorarse ella de él; **la cura es resignada.**”* (Freud S, 1915, Vol.12 p.164)

Es decir el bienestar del paciente demora en su devenir y puede ser resignada a otro medico. Este hecho puede ser observado como un efecto de la transferencia en procesos terapéuticos, en donde el terapeuta no ha dado cuenta del fenómeno que se ha hecho resistencia interrumpiendo el proceso, dejando en el inconsciente del paciente aquello reprimido que utilizo los artilugios de la transferencia, para mantenerse en el mismo lugar, relegando el doloroso paso a la consciencia.

En lo referente a lo que acontece en el terapeuta y que es de importancia para el presente estudio Freud discierne: *“Para el medico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una **contratransferencia** acaso aprontada en él. Tiene que discernir que el enamoramiento de la paciente le ha sido impuesto por la situación analítica y no se puede atribuir, digamos, a las excelencias de su persona; que por tanto, no hay razón para que se enorgullezca de semejante conquista, como se le llamaría fuera del análisis. **Y siempre es bueno estar sobre aviso de ello.**”* (Freud S, 1915, Vol.12 p.164)

En el párrafo anterior Freud le otorga la importancia y la particularidad de su prevención, es decir la contratransferencia es un fenómeno real, importante en el desenlace de un proceso terapéutico, y que se significa desde el terapeuta. Además le otorga relevancia desde la posibilidad de su prevención, no desde el punto de vista de su anulación, sino de su esclarecimiento dejando ver que la contratransferencia posee un aspecto positivo en el proceso de análisis, siempre cuando el terapeuta se de cuenta de su existencia y de su actuar como posible resistencia al proceso, dejando entrever en sus palabras que puede no existir la posibilidad de su anulación.

Con referencia a la situación que utiliza como ejemplo Freud señala que es cierto que a primera vista no parece que del enamoramiento en la transferencia pudiera nacer algo auspicioso para el proceso terapéutico. La paciente aun la mas colaboradora hasta entonces a perdido de pronto toda capacidad de pensar y elaborar en el tratamiento y todo interés por el, no quiere saber nada mas que de su amor por su terapeuta, demandando a éste que le sea correspondido; ya no considera sus síntomas o los desprecia y minimiza y hasta se declara sana. Sobreviene un total cambio de vía de la escena, como un juego dramático que fuera desbaratado por una realidad que irrumpe súbitamente. El terapeuta que lo vivencie por primera vez no hallara fácil mantener la situación y sustraerse del espejismo de que el tratamiento a llegado efectivamente a su termino.

Ante estas situaciones de amor y transferencias de sentimientos tiernos, Freud señala la meditación sobre ellos como medio de orientación, que permite sospechar que el entrapamiento en el proceso analítico **puede ser la exteriorización de una resistencia.** Y en el surgimiento de esa apasionada demanda de amor y correspondencia la resistencia tiene sin duda una gran participación por no decir una totalidad.

Al reflexionar sobre lo anteriormente expuesto es posible decir que el enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir el progreso y desenlace del proceso, apartar del trabajo todo interés y ***“sumir al terapeuta en un penoso desconcierto”***. (Freud S. 1915, Vol.12, p. 166)

Luego Freud haciendo referencia a su experiencia y recalando la relevancia de la misma señala ***“Quien se ha compenetrado con la técnica analítica ya no acierta con la mentira ni con el fingimiento, indispensables al medico en otros campos, y suele traicionarse cuando los intenta con el mejor de los propósitos. Puesto que uno exige del paciente la más rigurosa veracidad, pone en riesgo su autoridad integra si se deja pillar por él en una falta a la verdad. Por otra parte, el experimento de dejarse deslizar por unos sentimientos tiernos hacia la paciente conlleva, asimismo sus peligros. Uno no se gobierna tan bien que de pronto no pueda llegar mas lejos de lo que se había propuesto. Opino, pues, que no es lícito desmentir la indiferencia que, mediante el sofrenamiento de la contratransferencia uno a adquirido.”*** (Freud S. 1915, Vol.12, pp.168-169)

Luego para dar un sentido al ejemplo que fuese mas allá de una demostración del fenómeno contratransferencial para pasar a dar cuenta de un posible efecto negativo que dicho fenómeno tendría sobre el proceso terapéutico se tomaran las palabras de Freud donde agrega: *“Si su cortejo de amor fuera correspondido, seria un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, **repetir en la vida algo que solo deben recordar**, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico. En la ulterior trayectoria de la relación de Amor ella sacaría a relucir todas las inhibiciones y reacciones patológicas de su vida amorosa sin que fuera posible rectificarlas en algo, y esta vivencia penosa concluiría en el arrepentimiento y en un gran refuerzo de su inclinación represora. Es que la relación de amor pone término a la posibilidad de influir mediante el tratamiento analítico; una combinación de ambos es una quimera.”* (Freud S. 1915, Vol.12, p.169)

Del fragmento expuesto anteriormente es posible reflexionar acerca de que efectivamente Freud nuevamente marca la inexperiencia como factor importante a la hora de encontrarse en una situación contratransferencial, y que esta inexperiencia puede llevar a espejismos, es decir **llevarnos a ver cosas que no existen**, dando por terminado un proceso que no a llegado a su fin sino mas bien “a cambiado su vía”, es decir, el proceso continua pero por una vía distinta, que puede resultar un tanto confusa para el terapeuta, ya que es una vía que no se muestra tal como es, sino que es la representación de la problemática del paciente, siendo menester del terapeuta esclarecerla y ubicarla funcionalmente en el proceso terapéutico. Por lo tanto es posible discernir que la transferencia y contratransferencia poseen efectos positivos en los procesos terapéuticos cuando el terapeuta logra reconocerlos y eventualmente posee aspectos negativos cuando no da cuenta de ellos y trabaja con interpretaciones influidas contratransferencialmente que afectan los procesos con efectos nocivos como un repentino termino de los procesos.

Cabe mencionar que Freud utiliza la palabra “desconcierto”, para referirse al estado en el cual el terapeuta podría sumirse al no advertir el fenómeno transferencial y contratransferencial, es decir es posible encontrar desconcierto en terapeutas que no han advertido el actuar contratransferencial y este es un dato posible de ser utilizado en el presente estudio, ya que cabe preguntarse como trabaja psicoanalíticamente un terapeuta

desconcertado, que producirá en el proceso la sensación de desconcierto lo que si se puede afirmar es que es uno de los efectos posibles de la transferencia no advertida.

Finalmente considerando lo anteriormente expuesto, es posible inteligir, que la Transferencia puede ser utilizada como herramienta en los procesos terapéuticos una vez que se advierten su presencia y sus características, dando a conocer aspectos de lo que en el paciente se esfuerza por mantenerse reprimido brindando al terapeuta una ventana por donde acceder hacia el bienestar del paciente y proseguir con el proceso terapéutico.

6.4 Elaboración de la Contratransferencia (recordar, repetir y reelaborar).

En el texto de Freud, Recordar, repetir y reelaborar (Freud S, “*Recordar, repetir y reelaborar*” Vol. 12, 1914 pp. 145-157), es posible visualizar como el autor analiza los diferentes momentos que el acto de recordar a tenido en la evolución de la técnica del psicoanálisis, en la lectura es posible visualizar un primer momento en el apogeo de la catarsis breueriana cuando la técnica del psicoanálisis enfocaba un síntoma y por medio de la técnica de hipnosis se buscaba llegar al origen del síntoma en el recuerdo de algún hecho en la vida del paciente, en este primer momento la labor del medico o terapeuta se basaba en traer esos recuerdos desde el pasado hasta el tiempo presente y consciente y hacerlos saber al paciente con la expectativa de la erradicación del síntoma, en este momento el recordar se traducía en que el paciente se trasladaba a una situación anterior que no parecía confundir nunca con una situación presente.

Luego en un segundo momento cuando la técnica psicoanalítica derivó hacia la asociación libre el paciente encontrándose emplazado a narrar libremente cualquier ocurrencia, la labor del medico o terapeuta se basaba en rescatar aquello que el paciente denegaba recordar, llevando hacia la consciencia por medio de la interpretación, recuerdos y situaciones que tenían relación con la formación de síntoma, buscando así sortear las resistencias y acceder al inconsciente del paciente, informándole luego al paciente los resultados.

Es posible elucidar un tercer momento en la evolución de la técnica psicoanalítica donde el terapeuta renuncia a enfocarse en un síntoma, sino más bien trabaja en el análisis de la superficie psíquica que el analizado o paciente va presentando y valiéndose de la interpretación discierne las resistencias que luego son informadas al paciente con la expectativa de vencer las resistencias de represión.

Resulta interesante analizar estos tres momentos que se pueden encontrar en la lectura del texto, y darse cuenta de que en ellos el acto de recordar se encuentra presente desde el inicio de la técnica psicoanalítica pero ha ido teniendo ciertas mutaciones, primero por medio de la hipnosis el recordar adoptaba una forma simple a través del traslado a una situación anterior, posteriormente el recordar es buscado sorteando las resistencias por

medio del arte de la interpretación y es el terapeuta quien devuelve al paciente lo hallado o llena las lagunas del recuerdo.

Es pertinente en el presente trabajo de investigación cuestionarse acerca del recuerdo, o del acto de recordar. Según el texto hay ciertas cosas que se recuerdan y otras que no se recuerdan simplemente por que jamás se han olvidado, y no se han olvidado por que jamás han sido conscientes.

Dentro de lo que se puede olvidar se encuentran por ejemplo escenas, vivencias, e impresiones por que son precisamente posibles de bloquear para el recuerdo. Sin embargo existe un grupo de procesos psíquicos internos como las fantasías, procesos de referimiento, mociones de afecto y nexos, que pueden ser recordados por que nunca fueron olvidados y no fueron olvidados por que jamás fueron conscientes. Desde este punto es posible pensar que las recién mencionadas complejidades del acto de recordar puedan ser atribuidas también a terapeutas que expuestos a los fenómenos contratransferenciales en el tratamiento de algún paciente, pudiesen encontrarse en un plano inconsciente determinados procesos psíquicos internos que en el transcurso de una relación terapéutica influyan en el proceso terapéutico sin que el terapeuta advierta lo que sucede debido a la influencia de sus propias resistencias.

Ahora bien es posible continuar analizando el acto de recordar, pudiendo mencionar que existen ocasiones en que no es posible recordar lo olvidado, sino mas bien bajo el influjo de una represión la persona simplemente actúa, es decir frente a lo tan fuerte reprimido se ve en una compulsión a repetir. Cuando esta situación se aprecia en una relación terapéutica es por lo general bajo el alero del fenómeno transferencial. En la transferencia el paciente repite en su relación con el terapeuta aquello que deviene del inconsciente pero que no es recordado, ni posible de articular en palabras, solo el terapeuta en la medida que da cuenta de la transferencia logra articular la situación presente con nexos que el paciente mantuvo con sus figuras significativas en edades tempranas o con el desarrollo de su sexualidad en las primeras fases de su vida. Cabe mencionar que el actuar en vez de recordar no es exclusivo de las relaciones transferenciales, sino el paciente repite también y lo mismo en otras situaciones y con otras personas en el transcurso de su vida.

En el trabajo terapéutico el manejo adecuado de la transferencia, y la conducción al pasado desde la compulsión a repetir en el presente del paciente, va logrando resultados positivos en el tratamiento.

En cuanto a la reelaboración, en el texto Freud le dedica una pequeña parte de su extensión y señala que el hecho de discernir las resistencias y mostrarlas al paciente no basta para promover la culminación del tratamiento sino más bien representan el comienzo del mismo. El terapeuta debería dejar al enfermo trabajar en su resistencia ampliamente sin restricciones de tiempo, a fin de que pueda encerrarse en ella y vencerla por medio del desafío, así en el pleno apogeo de la resistencia es posible para un terapeuta dar cuenta de las mociones pulsionales que la alimentan y fortalecen, convenciendo al paciente en relación a su propia vivencia. Es la reelaboración de las resistencias lo que produce mayor efecto alterador en el paciente y que distingue al trabajo terapéutico de otros influjos.

El hecho de encontrar las tres acciones Recordar, Repetir y Reelaborar juntas en un mismo texto de Freud, sin duda no es casual. La relación entre las tres es de fundamental importancia para quien desee practicar la psicología, el recordar queda claro que tiene sus implicancias gracias al influjo de las resistencias y la represión, el repetir deviene de una imposibilidad de recordar libremente lo acontecido en el pasado sobre todo si se consideran sus orígenes en procesos psíquicos internos, el recordar o repetir involucra desde el tratamiento psicológico el discernimiento de las resistencias, que se pueden obtener por medio del trabajo interpretativo o el análisis de la transferencia. En cuanto a la reelaboración es imposible de realizar si primero no se esta en conocimiento de las resistencias.

Si bien el texto de Freud recordar, repetir y reelaborar se encuentra orientado en todo momento hacia el paciente y no menciona la contratransferencia, considero que es posible de ser atribuido a situaciones en las que es el terapeuta quien necesita estar en conocimiento de una resistencia para su reelaboración, si bien la transferencia es mencionada en todo momento el texto no menciona la posibilidad de que estas elaboraciones puedan ser realizadas por el terapeuta sin que necesariamente deba encontrarse en el lugar de paciente.

Es posible señalar que según la orientación del presente trabajo de investigación en un fenómeno contratransferencial, en donde el terapeuta pudiendo haber dado cuenta o no

de la contratransferencia puede presentar una compulsión a repetir aquello que le es imposible recordar o elaborar por si solo, e influir el acto de interpretar en su labor profesional, como ya se ha dicho anteriormente en el transcurso de esta tesis todo terapeuta puede ser analizado, habilitándolo para aceptar el material traído por otro en tanto paciente sin tener que anteponer sus propias contraresistencias y reelaborar a fin de reconocer aquello reprimido que tienen que ver con su propia historia y la relación actual que mantiene con el paciente en cuestión, en otras palabras resulta necesario.

Incluso es posible pensar desde la perspectiva del presente estudio que la negación de la contratransferencia puede ser una resistencia que necesita ser discernida y reelaborada.

Anteriormente se ha mencionado que la contratransferencia es beneficiosa para los procesos terapéuticos en la medida de que el terapeuta es capaz de elaborarla, según los autores Bornhorn y Perr (Bornhorn C, “*Contratransferencia algunas consideraciones sobre su eventual valor en la comprensión del inconsciente del paciente*”, 1992), para poder situar la elaboración de la contratransferencia es necesario tener en conocimiento el funcionamiento del aparato psíquico como sistema que supone transmisión a través de la porosidad de sus tres componentes fundamentales denominados inconsciente, pre consciente y consciente, conformando la primera tópica Freudiana, destinada a esquematizar el funcionamiento del aparato psíquico y los procesos psicológicos que atañen a los actos de represión, recordar, hacer consciente y elaborar, es decir dentro del aparato psíquico tanto de paciente como de terapeuta podemos encontrar contenidos inconscientes que pertenecen a este sistema y que pasan a denominarse reprimidos cuando se les es denegado el paso al pre consciente y contenidos que pertenecen a este ultimo susceptibles de hacerse conscientes solo cuando existan determinadas condiciones.

En primer lugar hay que tener en cuenta de que la comunicación en la relación terapéutica es decir la relación terapeuta paciente consta de un componente telepático o comunicación de inconsciente a inconsciente de contenidos percibidos sensorialmente .señalando mas específicamente que “*existe una comunicación efectuada por caminos y métodos desconocidos entre el consciente emisor del analizado y el inconsciente receptor del analistaFreud lo define como la recepción de un proceso psíquico ajeno por una persona que lo capta a través de una vía distinta de la percepción sensorial*” (Bornhorn C,

1992 p. 106) Esta referencia a un proceso de comunicación del inconsciente del paciente al inconsciente del analizado, que sería previa a toda comunicación consciente, demuestra la posibilidad de que parte del material inconsciente del terapeuta que luego es transmitido al pre consciente y seleccionado desde allí para pasar al componente consciente de su sistema psíquico en forma de ocurrencias e interpretaciones puede representar material reprimido en el paciente que fue comunicado al inconsciente del terapeuta facilitando una vía para ser elaborado. Es decir se puede suponer que el producto que deviene de la elaboración de la contratransferencia represente parte del material reprimido del paciente. Cabe destacar que la reflexión recién realizada lleva implícita la idea de transferencia de un inconsciente a otro, donde el terapeuta se ofrece como un gran derivado de los contenidos reprimidos del paciente los que pueden emerger como ocurrencias, asociaciones, fantasías, imágenes o reacciones corporales, teniendo siempre en cuenta que lo que es transferido vía proyección en el terapeuta ya existía en él, solo ha sido intensificado o excitado por un proceso físico intermediario desconocido, ya que como ya se ha señalado anteriormente un paciente no proyecta en el vacío, sino donde encuentra algo semejante en donde vía inconsciente desplazan al inconsciente ajeno la atención que restan al propio.

Retomando el funcionamiento del aparato psíquico y la primera tópica Freudiana que señala la existencia de un sistema, cabe mencionar que en el mecanismo de la represión como se ha mencionado anteriormente existe una representación y ligada a un monto de afecto en el proceso la representación es reprimida, mientras que el monto de afecto o pulsión no lo es, encontrándose generalmente mutado en otro afecto principalmente angustia, y como ya hemos señalado la angustia es uno de los sentimientos que puede llegar a experimentar un terapeuta en medio de un fenómeno contratransferencial.

Tomando como referencia lo anterior una porción de las manifestaciones afectivas y de las ocurrencias que surjan en el terapeuta serán un producto mental deformado cuyo origen se hallaría en el inconsciente del terapeuta, equiparable gracias a la comunicación inconsciente-inconsciente al inconsciente del paciente. Mientras mayor sea la capacidad para el autoanálisis en el terapeuta, más expedito será el camino a reconocer las desfiguraciones derivadas del inconsciente del paciente, y por ende un mayor progreso para el tratamiento.

Debemos tener en cuenta en la tarea de elaborar la contratransferencia que solo podemos hacer conscientes lo que alguna vez lo fue mientras que lo que no lo ha sido debe primero transformarse en una percepción externa. En este sentido lo que el inconsciente del terapeuta capta en la comunicación inconsciente-inconsciente podrá por medio de enlaces con las representaciones verbales acceder al pre consciente – consciente., así el inconsciente sin tiempo puede ser actualizado por una percepción que al pasar por la consciencia y enlazarse con las huellas anémicas convierte lo pasado en actual. La capacidad de captar significados por medio de un fluido funcionamiento del aparato psíquico develara al sujeto la capacidad para el autoanálisis, que implica el ejercicio de una actitud reflexiva orientada a captar estímulos internos.

Se debe tener en cuenta como se ha dicho anteriormente que para el dominio del fenómeno contratransferencial se precisa cierta practica que implica vencer intensas resistencias que dado el interés intelectual, la capacidad de introspección y autodominación, los conocimientos psicológicos y la experiencia en interpretación de los sueños a modo de analogía de los procesos psíquicos, sea posible para los terapeutas llegar a trabajar las resistencias internas. Es preciso agregar que el terapeuta es analizado, es decir, a través del análisis didáctico y autoanálisis debería lograr vencer en algún grado la censura que separa el pre consciente del consciente, permitiendo que devengan conscientes las formaciones del pre consciente, esto sin perder de vista que el análisis personal sea cual fuere su duración, nunca será suficiente para eliminar todos los puntos ciegos.

7. Cuerpo

Como se menciona al comienzo, el presente estudio exploratorio tiene por pretensión relacionar tres conceptos que por separado cada uno conforman una gran entidad, por una parte se encuentran los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, un segundo concepto dice relación con la adolescencia y el tercer concepto se refiere al fenómeno de automutilación superficial. Es éste último el que se encuentra profundamente ligado a la noción de cuerpo ya que la automutilación se encuentra definida por heridas autoinflingidas en el cuerpo, además se estima importante de mencionar ya que posee una conexión implícita con el concepto de adolescencia, ya que el desarrollo del cuerpo de infantil a adulto se produce en este periodo evolutivo, convergentes a su vez con cambios psicológicos y sociales.

Para referirse al cuerpo es necesario remontarse a la noción de cuerpo, desde una mirada antropológica, y desde este punto de vista el cuerpo es una “*construcción simbólica y no una realidad en si mismo*” (Le Breton D, 2004, p.10), desde aquí se entiende al hombre como un reflejo que obtiene su espesor y consistencia de la suma de los vínculos con sus compañeros. Cada sociedad esboza, en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo en base a sus constituyentes, sus usos y sus correspondencias. Existen tribus étnicas en otras regiones del mundo en donde la noción de cuerpo no existe, es decir cuerpo y persona son lo mismo, este tipo de relación con el cuerpo es común de observar en sociedades altamente comunitarias en donde la individuación no es marcada a través de los límites corporales, mas bien son parte de un todo en donde se incluye a la naturaleza de la cual ellos en tanto condición humana corporal son parte.

En la cultura occidental por el contrario se encuentra arraigada culturalmente la noción de dualidad del hombre en cuerpo y alma, en donde el cuerpo sirve de continente de la persona existiendo una desconexión entre el cuerpo y la mente, y entre el cuerpo de uno y el del otro y por ende con la naturaleza, no es extraño pensar y recordar cuan perturbador puede ser para alguien el ser tocado por otro, y esto es por que la noción de cuerpo nos hace personas, nos pone como individuos frente a los demás y frente a la naturaleza separándonos de ella, de una manera simbólica, pero determinante, plantándonos en el

mundo con la noción de “cuerpo”, en donde el espesor de la carne viene a servir de algo más que solo espesor.

Un ejemplo de la visión dualista del hombre en cuerpo y persona, es la medicina clásica en donde por medio de la promoción de la cura del hombre enfermo no considera su historia personal, su visión del mundo y como este a podido integrar las experiencias vividas, su relación con el inconsciente y solo atañe su labor a los procesos orgánicos, de esta forma la medicina sigue siendo fiel a la herencia de Vesalio, interesándose por el cuerpo, la enfermedad y no por el enfermo. El parcelamiento del hombre que reina de manera sorda en la práctica médica desde hace siglos, es hoy un dato que perturba las sensibilidades. Dado que la medicina apostó al cuerpo, que se separa del hombre para curarlo, es decir cura menos un enfermo que una enfermedad, se ve enfrentada hoy a debates públicos que tienen que ver con la noción de persona y cuerpo, siendo esto apreciable en los debates por la eutanasia y la manipulación genética. Desde el punto de vista del actuar de la medicina, ésta a tenido que realizar una deshumanización del cuerpo para poderlo mirar y curar.

El cuerpo humano es en las tradiciones populares, el vector de una inclusión no el motivo de una exclusión, en el sentido de que el cuerpo define al individuo y lo separa de los otros y también del mundo. El cuerpo es el que vincula al hombre con todas las energías visibles e invisibles que recorren el mundo. No es un universo independiente, replegado sobre si mismo como aparece en el modelo anatómico, en los códigos del saber vivir, o en el modelo mecanicista. El hombre bien encarnado simbólicamente es un campo de fuerza poderoso de acción sobre el mundo, encontrándose siempre disponible para ser influido por éste.

El cuerpo posee también una connotación social desde el punto de vista de la convivencia comunitaria, esto queda reflejado en aquellas comunidades en que por motivo criminal el hombre es desheredado del vínculo social, ya que al haber impuesto su voluntad en contra de la voluntad y los valores del grupo le es propiciado el desmembramiento de su cuerpo, en este caso la dualidad entre cuerpo y persona se reduce.

El hombre en vías de su desarrollo busca a lo largo de la vida en la tranquilidad de su cotidianidad los elementos como hábitos y ritos que le permiten sentirse en un refugio

seguro y por él construido la posibilidad de poder crecer y desarrollarse afectivamente y biológicamente, disminuyendo al mínimo la incertidumbre y todo elemento que le pudiese ocasionar angustia. Sin embargo en la sociedad accidental actual la socialización de las manifestaciones corporales se hace bajo el auspicio de la represión, si se le compara con otras sociedades mas hospitalarias en cuanto al cuerpo, es posible decir que la sociedad occidental esta basada en un borramiento del cuerpo, en una simbolización particular de sus usos que se traduce por el distanciamiento producto de una cotidianidad abrumadora que relega al cuerpo a la posibilidad de no ser percibido, sino solo a través de la enfermedad. Ritos como no tocarse, no mostrar el cuerpo desnudo, o las reglas que rigen el contacto físico, son ejemplos de la socialización de las manifestaciones corporales.

La noción de cuerpo permite la noción de individuo, en las estructuras sociales de tipo individualista la persona toma consciencia de si misma como figura terminada, bien delimitada, de la carne encerrada en ella. Como factor de individuación dando lugar y tiempo a la distinción. El cuerpo es lo que queda al distenderse la trama simbólica y los vínculos que los conectaban con los miembros de la comunidad, en la evolución que ha marcado a la sociedad oxiden

7.1 Cuerpo y Transferencia/Contratransferencia

Ya se ha señalado anteriormente que la transferencia y la contratransferencia son fenómenos atingentes a las relaciones interpersonales, de las cuales la relación terapéutica no se encuentra ajena. En los procesos terapéuticos el lugar que ocupa el cuerpo es por decir de alguna manera curioso, en una escena típica se espera que el paciente se recueste en un diván, y que el analista se instale detrás invitándolo a comunicar únicamente a través del verbo, cabe no menos que reflexionar frente a ésta típica escena por que mas allá de lo que exista o suscite transferencialmente en la relación terapéutica los cuerpos de ambos adoptan tan particulares posturas.

Los cuerpos del paciente y del terapeuta están implicados en la situación analítica más allá de lo que se desarrolla en el lenguaje y del pensamiento. El analista eclipsa su propio cuerpo, le impone silencio, y se hace el sostén de los fantasmas del otro cuerpo, que lo reviste. En cambio, a este otro cuerpo, el analista “lo escucha”, recoge las “palabras”, el discurso, la entonación, la sintaxis, la afectividad que acompaña a estas palabras. Es un contacto de boca a oreja. Es por su silencio, y con el apoyo de su cuerpo, pantalla de proyección, que el analista puede ser el “soporte del objeto a, causa del deseo” como lo sugiere Lacan. Su presencia corporal es imprescindible, es de esta manera que él asume la función de prestarse al imaginario del paciente, y sin duda transferencialmente el cuerpo como parte importante para cada uno, es decir paciente y terapeuta y participantes de la relación terapéutica es posible elucidar que alguna movilización corporal pudiese ocurrir.

Para trabajar la relación entre transferencia/contratransferencia y cuerpo en los procesos terapéuticos se acudirá nuevamente a H. Racker (Racker H. “*Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*”, 1951) por considerarlo capaz de articular ambos conceptos y entregar datos sobre los efectos que tienen los fenómenos contratransferenciales en los terapeutas, la angustia en este caso posee la particularidad de ser un sentimiento que posee componentes corporales intensos, la angustia si bien se caracteriza por un estado de tensión de grados variables, es posible encontrar también elementos corporales como sensación de ahogo, garganta apretada, tórax apretado, sensación de inapetencia y rigidez corporal.

Como ya se ha dicho anteriormente en la relación terapéutica existe el fenómeno transferencial y contratransferencial y que estos fenómenos provocan transferencias especialmente de sentimientos desde el paciente al terapeuta y como contrapartida el terapeuta también puede percibir este desplazamiento de sentimientos en términos contratransferenciales, sin embargo es posible ahondar aún mas en lo que sucede en el terapeuta, siendo uno de los sentimientos mas relevantes la angustia.

La angustia en la contratransferencia es experimentada como “señal de peligro” convirtiéndose en una guía para el terapeuta (Racker H. 1951, p.70)

La Angustia en el terapeuta se puede manifestar de diferentes formas y grados, desde sensaciones de tensión hasta violentas irrupciones de angustia, ya sean de contenido paranoide o depresivo, es decir con elementos persecutorios o depresivos como contrapartida a la culpa que el paciente a transferido hacia su persona. Las sensaciones de tensión son frecuentemente consecuencia de la percepción por parte del terapeuta de resistencias del paciente, que pueden ser vividas por el terapeuta como un peligro para sus intenciones terapéuticas.

Conforme a lo anterior es posible que un terapeuta perciba el intenso rechazo del paciente en su relación libidinosa con el terapeuta (el rechazo se puede deber a sentimientos de culpa, angustias paranoides, rivalidad, masoquismo, sabotaje por parte de un objeto interno, etc.) el terapeuta puede llegar a la anulación de las interpretaciones que deben hacer posible la superación de este rechazo, reaccionando con angustia que se comunica a su consciencia como tensión.

Otro factor cuya resultante es angustia contratransferencial es la percepción inconsciente del terapeuta de peligro interno, al ser frustrado por un objeto interno propio al ser victima de su propio masoquismo o contraresistencias.

Frente a lo anteriormente dicho es posible pensar en factores internos y externos que provocan tensión y angustia en el terapeuta, visualizando un peligro proveniente del terapeuta y paciente o del tánatos de uno y otro.

Si el terapeuta llega a estar consciente del origen de su tensión y su angustia, le puede servir de primer indicio para descubrir aquella parte del yo o del objeto interno del

paciente que se opone a la relación libidinosa de éste con el terapeuta, siendo el producto de este proceso de introspección fundamental para el progreso del proceso terapéutico, y contribuye a la salud física y psicológico del terapeuta.

Es posible que durante el proceso terapéutico el paciente proyecte su parte culpable en el terapeuta y que este a su vez se siente verdaderamente culpable o que el paciente lo perciba deprimido y triste, no obstante este fenómeno no debería durar mucho tiempo y ser de intensidad suficiente como para no perturbar su labor. Del mismo modo el paciente pone también lo que siente como valioso y positivo dentro de ellos en el terapeuta, viéndolo como objeto idealizado y por su superioridad inherente también perseguidor, si esta situación transferencial a sido en primera instancia rechazada por el paciente y luego irrumpe y se vuelve repentina e inesperadamente consciente al terapeuta puede ocasionar que éste reaccione con brusca angustia y culpa. Por lo general se espera que el terapeuta no quede fijado en esta situación sino más bien la pueda utilizar para poder comprender e interpretar los procesos del mundo interno del paciente.

Es posible también encontrar situaciones en las que el paciente se encuentra bajo un intenso bloqueo y aislamiento, es decir su proceso de pensamiento no se encuentra fluido ya que comienza a aislar unos pensamientos de otros interrumpiendo las interpretaciones y comprensión, que finalmente frustra y preocupa al terapeuta provocando en él la sensación de fracaso, pero que el paciente niega de tal manera que puede llegar a pensar que el terapeuta no siente nada, no se angustia ni enoja a causa del paciente. De esta forma el paciente niega debido a un profundo sentimiento de culpa, la posibilidad de haber dañado efectivamente la labor profesional del terapeuta, a la cual el paciente a dirigido parte de su agresividad infantil subyacente a su bloqueo. En estos casos es importante que el análisis de tal negación no se convierta en una confesión contratransferencial, sino mas bien promueva a través de la actitud positiva y afectuosa del terapeuta que el paciente perciba también que su propia conducta solo ataño a una parte de la personalidad del terapeuta.

Racker menciona dos de las otras posibles reacciones contratransferenciales del analista que pueden ligarse con un estado corporal, el aburrimiento y la somnolencia.

Para Racker el aburrimiento y la somnolencia contratransferencial que desde luego adquieren relevancia desde el momento en que surgen con frecuencia y regularidad, suelen ser respuestas inconscientes del terapeuta frente a un alejamiento o abandono afectivo del paciente que posee características específicas, ya que no todo alejamiento del paciente produce aburrimiento en el analista, la característica principal es que se trata de un alejamiento del paciente sin irse, un abandonar afectivamente al terapeuta, pero quedándose con él sin que exista la posibilidad de fuga del paciente. Este alejamiento o abandono parcial se expresa superficialmente en intelectualización (bloqueo afectivo), en control aumentado, a veces en monotonía en la forma de hablar teniendo el analista al mismo tiempo la sensación de ser excluido, y de ser impotente con respecto al curso de las sesiones. Al parecer el paciente trata de evitar una dependencia latente y muy temida frente al terapeuta.

El peligro de actualizar y externalizar relaciones latentes e internas con objetos proyectados sobre el terapeuta es lo que lleva al paciente al rechazo a través de diversos mecanismos que pueden ir desde el control y la selección consciente de las comunicaciones hasta la despersonalización y desde el bloqueo afectivo hasta la total represión de toda relación transferencial, es el rechazo de aquellos peligros, y la conjuración y dominio de la angustia mediante estos mecanismos lo que lleva, pues al alejamiento, frente al que el analista puede reaccionar con aburrimiento o somnolencia.

La segunda posible reacción contratransferencial del terapeuta mencionada por H. Racker es el sometimiento, si bien puede tener un componente corporal mucho más solapado, se considera importante de mencionar. El sometimiento contratransferencial del terapeuta adquiere importancia tanto por la posible influencia sobre la comprensión, conducta y técnica del terapeuta como por lo que pueda enseñar sobre la situación transferencial del paciente. En cuanto a lo primero, existirá la tendencia de no frustrar al paciente y hasta de mimarlo, naturalmente pudiendo no solo inhibir la agresión del paciente, sino también dificultar el desarrollo de todas las transferencias negativas. La tendencia del terapeuta a evitar la frustración y la tensión se expresará en la búsqueda de una rápida pacificación de las situaciones transferenciales mediante una pronta

reducción de la transferencia a situaciones infantiles o mediante una rápida reconstrucción del imago buena y real del terapeuta. El terapeuta que se sienta sometido por el paciente sentirá enojo, y el paciente al intuirlo sentirá temor a la venganza. La situación transferencial que lleva al paciente a dominar y someter al terapeuta a través de una amenaza oculta o manifiesta, parece ser análoga a la situación transferencial que lleva al terapeuta a sentir angustia y sentimientos de culpa. Estas dos maneras diferentes de reaccionar del terapeuta frente a sus angustias ya sea con actitud de sometimiento o manía recriminatoria se encuentran relacionadas con la actitud transferencial del paciente. Puede incluso ser posible deducir que el terapeuta tiende tanto mas al sometimiento cuanto mayor es la disposición a la actuación agresiva del paciente.

Tomando como referencia en la literatura un punto de vista más actual y práctico para dar cuenta de la importancia y relación existente entre las sensaciones corporales del terapeuta y el material traído por el paciente y la transferencia proveniente de él. En un compilado realizado por Teresa Lartigue (Lartigue T. *“El cuerpo y el Psicoanálisis”*., 2006) correspondiente a lo expuesto en un congreso nacional de psicoanálisis, en donde se expone las particularidades de la contratransferencia en casos de terapeutas que trabajan con trastornos de alimentación, primero realiza un breve recorrido por los orígenes del concepto de contratransferencia (desde Freud que lo entendió como obstáculo y efecto de la transferencia del paciente hasta las aportaciones de Racker (1990), para quien la contratransferencia puede ser tanto obstáculo como medio de conocer al paciente y otorga la posibilidad a éste último de adquirir una experiencia viva y diferente a la original), señala que este concepto no ha dejado de enriquecerse dentro del psicoanálisis. Apoyándose en esta extensión del concepto de contratransferencia, que incluye el uso de la mente y el cuerpo del analista, la autora quiere acercarse a un tipo de patología tan especial y ligada a lo corporal como la anorexia y la bulimia, para ella este tipo de patologías serían opciones a la hora de enfrentarse ante el vacío, ante la falta y ante el dolor. En lo expuesto en el congreso la autora esboza ejemplos de estas entidades patológicas al tiempo que se van nombrando las sensaciones corporales y emocionales que experimenta el terapeuta tratante ante el relato de los actos que las pacientes hacen contra sí-mismas. La autora considera que el

nivel regresivo de estas pacientes induce también regresión en los-as terapeutas. Señala además que considera que esta relación vincular intensa y regresiva es lo que permite a las pacientes un nuevo recorrido, esta vez junto a alguien capaz de experimentar en su propio cuerpo.

8. Adolescencia

Como ya se a mencionado anteriormente el presente estudio integra al menos, tres conceptos fundamentales para su desarrollo, siendo la adolescencia uno de ellos. El intento de abordar el tema de las características de procesos contratransferenciales con adolescentes, hace necesario posar una mirada desde la psicología en la Adolescencia.

Según un artículo de la revista chilena, “*Psicología del niño y del Adolescente*” publicada el año 20001, la organización Mundial de la Salud define que la adolescencia esta comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, estableciendo además que la etapa que le sigue, la juventud se ubica entre los 19 y 24 años. Sin embargo hay que considerar que esta definición se ha acuñado con un enfoque de salud, pertinente debido a que este grupo social requiere estrategias de prevención y atención médica y psicológica con diferencias de acuerdo a los procesos de maduración propios.

La publicación agrega que la adolescencia consiste a simple vista más en un proceso de transición que en un estadio con límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano, comenzando con la pubertad, la adolescencia presenta una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

En sociedades diferentes a la nuestra y también en la misma sociedad occidental, en otros tiempos, la adolescencia puede, o podía, darse por terminada con el matrimonio y la entrada en el mundo laboral. En la actualidad, y dentro del contexto occidental, la generalizada demora del momento del matrimonio, la situación de prolongación de los estudios y, sobre todo, de desempleo juvenil, ha hecho difícil la delimitación final de la edad adolescente; en definitiva la sociedad occidental ha contribuido a alargar la adolescencia mucho más de lo habitual en otras sociedades.

Si bien los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales.

El ingreso en el mundo adulto exige una serie de cambios, de maduraciones en todos los niveles del sujeto que desembocan en actitudes y comportamientos de madurez. Este cambio pone de manifiesto que el verdadero sentido de la adolescencia es la maduración a través de la conquista de la autonomía personal y el logro de la independencia.

La adolescencia debe entenderse, por consiguiente, como un complejo proceso de maduración personal, como un proceso de inmadurez en busca de madurez. En donde la inmadurez del adolescente es distinta a la del niño. La inmadurez del niño es la de la persona que, sin valerse de sí misma, no percibe esta situación como problemática, en cambio la inmadurez del adolescente es la de quien no sabiendo valerse por sí mismo, experimenta el deseo de hacerlo, y al intentar conseguirlo pone en marcha capacidades y habilidades nuevas.

8.1 Características de la Adolescencia

Desde el punto de vista del psicoanálisis no es posible encontrar una definición de adolescencia a lo largo de su historia, ya que teóricamente el psicoanálisis no constituye el desarrollo humano en etapas. Sin embargo la importancia social que ha ido tomando este grupo con el transcurso de los años ha obligado a psicólogos, a estudiar sobre sus características.

Para profundizar en el tema de la adolescencia se tomara como referencia una tesis realizada en la universidad academia de humanismo cristiano en donde la autora María Soledad Valverde se refiere a los procesos psicoterapéuticos con adolescentes (Valverde M, *“Una aproximación a la psicoterapia de Adolescentes desde una perspectiva Kleiniana”*, 1999), en ella describe a la adolescencia como un periodo evolutivo orientado a establecer una identidad adulta sobre la base de la internalización temprana de los objetos parentales, en donde el desarrollo de la genitalidad es uno de los objetivos básicos de la adolescencia consistente en la plena utilización de la capacidad libidinal por medio de la maduración psicosexual para llegar al nivel genital de las relaciones con individuos del sexo opuesto.

María Valverde realiza algunas caracterizaciones principales de la adolescencia que involucran aspectos psicológicos, basándose en escritos de Arminda Aberastury:

8.1.1 Búsqueda de la identidad y un si mismo claramente definido: Periodo en que es esperable que los jóvenes logre mayor claridad en sus intereses, planes laborales, mayor reconocimiento de habilidades personales, proyecto de vida y relación de pareja.

8.1.2 Marcada tendencia grupal: Destaca el interés por formar parte de un grupo de pares como apoyo sin ser dominado por éste, estableciendo nuevas relaciones interpersonales y de grupo con la comunidad.

8.1.3 Evolución sexual desde el autoerotismo hacia la genitalidad heterosexual: Evolución que pasa por el duelo de la homosexualidad infantil y la culpa de la masturbación.

8.1.4 Necesidad de fantasear y de recurrir constantemente al mecanismo de intelectualización: El pensamiento en la adolescencia posee una mayor facilidad para elaborar teorías abstractas, capacidad para crear una filosofía, política o estética para lo que se requiera. El mecanismo de intelectualización es una forma específica del proceso de pensamiento en esta etapa de la vida.

8.1.5 Lucha constante por una progresiva separación de los padres: El adolescente manifiesta la pretensión de dejar su familia original para establecer una familia y hogar propios en donde establecer una estructura y estilos de vida personales, lo cual es capaz de lograr en la medida que elabora los duelos que la adolescencia implica.

8.1.6 Fluctuaciones constantes del humor y del estado de ánimo: Los jóvenes tienden a una mayor inestabilidad emocional como consecuencia de los cambios tanto físicos, psicológicos y sociales que se encuentran viviendo, además pueden experimentar sentimientos de euforia y depresiones si sus ideales son o no concretados.

8.2 Fases de la Adolescencia

Tomando como referencia la tesis citada en el punto anterior es posible establecer una serie de fases que poseería la adolescencia según los estudios realizados por Peter Blos, publicados en su libro *“Psicoanálisis de la adolescencia”* (1981). En el según la autora Blos, establece las fases por las cuales la adolescencia se desarrolla a fin de alcanzar la estabilidad en los diferentes aspectos de la vida del joven, que en ese tiempo evolutivo se encuentran en estados de cambio y desarrollo.

8.2.1 Periodo de latencia

En este periodo se realizan grandes logros esenciales para el avance del sujeto hacia la adolescencia, en donde la inteligencia debe desarrollarse a través de una diferenciación del proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica.

La comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben haber adquirido una estabilidad considerable, la estatura física le permite al adolescente una mayor independencia y control del ambiente. Las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la agresión y a la desintegración al impacto de situaciones de la vida cotidiana, siendo capaz de defender su integridad con menos ayuda desde el mundo externo.

8.2.2 Preadolescencia

En el caso de la mujer esta fase presenta una organización de los impulsos en el desarrollo femenino normal, dominado por una defensa en contra de una fuerza regresiva hacia la madre.

En el caso del hombre preadolescente presenta una lucha contra la castración (temor y deseo) en relación a la madre arcaica. Además el joven debe separarse de una fase homosexual transitoria más o menos elaborada de la adolescencia temprana cuando un miembro del mismo sexo se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal.

8.2.3 Elección de objeto adolescente

En esta fase la vida emocional es mucho más rica que en las anteriores debido a que el sujeto ha desarrollado habilidades de empatía, interrelación social y pensamiento abstracto que le permiten hacerlo. Ahora las energías de los jóvenes se orientan a crecer para autodefinirse buscando una respuesta a la pregunta ¿quien soy yo?

El problema de relaciones de objeto pasa a primer plano, debiendo lograrse la renuncia a los objetos primarios de amor (padres y sustitutos como objetos sexuales), los objetos libidinales cambian a objetos libidinales no incestuosos.

8.2.4 Adolescencia Temprana

La característica distintiva de esta etapa radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, es decir no existe una unión entre la libido y los objetos representantes que hacen referencia al incesto es decir los padres como objetos sexuales. Se aprecia también una declinación de la tendencia bisexual, llevando todo esto a la idea de una libido libre que clama por acomodamiento.

8.2.5 La adolescencia propiamente tal.

Surge el hallazgo de un objeto heterosexual alterando la economía pues ahora la gratificación se busca en un objeto en lugar de si mismo, es decir la circulación y distribución de la energía pulsional se ve alterada a su antiguo orden, la elección de un objeto de amor heterosexual se encuentra comúnmente determinada por algún parecido físico o mental con el padre del sexo opuesto. La vida emocional es mas intensa y profunda, desprendiéndose de los objetos infantiles de amor.

Los introyectos bueno y malo, se confunden con los padres actuales y su conducta real, se aprecia una mayor facilidad para la auto concentración emocional.

La debilidad relativa del yo en confrontación de las demandas del instinto aumenta durante la fase adolescente, cuando el yo cede a la aceptación de los impulsos.

Existe una disociación durante la etapa de experimentación sexual entre la actividad física y la sensación y por otro lado el contenido fantasioso.

En la adolescencia el pensamiento es constantemente interferido por la propensión a la acción y al acting-out, es decir se aprecia una tendencia en el adolescente a realizar acciones de carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de su actividad en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales adoptando a menudo forma auto o hetero-agresiva.

8.2.6 Adolescencia tardía.

Se entiende más bien como una etapa de consolidación donde se aprecia un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo. Se consolida además una extensión de conflictos del yo traducido en autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades.

Es posible apreciar una posición sexual irreversible, demostrando una constancia de identidad resumida como primacía genital y una catexis de representaciones del yo y del objeto relativamente constantes, este proceso se encuentra apoyado por la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico, consolidando la estructura psíquica por medio de la unificación del yo, formando el carácter y aspectos de contenido del mecanismo psíquico preservando una continuidad del yo otorgando los medios para la formación del carácter.

La relevancia de esta fase de la adolescencia no es precisamente la consolidación sino mas bien la incompletud de los conflictos instintivos que continuaran ocupando al sujeto en su camino a la adultez.

8.2.7 Postadolescencia.

La postadolescencia corresponde a una fase intermedia entre la adultez y la adolescencia, representando al periodo que sigue al clímax de la adolescencia, caracterizado por procesos integrativos llevando al sujeto a una delimitación de metas definibles como proyectos de vida, esforzándose por consolidar estos fines en términos de relaciones permanentes, reales

y seleccionados del medio ambiente, por medio de un yo fortalecido y visible, debido al rechazo de los conflictos instintivos.

Se aprecia según Blos, un bloqueo atingente a esta fase denominado “fantasía de rescate” que guarda relación con el pensamiento del adolescente orientado a esperar que las circunstancias de la vida dominaran la tarea de vivir, en lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, es decir se observa un cierto sometimiento a las circunstancias de la vida y esperanza de que alguna entidad proveniente de un medio ambiente benéfico los rescate de tal influencia.

Realizando una síntesis de todas las fases expuestas es posible pensar que en la adolescencia los sujetos en desarrollo tanto física como biológica, psicológica y socialmente, atraviesan un periodo que psicológicamente les exige una modificación a todo lo conocido por ellos hasta esa edad, el desarrollo les propone escoger nuevos objetos de amor dejando de lado los antiguos representados por sus padres promoviendo una cuota de dolor y culpa con una pulsión en principio flotante que busca conducirse hacia la primacía de la genitalidad, para el encuentro con la heterosexualidad. Conjuntamente el aparato psíquico se comienza a fortalecer a través de una mayor integración del yo, que implica procesos de autonomía y defensa del mismo, que solo es capaz de lograr por medio de un adecuado desarrollo del carácter, en un esperable adecuado ambiente exterior que le permita realizar y aceptar todas estas modificaciones con la menor culpa posible por lo que ha quedado en el pasado, y por otro lado con la comprensión suficiente para aceptar la emergencia de un sujeto diferente en el devenir del proceso de cambio y desarrollo que implica la adolescencia.

8.3 Adolescencia, Cuerpo y Procesos Psicológicos.

Como se señaló en el punto anterior la adolescencia es una etapa que se caracteriza por el enfrentamiento que realiza el sujeto a un periodo de cambios entre los cuales se encuentran los biológicos y psicológicos y que se observan interdependientes entre sí, Freud en su texto la metamorfosis de la pubertad, da cuenta tal y como dice el título por medio de la palabra metamorfosis de un cambio producido en el individuo, que implica su desarrollo, que según el análisis de Freud se caracteriza por el desarrollo de una sexualidad auto erótica a una sexualidad determinada e influenciada por estímulos externos tanto directo del medio en que se desenvuelve como psicológicos. Así lo deja manifestado Freud en el siguiente párrafo *“con el advenimiento de la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia una definitiva construcción normal. El instinto sexual, hasta entonces predominantemente auto erótico, encuentra por fin el objeto sexual. Hasta este momento actuaba partiendo de instintos aislados y de zonas erógenas que, independientemente una de otras, buscaban como único fin sexual determinado placer. Ahora aparece un nuevo fin sexual, a cuya consecución tienden de consumo todos los instintos parciales, al paso que las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital.”* (Freud S. 1912, Vol.10 p.78).

Freud señala que esta fase del desarrollo humano se caracteriza principalmente por la maduración de los órganos sexuales que supone la posibilidad tanto a hombres como mujeres a la realización del acto sexual, de esta forma en esta fase del desarrollo se puede suponer la erección del pene en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer.

Otorga Freud a esta fase la presencia de tensión sexual, que en tanto tensión se percibe displacentera para el aparato psíquico, el que buscara opciones de mediar con esta tensión que produce displacer predisponiendo al adolescente al acto sexual o su representación onírica, para equilibrar la tensión y alcanzar un estado placentero.

Freud manifiesta la existencia de posibles peligros, que dicen relación con el placer en sus primeras fases de desarrollo denominado “placer preliminar” (Freud S. 1912, Vol.10 p.82) argumentando que las zonas erógenas con su capacidad para producir placer bajo estímulos adecuados promoverá el aumento de tensión debiendo hacer surgir la energía motora necesaria para llevar a cabo el acto sexual quedando aquí estipulado el placer preliminar y el placer final identificado con aquel que deviene como resultado del acto

sexual el cual es completamente nuevo para el sujeto y que aparece llegando la pubertad, no así el placer preeliminar que ha sido experimentado en la satisfacción de los instintos sexuales infantiles señalando que el cambio del cuerpo o la metamorfosis de la pubertad supone el paso de una sexualidad infantil auto erótica a una sexualidad mas identificada con las fases adultas de la sexualidad, y que el proceso de metamorfosis no se encontraría libre de posibles fijaciones que dejen al adolescente en una sexualidad auto erótica según la relación que se hubiese desarrollado entre él y sus padres o cuidadores entrañando un peligro para la consecución del fin sexual normal, identificándose con lo patógeno en el momento que el placer preeliminar es demasiado grande y la tensión sexual demasiado pequeña como para motivar al sujeto a la realización del fin sexual, sustituyendo el placer sexual final por el placer preeliminar, muchas perversiones son la detección en los actos preparatorios del proceso sexual, con esto es posible afirmar que las manifestaciones infantiles de la sexualidad no solo determinan las desviaciones sino también la estructura normal de la vida sexual del adulto. Una reflexión acerca de lo recién expuesto daría cuenta acerca de las nuevas sensaciones de placer a las que se ven expuestos a experimentar los adolescentes, que lleva a pensar en un nuevo orden psicológico que le permita dar un lugar a lo experimentado en el camino a poderlas integrar es decir psicología y biología deben conjugarse a fin de brindar bienestar y salud.

Freud plantea la idea de que la excitación sexual puede ser cuantificable a través del concepto de libido en tanto fuerza, agregando que dicha excitación no proviene solo de los órganos sexuales sino por todos los órganos del cuerpo construyendo la idea de un libid quantum, cuya representación psíquica queda denominada como “libido del yo”, esto permite reflexionar acerca de las diferentes transformaciones que puede tener la libido en tanto energía durante la adolescencia, lo que llevado al proceso por los que atraviesa la integración no deja de ser un periodo de la vida por lo menos complejo, ya que el adolescente se ve de pronto experimentando nuevos montos de energía que se mantuvieron latentes ahora lo obligan a un nuevo orden psicológico, biológico y cognitivo del cual debe ocuparse. Esta libido del yo no es de fácil acceso al estudio analítico y solo se le puede acceder cuando a encontrado su empleo en el revestimiento de objetos sexuales, esto es cuando se ha convertido en “libido de objeto”, dándose la posibilidad de desplazamiento de un objeto a otro, abandonando o fijándose en ellos.

En el plano psicológico durante este proceso de metamorfosis del cuerpo, en los dominios psíquicos del adolescente tiene lugar el hallazgo de objeto, y al decir Freud hallazgo nuevamente da la idea de algo desconocido o tal vez vuelto a encontrar, en la adolescencia el objeto de amor y sexual ya no se encontraría ligado a los padres, sino que el cambio implica que el sujeto busque el objeto sexual fuera del seno familiar o en la relación directa con sus cuidadores, buscándolo fuera cosa que obliga al adolescente a diferenciarse necesariamente de sus padres para poder mirar mas allá de ellos, esta situación produciría tensión tanto para adolescentes como para padres. El hallazgo de objeto implica considerar que en un principio como señala Freud: *“cuando la primitiva satisfacción sexual estaba aun ligada con la absorción de alimentos, el instinto sexual tenía en el pecho materno un objeto sexual exterior al cuerpo del niño. Este objeto sexual desaparece después...No sin gran fundamento ha llegado a ser la succión del niño del pecho de la madre modelo de toda relación erótica. El hallazgo de objeto no es realmente mas que un retorno al pasado”* (Freud S. 1912, Vol.10 p. 93), es decir se retorna a lo ya construido en esa primera relación erótica con la madre preparando la elección de objeto y la recuperación de la felicidad perdida.

El paso de una sexualidad auto erótica a una sexualidad estimulada por factores externos, sumado a la maduración de los órganos sexuales implica que en el caso del hombre una vez encontrado el objeto sexual, encontrara un placer máximo en la expulsión del fluido seminal y en el caso de la mujer encontrara un placer máximo por medio de la penetración que conlleva el acto sexual y que supone que previamente su zona erógena sexual se traslade desde el clítoris a la entrada de la vagina.

Cabe mencionar que Freud reconoce que es mas frecuente que se produzca en mujeres histéricas una fijación a la etapa auto erótica , impidiendo su traspaso del placer genital desde la zona del clítoris a la zona de la vagina, aludiendo a que se encuentra mas propensa a no separarse de sus padres quedándose psicológicamente ligada a ellos, provocando que su objeto de amor sigan siendo sus padres impidiendo que pueda encontrar un objeto sexual externo, retrasando o fijando su desarrollo impidiéndole relacionarse de forma sexual normal con sus parejas provocando problemas de relación que la lleven constantemente a refugiarse en la relación con sus padres. Al elegir un objeto sexual y de

amor lo mas fácil para el niño será elegir a aquellas personas que ha amado siempre sin embargo debido a los procesos de socialización y las prohibiciones incestuosas este remanente quedara solo como fantasía de la impulsión sexual del niño hacia sus padres, en la adolescencia la repulsa de estas fantasías incestuosas dan lugar como señala Freud “a una de las reacciones psíquicas mas importantes y también mas dolorosas de la pubertad: la liberación del individuo de la autoridad de sus padres, por medio de la cual queda creada la contradicción de la nueva generación con respecto a la antigua, tan importante para el progreso de la civilización” (Freud S. 1912, Vol.10 p. 97), del pensamiento de Freud es posible extraer la idea de la experiencia de dolor y perdida por la cual deben pasar los adolescentes respecto a la relación con sus padres y la importancia social que la adolescencia representa para la evolución de la humanidad, quizás es por esta razón que los especialistas cada vez posan su mirada con mayor detenimiento en este grupo, y es por que socialmente representan el cambio y la rebelión con la capacidad y sigilosa necesidad de levantarse contra lo estipulado o dado desde su infancia y capacidad de crear algo nuevo aunque en cierto modo busque siempre la felicidad que en algún momento de su temprana infancia fue perdida.

Según el análisis del texto la metamorfosis de la pubertad, escrito por Freud es posible deducir, que en esta fase del desarrollo humano se producen cambios profundos que implican un nuevo orden, distinto a todo lo anteriormente vivenciado por el sujeto, ya que cambia su cuerpo, cambian la sensibilidad de las zonas erógenas, se somete el sujeto a un tipo de tensión sexual a la cual ahora su cuerpo puede responder de una manera distinta, y por si aquello fuera poco la aparición de la libido haciéndose poseedora de objetos sexuales y trasladándose de unos a otros complejiza el cuadro metamorfosis en donde el sujeto debe adaptarse a algo nuevo que sin embargo el no solicito, pero se realiza en su propio cuerpo. Sin lugar a dudas debe sumar además que presente y pasado se conjugan a fin de determinar la forma en como el sujeto se relacionara con el mundo y sus objetos libidinosos en el futuro, incluyendo la posibilidad de relacionarse terapéuticamente.

8.4 La Adolescencia y los Procesos Terapéuticos

Como ya se a explicado anteriormente no es fácil encontrar literatura psicoanalítica que se refiera a la adolescencia específicamente, y a pesar de que esto es una certeza, a través del tiempo no se ha podido llegar a una especificidad en torno a la psicología del adolescente, sin embargo existen autores que se atreven a realizar análisis de lo ya escrito y tomar de ellos lo mas favorable a la hora de enfrentar un proceso terapéutico con adolescentes. El psicoanalista francés Octave Mannoni (Mannoni O.1996, p.11) se plantea en primer termino el cuestionamiento de si la adolescencia es en realidad analizable, ya que ni siquiera como concepto aparece en tratados de psicoanálisis y se caracterizándose por ser un concepto resiente en nuestros tiempos.

O. Mannoni comienza su planteamiento diferenciando a la pubertad de la adolescencia, en donde la pubertad es un proceso individual de cambios biológicos y psicológicos que no plantea ningún problema social, encontrándose exenta de sufrir modificaciones con la situación sociohistórico en la que el sujeto vive, sin poner en tela de juicio lo social, en tanto que, la adolescencia comienza cuando termina la pubertad y termina cuando el sujeto llega a la edad adulta, y se caracteriza frecuentemente por la potencial amenaza que posee de crear un conflicto de generaciones. Semejante conflicto tiene evidentemente sus valores y la ausencia de ese conflicto puede considerarse, más que como una excepción, como una anomalía y, en última instancia un síntoma desfavorable.

En la mayor parte de los casos, las perturbaciones de la adolescencia oponen al adolescente a los padres, cuando es un niño el que presenta trastornos se le puede someter a terapia a requerimiento de los padres, sin embargo no ocurre lo mismo al tratarse de un adolescente tal vez residiendo aquí la mayor dificultad de los procesos terapéuticos con adolescentes.

El autor señala que si se revisa la trayectoria clínica de Freud es posible ver el fracaso de los casos clínicos con adolescentes que había emprendido a requerimiento de los padres, esta situación se debía en parte por que Freud adoptaba con facilidad una posición paternal. Esta es una situación difícil a la que se ve enfrentado un terapeuta a la hora de llevar un proceso terapéutico con un adolescente a petición de los padres, ya que el

terapeuta aparece como un traidor a los ojos del paciente adolescente ya que parece servir por dinero a los intereses de los padres.

Conforme a lo expuesto en el párrafo anterior “Freud nos dio una teoría irremplazable pero que no es de mucha ayuda en la práctica clínica con adolescentes”. (Mannoni O.1996, p.16) El analista en quien se puede encontrar algo más utilizable, según Mannoni es Winnicott el que aportó en este campo ideas originales muy poco consideradas. Por ejemplo, Winnicott considera la práctica clínica como algo simple, fácil y al alcance de los principiantes, en tanto que la psicoterapia se encuentra al alcance de psicoanalistas ya muy experimentados.

Cabe mencionar que Winnicott se refiere a la adolescencia como un periodo que solo dura un tiempo y el tiempo es un remedio natural, sin embargo lo considera también como un paso inevitable que no deja de presentar riesgos, aludiendo que cierto número de esquizofrenias son la culminación de crisis de la adolescencia que han sido impedidas, o no resueltas. La historia de las enfermedades mentales muestra que la frecuencia de los casos de esquizofrenia aumenta a medida que aumenta el carácter evolutivo de la sociedad, siendo más raros en las sociedades estables. Winnicott señala que las crisis de adolescencia no hay que combatir las, ni curarlas, ni abreviarlas, sino más bien se trata de acompañarlas y, si se supiera como, de explotarla para que el sujeto obtenga de ella el mejor partido posible, poniendo énfasis en que en todo caso hay que aceptarla.

Winnicott es un analista que otorga gran importancia al juego, al hacer del espacio analítico un espacio transicional en el que reinan otros principios que no son el de la realidad. Vemos que Winnicott considera la adolescencia como un estado patológico normal que leído de otra manera, se podría decir, que lo anormal sería escapar a ese estado, lo que entrañaría una mutilación o detención del desarrollo.

En cuanto a la terapia o proceso terapéutico con el adolescente Winnicott reconoce que la mayoría de los adolescentes posee un conflicto latente o patente con sus padres, y que cuando los padres recurren a la intervención de un terapeuta se debe tener especial cuidado de no verse envuelto en el conflicto, es decir, si se desea tener éxito en un proceso terapéutico con adolescente solicitado por los padres se debe tener cuidado de no ser tomado por un aliado de la familia ni por el defensor del adolescente contra la autoridad

parental, para esto es posible dar cabida dentro del mismo proceso terapéutico a un trabajo con los padres.

Mannoni atribuye sabiduría a Winnicott ya que piensa que la sociedad debe aceptar las crisis de la adolescencia como un hecho normal pero va aún mas allá señalando que la sociedad debería guardarse de tratar de remediarlas, descartando así todas las posibles soluciones administrativas o institucionales, ya que considera que la sociedad no es lo bastante sana o sensata para que se le pueda tener confianza en este dominio.

Siguiendo en el plano del proceso terapéutico con adolescentes se rescata de Winnicott el planteamiento de que el papel del terapeuta es afrontar, sobreentendiéndose que no se trata de aceptar pasivamente, ni de reprimir ciegamente. Si se realiza un pequeño análisis de los casos que Freud tuvo de adolescentes, se puede observar que en ellos Freud trataba constantemente de probar su teoría, que en el caso Dora (Freud, 1905) intentaba demostrar que el análisis de los sueños era una técnica eficaz dejando ver que le interesaban mas los problemas de su técnica que los de su paciente. Freud fracaso también en el análisis de la joven de Sobre la psicogenesis de un caso de homosexualidad femenina, por razones análogas ya que lo que le interesaba era el secreto de la homosexualidad y además había hecho suya la solicitud de los padres. Siempre desde este punto de vista Winnicott nos otorga una mirada distinta y se aparta de Freud al decir “no tengo una causa que defender”, es decir en un análisis para el paciente no tiene interés el hecho de que las teorías estén confirmadas, siendo necesario que cada cual pueda jugar con las cartas de que dispone y no que se le expliquen las reglas del juego.

Algo que el autor visualiza esencial en los procesos terapéuticos con adolescentes es el papel capital que desempeñan las identificaciones, aludiendo que según Lacan las identificaciones son esencialmente patológicas haciéndolas remontar hasta el estadio del espejo, y en este escenario para Lacan solo lo simbólico posee la capacidad de liberar al paciente.

La oscuridad de los fenómenos de identificación es lo que torna difícil una teoría psicoanalítica de la adolescencia. El sujeto en su existencia como adolescente se encuentra obligado a condenar las identificaciones pasadas. Así como los pájaros llegado el momento mudan sus plumas, los seres humanos también mudan sus plumas en el momento de la adolescencia, pero en el caso del adolescente las nuevas plumas son prestadas, es por esto

que es posible escuchar a menudo que el adolescente que comienza a perder sus antiguas identificaciones toma el aspecto de algo prestado, sus ropas no parecen ser las suyas ya se traten de vestiduras de niños o de adultos y lo mismo sucede y se puede observar con sus opiniones, tornándose en opiniones tomadas en préstamo, es como si el adolescente llevara ropas de otro, gestos de otros y palabras de otros. Es precisamente en este mecanismo en donde reside la dificultad del adolescente de identificarse consigo mismo a través de las identificaciones con los demás.

Considerando lo anterior es sabido, señala el autor, que desde el psicoanálisis “yo es otro”, o varios otros y el sujeto no se deshace de lo que a tomado prestado, sino que logra modificarlos integrarlos, y hacerlos suyos, así su personalidad es o debiera ser compuesta e integrada al termino de la adolescencia.

En definitiva el autor Octave Mannoni propone tomar de Winnicott la capacidad lúdica posible de desarrollar en un espacio terapéutico, para entrar en un juego de identificaciones de una manera muy poco explícita, sin que tuviera una consecuencia directa en la realidad, es decir propone llevar las identificaciones desde el plano de lo real al lúdico para poder trabajar con ellas, sin embargo el autor reconoce que nadie es capaz de explicar como jugar prácticamente con las identificaciones de un paciente, pese a esto el autor abre una ventana posible de explorar en un terreno delicado y sensible como los procesos terapéuticos de adolescentes y las herramientas teóricas que se poseen para poder intervenir en este terreno desde el psicoanálisis, ya que desde un principio se torna especial por las características propias de la adolescencia como lo resiente de su concepto y por no ser ellos por lo general quienes soliciten la intervención de un terapeuta, y la fase en la que se encuentra el desarrollo del *yo* situaciones que tornan complejo el escenario de un tratamiento psicoterapéutico con adolescentes.

Para profundizar en la psicoterapia con adolescentes desde una perspectiva dinámica, se tomara como referencia el estudio teórico realizado por María Valverde (*“Una aproximación a la psicoterapia de Adolescentes desde una perspectiva Kleiniana”*, 1999), según la autora la adolescencia es una etapa de la vida que plantea ciertas complejidades para los terapeutas tratantes ya que en ella *“se confrontan sus conocimientos especializados en esta área y la aplicabilidad de ellos, pueden surgir en el terapeuta posibles déficit en la elaboración de su propia conflictiva. Esto se puede manifestar en actitudes contratransferenciales complejas (identificación proyectiva del objeto al sujeto acting out”* (Valverde M. 1999, p. 116). El párrafo recién citado demuestra por una parte que los fenómenos contratransferenciales en casos con adolescentes son relevantes clínicamente, ya que implica las elaboraciones de las conflictivas de los terapeutas tratantes, incluso se puede suponer que dichas elaboraciones guardan relación con situaciones no resueltas de su propia adolescencia.

En el estudio se señalan algunas generalidades de la psicoterapia con adolescentes, y una guía de tres etapas en la psicoterapia con adolescentes basadas en la teoría Kleiniana: En cuanto a las generalidades es posible mencionar aquellas que señalan a la psicoterapia de la adolescencia tiene como objetivo principal avanzar en el funcionamiento psíquico, en armonía con el yo, súper yo y el mundo social en que se desenvuelve, apuntando a elaborar los duelos definiendo su homosexualidad para desde ahí definir su identidad adulta. Durante el proceso la preocupación del terapeuta debe estar centrada en la condición actual del paciente, explorando su historia de vida considerando el rol importante que poseen los padres en el curso del tratamiento. Se expone como importante no exponer al paciente adolescente directamente el conflicto doloroso de sus conflictos internos y de las expectativas irreales que el joven pueda albergar, como también el proceso de desidealización del yo y del objeto infantil deseado. La terapia con adolescentes debe considerar la elaboración de los siguientes duelos:

- Duelo por el cuerpo infantil
- Duelo por la identidad y rol infantiles
- Duelo por los padres de la infancia
- Duelo por la bisexualidad infantil

La autora propone tres etapas de la psicoterapia con adolescentes:

1- Recolección de la transferencia

El adolescente presenta características psicóticas en donde la ansiedad no puede ser mitigada por el yo, sus defensas más empleadas son la negación de la realidad, identificación proyectiva, y división de los objetos en buenos o malos con un superyo tirano, conductas acting out y relaciones objétales pobres y escasas. El terapeuta por su parte es continente de las proyecciones del paciente adolescente internalizándolos, para transformarlos, darles significado para regresarlos de una manera que puede ser asimilada por el joven. En este proceso el paciente recibe el proceso de contención que el terapeuta ha llevado a cabo en él a través de la escucha, la reflexión y la interpretación, otorgando significado. Con esto el terapeuta va ganando accesibilidad al joven para conformar una alianza de trabajo que tiene por finalidad reducir la ansiedad, avanzar hacia la integración, conocerse a sí mismo, reconocer sus talentos y capacidades.

2- Etapa media o depresiva.

En esta etapa el joven ha moderado su ansiedad pudiendo percibir los aspectos contrastantes de los objetos y los sentimientos, generando relaciones objétales tanto internas como externas. El superyo se asimila al yo disminuyendo sus exigencias. Aparece el miedo a destruir al objeto amado representado por el analista presentando deseos de reparar el daño causado al objeto y miedo a perderlo, correspondientes a la etapa maniaca y depresiva dentro de la posición depresiva de Melanie Klein.

Las tendencias reparatorias van surgiendo debido a una mayor integración ayudando a contrarrestar los sentimientos depresivos por que el yo cree haber destruido al objeto bueno.

El adolescente comienza a elaborar la posición genital para lo cual debe creer en su fantasía que el acto sexual es un acto de amor y reparación por medio del arraigo del objeto bueno, situado en la misma terapia.

El terapeuta al contener su identificación proyectiva genera disminución de angustia, seguridad, superación de la culpa, reparación de objetos dañados. El predominio de los

mecanismos proyectivos del terapeuta es visto como un objeto de amor lo que sumado a una mayor seguridad comienza a predominar los objetos buenos sobre los arcaicos con la consecuencia de que el paciente adolescente comienza a confiar de que es capaz de mantener un objeto bueno.

3- Periodo de destete o duelo.

Con la mayor integración de la fase depresiva el paciente ha logrado aceptar la realidad de su sexualidad, la conceptualización del tiempo presente, pasado y futuro, en donde al elaborar sus duelos por el cuerpo infantil, su bisexualidad y los padres de la infancia. A través de estas elaboraciones y de los conflictos tempranos y actuales ha aprendido a manejarse para abandonar la terapia, reteniendo una imagen del terapeuta como su aliado y auxiliar.

Es labor del terapeuta no crear un vínculo demasiado dependiente desde el principio con el fin de que la ansiedad de separación sea menor en intensidad tanto para paciente como para terapeuta.

La terapia concluye cuando el paciente logra elaborar la posición depresiva desde la mirada Kleiniana.

La importancia de introducir la mirada Kleiniana en este último punto, es que se relaciona directamente con la posición continente del terapeuta conforme a lo proyectado desde el paciente en la identificación proyectiva, lo que se encuentra estrechamente relacionado con la contratransferencia. Es decir la posición continente del terapeuta se puede destacar como una estrategia de manejo de la transferencia/contratransferencia en los procesos terapéuticos, y si se trata de adolescentes tener en cuenta que aquello proyectado en el terapeuta tendrá que ver con elementos escindidos en buenos o malos posibilitando dar cuenta del fenómeno transferencial /contratransferencial.

III MARCO METODOLOGICO

9. Enfoque Metodológico

En la presente investigación se utilizará la Metodología Cualitativa. Esta metodología se origina a partir de las investigaciones en Ciencias Sociales, y básicamente nace en la fenomenología. La fenomenología en un sentido amplio asigna una tradición en las Ciencias Sociales interesada por la comprensión del marco de referencia del actor social.

El paradigma cualitativo consiste entonces, en describir e interpretar de un modo sensible y exacto la vida social y cultural de quienes participan. Este tipo de enfoque es característico de aquellas concepciones de la investigación que parten del supuesto de que la realidad social es subjetiva, múltiple, cambiante, como resultado de una construcción de los sujetos participantes mediante la interacción con otros miembros de la sociedad, y se interesan en general por comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los propios participantes.

Entre las características principales del enfoque cualitativo que se pueden considerar relevantes son que la mayoría de los datos se presentan en forma escrita, y por lo tanto los métodos de análisis operan sobre textos, transcripciones de entrevistas, notas de campo o documentos. Además aunque se den pautas y se especifiquen tareas, los procedimientos resultan abiertos, flexibles y no se encuentran rígidamente estandarizados.

El proceso analítico del presente enfoque metodológico posee un carácter inductivo, es decir las formulaciones teóricas son inducidas desde los datos recogidos, y así intentar explicar las relaciones halladas en esos datos.

Al presente trabajo de investigación he decidido darle un enfoque cualitativo debido a la característica de lo que se pretende indagar, ya que la contratransferencia vivenciada por los terapeutas debe recogerse del relato directo de los participantes en los procesos terapéuticos de automutilación en adolescentes, cuyas entrevistas serán transcritas, para su posterior análisis e interpretación.

10. Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación es un estudio empírico teórico de tipo exploratorio descriptivo. Estos estudios tienen como *objetivo* “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas y del cual no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura revelo que tan solo hay guías no investigadas o ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.115)

Este tipo de investigaciones son de utilidad al abordar problemáticas desconocidas, permitiendo a la vez la posibilidad de investigaciones posteriores más específicas y rigurosas.

“Los estudios exploratorios son como realizar un viaje a un sitio desconocido, del cual no hemos visto ningún documental ni leído algún libro, sino que simplemente alguien nos hizo un breve comentario sobre el lugar.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.116).

Tomando como referencia lo recién escrito se puede asimilar un desconocido lugar, con un tema desconocido o poco estudiado, en cuyo escenario el investigador no tiene más alternativa que explorar preguntando y buscando información que se relacione con el tema en estudio.

Un estudio o investigación es también descriptiva cuando el propósito del investigador consiste en describir situaciones, eventos o hechos, tratando de decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.117).

Desde el punto de vista científico cualitativo, describir es recolectar datos, para esto en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así poder describir lo que se investiga.

En esta clase de estudios se debe definir claramente sobre qué se habrán de recolectar los datos, especificando quienes o qué deberán estar incluidos en el estudio y recolección de datos

11. Delimitación del campo de Estudio

Universo: El tema de la presente investigación está relacionado con el estudio clínico del fenómeno Contratransferencial en casos de Automutilación Superficial en adolescentes. Desde esta perspectiva, los sujetos en los cuales se pretende indagar dicho fenómeno, deben ser terapeutas que hayan tenido al menos 1 caso de automutilación superficial presentado por un adolescente, que tengan entre 1 mes y 20 años de experiencia clínica, pertenecientes a la Región Metropolitana y ejerzan su profesión en el ámbito privado de la salud mental.

Muestra: El tipo de muestreo que se utilizara es el no probabilístico. En este caso el muestreo no se lleva a cabo según el azar, sino en base a los criterios del investigador. Por lo tanto, dependiendo de los criterios que establezca el investigador se procederá a dar paso al muestreo.

Con respecto a la muestra cualitativa, tal como fue descrita por Goetz y Lecompte se caracteriza por su flexibilidad y adaptabilidad y *“porque los sujetos son escogidos obedeciendo a una selección pragmática y teóricamente informada, aspirando a la comparabilidad y traducibilidad, más que a la generalización, propia del muestreo cuantitativo.”* (Echeverría y Zarzuri, 2003, p. 1). Así pues, la muestra cualitativa es de tipo estructural. Esta define de modo razonable a un conjunto de sujetos cuya característica principal es que éstos no son equivalente o intercambiables entre si, porque son distintos, sin embargo se encuentran conectados unos con otros, ya que forman parte de una estructura social.

“Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección informal. Se utilizan en muchas investigaciones y, a partir de ellas, se hacen inferencias sobre la población” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.326). Dentro de lo que es el enfoque cualitativo las muestras no probabilísticas o dirigidas son de gran valor ya que logran, por medio de un proceder cuidadoso obtener los casos que interesan al investigador ya sean estas personas, contextos o situaciones llegando a ofrecer una gran riqueza para la recolección y análisis de los datos.

Existen varias clases de muestras dirigidas siendo la de utilidad para la presente investigación la llamada muestra de expertos. *“Este tipo de muestra se utiliza cuando es*

necesaria la opinión de sujetos expertos en un tema” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.328). En el caso del estudio en cuestión la muestra se realizara a psicólogos terapeutas que habiendo trabajado con al menos 1 adolescente que presente automutilación superficial, accedan a ser parte de la muestra, para la realización del trabajo de recolección de datos, se hace necesario este tipo de muestra dirigida ya que se da por supuesta una previa expertis, al menos teórica, en el tema contratransferencial por ser atingente a la carrera de psicología ejercida por ellos y además son partícipes de lo que se pretende indagar, es decir la contratransferencia en casos de automutilación superficial en adolescentes.

Para hacer la selección de la muestra a investigar utilizaremos la selección basada en criterios. Para Goetz y Lecomte existen dos variantes en la selección por criterios. La primera se utiliza en la fase primaria de la investigación y cuyo objeto es ubicar un grupo o escenario inicial para estudiar o seleccionar aquellas unidades de población relevantes para la investigación. La segunda variante se utiliza en la fase posterior y está relacionada con *“los procesos de análisis, generación de hipótesis y elaboración de interpretaciones.”* (Echeverría y Zarzuri, 2003, p. 3).

Por lo tanto, para la presente investigación se decidió utilizar una muestra basada en selección de criterios, indicando una intencionalidad en el tipo de muestreo a la hora de la selección, pues los sujetos serán seleccionados según estos criterios o la combinación de ellos. Los criterios generales y las categorías son:

		Total
Experiencia Clínica	Psicólogo (a)	
1 mes - 3 años	2	2
4 años – 6 años	2	2
Mas de 6 años	2	2
Total	6	6

La variable experiencia clínica nos permite indagar en cómo se da el fenómeno contratransferencial en los distintos años del desarrollo que conforman parte del tiempo de un profesional de la psicología. Los escritos y literatura citada con anterioridad en el desarrollo de la investigación señalan que el manejo adecuado de la contratransferencia puede ser difícil para principiantes en psicoterapia. Es por esto que se planteo la investigación desde este punto de vista, tomando a la experiencia clínica como una variable importante a la hora de indagar acerca de las características de la contratransferencia en casos de automutilación superficial en adolescentes.

12. Técnicas en Instrumentos de Recolección de la Información: La técnica a utilizar será la Entrevista Semiestructurada.

La entrevista Semiestructurada: Según Hernández, Fernández y Baptista 2003, las entrevistas semiestructuradas *“se basan en una guía de insumos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de incluir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”*. El objetivo de la entrevista es obtener respuesta sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, lenguaje y perspectiva del entrevistado. En el escenario de la entrevista el experto es el entrevistado y el entrevistador debe tomar una actitud de atención constante y empatía y confianza para que el entrevistado pueda entregar la información deseada de manera fluida, guiándolo discretamente hacia los temas que requieran mayor desarrollo.

La entrevista semiestructurada permite el dialogo y profundización entre entrevistado y entrevistador, fortaleciendo la calidad de información solicitada a través de una pauta de entrevista previamente elaborada. Son estas las razones por las cuales considero pertinente en ésta investigación la utilización de este tipo de instrumento de recolección de la información, ya que como los entrevistados serán profesionales de la Psicología y lo que se necesita saber se encuentra relacionado más con su experiencia que con su saber teórico, la posibilidad de que pueda ahondar libremente en la vivencia de la contratransferencia puede enriquecer la información recavada.

13. Elaboración de la pauta de entrevista

Para elaborar la pauta de entrevista se realizó una revisión previa a la literatura sobre el tema contratransferencial con el objeto de poder elaborar preguntas que en el entrevistado pudieran desenvolver el concepto y a través de sus respuestas se convirtiera en un concepto posible de operar con los objetivos de la investigación.

En primer término se cuestiona al entrevistado en referencia al tiempo de ejercicio de su actividad como terapeuta ya que, es una de los criterios que guían la investigación.

Luego la elaboración de las preguntas apunta a recavar información acerca de las características del fenómeno contratransferencial, en casos de automutilación superficial en adolescentes, basada en las características de la vivencia que tuvieron los entrevistados en torno a la Contratransferencia en su experiencia clínica con aquellos casos.

Conforme a lo anterior la pauta de entrevista es elaborada de la siguiente manera:

1. ¿Cómo fue para usted, atender terapéuticamente un caso de automutilación superficial en adolescente?
2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?
3. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?
4. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?
5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?
6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

14. Plan de Análisis de la Información: El análisis de datos cualitativos básicamente se caracteriza, por no perder la expresión textual de los datos, vale decir su forma verbal escrita. Este método es distinto al acostumbrado en el análisis de los datos cuantitativos, ya que no utiliza procedimientos estadísticos. A su vez, a este tipo de análisis se le denomina Procedimiento Interpretativo y al igual que todo método cualitativo, parte del supuesto que *“la realidad social es subjetiva, múltiple, cambiante resultado de una construcción de los sujetos participantes mediante la interacción con otros miembros de la sociedad, y se interesan, en general, por comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los propios participantes.”* (Gil, 1994, p. 65)

Existen tres pasos indispensables para llevar a cabo el análisis de datos:

Segmentación: es la reducción de datos que se utiliza para la segmentación o división de los discursos en unidades de contenidos. Las unidades de contenidos son aquellos fragmentos que expresan una misma idea, lo que consideramos como unidad es *“un fragmento de texto de amplitud variable, dependiendo de la extensión con que se hable sobre la idea implicada”* (Gil, 1994, p. 73).

Al segmentar el texto en unidades temáticas estamos diferenciando fragmentos que aluden a determinados temas, los cuales constituirían las categorías en que quedarían incluidos.

Para hacer la división de las unidades es indispensable partir de criterios temáticos.

Codificación: es básicamente una “operación física consistente en asignar códigos a unidades identificadas en un corpus de datos, tras la que subyace una operación conceptual que conocemos como categorización.” (Gil, 1994, p. 72). Asimismo, la codificación es la tarea central de la reducción de datos. Por lo tanto, la codificación implica un agrupamiento conceptual de las unidades en función de la afinidad de los temas a los que aluden.

Selección de Datos: La selección de datos está presente en la selección del material y en los primeros momentos del análisis. Se seleccionan los datos en base al interés del estudio, reduciendo los datos a aquellos que conviene recoger.

CRONOGRAMA
1. Del 22 de Abril de 2007 al 17 de Agosto de 2007 recopilación bibliográfica, textos y seminarios.
2. Del 20 de Agosto al 30 de Septiembre búsqueda de la muestra
3. Del 1 de Septiembre al 30 de Noviembre se realiza la investigación
4. Del 1 de Diciembre 2007 al 15 de Junio 2008 Análisis de los datos obtenidos en la investigación.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

15. Presentación de los resultados de la investigación

- **Presentación de la muestra**

El proceso de recogida de la muestra se basó en visitar consultas de psicólogos infanto- juveniles, y preguntarles directamente si habían atendido terapéuticamente al menos un caso de automutilación superficial en adolescentes, si la respuesta era afirmativa se les solicitaba cordialmente su participación en una entrevista, para formar parte de la muestra de la presente tesis.

En la búsqueda de la muestra no se realizó distinción por sexo ni por edad, por considerarse irrelevante, sin embargo, la experiencia de los profesionales si era determinante para las características de la investigación.

Cabe mencionar que el 100% de los entrevistados pertenece al sector privado de atención en salud mental.

- **Presentación de los resultados**

1. Significación por parte del psicólogo tratante, del o los casos de automutilación Superficial en Adolescentes

- **Respuesta de negación y evasión en torno a como significan sus casos de automutilación superficial.**

Este punto dice relación con la negación por parte del psicólogo frente a la pregunta que pretende recordar lo que significó para ellos, el haber atendido un caso de automutilación superficial en adolescentes, la mayoría de los entrevistados comienzan su relato situándolo espacialmente y en el tiempo y describiendo al paciente, evitando referirse al contenido de la pregunta, prescindiendo de esta forma entregar una visión personal del tema.

¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?

“Bueno... En realidad yo llevo trabajando mucho tiempo con jóvenes adolescentes y no tiene nada de particular ya para mi, he tenido muchos pacientes que se cortaban, trabaje en una cárcel de mujeres y un hogar de menores y ahí la cantidad de personas que se cortan es harta.”

(Yelena, 4 años de experiencia Clínica)

“Mira he tenido alrededor de 4 casos de niñas adolescentes que se realizaban cortes en los brazos y en las piernas, todas eran mujeres.”

(Reinaldo 15 años de Experiencia Clínica)

“Bueno he atendido alrededor de 6 casos de niñas que se cortan, todas mujeres”.

(Pablo, 4 años de Experiencia Clínica)

- **Negación de todo tipo de estado distinto al habitual.**

Este punto muestra la posibilidad de que un profesional niegue el fenómeno contratransferencial.

“Mira en realidad ellos no movilizan ningún tipo de sensación o sentimiento.”

(Juan, 15 años de Experiencia Clínica)

- **Reconocimiento de un estado particular distinto al habitual frente a los casos**

Este punto pretende visualizar la posibilidad de que por el hecho de evocar el recuerdo del caso, el psicólogo identifique y exprese su visión personal frente a ese caso en particular

“Angustiante, era una de las primeras pacientes, y era un caso complicado por la historia familiar y personal y por su etapa de adolescente.

Para los adolescentes cortarse es como una forma de liberarse de algo, se sienten bien.

Es angustiante por que uno no sabe que hacer, moviliza angustia como madre, como mujer.”

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

“Me produce que se me imagina que fue algo tan grave, me estremezco, en el cuerpo me da cosa, como se habrá sentido en ese instante para llegar al corte, me produce tanta angustia la idea del corte, me surge la emoción.”

(Mercedes, 3 años de Experiencia Clínica)

2. Reconocimiento de sentimientos, fantasías o pensamientos que fuesen inducidos por el hecho de atender casos de automutilación superficial en adolescentes

Este punto dice relación de la capacidad que tuvieron los profesionales de reconocer algún tipo de sentimiento inducidos por la atención directa del caso. La pretensión de esta pregunta es poder identificar algún sentimiento que sea común en los terapeutas que atienden este tipo de casos clínicos y que se pueda relacionar con un fenómeno contratransferencial.

¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?

“Recuerdo en especial uno de ellos creo que fue el primero que atendí, y se trataba de una niña de 14 años que se realizaba cortes en los brazos muy finos con agujas. Me sentía angustiado por el tema de sus cortes y todo lo que decían los padres, ya que eran ellos los que venían muy preocupados por el tema, en realidad la niña no hablaba nada cuando venía a la consulta, ella no quería venir, pasaron muchas sesiones antes de que pudiéramos hablar algo.”

(Reinaldo, 15 años de Experiencia Clínica)

“A bueno rabia, son pacientes que movilizan mucha rabia, ellas vienen aquí con su problemática, complicándole la vida a uno y además son muy histriónicas así que si uno no pone bien límites en el encuadre, arman sus shows, se ponen a llorar a gritar a pelear con la mamá”.

(Pablo, 4 años de Experiencia Clínica)

“Mira como ya te dije, no movilizan mucho. Recuerdo a un tipo que era un hombre que se encontraba hospitalizado en el hospital psiquiátrico, él tomo una taza, la quebró y con el resto que quedo en su mano se abrió el brazo desde la altura de la muñeca hasta el codo”. (El entrevistado gesticula en todo momento del relato)

(Juan, 15 años de Experiencia Clínica)

*“Desesperación, angustia, temor al silencio, sentía un gran temor a que se suicidara.
Sentía desconcierto de no saber que decirle.*

De las sesiones salía destruida, era imposible continuar con mi vida normal.

Sentía rabia con ella y con sus padres”.

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

“Me produce que se me imagina que fue algo tan grave, me estremezco, en el cuerpo me da cosa, como se habrá sentido en ese instante para llegar al corte, me produce tanta angustia la idea del corte, me surge la emoción.”

“Me da miedo, me angustia la visión del corte y no me gusta la idea de que me pueda mostrar el corte, me siento a la distancia capaz de contenerlo, pero no sé si en el momento del corte podría hacerlo”.

(Mercedes, 2 años de Experiencia Clínica)

“Bueno si, recuerdo que daban ganas de protegerlo, me daba mucha pena su situación”

(Yelena, 4 años de experiencia Clínica)

3. Reconocimiento de la Contratransferencia

Este punto dice relación con la familiaridad que tienen los psicólogos con el concepto de Contratransferencia, el propósito de esta pregunta es indagar en la utilización y reconocimiento de la Contratransferencia como un elemento y herramienta más del proceso terapéutico.

“A ver explícate un poco más con eso de contratransferencial.

Ah!, bueno eso pasa en todas las relaciones, pasa con todas las personas pero uno tiene que ser objetiva, y eso se puede hacer con el tiempo”

(Yelena, 4 años de experiencia Clínica)

“Contratransferencialmente.... He tal vez un poco de angustia, principalmente por que ella no trabajaba nada en la sesión, no me podía comunicar con ella, ni siquiera me miraba.”

(Reinaldo, 15 años de Experiencia Clínica)

“La contratransferencia es algo que esta presente en toda clase de relaciones interpersonales.”

“Cuando uno se da cuenta de un fenómeno contratransferencial, existe siempre la posibilidad de conversar el tema con un colega o supervisarse”.

(Pablo, 4 años de Experiencia Clínica)

“He tenido muchos casos de automutilación superficial en adolescentes, y la contratransferencia no es un problema, su real problema no son los cortes.”

(Juan, 15 años de Experiencia Clínica)

“cuando yo me empecé a desangustiar ella se empezó a sentir mejor”

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

- **Manejo de la angustia de Contratransferencia**

Este punto pretende indagar que hacen los psicólogos cuando se ven angustiados frente a un fenómeno contratransferencial.

“Cuando uno se da cuenta de un fenómeno contratransferencial, existe siempre la posibilidad de conversar el tema con un colega o supervisarse”.

(Pablo, 4 años de Experiencia Clínica)

“Como yo no me sentía bien me supervisé”.

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

4. Percepción y Contratransferencia referida a los padres de pacientes adolescentes con automutilación superficial.

Este punto pretende indagar en la posición que van adoptando los padres en el proceso terapéutico de casos de adolescentes con automutilación superficial, y como este fenómeno es vivenciado por los psicólogos tratantes.

“Bueno, como te dije el niño estaba en una situación de abandono, y no existía nadie de su familia con quién pudiera trabajar.”

“Me daba mucha pena, sentía la necesidad de protegerlo.”

(Yelena, 4 años de experiencia Clínica)

“Los Padres me producían rabia, ellos eran tremendamente disfuncionales a modo de ejemplo ellos dormían en piezas separadas, y hacían dormir una semana a la niña con el papá y la otra semana la niña dormía con la mamá. Costaba mucho trabajar con ellos, ya que tenían un problema que sin duda repercutía en su hija que era su única hija por lo demás.”

(Reinaldo, 15 años de Experiencia Clínica)

“Pero en relación a este tipo de casos por lo general son padres que tienden a minimizar la situación de sus hijas, así me ha pasado con los casos que he atendido.

Pero no creo que influyan en el proceso terapéutico en sí.”

(Pablo, 4 años de Experiencia Clínica)

“Los padres me daban mucha rabia, por que no escuchaban, no podían escuchar. Tendían a minimizar la situación de la hija. Mantenían una historia familiar disfuncional, habían muchos secretos, la madre se ubicaba a la altura de la hija.”

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

“Los padres se encuentran lejanos de lo que les pasa a sus hijos, se muestran muy autorreferentes, llevan el problema en secreto, es como si la angustia los bloqueara.”

(Mercedes, 2 años de Experiencia Clínica)

5. Referencia al primer o primeros casos de automutilación superficial en adolescentes

“Recuerdo uno de mis primeros casos, era un niño de 14 años, que se cortaba los brazos, pero él además presentaba problemas de drogadicción, consumía pasta base y marihuana.”

(Yelena, 4 años de experiencia Clínica)

“Recuerdo en especial uno de ellos creo que fue el primero que atendí, y se trataba de una niña de 14 años que se realizaba cortes en los brazos muy finos”

(Reinaldo, 15 años de Experiencia Clínica)

“Angustiante, era una de las primeras pacientes, y era un caso complicado por la historia familiar y personal y por su etapa de adolescente.”

(Sandra, 1 año de Experiencia Clínica)

“Recuerdo a un tipo que era un hombre que se encontraba hospitalizado en el hospital psiquiátrico hace muchos años atrás, él tomo una taza, la quebró y con el resto que quedo en su mano se abrió el brazo desde la altura de la muñeca hasta más arriba del codo.

(Juan, 15 años de Experiencia Clínica)

5. Contratransferencia sentida en el cuerpo

Este punto intenta mostrar la posibilidad de que la contratransferencia se de a un nivel corporal, la automutilación superficial esta relacionado al cuerpo de otro, en este caso el cuerpo del paciente. En la relación terapéutica es posible apostar a que suceda algo corporalmente en el terapeuta a raíz de un caso de automutilación.

“Me produce que se me imagina que fue algo tan grave, me estremezco, en el cuerpo me da cosa, como se habrá sentido en ese instante para llegar al corte, me produce tanta angustia la idea del corte, me surge la emoción.”

(Mercedes, 2 años de Experiencia Clínica)

16. Interpretación de los Resultados

Dentro de la significación que el psicólogo tratante da al hecho de haber atendido terapéuticamente uno o unos casos de automutilación superficial en adolescentes, es posible observar que parte de los entrevistados evita referirse al tema de manera personal.

Frente a la interrogante de ¿como fue para usted?, los entrevistados emiten una respuesta que tiene que ver con la evocación de la cantidad de casos, que han atendido y cuando los atendieron. Sin embargo es posible pensar que la pregunta es lo suficientemente clara, ya que apunta directamente a lo que le pudo haber pasado al entrevistado con los casos por

medio de la palabra usted, tomando en consideración esta reflexión es posible atribuir este tipo de respuesta a una defensa por parte del entrevistado psicólogo tratante de casos de automutilación superficial en adolescentes, que le permite defenderse de los sentimientos evocados por el recuerdo de los casos, que conllevan irremediablemente una visión personal, con la inevitable introspección que significa realizarla y el malestar que esto pudiese provocar.

Frente a la misma pregunta uno de los entrevistados exclamo simplemente “*Mira en realidad ellos no movilizan ningún tipo de sensación o sentimiento.*” En virtud de la observación realizada en el párrafo anterior es posible tomar esta afirmación como una negación activada como mecanismo de defensa, en relación a los recuerdos evocados. Esta reflexión se sustenta además, en que en el curso de la entrevista el mismo psicólogo recuerda uno de los primeros casos atendidos por él, en donde relata y gesticula histriónicamente una automutilación realizada por uno de sus primeros pacientes en un hospital psiquiátrico, hace muchos años atrás en su trayectoria profesional con las siguientes palabras “*Recuerdo a un tipo que era un hombre que se encontraba hospitalizado en el hospital psiquiátrico, él tomo una taza, la quebró y con el resto que quedo en su mano se abrió el brazo desde la altura de la muñeca hasta el codo*”. Es decir pienso que es imposible ante tal descripción y gesticulación de uno de sus casos no considerar la negación de toda emoción o sentimiento, dando cabida a la posibilidad que no haya pasado nada en él como persona o como psicólogo. Es posible que el entrevistado no de cuenta de lo que sucede, pero se puede considerar un fenómeno completamente observable por alguien externo y dispuesto a pesquisar algún tipo de reacción contratransferencial.

En relación al mismo punto un par de entrevistados fueron capaces de responder la pregunta tal como iba dirigida, llama la atención que las personas que tuvieron la capacidad de hablar desde si mismos tenían menos años de experiencia clínica, 1 año y 3 años respectivamente, dando cuenta del reconocimiento por parte de ellos de un estado particular distinto al habitual específicamente relacionado con los casos de automutilación superficial en adolescentes, y que recuerdan con facilidad al realizarles la pregunta, en su relato estos entrevistados refieren haber sentido angustia en referencia a los casos atendidos por ellos.

En torno a lo que se ha explicado con anterioridad con respecto al fenómeno Contratransferencial la angustia es un sentimiento esperable según H. Racker la angustia acompaña ciertos fenómenos contratransferenciales en grados variables, iniciada por un estado de tensión y guarda estrecha relación con el pensamiento de no estar realizando adecuadamente su labor profesional sin dar cuenta de que su reacción es ante todo una respuesta al material traído por el paciente y que a proyectado en el terapeuta.

En lo que dice relación con el reconocimiento de sentimientos, fantasías o pensamientos que fuesen inducidos por el hecho de atender casos de automutilación superficial en adolescentes, se interrogo a los entrevistados sobre estos atributos, para indagar acerca de las características del fenómeno contratransferencial que son comunes a este tipo de casos, es decir que sentimientos, pensamientos o fantasías son comunes en los psicólogos a partir del tratamiento de casos de automutilación superficial en adolescentes.

Uno de los hallazgos más importantes se realizó en torno a esta interrogante en donde la mayoría de los entrevistados refirió haber sentido *Angustia, rabia, desconcierto, pena, desesperación, miedo, temor al silencio* y en cuanto a las fantasías 2 de ellos refirieron sentir *temor a que se suicidara*. El que 4 de los 6 entrevistador sintieran angustia, podría ser o no algo casual, la angustia es común de sentir contratransferencialmente en donde existe desconcierto de por medio, ya lo decía Freud que los terapeutas principiantes ante el fenómeno de la transferencia y contratransferencia podían quedar sumidos en desconcierto, sin embargo la angustia como sentimiento produce molestia, y requiere un esfuerzo adicional por parte del terapeuta para poderlo soportar.

En este punto cabe mencionar que uno de los entrevistados refirió sentir “cosas en el cuerpo”, fue la misma entrevistada quien se dio cuenta de que al relatar su vivencia en torno al caso que había atendido comenzó a cruzar sus brazos y protegerlos con sus manos, ella al darse cuenta de esto me sugirió tomara nota, pues ella protegía sus brazos sin dar cuenta de ello, hasta ese momento.

En relación a lo anterior, uno de los entrevistados refirió sentir “*ganas de protegerlo*” y que sentía “*pena por su situación*”, este es uno de los relatos que dan cuenta del fenómeno transferencial y sus implicancias contratransferenciales, ya señaladas en el marco teórico de la presente investigación. Sin embargo frente a este reconocimiento de sentimientos por parte del entrevistado en el transcurso de su entrevista relata que existe la

posibilidad y deber de ser objetivos en una relación terapéutica, la recién mencionada afirmación es importante para esta investigación ya que da cuenta ante todo de la dificultad para reconocer o dar cuenta del fenómeno contratransferencial y la posibilidad de su elaboración.

Tomando como introducción el párrafo anterior otro punto que es de importancia en esta tesis y que fue pesquisado en la investigación a través de la pauta de entrevista, es el reconocimiento y familiarización que poseían los entrevistados con el concepto de contratransferencia. Como se explico anteriormente una de las entrevistadas solicito mayor explicación del concepto para poder referirse a él y en el transcurso de la entrevista no realizo alusión alguna a su utilización. El resto de los entrevistados se limitaron a reconocer su actuar en ellos pero no a darle un sentido ni un rol en el proceso terapéutico, y otros solo se limitaban a definirla o a explicar que es un fenómeno atribuible a todas las relaciones personales, lo que si bien es cierto, no se encontró la reflexión de que además en psicología la contratransferencia juega un papel importante en el reconocimiento oportuno de ella por parte del terapeuta, en pro del desarrollo del proceso terapéutico, es decir, es importante dar cuenta de ella para que el paciente no repita el pasado en el proceso terapéutico, sino sea capaz de elaborar e integrar junto a su terapeuta aquello que le urge simplemente repetir, y a lo cual el terapeuta servirá fiel y erróneamente si no da cuenta del fenómeno contratransferencial en forma oportuna.

Desde este punto de vista es un hallazgo importante, que al preguntar directamente por la contratransferencia ninguno de los entrevistados se hubiera referido a ella como una herramienta mas del proceso o como un fenómeno importante de tener en cuenta lo que posibilita deducir que al menos en la reducida muestra de psicólogos entrevistados la familiaridad con el concepto es mas bien escasa.

En cuanto al manejo de la angustia de contratransferencia, 2 de ellos señalaron a la supervisión como medio tratamiento o manejo, lo que da cuenta del conocimiento sobre que hacer, ahora bien es difícil pesquisar si la supervisión es a raíz del reconocimiento del fenómeno contratransferencial o debido al estado de angustia en el cual se encuentran en ese momento, por lo tanto en cuanto al nivel de reconocimiento y familiaridad con el concepto es posible tomar como pertinente la referencia del párrafo anterior. Sin embargo

otro hallazgo dice relación con una salida a la angustia o tensión vivenciada que encontraron dos de los psicólogos entrevistados que tiene que ver con un procedimiento atinente a un manejo interdisciplinario del paciente y que a ellos les sirvió para disminuir su estado angustioso, 1 de ellos derivó a su paciente a un psiquiatra infantil que dispuso hospitalizar a la niña, y el otro también hizo el mismo procedimiento, en ambos casos el paciente era el primero de los psicólogos tratantes. Al derivar el primero de ellos logro realizar una alianza con la paciente para que no fuera internada en un hospital psiquiátrico y así la niña comenzó a colaborar en las sesiones disminuyendo la angustia que le producía a él como profesional que la niña no hablara y no se pudiera comunicar con ella. El otro psicólogo relata un caso de mayor complejidad en donde derivó a su paciente también mujer al psiquiatra infantil, en donde comenzó a ser tratada por depresión, la entrevistada relata un alivio al hacerlo, durante su entrevista ella señala “*temor por la responsabilidad*” que implica un caso de esas características, entonces se puede inferir que la niña al ser tratada por otro especialista además de ser tratada en psicoterapia con ella, por lo tanto la responsabilidad se comparte entendiendo de esa forma su “*alivio*”. Entonces conforme a lo recién formulado es posible señalar que desde este punto de vista la derivación es considerada una posibilidad de lidiar o manejar la angustia contratransferencial. Cabe mencionar que ante todo casos de estas características que en ocasiones se tornan más complejos el manejo interdisciplinario es una necesidad y una responsabilidad, que el psicólogo debe saber manejar, en esta investigación se le ha dado la interpretación que presta servicio a lo pesquisado.

Otro aspecto del fenómeno contratransferencial sobre el que se pretendía indagar en esta investigación guardaba relación, con la posibilidad de que existiera un fenómeno contratransferencial con los padres del paciente adolescente. Como ya se ha explicado en lo extensivo de esta tesis la psicoterapia con adolescentes se torna especial y diferente en parte por que quienes consultan no son directamente los adolescentes, sino sus padres o tutores, esta situación puede poner al terapeuta en situaciones complicadas si el paciente adolescente lo identificara desde el principio como un defensor de la autoridad parental. Ahora bien, como son los padres los que demandan, y en alguna medida son partícipe del proceso terapéutico, y como decía Estela Gurman la psicoterapia con adolescente se caracteriza por su especificidad en gran medida por la posición y el rol que desempeñan los

padres, y la transferencia al interior del proceso terapéutico era posible que surgiera con los padres. Frente a esta formulación era pertinente preguntarse si acaso era posible que en la relación entre un psicólogo tratante de un caso de automutilación superficial en adolescente y los padres del adolescente en tanto paciente, surgiera un fenómeno contratransferencial. La investigación al intentar pesquisar el surgimiento contratransferencial en los entrevistados arrojaron el siguiente e interesante hallazgo, 2 de los 6 psicólogos entrevistados relataron sentir “*rabia*” hacia los padres de los pacientes, y 3 de los psicólogos entrevistados señalaban a los padres como “*lejanos de la situación que vivía su hija*” e intentaban minimizar lo que les ocurría, 2 de los entrevistados describieron a los padres como “*disfuncionales*.” El sentimiento de rabia se puede enmarcar como un fenómeno contratransferencial en la relación terapeuta/padres, sin embargo las descripciones de “*lejanía*” y “*disfuncionalidad*” podrían ser atribuidas a características propias de los casos de automutilación superficial en adolescentes, tal y como queda explicado en el transcurso de esta misma tesis que dice acerca de algunos aportes acerca de la significación de la automutilación superficial en adolescentes y en el cual se explica que es característico a este tipo de casos algunas disfuncionalidades en el vínculo con sus figuras primarias.

Es posible de mencionar que al menos 4 de los 6 psicólogos entrevistados luego de pedirles referirse a sus casos de automutilación superficial, por lo general se referían al primer o uno de sus primeros casos que tuvieron oportunidad de atender y si continuaba la entrevista, ellos no hacían más que referirse al mismo caso, sin poder generalizar, sino más bien se quedaban inmóviles, en lo acontecido en ese primer caso particular. Esto puede ser interpretado como una imposibilidad de elaborar lo que sucedió con ellos contratransferencialmente al atender esos primeros casos de automutilación superficial en adolescente, es decir la contratransferencia fue vivenciada como malestar sin la oportunidad de tener un segundo momento de elaboración.

Por último uno de los hallazgos tiene relación con la posibilidad de que en este tipo de casos pudiese surgir una contratransferencia a nivel corporal, ya que lo que se encuentra mediando el proceso terapéutico desde el inicio es decir desde la consulta es un cuerpo mutilado, y más aún un cuerpo automutilado, era pertinente cuestionarse lo que sucedía con el cuerpo del terapeuta o si lo corporal de la automutilación era vivenciado por el

terapeuta de alguna manera particular que se pudiera enmarcar dentro del fenómeno contratransferencial. Según H. Racker existe un tipo de somnolencia contratransferencial en donde el relato pausado y continuo del paciente provocaba somnolencia contratransferencial en el terapeuta a fin de que en este estado el terapeuta se viera en alguna medida imposibilitado o disminuido en su labor, y con esto el paciente continuaba repitiendo, sin elaborar mientras el terapeuta no da cuenta del fenómeno contratransferencial que provoca la somnolencia. En el caso que se analiza en la presente investigación es pertinente tomar en cuenta lo señalado por Racker y relacionarlo con uno de los relatos de los entrevistados, y que daría cuenta de un fenómeno contratransferencial a nivel corporal que perturba al terapeuta en su labor:

“Me produce que se me imagina que fue algo tan grave, me estremezco, en el cuerpo me da cosa, como se habrá sentido en ese instante para llegar al corte, me produce tanta angustia la idea del corte, me surge la emoción.”

“Me da miedo, me angustia la visión del corte y no me gusta la idea de que me pueda mostrar el corte, me siento a la distancia capaz de contenerlo, pero no se si en el momento del corte podría hacerlo.”

(Mercedes, 2 años de Experiencia Clínica)

En el párrafo anterior se muestra como la entrevistada refiere en primer lugar sentir algo en el cuerpo, y luego sentir angustia solo con la idea del corte, cuando avanza en el relato se refiere al malestar que le produciría *ver* el corte de un cuerpo automutilado, es decir existe un rechazo al cuerpo mutilado del paciente. Si se piensa en términos contratransferenciales el rechazo vivenciado, pero no elaborado por el terapeuta opera o funciona como defensa a favor de la sintomatología del paciente, es decir como resistencia al tratamiento.

CONCLUSIÓN

Como sabemos, las investigaciones cualitativas trabajan con sentidos subjetivos, permitiendo rescatar dimensiones individuales y sociales. Los supuestos del marco teórico de la presente investigación señalan a la contratransferencia, como un fenómeno característico de las relaciones interpersonales, en donde la relación terapéutica no es la excepción. El objetivo principal del trabajo realizado tenía por propósito indagar en las características del fenómeno contratransferencial en casos de automutilación superficial en adolescentes, para su cumplimiento, fue necesaria la utilización de un encuadre cualitativo en todo el proceso de investigación, ya que la contratransferencia por definición se relaciona directamente con *“lo que pasa en la persona del terapeuta”*, es decir se apuntaba a indagar desde la perspectiva personal del psicólogo entrevistado en como fue para el profesional la experiencia de atender terapéuticamente un caso de automutilación superficial en adolescentes, en donde por medio de la evocación de los casos, poder concluir características que les sean comunes.

Una de las conclusiones mas importantes se refiere precisamente a las características contratransferenciales comunes encontradas, la mayoría de los psicólogos entrevistados señalo sentimientos de angustia y rabia las que eran generadas exclusivamente en el proceso del caso, desde este punto, se puede afirmar que la angustia y la rabia son sentimientos contratransferenciales característicos en casos de automutilación superficial en adolescentes. Es posible decir, que estos sentimientos son transferidos al terapeuta en la relación que éste mantiene con su paciente, a partir de las formas de relaciones primarias que el paciente adolescente a desarrollado con sus figuras primarias, y que en la relación terapéutica repite a modo de continuidad y perpetuidad de su sintomatología, mientras el terapeuta no de cuenta del estado contratransferencial en el que se encuentra, la relación y el proceso terapéutico trabajaran a favor del síntoma del paciente. Este tipo de paciente como ya sabemos posee ciertas características de inseguridad y labilidad en sus relaciones vinculares primarias las que llevadas a la relación terapéutica puede hacer suponer que el paciente puede repetir el mismo patrón de vinculación. Sin embargo y con respecto a lo recién expuesto cabe mencionar que el

tamaño de la muestra es una variable que impide poder generalizar, sino más bien solo permite atribuir las características mencionadas exclusivamente a los psicólogos entrevistados. Además es necesario aclarar que al escoger la muestra no se considero como variable que los psicólogos entrevistados conocieran el concepto “contratransferencia” y sus implicancias, sino solo se considero su experiencia clínica, lo que visto desde más de un prisma puede arrojar algunas aproximaciones acerca del conocimiento general que posee cualquier psicólogo acerca del concepto.

Los psicólogos entrevistados, refirieron también sentir desconcierto, este sentimiento contratransferencial fue abordado teóricamente durante la investigación y es atribuible a la contratransferencia vivenciada por el terapeuta frente a la transferencia negativa del paciente, es decir los psicólogos entrevistados experimentaban desconcierto frente a la proyección del paciente en el terapeuta, en esta situación es posible agregar que los pacientes en tanto adolescentes, por lo general asisten a terapia a sugerencia de sus padres o tutores, mostrando una actitud poco cooperadora en el tratamiento, pudiendo sumir al terapeuta en un estado desconcertante proveniente de un cuestionamiento acerca de su labor profesional truncada en la cercanía con el paciente, ésta característica es posible de encontrar en este tipo de casos, pero no por el fenómeno de automutilación superficial que presenta el paciente sino mas bien por su condición de adolescente, y por lo tanto es atribuible también a otros procesos terapéuticos que involucren a adolescentes.

Un aspecto importante de destacar dice relación con que la mayoría de los psicólogos entrevistados se refieren específicamente a uno de sus primeros casos de automutilación superficial atendida terapéuticamente, y desde ahí comienzan a relatar lo que fue para ellos la experiencia. Ahora bien frente a la dificultad de referirse de manera generalizada y elaborada acerca de lo cuestionado es posible pensar que les demanda esfuerzo referirse personal y generalmente al tema por lo que se puede presumir una defensa frente al mismo, ya que para poder generalizar lo que a ellos les sucedía con estos tipos de casos es preciso en primer lugar dar cuenta de lo que en ellos contratransferencialmente aconteció, para luego elaborarlo, dando con ello la posibilidad de relacionar en su justa medida lo que le sucede entre la temática del paciente y su propia experiencia. Es por estas razones que es posible concluir que la mayoría de ellos, vivenciaron contratransferencialmente una situación que no fueron capaz de elaborar, y que

por lo mismo es negado y anclado en el recuerdo con la probabilidad latente de repetición. Esta formulación se ve confirmada al observar que los psicólogos entrevistados que poseían una menor experiencia clínica se referían desde un punto de vista que compromete su propia vivencia con menor dificultad, es decir podían relatar con menos defensas el fenómeno contratransferenciales por ellos experimentados en los casos por ellos atendidos, pudiendo señalar características contratransferenciales tanto físicas como emocionales.

Otro aspecto en el que se indago fue en las características contratransferenciales con los padres de los pacientes adolescentes, encontrándose en su discurso sentimientos de rabia hacia los padres de los pacientes, como ya se había mencionado este tipo de paciente presenta relaciones vinculares primarias disfuncionales, lo que hace pensar que los padres de estos pacientes pueden cumplir con características comunes que son percibidas por el terapeuta como obstáculos en el proceso terapéutico del paciente adolescente, produciendo sentimientos de rabia hacia ellos, por lo que se puede concluir que es probablemente que sea común en casos de automutilación superficial en adolescentes que los terapeutas tratantes presenten sentimientos de rabia o molestia en relación a los padres del paciente.

Un hallazgo importante de resaltar, que se presento solo en uno de los psicólogos entrevistados dice relación con la corporalidad del terapeuta. No es posible olvidar que en el tipo de casos analizado en la investigación, el paciente presenta un cuerpo automutilado, en donde el terapeuta se ve expuesto a la corporalidad del otro en tanto paciente y en tanto mutilado. Uno de los entrevistados refirió sentir “cosa en el cuerpo”, y al hablar de automutilación protegía sus brazos con sus manos, señalando que “*no le gustaría ver el corte*”, la palabra *ver* señala una condición no deseada a la que el terapeuta se siente expuesto con motivo del proceso terapéutico y que esta directamente relacionada a la corporalidad del otro, sin embargo no hay que olvidar que el otro es el paciente, y que como tal tiene algo que decir, pero ante la imposibilidad antepone el corte y es el mismo corte el que produce algo en el terapeuta que obstruye la intención de acercamiento directamente a su problemática, desde este punto el corte mismo viene a servir de defensa para el paciente y su problemática. Si el terapeuta no da cuenta de esta situación en su corporalidad, es imposible deducir que el corte o mejor dicho la automutilación se ofrecen como resistencia, es decir contratransferencia negativa al proceso terapéutico debido al rechazo que su tan sola idea le puede producir, el terapeuta no es capaz de contener el

material traído por el paciente, devolviéndolo al paciente sin poder brindarle la posibilidad de elaboración.

En cuanto al reconocimiento de la contratransferencia y la familiaridad terapéutica con el concepto, es posible concluir que no es fácil o cercana, en el 100% de los entrevistados la contratransferencia no se encontraba reconocida como un factor importante de los procesos terapéuticos, capaz de influir determinantemente en el curso y progreso de la psicoterapia, cabe mencionar nuevamente que la muestra no fue elegida con la concepción previa del conocimiento del concepto contratransferencia y sus implicancias es decir si se hubiese seleccionado a psicólogos con orientación exclusivamente psicoanalítica con posibilidades de autoanálisis o trabajo terapéutico, tal vez la familiaridad con el concepto hubiese sido diferente, por lo tanto la poca familiaridad con el concepto representa solo una aproximación a la realidad .

En relación a si la contratransferencia era un fenómeno que influenciara de alguna manera el resultado de los procesos terapéuticos en casos de automutilación superficial en adolescentes, el 75% de los entrevistados afirmo que no, sin embargo tomando como referencia su escasa familiaridad terapéutica con el concepto es posible concluir que este 75% presenta dificultad para dar cuenta de los efectos contratransferenciales en los procesos psicoterapéuticos, es preciso mencionar también que el único caso que si reconoció influencia, también reconoció sentimientos contratransferenciales, si bien no como tales, se superviso a causa del malestar que le producía la angustia.

En cuanto a la variable experiencia es posible concluir que aquellos psicólogos con menor experiencia clínica (entre 1 y 3 años), presentaron un mayor reconocimiento de sentimientos producidos con motivo de atender un caso de automutilación superficial en adolescentes, incluso uno de ellos manifestó sentir algo en su propio cuerpo. En cambio a mayor experiencia clínica la capacidad de dar cuenta de la presencia de algún tipo de reacción es omitida o bloqueada a través de mecanismos de defensa como la negación. Esta situación es posible de explicar desde el punto de vista teórico de la contratransferencia que aquellas reacciones vivenciadas por el terapeuta esperan un segundo momento, en donde deben ser elaboradas para convertirse en un elemento proteico para los psicólogos y los procesos terapéuticos atendidos y venideros.

Considerando todo lo anteriormente expuesto es posible concluir que el reconocimiento de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales revisten una gran importancia para los procesos psicoterapéuticos, ya que en la medida en que los profesionales de la psicología logran dar cuenta de las reacciones por ellos vivenciadas frente a la transferencia del paciente, les permite obtener información acerca de la problemática del paciente, reconocer la transferencia y contratransferencia como resistencias a los procesos terapéuticos que guardan estrecha relación con la vivencia particular del terapeuta y la transferencia de su paciente, y trabajar las implicancias que este conocimiento tiene para el curso del tratamiento, a través de la elaboración adecuada y oportuna de la contratransferencia.

Con respecto al fenómeno de automutilación superficial en adolescentes y el fenómeno contratransferencial es posible que el corte como tal pueda representar una resistencia para el tratamiento en la medida de que el terapeuta no pueda contener lo que el corte es y representa en la temática del paciente, es decir el corte en el cuerpo es también un corte terapéutico, tomando en consideración siempre que se encuentra en referencia a la formulación de corporalidad y adolescencia que cada uno de los involucrados en el proceso terapéutico es decir que paciente, terapeuta y padres han experimentado y desarrollado en el transcurso de su vida, es precisamente bajo este análisis donde se torna importante el reconocimiento y elaboración del fenómeno contratransferencial oportuno, ya que puede aportar elementos provechosos para el curso del tratamiento, para que el corte deje de representar una resistencia y el material traído por del paciente se vuelva posible de elaborar en la psicoterapia.

Cabe mencionar que así como lo es para estos casos particulares, el reconocimiento y manejo de la contratransferencia por medio de supervisión, trabajo terapéutico o autoanálisis es también beneficioso para cualquier otro caso terapéutico en los cuales se sustentan los fenómenos transferenciales / contratransferenciales.

Referencias

1. Alberro Norman (s.f.) “*Cuerpo y psicósomática*”. Recuperado 26 de Diciembre 2007.
2. Bornhorn C. & Perr F. (1992), “*Contratransferencia algunas consideraciones sobre su eventual valor en la comprensión del inconsciente del paciente*” Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
3. Carrera M. (2005). “*Autoagresión en adolescentes Chilenas*”. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
4. Carpintero Enrique (s.f.) “*La subjetividad del analista*” Revista Virtual de psicología Tópica. Recuperado 13 Noviembre 2007.
5. Coderch Joan (2001). “*La relación paciente-terapeuta*”. El campo del psicoanálisis y de la psicoterapia Psicoanalítica, pp. 19-25. Barcelona, Paidós 2001.
6. Echeverría, G. y Zarzuri, R. (2003). *Técnicas de investigación cualitativas: el grupo, la entrevista en profundidad*. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
7. Ediciones y promociones del Sur Ltda. (2001). “*Psicología del niño y del Adolescente*” 13.284-291.
8. Eiguer Alberto (1987).”*El parentesco fantasmático*”. Transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica, pp. 39-54. Amorrortu Editores. Buenos Aires.1989.

9. Freud Sigmund (1912) “*Sobre la dinámica de la transferencia*”. Obras Completas Vol. 12 p. 98. Amorrortu Editores. Argentina.
10. Freud Sigmund (1912). “*Puntualizaciones Sobre amor de Transferencia*”. Obras Completas Vol. 12. Amorrortu Editores. Argentina
11. Freud Sigmund (1915), “*Puntualizaciones sobre el amor de Transferencia*”. Obras Completas Vol. 12 p. 168. Amorrortu Editores.
12. Freud Sigmund, (1917). “*Conferencia 27: La transferencia*”. *Obras Completas* Vol.16 Amorrortu Editores. Argentina.
13. Freud Sigmund (1926) “*Obras completas*” Amorrortu Editores Vol. 20 pp. 251-256. Argentina.
14. Freud Sigmund (1916), “*Tres ensayos sobre teoría sexual*”. Editorial Española. Madrid 1994
15. Gil, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos: aplicación a la investigación educativa*. Barcelona: Editorial Barcelona.
16. Gurman Estela, (s.f.) “*La clínica con adolescentes, algunas cuestiones en torno a la transferencia*”. Seminario. Buenos Aires. Argentina. Recuperado 9 Octubre 2007
17. Laplanche Jean (1997). “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Editorial Paidós. Buenos Aires
18. Laplanche J, y Bertrand J, (1968). “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Talleres Gráficos Iberoamericanos. Barcelona 1971.
19. Lartigue Teresa (2006). “*El cuerpo y el Psicoanálisis*”. Revista Aperturas. N° 23. México.

20. Mannoni Octave (1996). *“La crisis de la adolescencia”*. Editorial Gedisa S.A. España.
21. Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *“Psiquiatría del niño y del adolescente”*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
22. Racker Heinrich. (1951). *“Estudios sobre Técnica Psicoanalítica”*, pp. 68-96,73, 189-192.
23. Roberts, P. & Vigh, S. (2002). *“Cicatrices en el cuerpo”*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
24. Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *“Metodología de la Investigación”*. Mc GRAW- HILL Editores. 8. 328-331.
25. Valverde M. (1999). *“Aproximación a la psicoterapia de adolescentes desde una perspectiva Kleiniana”*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Anexos

Entrevistas

Nombre: Yelena

Edad: 32 años

Experiencia Clínica: 4 años

1. ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?

Respuesta: *Bueno... En realidad yo llevo trabajando mucho tiempo con jóvenes adolescentes y no tiene nada de particular ya para mi, he tenido muchos pacientes que se cortaban, trabaje en una cárcel de mujeres y un hogar de menores y ahí la cantidad de personas que se cortan es harta.*

2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?

Respuesta: *En realidad no, uno los atiende como a cualquier otro paciente, en el fondo el que se corten tiene mas que ver con lo que ellos están viviendo o lo que les pasa o ha pasado y es ahí donde hay que llegar, para trabajar con eso, y los cortes son secundarios.*

3 ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir, siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?

Respuesta: *A ver explícate un poco mas con eso de contratransferencial.*

Ah!, bueno eso pasa en todas las relaciones, pasa con todas las personas pero uno tiene que ser objetiva, y eso se puede hacer con el tiempo

4.¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?

Respuesta: *Recuerdo uno de mis primeros casos, era un niño de 14 años, que se cortaba los brazos, pero él además presentaba problemas de drogadicción, consumía pasta base y marihuana.*

Entrevistador: **Recuerda si ese caso en especial le generaba algún tipo de sentimiento?**

Respuesta: *Bueno si, recuerdo que daban ganas de protegerlo, me daba mucha pena su situación*

5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: *No, considero que no.*

Entrevistador: ¿De los casos que usted atendió recuerda si al finalizar el tratamiento ellos dejaba de cortarse, o solucionaban su problema?

Respuesta: *En realidad por la terapia los cortes se hacen con menos frecuencia pero es una conducta que se mantiene, y se da especialmente cuando ellos se ven en alguna situación angustiosa. El niño de 14 años lo atendí por varios meses, pero luego lo deje de ver, no asistió mas, era difícil trabajar con él por que era un niño que se encontraba en situación de abandono y no existía nadie que lo pudiera cuidar, y la terapia por si sola no lograba ayudarlo en su problema.*

6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: *Bueno, como te dije el niño estaba en una situación de abandono, y no existía nadie de su familia con quién pudiera trabajar.*

Entrevistador: ¿Esta situación producía algo en usted?

Respuesta: *Me daba mucha pena, sentía la necesidad de protegerlo.*

Entrevistado N° 2**Nombre: Reinaldo****Edad: 42 años****Experiencia Clínica: 15 años****1. ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?**

Respuesta: Mira he tenido alrededor de 4 casos de niñas adolescentes que se realizaban cortes en los brazos y en las piernas, todas eran mujeres.

2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?

Respuesta: Recuerdo en especial uno de ellos creo que fue el primero que atendí, y se trataba de una niña de 14 años que se realizaba cortes en los brazos muy finos con agujas. Me sentía angustiado por el tema de sus cortes y todo lo que decían los padres ya que eran ellos los que venían muy preocupados por el tema, en realidad la niña no hablaba nada cuando venía a la consulta, ella no quería venir, pasaron muchas sesiones antes de que pudiéramos hablar algo.

3. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?

Respuesta: Contratransferencialmente.... He tal vez un poco de angustia, principalmente por que ella no trabajaba nada en la sesión, no me podía comunicar con ella, ni siquiera me miraba.

Entrevistador: ¿En algún momento usted pensó en que ella pudiera suicidarse?

Respuesta: Mira como los padres venían tan angustiados en las primeras sesiones, por que primero vinieron ellos solos y me contaron todo de manera muy exagerada, yo la derive a psiquiatra infantil y ellos la llevaron a los días después y esta psiquiatra la Quería dejar internada inmediatamente y la niña no quería. Bueno al final no quedo Hospitalizada pero a partir de ese momento la niña hizo una alianza con migo y comenzó a venir a las sesiones con otra disposición, mucho mas cooperadora, la terapia se encamino mas que nada por que tuve una actitud acogedora con la niña en

todo momento, y con el pasar de las semanas los cortes fueron disminuyendo, no puedo decir que cesaron por que luego de unos meses los padres dejaron de traerla.

4. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?

Respuesta: Bueno la angustia que sentí se disipo luego de que la niña comenzó a trabajar

5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: No.

6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: Los Padres me producían rabia, ellos eran tremendamente disfuncionales a modo de ejemplo ellos dormían en piezas separadas, y hacían dormir una semana a la niña con el papá y la otra semana la niña dormía con la mamá. Costaba mucho trabajar con ellos, ya que tenían un problema que sin duda repercutía en su hija que era su única hija por lo demás.

Entrevistado N° 3**Nombre: Pablo****Edad: 33 años****Experiencia Clínica: 4 años**

- 1. ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?**

Respuesta: Bueno he atendido alrededor de 6 casos de niñas que se cortan, todas mujeres.

- 2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?**

Respuesta: A bueno rabia, son pacientes que movilizan mucha rabia, ellas vienen aquí con su problemática, complicándole la vida a uno y además son muy histriónicas así que si uno no pone bien límites en el encuadre, arman sus shows, se ponen a llorar a gritar a pelear con la mamá.

- 3. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?**

Respuesta: La contratransferencia es algo que esta presenta en toda clase de relaciones interpersonales.

- 4. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?**

Respuesta: Cuando uno se da cuenta de un fenómeno contratransferencial, existe siempre la posibilidad de conversar el tema con un colega o supervisarse.

- 5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?**

Respuesta: No, Considero que no.

- 6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de**

estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: Bueno los padres son por lo general personas que no saben que hacer, y es necesario trabajar con ellos también.

Pero en relación a este tipo de casos por lo general son padres que tienden a minimizar la situación de sus hijas, así me ha pasado con los casos que he atendido. Pero no creo que influyan en el proceso terapéutico en sí.

Entrevistado N° 4**Nombre: Juan****Edad: 45 años****Experiencia Clínica: 15 años**

1 ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?

Respuesta: Mira en realidad ellos no movilizan ningún tipo de sensación o sentimiento.

3. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?

Respuesta: Mira como ya te dije, no movilizan mucho. Recuerdo a un tipo que era un hombre que se encontraba hospitalizado en el hospital psiquiátrico hace muchos años atrás, él tomo una taza, la quebró y con el resto que quedo en su mano se abrió el brazo desde la altura de la muñeca hasta más arriba del codo. (El entrevistado gesticula en todo momento del relato)

4. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?

Respuesta: He tenido muchos casos de automutilación superficial en adolescentes, y la contratransferencia no es un problema, su real problema no son los cortes.

5. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?

6. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?

7. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: Los padres siempre vienen muy angustiados por que principalmente sus hijos se cortan, pero en vista de eso uno tiene la capacidad de trabajar con los padres, llevándolos a la problemática real de sus hijos, sin centrarse demasiado en los cortes

Entrevistado N° 5

Nombre: Sandra

Edad: 34 años

Experiencia Clínica: 1 año

1. ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?

Respuesta: Angustiante, era una de las primeras pacientes, y era un caso complicado por la historia familiar y personal y por su etapa de adolescente.

Para los adolescentes cortarse es como una forma de liberarse de algo, se sienten bien.

Es angustiante por que uno no sabe que hacer, moviliza angustia como madre, como mujer.

2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?

Respuesta: Desesperación, angustia, temor al silencio, sentía un gran temor a que se suicidara. Sentía desconcierto de no saber que decirle.

De las sesiones salía destruida, era imposible continuar con mi vida normal.

Sentía rabia con ella y con sus padres.

3. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?

Respuesta: cuando yo me empecé a desangustiar ella se empezó a sentir mejor.

4. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?

Respuesta: Como yo no me sentía bien me supervisé.

5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: Si. Si bien uno trata de ser objetiva, pero al ver el sufrimiento uno se pone en otros papeles y hasta me enferme. No fui lo suficientemente fuerte para enfrentar su

problemática no fui capaz de escucharla por que fui enceguecida por mi angustia, sentía que yo estaba mas angustiada que ella, no quería seguir trabajando con ella.

- 6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?**

Respuesta: Los padres me daban mucha rabia, por que no escuchaban, no podían escuchar. Tendían a minimizar la situación de hija. Mantenían una historia familiar disfuncional, habían muchos secretos, la madre se ubicaba a la altura de la hija.

Entrevistado N° 6

Nombre: Mercedes

Edad: 35

Experiencia Clínica: 3 años

- 1. ¿Cómo fue para usted, atender un caso de automutilación superficial en adolescente?**

Respuesta: Me produce que se me imagina que fue algo tan grave, me estremezco, en el cuerpo me da cosa, como se habrá sentido en ese instante para llegar al corte, me produce tanta angustia la idea del corte, me surge la emoción.

- 2. ¿Podría describir usted algún, pensamiento, fantasía o sentimiento que recuerde en relación a ese o esos casos?**

Respuesta: Me da miedo, me angustia la visión del corte y no me gusta la idea de que me pueda mostrar el corte, me siento a la distancia capaz de contenerlo, pero no se si en el momento del corte podría hacerlo.

- 3. ¿En términos contratransferenciales que podría usted referir siempre en relación a casos de automutilación superficial en adolescentes?**

Respuesta: Trato de indagar sin que me muestren el corte, en lo que les pasa a ellos.

- 4. ¿Cómo usted dio cuenta y manejo el fenómeno contratransferencial y por que lo manejo de esa manera?**

Respuesta: Me superviso

- 5. ¿Considera usted que el fenómeno contratransferencial influyo de alguna manera en el proceso y resultado terapéutico? ¿Podría argumentar por que?**

Respuesta: No.

- 6. ¿Tomando en consideración que por lo general los pacientes adolescentes consultan traídos por sus padres o tutores, atribuiría usted que la presencia de**

estos en el proceso terapéutico podría influir en el fenómeno contratransferencial? ¿Podría argumentar por que?

Respuesta: Los padres se encuentran lejanos de lo que les pasa a sus hijos, se muestran muy autorreferentes, llevan el problema en secreto, es como si la angustia los bloqueara.

Observación: La entrevistada al inicio del relato comienza a adoptar una posición corporal, en la que cruza sus brazos y los comienza a proteger con sus manos. Es ella quien nota esta expresión corporal y me sugiere tomar nota de ella, al mismo tiempo reconoce que le sucede en ese momento con motivo de evocar el recuerdo del caso de automutilación superficial en adolescente que atendió. En el mismo relato la entrevistada refiere sentir algo corporal en las siguientes palabras “*me estremezco, en el cuerpo me da cosa*”.