



**UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
POSTÍTULO EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA ADULTOS

**ABORDAJE CLÍNICO DEL TRAUMA TEMPRANO:**  
Presentación de un proceso terapéutico orientado desde los postulados de  
D. W. Winnicott y los aportes teórico - técnicos de las corrientes relacional e  
intersubjetiva del psicoanálisis

**FELIPE MUÑOZ EMALDIA**

**TRABAJO MONOGRÁFICO FINAL**  
**POSTÍTULO EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA ADULTOS**

**PROFESORA GUÍA: MARIA ISABEL CASTILLO**

**Santiago, Chile**

**2013**

## INDICE

I)	INTRODUCCION .....	2
II)	MARCO TEORICO .....	5
	a. Hacia el Entendimiento del Trauma Temprano. Fundamentos Teóricos a la Idea de Trauma en el Contexto de una Relación Fundante .....	5
	b. Postulados de D. W. Winnicott para el Tratamiento de Pacientes Graves y el Entendimiento de Fenómenos Clínicos desde una Perspectiva Relacional-Intersubjetiva .....	19
III)	METODOLOGÍA.....	30
IV)	EXPOSICIÓN DEL CASO CLINICO .....	32
	a. Identificación de la Paciente .....	32
	b. Motivo De Consulta .....	32
	c. Hipótesis Diagnósticas .....	34
	d. Contexto institucional y Setting Terapéutico .....	35
	e. Desarrollo del Caso Clínico .....	36
V)	ANÁLISIS DEL CASO .....	59
VI)	CONCLUSIONES .....	64
VII)	BIBLIOGRAFÍA .....	67

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo monográfico analiza una experiencia clínica de la que he formado parte como terapeuta. La elección de este caso clínico se basa en el desafío teórico técnico que éste ha implicado. Desde el abordaje clínico se abrió la necesidad no sólo de considerar y prestar atención al sujeto en la clínica, sino que también la relación establecida en el marco terapéutico que aparece como preponderante para acoger la búsqueda de mejoría de la paciente. Lo anterior implicó un desafío teórico desde el entendimiento del sujeto y técnico desde las variables a considerar para llevar a cabo el trabajo en la relación terapéutica.

El abordaje del presente caso manifiesta y ejemplifica una posición personal frente a la clínica psicoanalítica. Tras el curso del tiempo y aumento de mi experiencia he podido constatar, desde mi perspectiva, como en la relación terapéutica no sólo las condiciones del paciente deben considerarse, sino que también la inevitable participación de las variables como terapeuta implican una posibilidad de acción en el espacio clínico. La consideración de la relación establecida en el trabajo terapéutico y cómo las características de ésta inciden en el curso de un tratamiento es uno de los aspectos que se espera fundamentar mediante esta exposición. Se espera evidenciar que esta perspectiva brinda un marco de referencia clínica que fue útil para lograr los objetivos del trabajo clínico y la guía hacia la cura en el proceso psicoterapéutico.

La posibilidad de contar con un espacio de supervisión donde se dio la reflexión continua a este proceso, estableciendo una mirada externa y necesaria, es también un aspecto considerado para esta presentación. La orientación entregada en el espacio de supervisión respecto a las hipótesis diagnósticas dinámicas y las variables de la relación terapéutica son aspectos que resultaron esenciales como parte de mi formación como terapeuta y para el curso del caso clínico.

El caso que se presenta en este trabajo es entendido dinámicamente desde el padecimiento de un trauma temprano por parte de la paciente. Tras la reflexión y

supervisión del material clínico se ha establecido esta mirada explicativa para orientar las condiciones particulares de la postura técnica para abordar las problemáticas de la paciente. La posibilidad de plantear una estrategia no fundamentalmente interpretativa, acorde a la dinámica transferencial instalada en el proceso psicoterapéutico, se consideró como una necesidad que se intenta evidenciar en la presentación del caso. Se espera manifestar una apertura ante las concepciones clásicas de la orientación psicoanalítica.

Durante el curso de mi formación, en este programa de postítulo, he podido adquirir, interesarme y profundizar conocimientos en la línea teórico clínica que sustenta la experiencia ha presentarse en este trabajo. Las instancias de supervisión y los cursos de formación académica permitieron una clarificación en los enfoques y perspectivas que dan sentido a mi desempeño en la labor clínica.

Como marco teórico de referencia se ha considerado primordialmente los planteamientos de D.W. Winnicott y autores representantes de las orientaciones intersubjetiva y relacional del psicoanálisis. Esta referencia teórico clínica se basa principalmente en la consideración fundante que entregan estos autores a la relación con el medio externo en el proceso de subjetivación. La concepción de hombre como una persona mediada por su ambiente, me parece que es la concepción del sujeto en la clínica psicoanalítica. Así como el medio temprano tiene una importancia fundamental en el proceso de desarrollo humano, la figura del terapeuta, como medio externo y facilitador en la clínica, implica también un rol activo, distante de lo reconocido como neutralidad técnica.

Esta monografía esta articulada con el fin de otorgar un entendimiento de la experiencia clínica en coherencia con el marco de referencia teórico clínico considerado. Se espera brindar al lector un retrato del proceso terapéutico de la paciente, que fundamente su posicionamiento desde lo teórico y técnico. Se intenta contribuir a la fundamentación desde una perspectiva clínica con una orientación en consideración de su aspecto relacional, es decir, una mirada que abarque tanto al terapeuta como al paciente en la construcción del espacio terapéutico.

La investigación clínica realizada espera entregar fundamentos a la idea de trauma temprano y su relación con las fallas ambientales precoces en el desarrollo del sujeto, como una línea que permite un entendimiento sobre la constitución subjetiva de la paciente, que abre la posibilidad de pensar un abordaje técnico diferenciado de la técnica analítica clásica.

Se busca mediante esta investigación dar fundamento a un abordaje técnico más allá de la técnica interpretativa y de la posición neutral del terapeuta en el tratamiento de un trauma temprano.

## MARCO TEORICO

Con el fin de facilitar esta entrega al lector, se ha dividido el marco de referencia en los postulados teóricos de la idea de trauma temprano y los postulados teórico - técnicos que se han utilizado como guía en el abordaje terapéutico del caso clínico.

### **I. HACIA EL ENTENDIMIENTO DEL TRAUMA TEMPRANO. FUNDAMENTOS TEORICOS A LA IDEA DE TRAUMA EN EL CONTEXTO DE UNA RELACIÓN FUNDANTE**

Un primer objetivo de este marco de referencia es dar sustento teórico desde el psicoanálisis a la idea de trauma temprano.

En la teoría psicoanalítica, el concepto de trauma ha presentado una evolución desde las primeras teorías freudianas de la *Seducción Infantil* (1895), la consideración de eventos externos y violentos a los que se ve sometido un sujeto hasta el entendimiento de éste como los efectos de las carencias ambientales - relacionales. La teoría traumática resulta esencial para el psicoanálisis, y en la actualidad ésta se ha enriquecido, principalmente con los aportes del estudio del desarrollo infantil temprano y por su influencia en el entendimiento de las psicopatologías (Codosero, 2007).

El trauma puede definirse como aquel acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad, por la incapacidad del sujeto para responder ante éste y por los trastornos y efectos patógenos que provoca en la organización psíquica (Laplanche y Pontalis, 1967). La conceptualización de trauma considera al receptor del acontecimiento o evento traumático para poder determinar su carácter patógeno, sus condiciones de adecuación, estructura y preparación yoica son determinantes. El trauma temprano, considera así a las fallas o dificultades del desarrollo en las primeras etapas de vida como acontecimientos traumáticos, resalta por la complejidad asociada a la constitución de sujeto y por la posible etiología de

patologías en una etapa donde el individuo aún no cuenta con una estructuración ni desarrollo del Yo, que permita una tramitación de las situaciones con un menor impacto para su organización psíquica.

Un aspecto trascendental ha considerarse con la concepción de trauma temprano es el enfoque etiológico fuera del complejo edípico que sitúa al entendimiento del trauma. Desde esta perspectiva las primeras etapas del desarrollo del sujeto toman una preponderancia que la postura freudiana no abarcó. Este punto implica un quiebre que se espera clarificar mediante el recorrido teórico escogido. En consideración a la experiencia clínica a la que se busca dar sustento teórico, esta diferencia marca una orientación manifiestamente distinta de lo que se podría haber propuesto para su análisis clínico desde una perspectiva clásica, considerando así a los fundamentos freudianos de la teoría y técnica psicoanalítica.

Autores como D. W. Winnicott (1960a) han abierto en la tradición psicoanalítica un nivel de entendimiento en relación a la constitución de sujeto desde una perspectiva relacional. Desde este enfoque el ambiente temprano se considera fundamental en el proceso de subjetivación del ser humano.

Desde una perspectiva clínica y en consideración al trabajo terapéutico ha exponerse, la comprensión del trauma temprano permite dar la posibilidad de conocer, entender y acercarse al proceso de subjetivación de la paciente, a las posibles causas de sus patologías y a la clarificación de las carencias que requieren de reconocimiento y, por tanto, reparación.

El recorrido teórico escogido se basa en los fundamentos teóricos que diversos autores han considerado para poder dar entendimiento a las vivencias traumáticas de los sujetos y su dimensión relacional, entendiéndose ésta como la consideración de las relaciones tempranas, y su posterior reedición en el contexto terapéutico, como foco de atención por sobre un enfoque centrado únicamente en el sujeto.

A continuación se plantea un recorrido teórico que espera dar una conducción hacia el entendimiento de la conceptualización de trauma temprano. Iniciándolo con las posturas freudianas acerca del trauma y relacionándolo desde ahí con los diferentes quiebres y diferencias en la postura teórica.

Sigmund Freud desarrolló la teoría fundante del psicoanálisis, considerando el trauma como un aspecto esencial en la explicación de la etiología de las patologías. Me parece necesario, desde una perspectiva psicoanalítica, considerar los fundamentos freudianos para entender las propuestas que han abierto caminos al entendimiento del trauma temprano.

En el año 1895, Freud plantea la “*Teoría de la Seducción*” para explicar como un sujeto durante su infancia recibe insinuaciones o manifestaciones sexuales que luego serían reprimidas, constituyendo eventos traumáticos. La teoría de la seducción permite a Freud, en sus primeros desarrollos teóricos, explicar la etiología de las neurosis. Esta teoría presume que el trauma se produce en dos tiempos: 1) el acontecimiento sexual “pre sexual”, ocurrido durante la infancia desde el exterior, por un otro, aún cuando el sujeto no cuenta con las condiciones somáticas para la excitación 2) un nuevo acontecimiento, no necesariamente de carácter sexual, evoca por asociación al primer evento, este ahí sería reprimido y permite entender como este hecho causa un mayor efecto que el evento traumático inicial (Laplanche y Pontalis, 1967).

En 1897 Freud, en su correspondencia con Fliess, ya enuncia su renuncia a la teoría del evento traumático como un hecho real y externo, y comienza a considerar el trauma como parte de la realidad psíquica, como fantasmas que cubren la vida sexual del niño. Tras los hallazgos clínicos la “*Teoría de la Seducción*” es abandonada por Freud. Esto lo lleva a postular la sustitución de la teoría relacionada con el evento traumático real de carácter sexual por la fantasía, permitiendo el planteamiento de la sexualidad infantil y del deseo inconsciente.

En 1905 Freud introduce la teoría de la psicosexualidad infantil, constatando la supremacía de las fantasías inconscientes por sobre los hechos reales. En 1910 con el planteamiento del *Complejo de Edipo* las situaciones traumáticas se relacionarían, principalmente, con el *temor a la castración*. Freud asociaría lo traumático con la lucha entre los instintos sexuales y el Yo, prevaleciendo la fantasía inconsciente y la realidad psíquica interna.

Si bien Freud (1938) consideraba la supremacía de la fantasía inconsciente, no dejó de considerar que los traumas relacionados con hechos reales de carácter sexual tenían un carácter patógeno en los individuos. En "*Moisés y la religión Monoteísta*" (1939) el trauma es considerado como impresiones, únicas o repetidas, siempre de temprana vivencia, que son olvidadas y de mucha importancia para la etiología de las neurosis.

Sandor Ferenczi, discípulo de Freud, manifestó una postura totalmente diferente a la del fundador del psicoanálisis en relación a la consideración del trauma como un hecho real por sobre la fantasía inconsciente. En "*Confusión de Lenguas entre el Adulto y el Niño*" (1933) Ferenczi toma el concepto de trauma real como aspecto desencadenante de las patologías mentales, considerando el concepto que Freud había abandonado al dejar la "*Teoría de la Seducción*". En esta obra no sólo se considera el trauma en su relación con la sexualidad, sino también en las actitudes hostiles y de odio que puede manifestar un adulto hacia un niño. El dejar de considerar las necesidades del niño y no cumplir con la función protectora por parte del adulto, serían situaciones traumáticas. En 1929 Ferenczi ya relacionaba el trauma con *el deseo de los padres por no ser padres*, siendo la frustración provocada por esto el gatillante de patologías mentales, predisponiendo al sujeto a complicaciones en su salud física. En esta conceptualización de trauma, Ferenczi considera las características del vínculo y la consideración de la realidad psíquica de un otro (padres).

Para Sandor Ferenczi (1934) el trauma sería la consecuencia a un evento cuya respuesta afectiva no logra tramitarse ni ser representada. La reacción afectiva ante el evento repentino, que puede ser tanto de naturaleza interna como externa, no logra ser representada por el psiquismo. Los afectos que no logran representarse implican angustia que el sujeto experimenta como efecto del trauma.

Ferenczi (1933) encontró evidencias de que los niños que son aterrorizados por adultos se someterían a ellos, cayendo en la voluntad de estos agresores. Así el niño, ante la amenaza y la pérdida de la sensación de que el mundo lo protege, hace desaparecer el *self*. Este proceso se denominaría la *identificación con el agresor*. Frankel (2002) en relación a las ideas de Ferenczi refiere que *la identificación con el agresor* es un fenómeno que afecta a gran cantidad de personas. La acción de esta identificación, al menos en cierta medida, no se restringe solamente a sujetos que hayan sufrido traumas severos, sino que algunos grados o elementos del trauma también representarían un papel importante en la vida de personas en cuya historia éste no aparece como prominente. Según Ferenczi (1933) el niño traumatizado siente mucha confusión, presentando ambivalencia entre inocencia y culpabilidad, pero el efecto traumático se maximiza cuando el niño lo reporta a un otro adulto y éste no soporta lo que se le explica, lo minimiza o incluso lo niega. Este autor plantea que los niños podían superar de mejor forma situaciones traumáticas, si la madre está disponible con su comprensión y ternura.

Ferenczi (1933) plantea que la situación traumática puede volverse a repetir en la situación analítica. Cuando el analista desconoce el trauma como algo real, es entonces cuando el sujeto se re traumatiza. Este autor expone que las interpretaciones de los contenidos inconscientes del paciente no eran suficientes si no iban acompañadas de la experiencia relacional con el terapeuta. La relación analítica y el reconocimiento de los eventos traumáticos reales toman una relevancia técnica para el tratamiento. Su conclusión fue que la reactivación de los traumas infantiles en la situación analítica no recibía cura si el analista mantenía su postura fría y objetiva. Sostiene que el paciente espera y precisa del analista la actitud de un adulto afectuoso hacia un niño que sufre. La *regla de la abstinencia* no permitía participar

del dolor actual del paciente, repitiendo la situación infantil donde los adultos no habían podido hacerse cargo de su responsabilidad en el dolor causado al sujeto.

Sandor Ferenczi (1933) ya postulaba como aspecto esencial del abordaje clínico del trauma la consideración de su aspecto relacional en la clínica psicoanalítica. Un aspecto de quiebre con el fundador del psicoanálisis implica la consideración de la respuesta del analista ante los contenidos del paciente. La idea de reconocimiento del evento traumático y sus consecuencias pueden plantearse como la base de lo que posteriormente autores de orientación relacional – intersubjetiva consideraron aspectos esenciales del abordaje clínico. Esta diferenciación esencial planteada por Ferenczi (1933) me parece un cambio de dirección trascendental en el enfoque clínico desde el psicoanálisis.

Ideas y fundamentos que ya se habían presentado en la obra de Ferenczi como la reactividad del adulto ante las necesidades del niño y el trauma como un evento inabarcable, no representable, aparecen como fundamentos del desarrollo teórico del psicoanalista y pediatra D. W. Winnicott. Mediante la observación directa de infantes y el curso de su práctica clínica, este autor desarrolló un cuerpo teórico que ha permitido entender al sujeto desde el psicoanálisis en una perspectiva que acentúa la relación y vínculo en su aspecto constitutivo.

Desde la perspectiva del desarrollo, Winnicott (1965) considera que las experiencias inadecuadas o traumatizantes no permiten un desarrollo adecuado, ni la formación sólida y estable de los vínculos más tempranos, y que ello da lugar a la patología. Desde la postura de este autor, el medio y su relación con el infante en sus primeras etapas son fundamentales. Las ideas de Winnicott sobre la formación del sujeto han servido de marco de referencia para el entendimiento y abordaje clínico del caso que analizaré.

Donald Winnicott (1960a) dio relevancia absoluta a la relación que el bebé establece en conjunto con su madre, afirma que siempre que hay un infante hay un cuidador, por tanto el bebé por sí mismo no existe si no es en el marco de una

relación. Refiere que al infante le ocurren cosas buenas y malas, pero que se encuentran fuera de su alcance. En la infancia todavía se encontraría en proceso formativo la capacidad del sujeto para poder recoger aspectos externos. El rol de la madre, como Yo auxiliar, sería fundamental para que el bebé pueda vivir y desarrollarse. Mediante el cuidado materno se permitiría un adecuado proceso de maduración en una etapa donde el infante aún no está capacitado para controlar o sentirse responsable de los aspectos ambientales, tanto buenos como malos.

Winnicott (1960a) plantea que el niño no puede *ser* si no se dan ciertas condiciones. El modo en que el infante *es* se relaciona con las condiciones favorables o desfavorables de su proceso de desarrollo. Si bien plantea una capacidad de potencialidad heredada, las condiciones ambientales, y por tanto de sus relaciones, son fundamentales para el adecuado proceso de desarrollo emocional, “*el potencial heredado por un infante no puede convertirse en un infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno*”<sup>1</sup>.

En las primeras etapas de la relación del bebé con sus cuidadores las angustias se relacionan principalmente con la amenaza de aniquilación. El potencial heredado del bebé debe convertirse en una continuidad del *ser*. La alternativa contraria sería la reacción, mediante la cual el *ser* sería interrumpido y aniquilado. Los cuidadores, o la madre, tienen como función principal el mitigar las intrusiones a las que el infante debe reaccionar (Winnicott, 1960a).

Winnicott (1960a) expone la capacidad de *sostén* de la madre como una función esencial para el adecuado desarrollo del infante. El *sostén* se refiere, en primer lugar, a los gestos corporales de la madre y las necesidades físicas del niño, pero esta función engloba no solo un aspecto físico. El *sostén* sería la primera manifestación de amor y empatía de la madre ante las necesidades del infante, abarca experiencias inherentes al *ser* del bebé. Del éxito de estas experiencias depende el establecimiento de procesos fundamentales del desarrollo emocional del sujeto en esta etapa de total dependencia (Geets, 1993)

---

<sup>1</sup> WINNICOTT, D. (1960a). *La teoría de la relación entre progenitores-infante*. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós, 1993. Pág 55

El *sostén* que proporciona la madre permite la integración y neutraliza la angustia de aniquilación del infante, que resultaría “inconcebible” para éste en caso de una falla materna intensa y precoz (Painceira, 1997).

Para Winnicott (1951) una de las principales tareas del desarrollo es el encuentro con lo real, de este proceso se espera el logro progresivo de armonía entre la realidad interna y la externa. La madre como parte de sus funciones esenciales debe *presentar los objetos* al bebé, una manera de presentar el mundo al niño y por tanto promover el contacto con la realidad externa. Esta experiencia, dependiente de las condiciones del bebé y de las externas asociadas al ambiente, está directamente relacionada con el proceso de maduración del *self*. La madre debe ser capaz de presentar la realidad externa acorde a las fantasías y alucinaciones del niño, haciendo posible la experiencia de omnipotencia del bebé.

Además del *sostén* y la *presentación de objetos*, otra de las funciones maternas primordiales es la *manipulación*. Esta función contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática, permitiendo percibir lo ‘real’ como contrario de lo ‘irreal’, favoreciendo la personalización del bebé (Winnicott, 1951).

Este autor plantea que la madre debe adaptarse a las necesidades de su bebe, siendo de capaz de conocer sus requerimientos. La *madre suficientemente buena* es la que se adapta a las necesidades del bebé. La *madre suficientemente buena* sería la que da satisfacción a la omnipotencia del niño. Repetidamente le da sentido al *gesto espontáneo* del infante en el proceso que el individuo empieza a creer en la realidad externa que aparece y se comporta como por arte de magia, a partir de sus propias necesidades. El rol materno competente permitiría el paso adecuado de la espontaneidad o alucinación del infante hacia la concepción de objetos externos que son catectizados. La función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades del infante, es decir sabría como *sostener* a su hijo (Winnicott, 1960b).

Según Winnicott (1951) la madre aportaría una zona intermedia entre la subjetividad y la objetividad, una zona neutra de experiencia que se le permite al niño “una locura pasajera”, donde la diferenciación entre lo objetivo y subjetivo no está totalmente delimitada. Esta área intermedia sería la más intensa en la vida del niño pequeño. El *objeto transicional* aparece en la zona que interviene entre la realidad interna y la percibida objetivamente, permitiendo el tránsito progresivo a la aceptación de la realidad. La existencia de este objeto, y la posibilidad de utilizarlo, marca el paso de un estado en que el niño se encuentra unido o fusionado con la madre a uno en donde ésta es percibida como externa, independiente, y por tanto puede relacionarse con ella. En la experiencia del bebé se produce una dialéctica entre el objeto interno, el objeto externo y el objeto transicional. Si el objeto externo (madre) no logra ser adecuado, en términos de disponibilidad, *sostén* y *manipulación*, el objeto interno no tiene significado para el bebé y por tanto el objeto transicional también pierde significancia. Lo anterior implica una ruptura en la continuidad de existencia del niño, lo cual genera la activación de defensas ante la repetición de tal angustia.

Para Winnicott (1960b), el trauma tiene relación con las características de la relación de dependencia del niño con sus objetos ambientales iniciales. En el desarrollo que va desde la dependencia absoluta del niño con su madre a la relativa independencia, pueden presentarse fallas que en caso de resultar repetitivas o agudas, por ausencia, intrusión o abuso, se interrumpiría el desarrollo, generando una adaptación mental forzada, y como consecuencia se originará el *falso self*. El bebé respondería de manera reactiva a las fallas ambientales que son vivenciadas como ataques, por esto se daría una identificación con el polo materno de la díada, generándose un *falso desarrollo*, donde un falso sí mismo cubre y protege al *verdadero self* embrionario y disociado. Las fallas en el proceso de desarrollo constituirían el trauma que llevaría a un desarrollo falso, defensivo.

Winnicott (1954) afirma que la enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una etapa temprana del desarrollo. El sentimiento de irrealidad sería propio del desarrollo de un *falso self* protector del *self verdadero*.

En 1965 en “El Concepto de Trauma en Relación con el Desarrollo del Individuo dentro de la Familia”, Winnicott refiere que la idea de trauma implica considerar factores externos al sujeto, entendiendo al evento traumático como “*el quiebre de la idealización de un objeto por el odio de un individuo, reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función*”<sup>2</sup>, refiriéndose así al rol del ambiente y las personas cercanas al sujeto en su periodo de dependencia. El trauma representa un *derrumbe* en la confianza que se tiene del ambiente externo, lo que implicaría una falla en la organización del Yo y la estructuración de la personalidad.

La relevancia del ambiente externo para este autor se refleja en la idea de trauma que se consideraría como la irrupción en el proceso de desarrollo del sujeto de hechos reales demasiado súbitos e impredecibles para el individuo. El sujeto reactivamente sentiría odio, que se experimentaría de forma delirante como *ser odiado*. La satisfacción de necesidades del niño en el proceso desde la dependencia absoluta a la dependencia relativa se vería afectada. Al considerar la posibilidad de trauma en un proceso de desarrollo, debe plantearse también la idea de variación del significado del mismo según la etapa en la que se encuentra el sujeto. El proceso de adaptación y posterior desadaptación que vive el sujeto responde a un aspecto normativo del desarrollo, que el resultado de esto sea traumático tiene relación con la capacidad de la madre para conocer las capacidades mentales de su hijo y lo que éste esta capacitado para afrontar (Winnicott, 1965).

Para Winnicott (1965) el trauma implica un *derrumbe de la fe*, el individuo habría sido capaz de *creer en algo*, refiriéndose así a la confianza en el medio facilitador, que luego fallaría. El ambiente resultaría amenazante y persecutorio por el odio reactivo del bebé, que de manera delirante se sentiría perseguido por los objetos buenos. En caso de que la reacción de odio del niño fuese apropiada no habría trauma. Si la reacción ante la falla no sobrepasa las capacidades del individuo, no se constituiría en trauma. Mientras mayor grado de integración haya alcanzado el niño, más grave puede ser la vivencia traumática por una falla ambiental que

---

<sup>2</sup> WINNICOTT, D.(1965). *El Concepto De Trauma En Relación Con El Desarrollo Del Individuo Dentro De La Familia*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós, 1991. Pág. 178

sobrepasa sus capacidades de reacción.

Winnicott en “El Miedo al Derrumbe” (1974), describe que el sujeto conserva y repite las huellas de una experiencia de naturaleza traumática, no por los afectos dolorosos que sintió anteriormente, sino por lo que no pudo sentir en el momento en que el acontecimiento traumático ocurrió. El trauma estaría caracterizado por la no-inscripción psíquica de un acontecimiento potencialmente representable y simbolizable. Si estas fallas se dan en momentos muy tempranos, no se registran como experiencias, y permanecerán congeladas, hasta que se dé la posibilidad de un encuentro donde puedan aparecer.

Winnicott (1960b) plantea el concepto de *necesidades del Yo* para explicar las necesidades yoicas, de confianza, estabilidad y sostenimiento. En el curso del tratamiento analítico estas deben ser tomadas en cuenta y requieren de una respuesta adaptativa en la relación terapéutica. Más allá de los intentos del analista, éste estará expuesto a fracasos en la adaptación en muchos momentos del tratamiento. Son estas dificultades las que permiten al paciente revivir en la transferencia experiencias próximas al derrumbe originario, que se produjo con la falla ambiental temprana. La experiencia traumática reeditada en la relación terapéutica permite su consideración y abordaje, por tanto, se puede estimar la necesidad de reconocimiento de estas necesidades asociadas al trauma.

Masud Khan (1977), siguiendo las ideas de Donald Winnicott, plantea la idea de “*trauma acumulativo*” como el producto de una falla de la función de *escudo protector* por parte de la madre durante el desarrollo del sujeto. La madre debería proteger al infante de las intrusiones ambientales en su proceso de desarrollo temprano. El autor plantea este tipo de trauma como la falta de respuesta adecuada a los sentimientos dolorosos del niño cuando se ha roto el *escudo protector*. Estas fallas tendrían lugar de forma continuada a lo largo de la niñez y la mayoría de las veces se relacionarían con una patología de carácter de los padres. Cuando los padres o cuidadores dejan de considerar al niño, no reconociéndolo ni aceptándolo, se plantea que estarían utilizando al niño de manera narcisista, originando eventos

continuos que resultarían traumáticos.

Entendiendo la importancia expuesta por Winnicott sobre las primeras relaciones del infante con su medio, y como este nexo es fundamental en el entendimiento del sujeto y la etiología de posibles patologías, la teoría intersubjetiva ya considera la relación, el espacio de esta interacción, como el marco de subjetivación y desarrollo del sujeto. El concepto de trauma psíquico desde una perspectiva intersubjetiva ha pasado de ser un acontecimiento externo cuantificable o un evento de la realidad interna, a considerarlo según las relaciones interpersonales que el sujeto establece con sus principales figuras desde la infancia. Desde esta postura teórica se busca la comprensión de los fenómenos psicológicos no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados, sino como emergentes de la relación recíproca de las subjetividades en cuestión. La psicopatología no se debe a mecanismos intrapsíquicos, sino que se evidencia en los contextos intersubjetivos (Codosero, 2007).

En coincidencia con los planteamientos de Winnicott, desde los postulados de autores relacionales e intersubjetivos se desprende la importancia dada al ambiente temprano y las primeras relaciones del sujeto en la constitución del trauma. Stolorow y Atwood (2004) consideran el trauma en el contexto intersubjetivo. Estos autores plantean que el dolor vivenciado por el sujeto no es lo traumático, sino la falta de capacidad de respuesta del ambiente. El trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo, en donde se daría una falta de *sintonía afectiva*, es decir, no se presentaría una regulación mutua entre el cuidador y el niño. Esto generaría una pérdida, por parte del niño, de su capacidad de regulación de los afectos, y como consecuencia se desarrolla una desintegración y desorganización del sujeto, que lo vivencia de una manera insoportable y aplastante. Los sentimientos de dolor y temor se vuelven traumáticos, no por la intensidad de estos afectos, sino por la falta de *respuesta empática* del ambiente. El niño requiere que sus padres entiendan y reconozcan su estado, el sujeto necesita de estos para poder tolerar y contener estas respuestas afectivas. En el caso de falla del ambiente al no dar respuesta empática se generaría el trauma.

Ante la falta de *sintonía afectiva* se darían sentimientos dolorosos como reacción del infante. La falta de respuesta empática del ambiente generaría que la reacción del niño se vivencie como no aceptada o dañina para sus personas significativas, es decir, los padres o cuidadores. Ante esta situación, los afectos son defensivamente evitados para poder mantener el vínculo. Estos afectos retenidos o evitados serían posterior fuente de conflictos internos y posicionarían al sujeto como vulnerable a los estados traumáticos (Stolorow y Atwood, 2004).

Stolorow (1992) propone dos fases constitutivas del trauma. Una primera etapa estaría relacionada con el no satisfacer una necesidad primaria vivenciada por el infante. La segunda etapa consistiría en la falta de respuesta contenedora de los cuidadores ante la no satisfacción del infante, no se daría un sostén a la conmoción afectiva reactiva a la no satisfacción de la necesidad primaria. Esto generaría que el individuo evalúe sus reacciones, respuestas afectivas, como no deseados o potencialmente dañinos para sus cuidadores, replegándolos y reteniéndolos, constituyendo a futuro una fuente de conflictos internos. La mantención de sentimientos reactivos, escondidos defensivamente, condicionan al sujeto a ser vulnerable a experimentar estados traumáticos.

La falla en la respuesta ambiental tendría como consecuencia el desarrollo de principios organizadores en el niño asociados a ésta. Los principios organizadores se referirían a las pautas recurrentes con que el sujeto establece y evalúa las relaciones con los demás. Estos principios se mantendrían inconscientes, manifestándose en la manera que el sujeto reedita los patrones vinculares en las relaciones que establece (Stolorow, 1992).

Sin un ambiente integrador y afectuoso, el niño traumatizado disocia el dolor de la experiencia que está viviendo y manifiesta estados psicossomáticos para evitar herirse en los vínculos con otras personas. Son niños que no logran desarrollar la capacidad de tolerar afectos, ni de utilizar éstos como señales de información (Stolorow y Atwood, 2004).

Stolorow y Atwood (2004) definen un proceso de *retraumatización*. Este se generaría ante una réplica del trauma original, donde se confirmarían los principios organizadores generados de la relación primaria donde hubo una falta de *sintonía afectiva*. Existiría un retorno a los principios donde se vivenció lo traumático por la falta de respuesta empática. Este proceso de *retraumatización* se puede graficar en la ruptura, pérdida o interrupción de un vínculo que resultaba sostenedor y que brindaba una experiencia organizativa alternativa a los vínculos primarios.

En concordancia con lo anteriormente propuesto por Ferenczi (1933), Stolorow y Atwood (2004) plantean que la situación analítica puede ser un terreno potencial para *retraumatizar* al paciente. De acuerdo a lo planteado por los autores, el temor de una posible *retraumatización* por parte del analista es una fuente importante de resistencias por el paciente. Los autores señalan que la resistencia del paciente está siempre promovida por percepciones de cualidades o actividades del analista que, en sí mismas, conducen al temor por parte del paciente de la posible repetición de un trauma infantil. Por lo cual, resulta esencial que esto sea reconocido e investigado en el trabajo terapéutico.

Entre los autores relacionales que han desarrollado teorías respecto al trauma temprano también se encuentra Jessica Benjamin. Esta autora se refiere a la interacción que se daría entre dos subjetividades diferentes, como la de un niño y su cuidador. Las intersubjetividades distintas generarían un *campo de interacción*, en éste se daría un inter juego entre dos mentes subjetivas diferentes. En la interacción, el otro (infante) debe ser reconocido como sujeto para poder experimentar su subjetividad. El sujeto requiere del reconocimiento externo para poder desarrollar su *self*. De la experiencia intersubjetiva surgiría una relación dialéctica, refiriéndose así al reflejo de una relación que manifiesta el reconocimiento del otro y por tanto permite su subjetividad, su constitución como sujeto. Por lo tanto, en la relación, el otro sería reconocido como sujeto y objeto, se darían dos niveles diferentes de experiencia en la relación intersubjetiva (Benjamin, 1995).

Benjamin (1995) define al trauma como una falla relacionada con la dependencia, que no satisface la necesidad de reconocimiento en la relación. Al no haber reconocimiento no habría constitución plena del sujeto. Aparecerían como reacción el sometimiento, no permitiendo la espontaneidad y creatividad.

El entendimiento otorgado por autores de las corrientes relacional e intersubjetiva del psicoanálisis al concepto de trauma, ya permiten resaltar y focalizar el aspecto relacional en los vínculos de las primeras etapas de desarrollo del sujeto, que con anterioridad Winnicott (1951) estableció como fundamentales. Estas posturas teóricas permiten situar la etiología del trauma en etapas consideradas fundamentales en lo constitutivo del sujeto, proponiéndose así la idea de trauma temprano. Desde esta hipótesis de lo traumático se ha dado el entendimiento y aproximación teórica al caso clínico que forma parte de esta entrega.

## **II. POSTULADOS DE D. W. WINNICOTT PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES Y EL ENTENDIMIENTO DE FENÓMENOS CLÍNICOS DESDE UNA PERSPECTIVA RELACIONAL-INTERSUBJETIVA.**

En concordancia con el entendimiento del caso clínico desde la idea de trauma temprano, su abordaje técnico se ha guiado también por los postulados y orientaciones clínicas de D. W. Winnicott y autores de perspectiva relacional - intersubjetiva.

La elección de autores y enfoques teóricos que componen este marco de referencia responden a una postura personal en la práctica clínica. El reconocimiento de las variables del terapeuta y su inevitable participación en el campo terapéutico construido con el paciente se consideran fundamentales.

Mediante la propuesta teórica de este marco de referencia se desarrollan las particularidades técnicas postuladas por D. W. Winnicott para pacientes de mayor gravedad y las propuestas de autores intersubjetivos para el entendimiento y abordaje

de fenómenos clínicos que considero enriquecen el enfoque terapéutico propuesto.

Desde la postura de Donald Winnicott, el hombre es considerado como un ser dotado por la naturaleza, un sujeto que debe desplegar todas sus capacidades a lo largo de la vida. La patología aparece como el resultado de una perturbación del despliegue de sus potencialidades, una falla en el desarrollo, que genera que el hombre *sea* diferente a lo que debiese *ser*. El proceso psicoanalítico tendría como fin la curación, considerando al paciente como protagonista de este proceso que se vincula con el autodescubrimiento, un conocimiento más allá de lo intelectual, y al analista ó terapeuta como quien proporciona el medio dentro del cual la curación es posible y aporta una técnica adecuada a ese propósito (Panceira, 1997).

La comprensión de Winnicott de la patología desde los primeros momentos de la vida y en total relación con el medio ambiente han caracterizado su clínica y ha abierto el psicoanálisis a un grupo de pacientes considerados graves y “poco analizables” desde las posturas técnicas clásicas (Nemirovski, 2003).

El concepto de pacientes graves desde la perspectiva winnicottiana considera a todos aquellos sujetos que no han logrado establecer una existencia desde el *verdadero self*, sino que éste permanecería oculto defensivamente (Winnicott, 1960a). Este sería el caso de los pacientes psicóticos, fronterizos y antisociales. Winnicott (1954) se refiere a los sujetos fronterizos como quienes poseen un núcleo psicótico central y rígidas defensas, logrando un comportamiento aparentemente más adaptativo, pero presentando problemas psicopatológicos y terapéuticos cercanos a los psicóticos.

En “Realidad y Juego” (1971) Winnicott plantea que toda terapia supone el instaurar un juego en común en el marco de una relación. Su proyecto terapéutico implica la idea del *to care*, es decir, del ocuparse y preocuparse, acercar al paciente la actitud primaria de la madre que por sus cuidados permite la salud mental del sujeto (Geets, 1993). La posibilidad dada por Winnicott (1971) desde la perspectiva psicoanalítica de brindar un enfoque contenedor y en donde el terapeuta puede tomar

un rol trascendental, me parece una apertura esencial hacia una clínica relacional y que abarca a sujetos que tienden a presentarse en la práctica de contextos institucionales como es el que caso que presentaré.

Desde una concepción winnicottiana, se entiende que el desarrollo de un tratamiento que haga posible la recuperación de un cuadro grave, resultará de un encuentro con un objeto que permita un vínculo adecuado y específico, que haga posible la aparición de necesidades tempranas insatisfechas que se encuentran “congeladas” hasta un encuentro que facilitará su despliegue (Nemirovski, 2003).

En “El Uso del Objeto y la Relación por Medio de Identificaciones” (1971) Winnicott relaciona el desarrollo del análisis con las concepciones de relación y uso de objeto. El autor plantea como la actividad terapéutica se daría en una zona intermedia, transicional, donde el paciente, así como en el niño en la temprana relación con su madre, consideraría la creación y encuentro omnipotente de los objetos con los cuales podría relacionarse. Se plantea como el paciente en el curso del análisis podría vivenciar el encuentro y creación omnipotente con el analista como objeto. La regresión mediante la transferencia predispondría para el curso de esta relación objetal. La utilización del objeto requeriría del paso de entender a éste como una creación omnipotentemente a ser considerado como un objeto real. Este sentido de realidad está mediado por lo que Winnicott (1971) plantea como destrucción del objeto. La manifestación de la agresividad desde esta postura se considera como parte del desarrollo de la relación objetal. El paciente en el curso del análisis buscaría la destrucción del objeto simbolizado por el analista. En caso de que el objeto sobreviva a los ataques del paciente este podría estar disponible para su uso, permitiendo el curso de la cura. El autor pone especial acento en la posición del analista ante los “ataques” del paciente. La posibilidad de sobrevivir a estos, considerando así el distanciamiento de la técnica interpretativa que puede entenderse como una represalia por parte del analista al paciente, es fundamental para el logro de la cura.

El curso de un tratamiento analítico en donde se instale una dinámica transferencial asociada a una etapa de extrema dependencia caracteriza el trabajo analítico con pacientes graves. Winnicott (1945) establece una categorización de la psicopatología según el grado de estructuración del *self*, es decir, por la existencia y posibilidad de ponerse de manifiesto aquello verdadero del sujeto. De esto depende la posibilidad del analista de actuar basándose en la actividad interpretativa, como el psicoanálisis freudiano sugiere. Ante las patologías graves Winnicott (1945) propone hacerlo dando mayor relevancia al *setting* terapéutico, aspecto innovador, que creo establece un punto diferenciador y fundamental en el acercamiento clínico a pacientes de mayor gravedad. Este autor (1945) formula tres categorías para tipificar a los pacientes: a) "completos" (neuróticos), b) "depresivos", que no pudieron elaborar la culpa reactiva a sus fantasías ambivalentes (destructivas), y c) "pre depresivos" (pacientes graves), que son quienes no han podido delimitar un espacio que los separe de la realidad externa, del no-yo. Es para este tipo de pacientes que la conducta del analista y el marco analítico cobran más importancia que los contenidos de la actividad interpretativa.

Para Winnicott (1960c) el trabajo con pacientes graves, fronterizos, requiere de una modificación de la técnica clásica. La necesidad de modificación se justifica principalmente en la necesidad de una regresión a estados primitivos de extrema dependencia por la formación defensiva del si mismo característica de estos pacientes. Este postulado implica a mi parecer unos de los mayores esfuerzos terapéuticos desde lo referido por este autor. El despliegue y curso en el contexto terapéutico de las primeras etapas evolutivas implica un "acompañamiento" que demanda la tolerancia y paciencia características de un cuidador en relación con un infante en desarrollo.

Para Winnicott (1954) el marco de la situación analítica reproduce las técnicas de la función materna en una etapa temprana. La situación analítica permitiría la regresión por la confiabilidad asociada al marco del tratamiento. El paciente podría retornar de manera organizada a una dependencia temprana. Se busca

que la enfermedad se alivie por una provisión ambiental adecuada en interrelación con el retorno a una etapa de dependencia.

En el curso de tratamiento de un paciente grave deberían manifestarse una secuencia de acontecimientos: 1) Brindar un marco terapéutico confiable 2) la regresión del paciente a estados de dependencia, considerando la sensación de riesgo asociada a esto 3) el paciente experimenta un nuevo sentido del *self*, el *self* hasta ahora oculto se rinde ante el Yo total, dando un progreso a los procesos individuales que se encontraban detenidos 4) se descongela la situación de fracaso ambiental 5) en el presente se expresa la ira por el fracaso ambiental, considerando la nueva posición de fuerza del Yo 6) se da un retorno desde la dependencia absoluta hacia una independencia relativa 7) se puede dar una satisfacción que se siente real a los instintos y necesidades (Winnicott, 1954).

Winnicott (1960a) se refiere acerca de la situación de tratamientos psicoanalíticos que continúan indefinidamente como una manifestación del trabajo centrado únicamente en el *falso self* del paciente. En pacientes graves donde esta formación defensiva del *self* es predominante, no se logra un verdadero avance si no se considera la no-existencia del sujeto por el carácter defensivo de su desarrollo. Así se puede entender que el reconocimiento de la no-existencia sería una línea de trabajo más efectiva que el continuo trabajo sobre los mecanismos defensivos del Yo. El autor refiere que el *falso self* puede engañar al analista como si fuese un verdadero si mismo, pero esta constitución del si mismo, por muy bien emplazada que esté, siempre carece de un aspecto esencial relacionado con la salud y la adecuada continuidad del ser, el *falso self* carece del elemento esencial de la originalidad creativa.

Winnicott (1956) define para el tratamiento de pacientes pre-depresivos la importancia que cobra el marco de la situación analítica (todos los detalles que la componen) por sobre la interpretación, especificando la diferencia con la técnica clásica. Esta consideración técnica ha resultado una orientación esencial para el acercamiento clínico de pacientes de mayor gravedad en mi propia experiencia

clínica. La necesidad de considerar todos los detalles que brindan lo que se podría definir como estabilidad para el curso de un proceso, creo tienen un carácter trascendental para permitir el despliegue transferencial esperable en estos tratamientos

En relación a la transferencia en el análisis Winnicott (1960d) la considera como la forma más clara para obtener información sobre lo que sucede en la infancia de un sujeto, y por tanto de los dinamismos y características de su desarrollo. En la transferencia aparecerían pautas de la vida emocional, de la vida psíquica, del paciente. Winnicott (1960b) refiere: “... *utilizando los indicios que le proporciona el paciente [se] puede interpretar lo que ya está maduro para la aceptación consciente de una determinada sesión*”<sup>3</sup>. En “La Contratransferencia” (1960c) sostiene como a través de la transferencia un fenómeno subjetivo puede surgir en el análisis. El análisis otorgaría las condiciones para que estos fenómenos puedan aparecer, permitiendo relacionar el fenómeno transferencial con la realidad psíquica del paciente, por tanto permite la relación con el pasado del sujeto. En “La Cura” (1970) describe la transferencia en términos de la dependencia, basándose en la experiencia con casos graves, refiere: “... *se da el nombre de ‘transferencia’ para las dependencias específicas que surgen entre el paciente y el analista*”<sup>4</sup>.

En “Variedades Clínicas De La Transferencia” (1956) Winnicott explicita como la adaptación del analista a las necesidades del paciente permite el nacimiento de una confianza que será sustento para la esperanza del *verdadero self* para comenzar a experimentar la vida. El paciente, vivienciando los riesgos, se encuentra en un estado de regresión en la situación de tratamiento, el *falso self* defensivo se entrega al analista. El autor diferencia aquí la transferencia en este tipo de tratamientos con la neurosis transferencial, refiere: “*mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea es más acertado*

---

<sup>3</sup> WINNICOTT, D. (1960b). “El Análisis Del Niño En El Periodo De Latencia”. En: *Los Procesos De Maduración Y El Ambiente Facilitador*. Paidós, 1993. Pág. 153

<sup>4</sup> WINNICOTT, D. (1970). “La Cura”. En: *Winnicott*. Paidós, 1986. Pág. 109

*decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y es el pasado*”<sup>5</sup>. El analista en la situación de tratamiento se enfrenta con el proceso primario del paciente, en el marco que tuvo su válidez originaria.

Acorde a la perspectiva de este autor, el proceso analítico de pacientes graves debe conducir a una relación de extrema dependencia, donde se generará una transacción de la situación actual por las primeras etapas del desarrollo, el pasado será el presente. La capacidad de *sostén* que se espera en los comienzos de la vida se materializaran en la transferencia y el ambiente de la situación analítica (diván, almohadones, iluminación, temperatura, etc.) materializara la capacidad de *manipulación*. Ante la regresión el analista es un objeto subjetivo del paciente, permitiendo la fantasía de omnipotencia, por tanto es esperable que el analista se adapte a las necesidades yoicas del analizado. La experiencia de satisfacción de la omnipotencia se satura y el analista es reconocido como no-yo, principalmente por la percepción de sus fallas humanas. Las fallas del analista permitirán revivir el derrumbe originario. La reedición del derrumbe es vivida como edición de éste, pudiendo temporalizarlo y ubicarlo en el pasado (Panceira, 1997).

Winnicott (1960b) plantea el concepto de *necesidades del Yo* para explicar las necesidades yoicas, de confianza, estabilidad y sostenimiento. Estas necesidades son reeditadas en el análisis de pacientes graves, deben ser tomadas en cuenta y requieren de una respuesta adaptativa en la relación terapéutica. Más allá de los intentos del analista, éste estará expuesto a fracasos en la adaptación en muchos momentos del tratamiento. Son estas dificultades las que permiten al paciente revivir en la transferencia experiencias próximas al derrumbe originario, que se produjo con la falla ambiental temprana. El marco de la situación analítica debe permitir el curso de este proceso con características facilitadoras adaptativas para progresivamente ir posibilitando el abandono de la defensa patológica constituída y organizada como *falso self*.

---

<sup>5</sup> WINNICOTT, D. (1956). “*Varietades Clínicas De La Transferencia*”. En: *Escritos De Pediatría Y Psicoanálisis*. Paidós, 1999. Pág. 394

Durante el análisis, tras ser simbolizado el derrumbe original, éste es temporalizado y dejado atrás. Esto permite la posibilidad de abordar toda la experiencia analítica interpretativamente, dándole así forma y representación simbólica. El *falso self* se diluye en el contexto analítico, permitiendo un redescubrimiento de la realidad, renaciendo el *self verdadero*, que inicia una existencia inédita y enriquecida por un espacio potencial que ira poblándose mediante la recreación y los aportes culturales (Panceira, 1997).

En la situación analítica, tras la regresión al estado de dependencia y la *adaptación suficiente por parte del analista*, el paciente experimenta por primera vez una oportunidad para el desarrollo del Yo. Se desarrollará la capacidad para experimentar los impulsos del Ello, sintiéndose real. Esto permite poder realizar un análisis de la defensas del Yo contra la angustia, como se espera en un análisis ordinario (Winnicott, 1956).

Desde la perspectiva de Winnicott (1960c) resulta indispensable la diferenciación de contratransferencia y de *reacción total del analista*. El autor designa la contratransferencia como: “*la anormalidad en los sentimientos contratransferenciales, y en relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista*”<sup>6</sup>, agrega: “*la contratransferencia puede designar los rasgos neuróticos que malogran la actitud profesional y perturban el proceso del curso analítico tal como lo determina el paciente*”<sup>7</sup>. Relaciona la necesidad de análisis personal del analista con las reacciones contratransferenciales. Por otra parte, en el tratamiento de pacientes graves resalta la necesidad de permitir una actitud acorde a la relación de extrema dependencia y de posible fusión en el curso del análisis. Esto correspondería a una *reacción total del analista*, que se adapta suficientemente al paciente, siendo capaz de responder a las necesidades de éste. El curso del tratamiento, como fue explicado anteriormente, se caracteriza por una transferencia en donde se regresa a

---

<sup>6</sup> WINNICOTT, D. (1960c). “*La Contratransferencia*”. En: *Los Procesos De Maduración Y El Ambiente Facilitador*. Paidós, 1993. Pag. 207

<sup>7</sup> WINNICOTT, D. (1960c). “*La Contratransferencia*”. En: *Los Procesos De Maduración Y El Ambiente Facilitador*. Paidós, 1993. Pag. 212

un estado de dependencia primario.

Desde la clínica orientada en la obra de Winnicott se requiere la consideración de una sensibilidad y capacidad de identificación por parte del analista en el curso del análisis. Ante los casos graves, psicóticos y fronterizos, esta sensibilidad deberá ser exaltada al extremo de una posición similar a la *preocupación materna primaria*. En el análisis, en la etapa de mayor dependencia, se da un establecimiento de vínculo donde el analista actúa como un objeto subjetivo del paciente. Lo anterior abre paso a la comunicación silenciosa a través de un vínculo de identificación característico de las primeras etapas del desarrollo emocional, donde el paciente puede ejercer el máximo control omnipotente sin mediación de palabras ni gestos. La actitud del analista requiere de una adaptación a estos estadios, teniendo una respuesta total para permitir el curso del tratamiento en la regresión del proceso de desarrollo emocional (Panceira, 1997).

Durante el curso del tratamiento de casos graves el analista debe poder estar capacitado para “curar”, designado así a quien puede estar apto para establecer identificaciones cruzadas con el analizado, considerando estas como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y permitir que el otro haga lo mismo. Este nivel de identificación se da en el espacio transicional, donde radica el mundo personal, donde la realidad se hace propia. El analista forma parte del marco del tratamiento, pero no es protagónico, es el paciente quien guía el curso a seguir. Según el autor el análisis con estas características exige tolerancia y fortaleza por parte del analista (Panceira, 1997).

La importancia otorgada por Winnicott a las variables que constituyen la situación analítica y la posición en que se sitúa al analista en la misma, definen el foco inicial para el abordaje terapéutico de pacientes de mayor gravedad. La consideración de las dinámicas transferenciales que se despliegan en esta relación como el catalizador para la cura, implican y permiten definir el carácter fundamental de la relación terapéutica en el trabajo clínico. Desde la postura intersubjetiva –relacional del psicoanálisis se ha tomado esta idea y se ha llevado al punto de

considerar la relación entre las subjetividades del paciente y el analista como el foco central para el abordaje clínico del sujeto.

La corriente psicoanalítica clásica otorga énfasis en la experiencia individual del paciente y posiciona al terapeuta ó analista como una pantalla en blanco en la que el paciente proyecta sus fantasías. Desde una visión intersubjetiva se considera la relación entre el paciente y el terapeuta, siendo éste un co-participante y no un observador externo. Se debe entender que la interacción mutua entre paciente y terapeuta no corresponde a una relación simétrica, los roles del paciente y el terapeuta se deben mantener. La función del terapeuta implica mantener un equilibrio entre actuar acorde a su rol, de manera expresiva y espontánea para permitir el desarrollo de un vínculo de mutua identificación e interacción con el paciente (Aron, 1996).

Desde las corrientes intersubjetiva y relacional del psicoanálisis se considera en la relación terapéutica una dinámica de comunicación inconsciente. Este nivel de comunicación se materializa a través del fenómeno de enactment o escenificaciones. Desde esta perspectiva este marco de comunicación toma preponderancia, además de la variable transferencial, para caracterizar lo que se despliega en la relación terapéutica.

Como marco de referencia, se considerará este fenómeno como parte de los medios por los cuales se obtiene conocimiento y se actúa en la relación terapéutica. La posibilidad de entendimiento que otorga la consideración de los enactment en la relación clínica permite abarcar las acciones y dinámicas intersubjetivas, que inevitablemente forman parte de la relación terapeuta – paciente. Considero que esta propuesta teórica una posibilidad de análisis a fenómenos que se presentan en el trabajo terapéutico y enriquecen el entendimiento de la dinámica transferencial.

El término “enactment” ha resultado de difícil traducción y conceptualización. Dentro de la corriente relacional - intersubjetiva se pueden encontrar distintos matices conceptuales para entender este fenómeno. Con el fin de

poder representar estos eventos en la práctica clínica se considerará la definición otorgada por Jacobs (1996) y que Sassenfeld (2010) logra sintetizar y explicar de manera práctica y didáctica. Sassenfeld (2010) explica como Jacobs (1996) entiende los enactments como parte de la comunicación inconsciente entre terapeuta y paciente, el enactment se referiría a las formas y modos en que paciente y terapeuta actúan uno sobre el otro, verbal y no verbalmente, constituyendo manifestaciones subjetivas sutiles, no acciones impulsivas o burdas. Para Jacobs (1986) los enactments corresponden a un entrelazamiento de acciones de paciente y terapeuta, implicándolos a ambos en una participación inconsciente mutua. Estas acciones permitirían obtener información y fomentar acciones inconscientes en la relación terapéutica que serían de gran utilidad en la guía a la cura (Sassenfeld, 2010).

Desde un paradigma intersubjetivo resulta inevitable la aparición de enactments durante un proceso terapéutico. Incluso se puede pensar como se está destinado a este tipo de manifestaciones, que tras el curso del proceso no pueden hacer más que aparecer como respuesta a la relación que se instala como alianza terapéutica. Los enactments responden a la puesta en marcha de una relación que va más allá del consciente y más allá de la subjetividad del paciente, sino que incluye además la subjetividad del terapeuta y a éste como un actor activo desde su propia subjetividad en el proceso con el otro (Safran y Elvy, 2010).

Desde este enfoque todo proceso terapéutico implica una comunicación afectiva a dos niveles, consciente e inconsciente. El fenómeno del enactment permite entender como dentro de esta relación se provoca un interjuego de subjetividades, tanto del terapeuta como del paciente, que entrega información y moldea el proceso de curación. La puesta en escena de acciones que constituyen un enactment permiten dar un entendimiento a las dinámicas de la relación terapéutica y alcanzar un nivel de conocimiento útil y necesario para una adecuada práctica clínica. Las sutiles acciones que pueden materializar un enactment se pueden considerar un reflejo de las dinámicas que se instalan en la relación terapéutica (Safran y Muran, 2000).

Black (2003) refiere las manifestaciones de los fenómenos del enactment como una forma más de intervención en la relación terapéutica, constituyéndose en una intervención de origen inconsciente por parte del terapeuta que da satisfacción a necesidades expresadas al mismo nivel por el paciente

Desde este enfoque el curso de un proceso terapéutico implica irremediablemente una continua sucesión de participar y no participar de los enactments. Formar parte de un enactment sería inevitable en el proceso de cura. En consideración de los fundamentos de esta perspectiva, resulta fundamental que los terapeutas reconozcan y acepten el hecho de que se puede atravesar largos períodos de estar involucrados en enactments sin ser conscientes de ello (Safran y Elvy, 2010).

## **METODOLOGÍA**

El material utilizado para la presentación del caso y desarrollo de esta monografía se ha obtenido de notas realizadas durante y a posterior de las sesiones con la paciente. El uso de información obtenida durante el desarrollo del proceso terapéutico se encuentra autorizado mediante su aceptación y firma de consentimiento informado por parte de la paciente. El consentimiento informado explicita la posibilidad de utilizar el material clínico obtenido con fines académicos, de investigación y enriquecimiento de las prácticas del sistema de salud. El material correspondiente a la instancia de supervisión del caso ha exponer también se recolecto mediante notas escritas.

La presentación del caso y su posterior análisis espera fundamentar la idea de trauma temprano como una hipótesis explicativa tanto de la sintomatología actual de la paciente como de su constitución subjetiva.

Se espera reflejar, mediante el ejercicio clínico descrito, como la consideración de la respuesta ambiental puede otorgar un nivel de entendimiento al sujeto en la clínica y a sus manifestaciones sintomatológicas. Mediante el marco teórico elegido se busca dar entendimiento a la subjetividad y psicopatología de la paciente.

A través de la presentación y análisis del caso clínico se busca fundamentar las orientaciones técnicas derivadas de la obra de D. W. Winnicott y aportes de las teorías intersubjetiva y relacional del psicoanálisis como enfoques que brindan la posibilidad de un abordaje clínico acorde a las necesidades y posibilidades de la paciente.

Mediante las orientaciones técnicas expuestas se busca fundamentar un posicionamiento clínico ante la realidad de la paciente que permita acoger su situación, entendiéndola desde su constitución subjetiva en particular.

## **EXPOSICIÓN DEL CASO CLINICO**

### **A) Identificación De La Paciente**

A continuación se presenta el caso de una paciente adulta que ha mantenido un proceso terapéutico por un período de un año y cinco meses. El proceso terapéutico de la paciente actualmente se mantiene en curso y con fines de esta presentación se ha considerado el período entre los meses de Agosto del año 2011, correspondiente al inicio del proceso de entrevistas, y el mes de Enero del año 2013.

La paciente será identificada con el nombre de María, resguardando así su identidad.

María, mujer de 63 años, es soltera sin hijos. Cursó educación media de forma incompleta. Actualmente no trabaja y se mantiene económicamente por el pago de arriendo de una propiedad que le pertenece. Vive junto a su primo materno de 56 años y la familia de éste. La paciente no mantiene relaciones interpersonales que se consideren significativas fuera de su contexto familiar, la relación con sus primos maternos con quienes se crió son consideradas por ella como sus únicas relaciones cercanas.

### **B) Motivo de Consulta**

La paciente consulta derivada desde un centro de atención primaria de salud pública para recibir atención médica de especialidad en la unidad de psiquiatría ambulatoria donde se ha desarrollado este caso. La paciente es beneficiaria del sistema público de salud desde hace un año, período en el que regularizo su inscripción en el centro de atención primaria correspondiente a su actual domicilio. Anteriormente a las atenciones recibidas en la red publica de salud, María mantuvo tratamiento con psiquiatra particular por un plazo de 12 años, en este tratamiento fue

diagnosticada con “crisis de pánico y angustia depresiva” según consta en epicrisis de la profesional tratante.

La paciente es ingresada en el centro comunitario de salud mental por psiquiatra. Tras esta primera evaluación se establece una observación diagnóstica de “trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad con rasgos dependientes”. En esta primera atención en el centro, el psiquiatra deriva a María para recibir atención psicológica y eventualmente iniciar un proceso psicoterapéutico de apoyo en caso de corresponder. Además se indica tratamiento farmacológico que consta de antidepresivos (Fluoxetina) y ansiolíticos (Clonazepam). Es importante señalar que la indicación de tratamiento farmacológico mantiene el mismo esquema que la paciente tenía indicado por su psiquiatra particular anterior y no se discontinuó en ningún momento.

Me parece especialmente importante considerar la historia clínica de María a la luz del entendimiento que se espera dar a este caso. La paciente ha mantenido tratamientos psiquiátricos centrados en su reactividad sintomatológica por un período de 12 años. El fin terapéutico ha parecido ser el manejo y cese de sus síntomas, para esto el abordaje se ha basado en tratamientos farmacológicos que han variado durante el tiempo, esperando encontrar un ajuste que signifique un aparente éxito terapéutico. María mantuvo su constante asistencia y adhesión al tratamiento médico con su psiquiatra particular y con el actual médico tratante, a pesar de no manifestar una mejoría sintomática.

Ante la posibilidad de un proceso psicoterapéutico se espera brindar un espacio para la paciente más allá de la reactividad sintomatológica y dar cabida a las dinámicas y conflictos subyacentes a sus problemáticas. El brindar un contexto terapéutico seguro y estable para María puede resultar el abordaje terapéutico que permita su despliegue y adecuado curso de desarrollo y, por tanto, un camino a la mejoría más allá del síntoma descriptivo.

### C) Hipótesis Diagnosticas

Desde un punto de vista descriptivo la sintomatología que manifiesta la paciente es entendida como “Crisis De Angustia” (A.P.A., 2000). La presencia de miedo a morir y perder el control, la sensación de inestabilidad y ahogo, temblores, opresión torácica y palpitaciones fundamentan esta hipótesis diagnóstica. Desde esta misma dimensión diagnóstica se puede establecer la presencia de un “Trastorno Límite de la Personalidad” (A.P.A., 2000), principalmente por los esfuerzos de la paciente por evitar el abandono, su patrón de relaciones interpersonales intensas, inestabilidad afectiva y sentimientos crónicos de vacío.

Considerando los postulados de Kernberg (1979) se puede establecer un diagnóstico estructural de la paciente como una Estructura Limítrofe De La Personalidad. Esta posición diagnóstica se fundamenta por concepto poco integrado de sí misma la paciente y de sus personas significativas, se infiere la no integración de aspectos antagónicos de estos objetos. Se denota el uso de mecanismos defensivos primitivos como la escisión, esto se puede evidenciar, por ejemplo, en la tendencia a manifestar idealización y devaluación primitiva en relación a sus personas significativas. Por otra parte la paciente presenta un juicio de realidad conservado, es decir, no se presenta sintomatología psicótica.

Desde un punto de vista dinámico, se infiere en la paciente la presencia de un trauma temprano. Siguiendo la postura teórica de Donald Winnicott (1974) las manifestaciones sintomatológicas de María son entendidas como expresiones de ansiedades primitivas ante un ambiente que resultaría amenazante por una falla, probablemente repetitiva, en una etapa temprana del desarrollo. Las angustias observadas en la paciente se relacionan con la amenaza de aniquilación propia de tempranas etapas del desarrollo. Se infiere que la respuesta ambiental en las primeras etapas del desarrollo de la paciente no fue capaz de entregar el sostén, confianza y estabilidad necesarias para permitir el curso de un desarrollo normal. Se plantea el desarrollo de la paciente como defensivo, resultado de la respuesta ante las amenazas de aniquilación no mitigadas por las primeras relaciones significativas de María.

Los postulados otorgados por Stolorow y Atwood (2004) también orientan el entendimiento dinámico de la situación de la paciente. La inferencia de una falla ambiental temprana en las relaciones significativas de la paciente se consideraría constitutiva de trauma. Por otra parte, la pérdida de vínculos que habían resultado sostenedores para María pueden considerarse retraumatizantes. La muerte de su “hermana” se considera la pérdida de una relación que facilitaba la organización de la paciente y que genera una confirmación de principios organizadores relacionados con el abandono.

#### **D) Contexto Institucional y Setting Terapéutico**

El proceso psicoterapéutico de la paciente se ha desarrollado en una unidad de psiquiatría ambulatoria dependiente administrativamente de la I. Municipalidad de El Bosque y técnicamente del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Esta unidad forma parte de la red pública de atención de nivel secundario en problemáticas de salud mental y corresponde a un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM). Uno de los principales objetivos de esta unidad es otorgar tratamiento a personas que padecen trastornos de mayor severidad en el área de salud mental y que se encuentran inscritos en el sistema público de salud primaria de la comuna de El Bosque. La severidad antes referida se determina por existencia de riesgo vital, comorbilidad diagnóstica y/o refractariedad a tratamientos otorgados en atención primaria de salud. La atención de pacientes en psicoterapia individual en esta unidad es uno de los lineamientos y estrategias técnicas considerados para el abordaje de las problemáticas a tratar. Según las indicaciones del terapeuta a cargo de un caso, en esta institución se cuenta con la posibilidad de mantener procesos terapéuticos con un setting de una sesión de 45 minutos una vez por semana. La continua demanda y creciente derivación desde centros de atención primaria de salud dificultan y amenazan la posibilidad de mantener una periodicidad de sesiones como la antes señalada. La necesidad de fundamentar caso a caso las razones de esta periodicidad de sesiones es imperativo para mantener un proceso con estas características.

El presente caso se ha desarrollado con una periodicidad de una sesión por semana. El setting establecido se fundamenta en la necesidad de brindar un espacio estable y regular por las dinámicas que se esperaban desplegar y los contenidos a acoger tras su hipótesis diagnóstica dinámica posterior al proceso de entrevistas.

### **E) Desarrollo Del Caso Clínico**

María impresiona como una mujer tímida, con una apariencia acorde a su edad, no mira directamente a los ojos, al iniciar la primera entrevista refiere: *“yo vengo aquí por una depresión, la idea mía era atenderme con un psiquiatra nomás, antes me atendía con una psiquiatra, iba con ella por mi desesperación y mi miedo”*. Se le consulta si puede referirse a lo que ella llama “desesperación y miedo”, ante esto reporta: *“tengo mucho miedo a hundirme, es como que me caigo, es mi crisis de pánico... a veces lloro mucho cuando me pasa, yo hasta el día de hoy siento que me puede pasar algo, pero no sé que es... me da miedo como caer al suelo, como caer a un foso”*.

La paciente relaciona el inicio de sus síntomas con la enfermedad terminal y posterior fallecimiento de su hermana hace 12 años, *“ella murió de cáncer, ella nunca acepto que tenía cáncer, la cuide durante un año, éramos muy unidas, súper cercanas, en realidad siempre nos cuidamos, pero en su último año fui yo la que la cuidó, por ella me levantaba y si era por ella se me pasaba hasta el miedo, si era por mi no...nunca quise salir mientras ella estaba enferma, sólo lo hacía por necesidad”*. María explica que a quién ella se refiere como su hermana es en realidad su prima materna, *“yo fui criada por mi tía, la mamá de mi hermana (prima)\*, mi tía no me quería, siempre me retaba o me pegaba, me decía: ahí esta la puerta, es bien ancha, toma tus cosas y te vas... mi papá, que era mi tío en realidad y mis hermanos, que son mis primos, me ayudaban, pero mi tía no me daba ni un dulce”*. Ante lo referido por la paciente, se solicita si puede dar más información acerca de las características

---

\* se ha incluido por parte del autor notas en parentesis en las viñetas clinicas, se espera que estas faciliten el entendimiento del sentido otorgado por la paciente a su relato, principalmente a su relacion filial con las personas referidas.

de filiación de estas relaciones que hasta ese momento y según su relato, no había logrado comprender, *“mire, mi familia no es mi familia... o sea, es, pero no es la que tenía que ser... yo fui criada por mi tía, hermana de mi madre, mi tía tenía una hija, que es mi hermana que falleció, además ella criaba a otros dos niños que son primos míos, pero para mi en realidad son mis hermanos”*, refiere María mirando por primera vez a los ojos y en un tono más fuerte y acelerado.

La paciente espontáneamente expresa al seguir la entrevista: *“Yo siempre siento que he sido así, como miedosa, como que no sé bien, por eso nos llevábamos bien con mi hermana... ella era totalmente diferente, yo le decía ‘la sargento’, ella se las sabía todas, era bien mandona, una mujer muy buena, la echo mucho de menos...”*. María se mantiene en silencio unos segundos y continúa refiriéndose a que siente mucha tristeza por no contar con su “hermana” y por *“sentirme así como con miedo, como que todo me llega”*.

Al finalizar la entrevista le señalo a la paciente que por su relato se infiere que ha sufrido mucho con su síntoma y con los distintos eventos que ella asocia a este malestar, se propone efectuar un proceso de entrevistas para poder conocerla con mayor profundidad y determinar así que tipo de trabajo podíamos realizar en caso de corresponder. Ante lo señalado María refiere: *“entiendo, o sea nos vamos a seguir viendo entonces... espero que se me pase esta tontera nomás”*.

Durante el proceso de entrevistas María asiste puntualmente, impresionada y ansiosa. Al iniciar la segunda entrevista refiere: *“tuve que ir a la posta, fue por una tontera, empecé a ver doble y me asuste mucho, sentía que me ahogaba, el corazón como que me saltaba, no había pasado nada... le pedí a mi hermano (primo) que me llevara”*. Consulto a la paciente por la aparente crisis experimentada, si puede referirse acerca de lo ocurrido, esperando conocer un poco más acerca de su manifestación sintomatológica, pero en cambio reporta: *“mire, es una cosa que tengo aquí adentro y se la quería decir, mi hermana que falleció me dejó unas joyas, además me dejó lo que ella siempre usaba, lo más valioso... por seguridad preferí dejarlas donde mi hermana (prima menor) hace como 2 meses... ahora mi hermana*

*me dijo que tuvo que empeñar las joyas, yo nunca he empeñado nada y nunca lo hubiera hecho con esas joyas, yo más adelante las quería repartir con mis sobrinas que vienen atrás*". La paciente se muestra rabiosa e inquieta, habla en un tono bastante más alto que lo usual, se mueve bastante en la silla en la que esta sentada, continúa: *"mi hermana (prima menor) era en quien yo confiaba, da pena y rabia... me ven que estoy cagada, no tengo ni un veinte y me hacen esto, yo no tengo plata para recuperar las joyas empeñadas... antes ella me llamaba todos los días, después de esto nada... ahí pensé en contarle a Ud, pero me daba vergüenza hablar mal de mi hermana (prima menor)"*. Ante lo referido por la paciente le señalo que este espacio de entrevistas esta disponible para lo que ella necesite decir, que si considera necesario referirse a algún tema o entregar alguna información me parece importante que lo haga. Tras la intervención realizada María se queda quieta en silencio por unos segundos y refiere: *"sabe, lo que más me duele es que confiaba ciegamente en ella (prima menor), pero... ¿Por qué no me llama?... digo, bueno, una cosa es lo que paso, pero ella supo que estuve en la posta y ni me llamo"*.

Al seguir la sesión, María continúa: *"mi hermana (prima) antes de morir me entregó su casa a mi nombre, con eso vivo ahora, se la arriendo a mi hermana (prima menor)... la que no me llamó... que tonta que soy, más encima no le cobro para nada caro"*. Tras esto intervengo señalando la importancia que sus "hermanas" aparentan tener para ella, la paciente refiere: *"mi hermana me llamaba todos los días, a mi la plata al final no me importa, pero que desaparezca me tiene mal, me dan ganas de llorar o de pegarle a alguien"*. La paciente se muestra muy triste, llora durante unos minutos, prefiero no intervenir y acompañarla en ese espacio guardando silencio.

La paciente refiere durante el proceso de entrevistas preliminares que desde hace 12 años no desempeña ninguna actividad laboral ni tampoco desarrolla algún tipo de actividad significativa a nivel ocupacional o recreativo, *"ahora soy floja, no trabajo... todo el mundo me dice que haga alguna cosa, pero me he sacado la mugre, trabaje muchos años como lavandera hasta que se enfermo 'la sargento'... a la lavandera todo el mundo la pisoteaba, tenía que dar explicaciones a todo el*

*mundo, pero igual era bien parada en las hilachas... 'la sargento' no me iba a tener flojeando en la casa, ella me llevó a trabajar".* María trabajó por diez años lavando y planchando piezas de ropa para un cuartel de las Fuerzas Armadas en donde su prima, a quien identifica como "la sargento", trabajaba en un cargo administrativo. Sobre su rutina actual reporta: *"nada, no hago nada ¿Para quién?, ¿Para qué?... ¿Para mi? No hay nadie"*.

Durante el proceso de entrevistas María relata espontáneamente acerca de su infancia: *"yo me acuerdo de todo, vivía con mi madre y dos hermanas... ellas eran más chiquititas que yo... me acuerdo que mi mamá siempre estaba acostada o no estaba, me imagino que estaba embarazada o enferma, algo así... éramos muy chiquititas, debo haber tenido unos cuatro años, con una de esas hermanas salíamos a correr por un potrero, jugábamos ahí todo el día... me acuerdo de estar sacando ciruelas de un árbol, me subía arriba de tarros y una silla, a veces iba un señor a jugar con nosotras, no sé si era conocido de mi mamá, me acuerdo que él me hacía volar, yo lo veía venir y corría hacia el, me tomaba y me hacía volar, jugábamos al caballito, a mi me encantaba.. mi madre me dijo que no le contáramos a nadie de ese tío, pero yo dije que no podía mentir porque me tiritaba la pera... quizás ella pinchaba con él"*. Ante su relato la paciente se muestra emocionada, tras un largo silencio continúa: *"de ahí me llevaron donde mi tía, esa que no me quería, me acuerdo que iba con mi vestidito con flores todo roto y un cambucho de papel con un poco de ropa... ahí me dejaron, mi madre me entregó en la puerta, desde ahí me quedé con mi familia"*. El relato de María me conmueve, su historia infantil me parece muy triste, el correlato afectivo de su reporte me resulta igualmente conmovedor. María llora mientras sigue recordando: *"me dejaron a mi y a una hermana, pero a ella la fueron a buscar a los días, ella nunca estuvo bien en la casa con mi tía, ella lloraba por volver con mi madre, yo no, estaba mejor en esa casa"*. Consulto a la paciente por qué ella cree haber estado mejor: *"ahí me trataban mal, pero pasaba con mi tía y mi hermana (prima) todo el día, podía acompañarlas a ellas"*.

María durante el proceso de entrevistas se refiere continuamente a su infancia. Tiende a relatar recuerdos que infieren abandono y sentimiento de exclusión. La paciente visiblemente conmovida refiere: “*yo siempre creí que no era importante, desde niña fui algo así como una empleada en la casa nomás, pero era feliz igual creo yo... mi prima me invitaba a sentarme con ella y ayudarla a peinarse, eso me encantaba... pero siempre estaba más sola, lloraba escondida, no sé por qué, yo creo que me hacía falta alguien de mi edad, como yo... además como todos eran grandes me pedían que hiciera las cosas de la casa, los grandes salían, trabajaban... yo no, hacía las cosas, de verdad que era bien chiquitita, desde los seis años era como dueña de casa, mi tía era mandona y no daba ni un abrazo, si me tocaba era para tirarme el pelo*”.

Tras las entrevistas realizadas tomé la decisión de llevar el material clínico recopilado a la instancia de supervisión. Mi propia reacción de tristeza ante el relato de la paciente, la importancia y relación que los vínculos con su familia parecían tener en su situación actual y las dinámicas que pudiesen presentarse en el trabajo terapéutico motivaron esta decisión. María me impresionaba vacía sin un otro al lado, aspecto que me hacía reflexionar sobre el rol que pudiese cumplir la psicoterapia en su caso. Pensaba en la posibilidad de que se instalara una dependencia en el vínculo terapéutico que no pudiese ser sostenida en el contexto institucional en que se desarrollaba el proceso.

En la instancia de supervisión se reflexiona sobre el material clínico, principalmente sobre la infancia de María. Se presenta la posibilidad de pensar en un trauma temprano, principalmente por la inferencia de posibles fallas o dificultades de la respuesta ambiental durante el desarrollo temprano de la paciente. Siguiendo los planteamientos de Stolorow y Atwood (2004) la sintomatología de María parecía representar tempranas ansiedades no reconocidas ni sostenidas y mi respuesta ante el relato de la paciente aparenta una *sintonía afectiva*, que resultaba una oportunidad para sostener y reconocer la *conmoción afectiva* de María.

El espacio de supervisión resultó útil para clarificar también como mi reacción ante la historia y respuesta afectiva de la paciente tenía relación con mis propios *principios organizadores*. Se podía inferir como en la relación terapéutica se mantenía una *comunicación inconsciente*, más allá del relato y las intervenciones verbales. Los relatos de María me resultaban especialmente tristes, gracias a la instancia de supervisión pude comprender como esto también se relacionaba con mis propias experiencias, en un polo opuesto al de la paciente, me resultaba muy difícil comprender como una madre podía dejar a una hija que parecía tan desvalida en todo sentido.

Al finalizar el proceso de entrevistas y tras lo trabajado en el espacio de supervisión, se ofrece a María el inicio de un proceso terapéutico. Se explicita a la paciente como su historia, las características de sus vínculos y de su desarrollo posterior podrían tener un espacio. Se señala a María la posibilidad de que el espacio terapéutico fuera útil para trabajar en conjunto y conocer los gatillantes de sus temores y crisis. La paciente manifiesta estar de acuerdo y refiere: “*con mi doctora estuve casi 12 años y nunca hablamos de nada, o sea, me preguntaba como me sentía y me decía que tenía que salir y hacer mi vida, me retaba... me gusta poder contar mis cosas y mis tonteras, me gusta que Ud me escuche*”.

El proceso terapéutico de María se ha desarrollado en un periodo de un año y cinco meses. Una primera etapa de este proceso se caracteriza por el curso en la relación terapéutica de una dinámica transferencial propia de una etapa de dependencia temprana. La paciente parecía relacionarse transferencialmente con el terapeuta como si éste representara a un cuidador, una *madre suficientemente buena* (Winnicott, 1960b), que sostiene y contiene la angustia. La paciente contratransferencialmente era vista como una niña pequeña, necesitada de cuidados y apoyo.

Durante esta etapa del proceso terapéutico la paciente denotaba una gran necesidad por reportar su historia temprana. Los contenidos presentes parecen no tener mayor importancia para María en este período, se infiere la necesidad de ser

escuchada. El relato de la paciente tiende a acompañarse de manifestaciones de angustia en el espacio terapéutico.

En este período del tratamiento María asistía a sus sesiones con mucha anticipación, en ocasiones la veía esperando en la sala de espera, me miraba a la distancia y saludaba con la mano. Esta situación se daba en cada ocasión que teníamos sesión. Ante la persistencia de este hecho, señalé a la paciente que me llamaba la atención la anticipación de su llegada al centro, María respondió sonriente: “*¿En serio me veía? Prefiero llegar temprano... aquí me siento bien, aquí es diferente a mi casa, a la psiquiatra, al consultorio*”. Tras la respuesta de María pensaba sobre la importancia que tenía para ella el “ser vista”, reconocida, considerada. El proceso terapéutico parecía brindar la posibilidad de satisfacer una necesidad de consideración y reconocimiento que se manifestaba de manera implícita.

María continua y espontáneamente traía recuerdos de su infancia a sesión. En el espacio terapéutico parecía haber encontrado un lugar para entregar su historia, “*he empezado a acordarme harto del pasado... me acuerdo cuando llegué donde mis tíos... una vez pregunte por qué estaba ahí... me dijeron que era para que no me muriera de hambre... yo era la guacha que había llegado ahí, que dejaron ahí... mi madre tuvo a sus tres hijas con personas diferentes y ninguno se quedo al lado de ella, terminó con tres cabras guachas y sola*”. La paciente parecía manifestar su posición de niña abandonada, “guacha”, y una imagen aparentemente devaluada de su madre biológica.

La paciente se muestra muy entusiasta respecto a poder relatar su historia temprana, “*tenía hartas ganas de venir hoy, le comenté a una vecina que estaba viniendo, ella también ha ido al psicólogo, me dijo que tenía que contar todas mis cosas nomás, le dije que eso me gustaba, poder contar mis cosas, mi historia*”. Señalo a María que podíamos pensar en la posibilidad que su historia también tiene relación con los motivos que la hicieron consultar en primer lugar, buscaba establecer la relación entre sus “crisis” y su historia. La paciente mira en silencio, sin

responder. Pienso sobre la posibilidad de que el referir sobre la relación de su historia y su manifestación sintomática fue apresurado, no pudiendo la paciente elaborar estos contenidos.

María continúa usando el espacio terapéutico para reportar su historia, *“nosotros era muy pobres, antes de llegar donde mi tía comía a veces, me acuerdo que mi madre no estaba, volvía con comida y nos daba, comíamos tanto que nos enfermábamos, me acuerdo que lo encontraba todo tan rico, pero después no sabíamos cuando íbamos a comer de nuevo... donde mi tía era diferente, yo aprendí a cocinar por mi tío, era bien raro que un hombre cocinara, pero él lo hacía, él me enseñó... a todos les gustaba mi comida, menos a mi tía, me decía que era floja, que no lo hacía bien, una vez me dijo que lo que cocinaba era una porquería”*. La paciente respecto a esta etapa de su vida continúa refiriendo: *“mi hermana (prima) me decía que yo estaba ahí porque ella quería una hermana... ella era bien bonita, era como fuerte, pero conmigo muy cariñosa, yo siempre la buscaba aunque ella era más grande (quince años de diferencia)... cuando ella salía a pololear yo trataba de ayudarla para que no la pillaran, esperaba afuera a que volviera y entrábamos juntas a la casa, éramos como cómplices”*.

Del relato de María se puede inferir como en su mundo interno co-existían figuras idealizadas, como su tío y su prima, y otras devaluadas, como su tía. Las características otorgadas a estas figuras y como esto se reflejaba en el vínculo con las mismas, creo representan lo primitivo de las fuerzas yoicas de la paciente. El uso de mecanismos defensivos primitivos como la escisión podían dar cuenta de las ansiedades y angustias tempranas que afectaban a la paciente. Desde los planteamientos de Winnicott (1960a) esta reactividad se podría relacionar con las tempranas amenazas de aniquilación.

Tras el curso de las sesiones María comienza a referirse con más detalle al fallecimiento de su “hermana” por Cáncer. Esta situación se infiere como retraumatizante para la paciente, representando una pérdida de una figura que re edita las fallas tempranas que se infieren constituyen un trauma temprano. María refiere:

*“mi hermana falleció para un dieciocho de Septiembre... a ella no le gustaban mucho las fiestas, como yo vivía pegada a ella tampoco celebraba mucho, pero ella estaba enferma, ya estaba postrada y yo hacía todo lo que ella me pedía... ese año a ella se le ocurrió que yo tenía que ir a una fiesta que estaban organizando unos familiares, yo no quería ir y estar sin ella, llevaba más de un año saliendo de la casa sólo para acompañarla al médico... pero ella se puso bien firme y me dijo: ‘¿Y Ud no le va a hacer caso a su sargento?’”. La paciente se queda en silencio unos momentos y continúa: “Yo fui a la fiesta, lo estaba pasando bien y me llamaron, me dijeron que fuera para la casa, nunca pensé que había muerto, nunca... pero me desesperé, gritaba, pedía que llegaran luego... cuando llegué entre corriendo... ahí estaba en la cama, no entendía nada, me tiré encima de ella, me acuerdo que me trataban de sacar de encima, yo gritaba, no entendía que estaba muerta, no les creía, quería ver si respiraba, si estaba ahí”. María se muestra muy afectada, llora, se agita. Me acerco un poco hacía ella, se calma un poco y continúa: “me sacaron de ahí, casi me tiré por el auto para abajo, fue horrible, no iba a vivir sin ella, no podía ser”. Ante lo referido por la paciente no dije nada, sentía que no tenía nada que decir. Mi intervención era estar ahí, escuchar, acompañar y permitir ese despliegue.*

Acorde a los planteamientos de Stolorow y Atwood (2004) la pérdida de la relación de María con su “hermana” mayor implica una retraumatización. El fallecimiento de su “hermana” implica la privación de un vínculo sostenedor que brindaba una respuesta alternativa a las fallas tempranas que se infieren en su historia.

Durante esta etapa del proceso la paciente refiere recuerdos acerca de su madre biológica, *“ella era chiquitita, crespita, callada... pasaba mucho en cama, una vez escuché que ella tuvo niños muy seguido, creo que sin querer aplasto a una, creo que murieron dos de los niños que tuvo, había mucho secreto de eso, yo me enteraba de cosas de puro copuchenta, por ponerme a escuchar cosas que hablaban los más grandes... no me acuerdo de estar con ella, me acuerdo de verla a veces, en ese tiempo como que los niños se criaban más solos... quizás era cosa de suerte que uno hubiera estado todavía bien, menos mal que no fui enfermiza de chica, quizás que me*

*hubiera pasado*". María se muestra inquieta, sacude una de sus piernas intensamente, se soba rápidamente las manos. Ante lo reportado por la paciente pienso en los riesgos que ella refería haber vivido durante su infancia, denotaba miedo ante el sentirse frágil, descuidada. Intervengo sobre como parece que existe un miedo a ser muy frágil y vulnerable, similar a lo que ocurre en sus "crisis", ante esto María refiere: *"el miedo como que ha estado siempre, soy miedosa, cuando pienso en todo lo que me pudo haber pasado... es bien terrible, cuando me da la tontera me da ese miedo, de morir... de vieja me ha dado más, soy más miedosa, uno de viejo entiende los peligros también"*. Al escuchar a la paciente pienso en como ciertas figuras durante su desarrollo, como su "hermana" mayor y su tío, habían ayudado a contenerla, disminuyendo las aparentes ansiedades primitivas de aniquilación que pensaba se manifestaban en sus "crisis".

Durante el curso de esta etapa del proceso las "crisis" de María habían disminuido en cantidad e intensidad, pero tras la celebración de una festividad en su casa refiere: *"sentí mucho miedo, no me salían las palabras, me daba miedo de caer... tuve que subir a mi cama, me puse a llorar, a zapatear, no quería echarle a perder la fiesta a nadie... mis hermanos (primos) subieron y me pillaron ahí, mi hermana me abrazo y me empezó a apapachar, mi hermano me dijo que aunque él lo estuviera pasando chanco igual podía estar ahí para mí... no tuve que ir a la posta eso sí"*. Se señala a la paciente acerca de cómo sus hermanos parecían haberla contenido y sostenido en su miedo, se le muestra como sus "crisis" parecían calmarse ante el apoyo y asistencia de personas que brindaban seguridad y estabilidad. Ante esto María refiere: *"mis miedos han sido bien solos... es distinto saber que hay alguien ahí, como a Ud que le puedo contar esto"*. Ante mí la paciente parecía una pequeña niña, necesitada de cuidado y atención, temerosa de morir, desaparecer. Pensaba sobre como el proceso podía también sostenerla en la actualidad, contener el temor aniquilante. Tras su relato María comenzó a llorar intensamente, temblaba, gemía, se movía en la silla. Ante esta situación me acerque y le consulté si quería un vaso de agua, a lo que la paciente asintió, al traer el vaso de agua sentí que la estaba asistiendo y acompañando, satisfaciendo necesidades que se desplegaban en ese momento. Sin darme cuenta estaba sentado hacia delante, más cerca de ella de lo

usual. De a poco María comenzó a calmar su llanto. Tras el paso de los minutos pregunté si se sentía más tranquila, ella asintió respirando más calmada. La paciente refirió: “*perdón, perdón, perdón... disculpe, no quería que me pasara esto*”, parecía avergonzada. Señalé a María que no tenía que disculparse, que en este espacio podía ocurrir esto. No actué premeditadamente ni tampoco reflexione sobre mi asistencia, actué como sentí debí haberlo hecho. Asistí a María en un momento que sentí necesitaba ser cuidada. Sin abandonar una postura acorde a mi rol de terapeuta, creía haber sostenido a la paciente.

Durante el avance de esta etapa del proceso María continuamente manifestaba en sesión su angustia. Más allá de su relato la paciente se mostraba inquieta, lloraba con facilidad. Ante esto se intervenía verbalmente refiriendo la posibilidad de que este espacio podía sostener esa angustia, pero el hecho de estar ahí y acompañar ese despliegue parecía ser la “intervención” de mayor relevancia. La relación establecida y el vínculo terapéutico se inferían como contenedores, brindando seguridad para el despliegue de angustias que se inferían tempranas y primitivas.

Tras el avance del proceso se comenzó a instalar un espacio donde la angustia se hacía presente por el relato de las experiencias tempranas de María. En el vínculo se comenzó a desplegar una transferencia donde las reacciones emocionales eran dirigidas hacia una figura que fuera capaz de contener y sostener. Tras las instancias de supervisión se pudo hacer consciente el hecho de cómo mis reacciones ante los contenidos de la paciente se hacían patentes incluso en mi postura física, en mis acciones. Cada vez que la paciente parecía manifestar angustia, tendía a moverme en mi asiento, acercarme un poco más a ella, mostrando atención y preocupación. Mis reacciones motoras de incomodidad en mi postura de terapeuta en escucha parecían responder a las necesidades de María de un continente a su angustia y también a mi necesidad de sostener a una niña pequeña que requería de cuidados y atenciones.

Mediante el análisis de una primera parte del proceso se podría entender como mi incomodidad física y el sentarme un poco más cerca de la paciente

constituían manifestaciones de un *enactment*. Este fenómeno debía ser considerado. La información y la dinámica que se instalaba en el vínculo terapéutico iba más allá de las intervenciones verbales, también se manifestaba en nuestras posiciones, dinamismos y lo que las posturas físicas transmitían. Creo que estas manifestaciones podían entenderse como parte de la postura continente que la paciente requería. Estos sutiles actos motores fueron repetitivos durante el primer periodo del tratamiento. Considerando los planteamientos de Black (2003), desde una dimensión intersubjetiva, se podría afirmar como estos *enactment* o *escenificaciones* no sólo otorgan información, sino que participan de la acción terapéutica.

La instancia de supervisión fue fundamental para poder concientizar estas acciones. Su sutileza y aparente poca importancia no me habían dado la claridad de cómo podían ser una vía más de entendimiento, vinculación y acción terapéutica. En la instancia de supervisión se entendió como los últimos hechos manifestaban lo que se infería podía desplegarse en la dinámica transferencial en esta etapa del proceso. María expresaba su terror y ansiedad, ésta era contenida y asistida por una figura que representaba en aquel momento un apoyo que entregaba sostén y estabilidad.

María en sesión refiere por primera vez a un problema oftalmológico que la afecta, esta situación es claramente visible, pero nunca se había hablado de ello, “ayer me estuve mirando en el espejo, no es algo que haga mucho, no me veo... me miraba mi ojo, chueco, feo... desde siempre me molestaban tanto por eso, no puedo entender como mi tía con lo estricta que era no me hiciera ponerme un parche en el ojo... ya no hay nada que hacer”. Señalo a María que pareciera que el “no verse” pudiera entenderse como algo motivado más allá de su problema oftalmológico, pareciera que había más de ella que lo que se manifestaba generalmente, al momento de intervenir se pensaba en la existencia reactiva de la paciente y como se hipotetizaba una *continuidad del ser* (Winnicott, 1960a) más allá de su despliegue actual. María refiere: “siempre he sido un chiste, cubro mi timidez, mi defecto de la vista, todo con un chiste... las ganas de explotar... siempre ha habido una manera de hacernos los tontos, de esconder todo, no hablar nada, todo se esconde con chistes... mucho tiempo he preferido reírme de todo para no llorar”, María se muestra muy

afectada, mientras habla llora y mueve sus piernas y manos, la percibo muy angustiada. Señalo a María que el espacio de trabajo terapéutico ha sido una manera de hablar las cosas, de reconstruir historia sin chistes ni “haciéndonos los tontos”. La paciente refiere: *“sí, aquí me he puesto más valiente para hablar las cosas, por eso me hace bien venir, para explotar”*. Ante esto consulto acerca de lo referido como “explotar”, María reporta: *“sacarlo todo, mis penas, que me de la tontera, es un desahogo, es mi lugar para ser yo y decirlo todo... ¿Ud no se aburre de mi?”*. Tras lo referido por la paciente contesto: “no, no me aburro”.

En la instancia de supervisión se entiende como para María el proceso terapéutico ha resultado una instancia de contención para el despliegue de su ansiedad, se reflexiona sobre como se ha brindado un sostén seguro y estable para ella. El cuestionamiento de la paciente acerca de mi disponibilidad y disposición podía entenderse como una niña “poniendo a prueba” a su cuidador, mi respuesta parecía ser una intervención útil dentro del marco y relación terapéutica establecida con María. La relación terapéutica se establecía como tal, como terapeuta el curso del caso también me iba permitiendo mayor disposición fuera del marco teórico con el que se entendía a la paciente, se establecía un vínculo en donde el espacio construido por ambos brindaba una respuesta a las necesidades de la paciente.

El curso de esta etapa de tratamiento coincidió con el período de vacaciones que yo tenía considerado, esto había sido comunicado y acordado con María con anterioridad. Personalmente tenía la preocupación de cómo este distanciamiento en las sesiones podía afectar a la paciente. Ante esto pensé en la posibilidad de ofrecer a María la asistencia de una terapeuta del centro como apoyo en caso de necesitarlo, esto orientado por las reacciones de angustia que podían manifestarse y que la hacían sentir muy descontentada y ansiosa. En la instancia de supervisión se acuerda aceptar esta posibilidad y entenderla como una respuesta terapéutica a las necesidades que se manifestaban en la relación.

Antes de iniciar el período de vacaciones se ofrece a María la posibilidad de contar, en caso de necesitarlo, con una terapeuta auxiliar. La paciente manifiesta su

agradecimiento y acepta lo ofrecido. Finalmente la paciente no solicitó atenciones durante este período, manteniéndose solamente con las evaluaciones con su médico tratante.

Tras el período establecido de vacaciones María refiere en sesión: *“he estado con mucho susto, hasta el celular me asusta, el otro día me caí de la cama del susto que me dio el teléfono cuando sonó... voy al baño en la noche toda tiritona, me tengo que andar afirmando, ando como inestable... y eso que andaba tan bien”*, se muestra triste, aparenta estar desilusionada. Refiere que durante el período de vacaciones se sintió bastante tranquila en general, pero durante la última semana aumento su miedo y sensación de inestabilidad. Ante el relato de la paciente pensaba como la posibilidad de volver a contar con el espacio de terapia podía implicar un retorno a la reactividad sintomatológica. Se señala a María acerca de cómo los procesos implican cambios paulatinos y como podíamos entender que los síntomas reaparecieran en algunos momentos o ante algunas situaciones. Se le señala como esta *“inestabilidad”* también parece tener relación con algo más allá de lo físico, tendiendo a poder establecer la relación de estas manifestaciones físicas con aspectos internos, dinámicos, asociados a su historia y desarrollo. Ante esto refiere: *“sí, es como esa inestabilidad de niña”*. Sorprendido con la respuesta le pido si puede explicar a que se refiere, *“así como los niños que se asustan fácil, que son como pollitos... yo sigo así como pollita... yo creo que siempre he sido cabra chica, como que soy despistada, pajarona... no tanto como antes eso sí, si estaba haciendo más cosas, que lata esta tontera del miedo”*. Ante esto se señala sobre la posibilidad de entender entonces que se esta en un proceso de avance, de desarrollo, en donde la reaparición de las reacciones sintomáticas son esperables como parte del mismo. Ante las intervenciones sentía como trataba de sostener a María ante su inevitable desilusión y tristeza.

Durante esta etapa de tratamiento se podía observar como la sintomatología de María había cambiado. Las *“crisis”* no se manifestaban como en un principio del proceso. La paciente refería miedo y manifestaba angustia generalmente en sesión, pero durante su rutina diaria parecía más tranquila y estable.

En coordinación con el médico tratante de María se informa de una “evolución positiva” según la evaluación de este profesional. Se refieren como avances la remisión de las crisis y el reporte de mejoría entregado por la paciente en las evaluaciones médicas correspondientes. Se informa que se comenzará una disminución de dosis de los ansiolíticos que forman parte del esquema farmacológico de tratamiento de María.

Una segunda etapa del proceso terapéutico se caracteriza por la dinámica en donde la paciente parecía relacionarse transferencialmente con el terapeuta como si éste fuese su “hermano”, con quien ella se vincula como un cuidador auxiliar, una persona cercana y disponible. La paciente era percibida contratransferencialmente como una mujer necesitada de apoyo y comprensión, pero más activa e independiente que como era percibida anteriormente.

Durante esta etapa del proceso terapéutico María tiende a traer a sesión material relacionado con conflictivas actuales, donde figuras significativas contemporáneas juegan un papel determinante en su reactividad sintomatológica y contención de las ansiedades que se infieren se encuentran a la base.

María comienza a referirse con mayor profundidad a las relaciones con sus primos, reconocidos como “hermanos” menores. Su “hermano” vive junto a su familia con María, por lo referido por la paciente aparece como un figura de apoyo muy importante para ella. María refiere: *“con mi hermano hemos estado juntos durante la vida, no hablábamos mucho, pero ahora último hemos compartido más, me ha invitado a compartir más... antes me invitaban a veces, yo creo que no quería estar mucho con ellos, me encerraba más... me invitaron a salir de paseo y acepté, yo creo que se sorprendieron con que les dijera que iba... mi hermano se preocupó tanto de que yo estuviera cómoda, me tiraba tallas y yo a él”*. Refiere que durante este paseo sintió mucha angustia y miedo, pero fue capaz de controlarlo, *“le dije a mi hermano y él se sentó conmigo, me dijo que podía contar con él... antes me lo decía, pero yo creía que era sólo por decir... que me acompañara cuando estaba mal me hizo sentir mejor, menos sola”*. Se señala a María como parecía que las relaciones

con personas que para ella eran significativas parecían sostener su miedo, calmar su angustia. Ante esto la paciente refiere: *“mi hermano es muy especial para mi, es esa persona que me tranquiliza saber que puede estar ahí, ahora que él me lo dijo lo tomé en cuenta, como que lo creo de verdad”*. Ante lo referido por María pensaba en como la relación en el proceso terapéutico parecía muy similar a lo experimentado con su hermano. Se observaba un despliegue de angustia que era contenida mediante lo vincular.

La paciente refiere que su “hermana” menor estuvo de cumpleaños y ella la visitó, *“desde que tuvimos el problema con las joyas que ella empeño que estábamos más alejadas, mi sobrina al final se las arreglo con las joyas, eso ya paso... me sentí muy querida, no iba hace tiempo. Mi hermana (prima) y su marido fueron muy buenos conmigo, me atendieron hartito... desde ese día hemos hablado por teléfono de nuevo”*, refiere.

María refiere en sesión que ha comenzado a mantener mayor contacto con una de sus hermanas biológicas, *“el otro día la llamé para saber como estaba, no nos vemos casi nunca, como no nos criamos juntas no la siento como hermana de verdad, pero hemos conversado, hemos hablado hartito... me ha contado de su vida, su familia, su negocio (almacén) en el sur, ella está allá hace años”*. La paciente reporta que desde hace unas semanas ha estado más interesada en poder compartir con más personas, dice: *“ando con más ganas de salir de la casa, hasta acepte ir a tomar once con una vecina, siempre me invitaba y le decía que no, pero ahora fui, total no perdía nada, me entretuve hartito”*. Este cambio en la disposición de María para relacionarse con otras personas me resultaba llamativa, en general ella tendía a no salir de su casa por su miedo persistente. Le señalo a la paciente como al parecer esta siendo capaz de explorar nuevas relaciones y espacios, ante esto refiere: *“sí, estoy más agrandada, además he tenido ganas de hacer cosas y salir”*. Lo reportado por la paciente me hacía pensar en la posibilidad de cómo se podía entender el paso de un estado de total dependencia, tanto de sus cercanos como del proceso terapéutico, a un estado de relativa dependencia en donde se permitía explorar y desarrollar nuevas relaciones sin que su miedo y angustia interfirieran totalmente en

esta situación.

La paciente durante esta etapa era percibida con mayores recursos y capacidades. María parecía estar mostrando aspectos más adultos e independientes. Se observaba una mayor iniciativa por realizar actividades y buscar activamente el contacto con personas significativas. A diferencia de la etapa anterior del proceso se comenzaba a vislumbrar en la paciente una persona con una mayor capacidad y motivación para satisfacer sus necesidades en lo relacional.

Posterior al contacto más sostenido con su hermana biológica, María decide aceptar una invitación para visitar a ésta en el sur del país. La paciente refiere que por este viaje se ausentara por una semana. Al regresar María refiere: *“llegué media desilusionada, mi hermana negó a mi familia, me decía que mis hermanos (primos) no eran mis hermanos, yo le decía que para mí sí... le dio con que en mi casa me tenían sólo porque era una empleada, que por eso me tenían, porque les servía, hablo muy mal de mi tía... me daba rabia que hablara mal de mi tía, yo puedo hacerlo porque la conocí más, ella no... ella ve a mi madre como la pobrecita... me molesta eso, ella tuvo a sus hijos con distintos tipos y se dedicaba a pasarlo bien nomás... ella me dijo que era cobarde de no ver la realidad, que ella mi hermana eran mi familia nomás... eso sí que me dio rabia, sé que no es así, mi hermana (prima) y mi tío siempre fueron buenos”*. María se mostraba muy molesta, su defensa a su familia se notaba con decisión y fuerza. La hermana biológica de la paciente parecía mostrarle esa parte descontentada y abandonada, el sentirse “guacha”, distinta a la mujer aceptada y asistida que parecía encontrar en el contacto con su familia.

En la instancia de supervisión se entiende, respecto a lo referido de su viaje a casa de su hermana, como la paciente está siendo capaz de manifestar reparatoriamente una defensa a su *sostén*. En esta instancia se reflexionó sobre como tanto las relaciones significativas que María se estaba permitiendo mantener, así como el proceso terapéutico en curso, le estaban permitiendo una expresión que antes se daba a través del síntoma. Se infiere como los vínculos actuales le permitían a la paciente un sostén de sus angustias. Su hermana biológica cuestionaba y mostraba

otro aspecto de la realidad, similar al que María manifestaba en una primera etapa del proceso terapéutico, esto la hacía defender de manera reparatoria su etapa actual. Se denotaba aun poca integración en relación a su historia.

En la siguiente sesión la paciente refiere: “*mi sobrino (hijo menor de su primo a quien reconoce como hermano) estuvo en el hospital, me dio mucho miedo, pensé ¿Quién me va a atender a mi si me pasa algo?*”. Reporta haber discutido esta situación con la suegra de su “hermano”, tras esto refiere: “*ella me decía que las viejas quedábamos solas nomás, eso me dio mucho miedo, hasta no podía dormir pensando en eso... en realidad me vino ese miedo de siempre*”. Ante esto María tuvo una conversación con su “hermana” menor, “*me dijo que no fuera tonta, que éramos familia y que por último si estaba vieja me cuidaba ella nomás, eso de verdad fue muy bueno, me ayudo mucho a quedarme tranquila*”, refiere tranquila.

Durante esta etapa María comienza a traer a sesión situaciones contemporáneas que le resultan muy conflictivas, refiere: “*en mi casa estoy bien cabreada... mi cuñada y su mamá me hacen sentir muy mal porque no apporto ni un peso... siento que no me puedo comer ni una manzana, ni un huevo... mi cuñada le cobra los huevos que compra hasta a su mamá... que queda para mi, me siento insignificante ahí... no hago nada... yo antes trabajaba, vendí ropa, hice cosas... cuando se murió mi hermana (prima) se me fue mi seguridad, mi cable a tierra... me da rabia no dar nada, no puedo dar nada*”. Ante lo reportado por la paciente y ante como es percibida en esta etapa del proceso terapéutico, intervengo consultando sobre que piensa hacer ante esta dificultad, cuestionando la posición pasiva que manifestaba María en ese momento. La paciente se mantiene en silencio un momento, luego refiere: “*tengo que ver que puedo hacer*”.

Durante esta etapa del tratamiento y ante las dificultades que la paciente refería tener en su casa, decide pasar un tiempo en casa de su “hermana” menor, “*llegué a un acuerdo con mi hermana, yo voy a estar con ellos por un tiempo, ahí puedo hacer las cosas de la casa y a nadie le molesta que lo haga, al contrario, les gusta... le dije a mi hermana que ese era mi aporte y ella está feliz... en su casa comparto con mis*

*sobrinas, ando tranquila, hago lo que quiero y como lo que quiero, total yo estoy como dueña de casa*". María continuamente se muestra en sesión menos dependiente, manifiesta capacidades para poder hacerse cargo de sus conflictos de una manera diferente a la etapa anterior del proceso. Se le muestra a la paciente este cambio, este aparente tránsito de una dependencia absoluta a una mayor relatividad de este estado. Ante lo intervenido María refiere: *"pienso ahora que aquí con Ud me pongo muy yo – yo, como agrandada, como que hablo mucho de mi, como que me estoy haciendo la grande"*. Se señala a María como este proceso también podía ser un trabajo que guiará a "hacerse grande", a encontrar mayor independencia, mayor seguridad.

La paciente durante esta etapa comienza a manifestar mucha preocupación por la salud de su "hermano" menor, éste padece de problemas asociados al oído medio. María refiere: *"mi hermano ha estado muy mal, ha tenido muchos problemas con su salud, él trabaja como chofer y casi ha chocado como dos veces, eso me preocupa, lo he hablado con él y le dije que él también puede contar conmigo... eso me preocupa, pero yo creo que el va a estar bien"*. La paciente se muestra en una posición distinta frente a una de sus figuras de apoyo, pareciera mostrarse en una situación de mayor simetría respecto a su "hermano". Durante el curso del proceso María siempre se ha referido a su "hermano" como una persona fuerte y capaz de mantener a su familia por si solo, *"él siempre ha sido un pilar, un techo para todos, ahora le toca a él que lo ayudemos, que lo cuidemos... creo que yo también fui grande, no sólo 'la sargento', veo a mis hermanos (primos) más chicos y me siento orgullosa"*.

En sesiones posteriores, me encontraba bastante afectado por un resfrío, durante la sesión tendía a toser bastante. María se mostró preocupada por esto y refiere: *"tiene que cuidarse harto, estos fríos hacen mal... yo le puedo dar un consejo de unas hierbas que le van a hacer bien"*. La paciente parecía estar mostrando la misma preocupación que durante esta etapa manifestaba tener por su "hermano", una de sus principales figuras auxiliares. La relación terapéutica cursaba por una dinámica que si bien mantenía el rasgo de dependencia de una primera etapa, mostraba un mayor avance hacia la relatividad de este estado.

Durante esta etapa del proceso terapéutico las intervenciones se han centrado en acompañar y señalar a María el curso de un desarrollo en el que ha podido ir encontrando apoyo en figuras significativas para ella. Se ha señalado como aparece una mayor motivación por una existencia más independiente, en donde puede de a poco ir haciéndose cargo de la resolución de sus propias situaciones.

María durante esta fase del tratamiento comienza a referir material sobre aspectos en relación a su sexualidad. En el inicio de una sesión refiere espontáneamente: *“me hace falta mi hermana, fui a verla al cementerio y estuve muy tranquila, no me dieron ni ganas de llorar, echo de menos a la flaca... pobrecita, tuvo muy mala suerte en el amor, ella murió virgen... yo era muy soñadora con eso, pensé que todo iba a ser fantástico y no fue así, a mi eso me marco bastante”*. Guardo silencio y María continua: *“tuve dos pololos, uno que era de las Fuerzas Armadas, un churrazo, éramos más como amigos que pololos, con él nunca paso nada, eran cosas de la época... yo ahí tenía diecisiete años nomás, una niña... mi segundo pololo lo tuve a los veinticuatro años, él me decía que no podía ser virgen... para un día de la madre me llevo a comprar el regalo, yo no me di ni cuenta y estábamos entrando a un motel, era horrible, una pieza asquerosa... fui estúpida de permitir que pasar así en un lugar tan feo, sentía mucho dolor, me dolía todo, mi conciencia también... llegué a mi casa y me fui al baño a llorar, mi hermana me siguió, le conté todo... ella me llevo a la enfermería de su trabajo, ahí me explicaron todo, el tipo fue muy bruto y yo sufrí mucho”*. María continuamente parecía estar mostrando aspectos en sesión que la ubicaban como una mujer más adulta, más distante de la niña necesitada de una primera etapa del tratamiento.

En la instancia de supervisión se muestra como desde la postura terapéutica persiste la disposición emocional para acompañar a María en su proceso de desarrollo en terapia. La aparición de la temática de la sexualidad se considera aun no interpretativa, aparentemente fijada en lo infantil.

Una tercera y actual etapa del proceso terapéutico se caracteriza por un cambio en la dinámica transferencial. La paciente parecía relacionarse con un cuidador a quien cuestiona, agradece y pone a prueba. La paciente es percibida contratransferencialmente como una niña rabiosa, iracunda.

Durante esta etapa del proceso María comienza a manifestar explícitamente en sesión sus disconformidades y dudas sobre la postura que yo como terapeuta mantenía en el proceso. Mi vocación, disponibilidad y responsabilidad eran cuestionadas directamente por la paciente.

En el curso del proceso junto con María ella no había dejado de asistir a ninguna sesión pactada. En mi caso tampoco había cambiado ninguna de nuestras horas fijadas. En la institución que acoge este trabajo psicoterapéutico la necesidad de cambiar horas es una situación recurrente, considerando el proceso que se realizaba con María tenía especial cuidado por que esta situación no se presentara. A pesar de mi preocupación, por un mal manejo de agendas, María asistió al centro y al llegar le cambiaron la hora pactada. Al enterarme de esta situación pensé en como podría afectar esta situación a la paciente, que ha mantenido el mismo horario pactado por todo su trabajo terapéutico. Desde la institución donde trabajo traté de comunicarme telefónicamente con María sin éxito.

La paciente acudió con retraso a la nueva hora asignada, fuera de su horario regular, al acudir a la sala de espera para acompañarla a la consulta no podía encontrarla, me detuve en la sala de espera y no la veía. La paciente había cambiado ligeramente su corte de pelo, no había logrado reconocerla con facilidad, noto que ella se percata de este hecho. Me refiero a esto al iniciar la sesión, pienso que motivado por mi ansiedad. Explico a la paciente que no la había distinguido con su nuevo corte de pelo. María refiere: *“ya ni me conoce... pucha que tiene mala memoria, mala memoria además para ocupar mi hora también, me podrían haber avisado antes de venir, tuve que venir por nada, llegué y me dijeron que me fuera, que esa no era mi hora”*. Pensaba referirme a esa situación, pero la paciente ya lo había hecho, se mostraba claramente molesta. Explico a la paciente lo ocurrido y le

pido disculpas por los inconvenientes.

La sesión transcurre entre muchos silencios por parte de María, principalmente refiere problemas con la suegra de su “hermano”, *“esa señora me tiene aburrida con sus comentarios y sus tonteras, me trata de meter en mi cabeza que ella y yo somos un cacho para mi hermano, cada vez que voy me habla y dice cosas... que mi hermano me tiene que ayudar con plata y cosas así, me dan ganas de explotar”*. Ante lo referido pensaba en como la reacción de la paciente de sentirse “un cacho” para su hermano también podía manifestar, a través de la dinámica transferencial, lo que ella consideraba acerca de mi posición para con ella en el proceso. La idea de “explotar” referida por la paciente ya había sido utilizada en etapas anteriores del proceso para referir su intención catártica. Se infería que María sentía mucha rabia por el curso de los hechos, por la falla que su cuidador había presentado.

María comienza a traer a sesión relatos en los que parecía manifestar su rabia hacia sus personas significativas: *“la Silvia (“hermana” – prima mayor) a veces se ponía bien pesadita conmigo, me acordaba el otro día con mi hermana (prima menor), era bien complicada de genio, yo era la única que la aguantaba y hasta por ahí nomás... cuando tenía veinte años a ella le daba con darme ordenes, que le lavara, que le planchara... yo le dije que no era nada su empleada, me salio la indeada, le dije que no era empleada de ella ni de su mamá, la enfrenté”*. La paciente me mira, pareciera que busca que yo comente algo acerca de lo que dijo, guardo silencio. María parecía esperar alguna intervención. Percibía que la paciente se sentía poco comprendida, esperando otra respuesta de mi parte. Al pasar unos minutos continúa: *“mis hermanos (primos menores) me decían que me iban a sacar la cresta, espere como una semana y no paso nada... ella me dijo que no era su empleada, que era su hermana, me reconoció”*.

De esta etapa del proceso se puede inferir como María estaba comenzando a desplegar su rabia, su destructibilidad hacia un objeto que en el trabajo terapéutico podía estar representado por mi en el rol de su terapeuta. Aparentemente la percepción de fallas en mi rol gatilló un despliegue que no se había dado antes en el

curso del tratamiento.

En la instancia de supervisión se reflexiona sobre la necesidad de permanecer representando la figura que brinda estabilidad y confianza. El avance del tratamiento implicaba también el curso por esta etapa. El objetivo de mi rol implicaba estar ahí, pero ya no sosteniendo a María como en las primeras etapas, sino que tolerando y sobreviviendo a esta fase. Desde los planteamientos de Winnicott (1960b) se podía entender como se había presentado una “falla” del terapeuta que permitía un despliegue de angustias en la paciente. Inevitablemente estaba enfrentado un aspecto de la paciente que me resultaba desconocido. La situación actual de tratamiento me parecía inquietante, difícil.

Durante el curso de esta etapa la paciente tiende a hacer comentarios acerca de la verdadera vocación que me mantenía trabajando junto a ella, *“yo creo que la gente es toda interesada, la gente hace las cosas por plata nomás... si no le pagaran no creo que Ud estuviera aquí tampoco... los médicos de los consultorios están un tiempo y se van, les da lo mismo también... cuando uno se siente mal tiene que esperar a tener hora para que la atiendan, no importa mucho lo que le pase a uno”*. En otra ocasión parece devaluarme por mi edad: *“las cosas son distintas cuando uno ha pasado las de quico y caco, hubieron tiempos muy difíciles, hubieron tiempos difíciles para todos en el país también, pero Ud. es muy joven... los jóvenes no vivieron muchas cosas, no lo pueden entender como uno”*. Ante lo referido por la paciente me mantengo en silencio, espero que la comunicación se dé en otra dimensión, estando ahí.

Actualmente esta etapa de tratamiento se encuentra en curso. María continúa asistiendo regularmente a sesión, en ocasiones asiste atrasada. Desde mi posición me mantengo acompañando, evitando intervenir innecesariamente, esperando por sobrevivir y ser testigo del despliegue de una nueva María en el curso hacía una dependencia relativa.

## ANÁLISIS DEL CASO

El trabajo terapéutico realizado en el caso presentado se ha orientado fundamentalmente en la propuesta de D. W. Winnicott (1945) para acoger desde una orientación psicoanalítica a pacientes que, por fallas en su medio temprano, han desarrollado patologías constitutivas de trauma. El entendimiento dado a la situación de la paciente permitía inferir que el curso de sus etapas tempranas no permitieron su transcurso normal de su desarrollo, no posibilitando así una *continuidad del ser* que se grafique en la capacidad creativa (Winnicott, 1960b). Se infiere que la incapacidad de la paciente para desarrollar una vida de mayor independencia, constantemente necesitada de otro, implica una alternativa reactiva a su curso de desarrollo.

El curso del caso clínico presentado se ha caracterizado por desarrollarse fuera de la labor interpretativa como principal línea de intervención. La caracterización del desarrollo de la paciente como reactivo y defensivo de su verdadero *ser*, implicó la orientación de una estrategia terapéutica que permitiera contener un despliegue que se esperaba fuera a fomentar aspectos regresivos (Panceira, 1997).

Uno de los logros alcanzados en esta experiencia clínica es la posibilidad de instalación de una dinámica transferencial que se infiere característica de una etapa de dependencia temprana de la paciente, en donde en la función del terapeuta pudiese manifestarse una *preocupación materna primaria*. En referencia a lo postulado por Winnicott (1956) se considera que es a través de la variable transferencial la vía por la que se ha logrado alcanzar un conocimiento de la realidad psíquica de la paciente.

Las características de la dinámica transferencial y las angustias que se infirieron asociadas a la aniquilación, permitieron la formulación de la hipótesis dinámica sobre el padecimiento de un trauma temprano por parte de la paciente. De esto se desprende el carácter fundamental de las relaciones tempranas en la etiología de la patología de la paciente, y por tanto, la importancia de las características de la dinámica transferencial en el curso del trabajo terapéutico.

La consideración de trauma temprano como hipótesis dinámica explicativa ha requerido de la estimación de la historia de la paciente, las características de sus vínculos y sus capacidades inferidas para enfrentar las posibles fallas ambientales de su proceso de desarrollo. El trauma temprano se ha considerado determinante en su constitución del subjetiva, y por tanto, referente en la manera en que reaccionará y se desenvolverá en sus relaciones actuales.

Se infiere que el curso temprano del desarrollo de la paciente se caracterizó por una falta de respuesta adecuada por parte de su entorno. En relación a lo postulado por Stolorow y Atwood (2004) se ha hipotetizado la falta de una *sintonía afectiva* como respuesta del medio temprano de la paciente. La reactividad angustiosa manifestada por la paciente y su concordancia con la dinámica transferencial de la relación terapéutica permiten inferir una falta de *respuesta empática* por parte de figuras que constituían su medio temprano. La falla en este contexto fundamental para el curso del desarrollo se considera desencadenante del trauma temprano.

Se concluye, en coincidencia con los planteamientos de Khan (1977), que la falta de respuesta ambiental adecuada, que se infiere en el desarrollo temprano de la paciente, podrían conceptualizarse como falla del *escudo protector*. Estas falencias se infieren como repetitivas en las primeras etapas de desarrollo de la paciente. Siguiendo los planteamientos de este autor se considera el espacio de psicoterapia como un contexto que ha permitido el despliegue de la reacción afectiva ante el trauma temprano.

La estrategia terapéutica que busco acoger a la paciente en un vínculo terapéutico seguro y estable, se infiere como una respuesta contenedora a la *conmoción afectiva* (Stolorow y Atwood, 2004), reactiva a las carencias manifestadas en el espacio terapéutico acerca de reconocimiento de las necesidades de apoyo y sostenimiento.

El establecimiento de un vínculo terapéutico y una relación en la que se ha buscado el acercamiento a una *reacción total del analista*, como lo definió Winnicott (1960c), se infiere como un aspecto facilitador para la remisión de sintomatología ansiosa presentada en un inicio del proceso por la paciente. El espacio terapéutico se denota como el contexto en el que comenzó a desplegarse la reactividad de la paciente ante la falla temprana y su huella traumática. Ante las reacciones de angustia y ansiedad se busco otorgar un medio y una relación terapéutica capaz de *sostener* a la paciente y dar contención a su despliegue.

En relación a mi posición como terapeuta en el caso, la presencia de fallas, tanto en la comprensión de las necesidades de la paciente, como en la disponibilidad requerida en la dinámica transferencial desplegada, fue inevitable. Más allá de los constantes esfuerzos y cuidado de estas variables, el curso del caso parecía destinado a manifestar estas falencias. Desde los postulados de Winnicott (1960b), se entiende como estas fallas constituyen fracasos en la adaptación, que han permitido el despliegue en la dinámica transferencial de sentimientos, en este caso, hostiles por parte de la paciente. Se entiende la reactividad de la paciente como re ediciones de la afectividad, que se infieren experimentó en el curso de relaciones tempranas que se relacionan con la etiología del trauma temprano. La aparición de esta reactividad se infiere como una manifestación de la destructibilidad hacia el objeto subjetivo que la figura del terapeuta juega en el caso. La posibilidad de contar con este objeto para ser utilizado tras su supervivencia a la agresión, manifestada por la paciente, se considera necesario para el avance del proceso (Winnicott, 1971).

En relación a los aportes clínicos de Winnicott (1971) y la apreciación del terapeuta como un objeto subjetivo, a disposición de la paciente en el espacio intermedio que implica la terapia, permiten considerar un entendimiento de la clínica que, a mi parecer, no puede dejar de lado las variables intersubjetivas y relacionales de la alianza terapéutica. La relación terapéutica inevitablemente plantea el encuentro de las subjetividades de paciente y terapeuta.

La consideración del espacio terapéutico como una experiencia intersubjetiva, en los términos planteados por Benjamin (1995), implica la estimación de la relación establecida como un espacio de reconocimiento de la paciente, en su calidad de sujeto. En la experiencia clínica con la paciente, mediante la postura terapéutica se buscó brindar un *sostén* ante las necesidades que se desplegaron en el curso de la dinámica transferencial. La búsqueda de contención de la paciente se concluye como un reconocimiento a la misma, dando validez a sus necesidades y acogiendo su demanda.

Mediante la consideración del contexto intersubjetivo de la relación terapéutica, dónde el terapeuta no es considerado desde la neutralidad, sino como un participante de la relación, se logró ampliar la dimensión de entendimiento del la situación de la paciente y del curso del tratamiento. Las reacciones de incomodidad, desplazamientos físicos, de acercamiento y distancia, durante las sesiones, se han considerado manifestaciones de un *enactment* (Jacobs, 1996). La consideración de este fenómeno se estima como enriquecedor del entendimiento de las dinámicas transferenciales instaladas en la relación terapéutica. La disposición a la asistencia y manifestaciones físicas de cercanía se acercan a lo propuesto por Winnicott (1956) como característico de la posición del terapeuta en este tipo de casos.

Desde la experiencia clínica, la consideración de una mirada intersubjetiva ha otorgado una riqueza que se tradujo en la posibilidad acción y obtención de información, que se asume no se habría dado centrándose en una neutralidad técnica, o mejor dicho, en un desconocimiento de la posición activa del terapeuta. Las dinámicas propias del terapeuta tienen un impacto en una relación, que va más allá de su conocimiento consciente. Inevitablemente el vínculo terapéutico despliega un nivel inconsciente de relación. La comunicación también se da más allá de la consciencia, lo que se puede graficar en el fenómeno del *enactment*.

El contexto institucional en el que se ha desarrollado el proceso terapéutico, ha resultado una dificultad en relación a las necesidades consideradas para este tratamiento. La posibilidad de mantener una estabilidad en las variables del setting terapéutico ha sido un aspecto especialmente dificultoso. En consideración a los planteamientos de Winnicott (1954), sobre la importancia de las condiciones que constituyen la instancia de trabajo terapéutico, se intencionó y realizaron todos los esfuerzos posibles por mantener una periodicidad de sesiones, horario y espacios estables. Desde el marco de referencia que guiaba el tratamiento de la paciente, la relevancia de estas condiciones se consideraron primordiales y su mantenimiento implicó un desafío.

La instancia de supervisión fue determinante en el curso del tratamiento presentado. La posibilidad de reflexión y clarificación de las hipótesis diagnósticas y de las características técnicas necesarias para el abordaje terapéutico del caso, se dieron en este contexto formativo.

El conocimiento de las propias variables, condiciones y principios organizadores se consideran esenciales para el abordaje de situaciones complejas como el caso clínico expuesto. La necesidad de haber experimentado un proceso de psicoterapia personal y mantener la práctica clínica supervisada se estiman factores decisivos para una adecuado curso de esta experiencia clínica.

## CONCLUSIONES

La clínica psicoanalítica actualmente puede entenderse más allá de una técnica para la mejoría de una psicopatología. La consideración de la clínica desde este enfoque, como un trabajo de autoconocimiento y profundización de lo que cada persona pueda alcanzar, parece responder a una visión actual del psicoanálisis. El marco referencial basado en Winnicott y autores intersubjetivos - relacionales se considera da respuesta a esta visión, que ubica las potencialidades del sujeto y la relación con su medio como un aspecto determinante en su constitución y su guía a la cura (Leiberman y Bleichmar, 2001).

La apertura de la técnica psicoanalítica a un amplio grupo de pacientes, más allá de la neurosis, permite pensar en una oportunidad para instalar esta técnica en una mayor cantidad de contextos. Los diferentes dispositivos de las red de salud, tanto pública como privada, acogen a un importante número de sujetos cuya gravedad podría ser un criterio para desestimar sus posibilidades en un tratamiento psicoanalítico. La consideración de las potencialidades del sujeto y las características de una relación que re edita un período temprano de dependencia, facultan, desde los planteamientos teóricos expuestos, el abordaje psicoanalítico a pacientes de mayor gravedad.

La adaptación de la técnica acorde a las posibilidades y necesidades del sujeto en la clínica, permiten una oportunidad de acompañamiento en un proceso de crecimiento del paciente y un replanteamiento de la posición del terapeuta en relación con éste.

Mi experiencia clínica se ha visto determinada por la posibilidad de reflexionar sobre mi lugar en la relación terapéutica como un sujeto activo y participante. La consideración de las variables personales, que inevitablemente forman parte de la relación clínica y la comunicación establecida con la paciente más allá de las intervenciones conscientes, se entienden como un avance en mi desarrollo como terapeuta. Se cree mediante esta experiencia dar un ejemplo clínico de lo expuesto

teóricamente en esta monografía.

La posición terapéutica en consideración de mis variables personales en juego y su impacto en el curso del proceso terapéutico, se infieren como un fundamento a los planteamientos teóricos escogidos. La propuesta de Winnicott (1971) de un terapeuta empático y disponible, con mayor distancia de la neutralidad, y las consideraciones de las variables propias del analista desde una orientación intersubjetiva – relacional, se infieren fundamentadas en la exposición clínica del caso.

La relevancia del marco teórico - técnico escogido para el curso del caso, se sustenta en los resultados terapéuticos expuestos. La posibilidad de mantener un vínculo seguro y estable, dónde se ha instalado una dinámica transferencial acorde a etapas tempranas del desarrollo de la paciente y la oportunidad de dar una respuesta ambiental conforme a sus necesidades, se entiende como un alcance terapéutico.

Mediante el curso del caso expuesto se cree fundamentar la idea de un acercamiento al sujeto en la clínica, que permite entender y acoger sus necesidades a través de una técnica no fundamentalmente interpretativa. Se considera que la exposición clínica manifiesta como se puede participar de un proceso terapéutico desde un enfoque psicoanalítico, con una amplitud de la concepción de la posición del terapeuta.

El posicionamiento técnico dado a este caso se sustenta en un cuerpo teórico y explicativo relacionado con las hipótesis diagnósticas sobre la realidad de la paciente. La concepción de trauma en absoluta relación de las variables ambientales y su impacto en el desarrollo del sujeto, han dado sostén al entendimiento de la dinámica transferencial presente en la experiencia clínica expuesta en esta monografía.

La consideración de la dinámica transferencial como eje fundamental del curso del proceso terapéutico, caracteriza a esta práctica en el marco psicoanalítico. El entendimiento psicodinámico de la paciente se encuentra en absoluta relación con la comprensión de la dinámica transferencial en este caso. La posibilidad de experimentar a través de la transferencia la re edición de relaciones características de la etapa que se considera constitutiva de trauma y la posibilidad de dar una respuesta adecuada o en sintonía, se concluye como un fundamento para la orientación teórico - técnica dada a este caso.

La reflexión del material clínico en la instancia de supervisión permitió la orientación a un abordaje terapéutico que se adapta a las necesidades del sujeto en la clínica. La posibilidad de permitir el despliegue de las necesidades en la relación transferencial, el no apresurar intervenciones y la concientización del impacto de mis variables como terapeuta, son alcances facilitados por la instancia de discusión y supervisión del caso.

Se infiere haber expuesto el sostén argumentativo que guía esta monografía. Se espera haber dado sustento a la idea de trauma temprano como una posibilidad teórica de acercamiento a la paciente y fundamentar el posicionamiento técnico orientado por la obra de D. W. Winnicott y los aportes de autores relacionales e intersubjetivos, como una estrategia acorde a las hipótesis dinámicas del caso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (2000) “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM - IV*”. Barcelona: Masson, 2001.

**ARON, L.** (1996) En: **SASSNELFELD, A.** (2010) “Una Perspectiva Relacional Sobre Vínculo, Acción e Inconsciente”. *Clínica e investigación Relacional*, Vol. 4 (1) – Febrero 2010; pp. 142-181.

**BENJAMIN, J.** (1995) En: **CODOSERO, A.** (2007) “*La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico*” En: [www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre\\_10/AngelesCodosero.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre_10/AngelesCodosero.pdf)

**BLACK,** (2003) En: **RODRIGUEZ, C.** (2012) “Comentario a ‘El Tercero en Reconocimiento’ de J. Benjamin”, *Clínica e investigación Relacional*, Vol. 6 (2) – Junio 2012; pp. 180 – 186.

**LEIBERMAN, C. Y BLEICHMAR, N.** (2001) “*Las Perspectivas del Psicoanálisis*”. México: Paidós, 2001.

**CODOSERO, A.** (2007) “*La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico*” En: [www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre\\_10/AngelesCodosero.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre_10/AngelesCodosero.pdf)

**FERENCZI, S.** (1929). “*El Niño No Bienvenido y su Impulso de Muerte*” En: *Obras Completas Vol 4*. Madrid: Espasa – Calpe, 1970

**FERENCZI, S.** (1933). “*Confusión de Lenguas entre los Adultos y el Niño*” En: *Obras Completas Vol 4*. Madrid: Espasa – Calpe, 1970

**FERENCZI, S.** (1934). “*Reflexiones sobre el Traumatismo*”. En: *Obras Completas Vol 4*. Madrid: Espasa – Calpe, 1970

**FRANKEL, J.** (2002) “*Teoría del Trauma según Ferenczi*” En: [www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/frankel-esp.htm](http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/frankel-esp.htm)

**FREUD, S.** (1895). “*Estudios Sobre la Histeria*”. En: *Obras Completas Vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**FREUD, S.** (1897). “*Carta 69*”. En *Obras Completas Vol I*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**FREUD, S.** (1905). “*Tres Ensayos de Teoría Sexual*”. En *Obras Completas Vol VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**FREUD, S.** (1910). “*Un Recuerdo Infantil de Leonardo Da Vinci*”. En: *Obras Completas Vol XI*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**FREUD, S.** (1938). “*Esquema de Psicoanálisis*”. En: *Obras Completas Vol XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**FREUD, S.** (1939). “*Moisés y la Religión Monoteísta*”. En: *Obras Completas Vol XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

**GEETS, C.** (1993) “*Donald Winnicott*”. Buenos Aires: Almagesto, 1993.

**JACOBS, (1996)** En: **SASSNELFELD, A.** (2010) “Una Perspectiva Relacional Sobre Vínculo, Acción e Inconsciente”. *Clínica e investigación Relacional*, Vol. 4 (1) – Febrero 2010; pp. 142-181.

**KHAN, M.** (1977) En: **MADARIAGA, C.** (2002) “*Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura*”. Cintras, 2002

**LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J.** (1967) “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Buenos Aires: Paidós, 1996

**NEMIROVSKI, C.** (2003) “*Edición-Reedición. Reflexiones a Partir de los Aportes de Winnicott a la Comprensión y Tratamiento de las Psicosis y Otras Patologías Graves*”. En:

**PAINCEIRA, A.** (1997) “*Clínica Psicoanalítica a Partir de la Obra de Winnicott*”. Buenos Aires: Lumen, 2007

**SAFRAN, J. Y MURAN, A.** (2000) En: **OJEDA, M.** (2010) “*Origen y Evolución de la Alianza Terapéutica*”, Rev GPU 2010; 6; 3: 284-295

**SAFRAN, J. Y ELVY, M.** (2010) “*Tratamiento Psicoanalítico Relacional Breve, Enactment y Reparación de las Rupturas*”, *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 4 (2) – Junio 2010; pp. 381-398.

En:<http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=x2f3jd4C7%2Bg%3D&tabid=728>

**SASSNELFELD, A.** (2010) “*Una Perspectiva Relacional Sobre Vínculo, Acción e Inconsciente*”. *Clínica e investigación Relacional*, Vol. 4 Febrero 2010; pp. 142-181. En:<http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=HIIsYPHYRQA%3D&tabid=648>

**STOLOROW, R.** (1992) en: **DIAZ, M.** (2006) “*Efectos Traumáticos de la Represión Política en Chile: Una Experiencia Clínica*”. En: [www.ilas.cl/articulos/ilas\\_4/art\\_8.DOC](http://www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_8.DOC)

**STOLOROW, R Y ATWOOD, G** (2004). “*Los Contextos del Ser: Las Bases Intersubjetivas de la Vida Psíquica*”. México: Herder, 2007.

**WINNICOTT, D.** (1945) “*Desarrollo Emocional Primitivo*”. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999

**WINNICOTT, D.** (1951) “*Objetos y Fenómenos Transicionales*”. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999

**WINNICOTT, D.** (1954) “*Aspectos Metapsicológicos y Clínicos de la Regresión Dentro del Marco Psicoanalítico*”. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999

**WINNICOTT, D.** (1956). “*Variedades Clínicas de la Transferencia*”. En: *Escritos De Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999

**WINNICOTT, D.** (1958). “*El Análisis del Niño en el Periodo de Latencia*”. En: *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993

**WINNICOTT, D.** (1960a). “*La Teoría de la Relación Entre Progenitores-Infante*”. En: *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

**WINNICOTT, D.** (1960b). “*La Distorsión del Yo en Términos de Self Verdadero y Falso*”. En: *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

**WINNICOTT, D.** (1962). “*La Integración del Yo en el Desarrollo del Niño*”. En: *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

**WINNICOTT, D.** (1965). “*El Concepto de Trauma en Relación con el Desarrollo del Individuo Dentro de la Familia*”. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1991

**WINNICOTT, D.** (1970). “*La Cura*”. En: *El Hogar Nuestro Punto de Partida*. Buenos Aires: Paidós, 1993

**WINNICOTT, D.** (1971). “*El Uso de un Objeto y la Relación por Medio de*

*Identificaciones*". En: *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa, 2011

**WINNICOTT, D.** (1971). "*Realidad y Juego*". Buenos Aires: Gedisa. 2011

**WINNICOTT, D.** (1974). "*El Miedo al Derrumbe*". En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1991