

## ENTREVISTA CON: ROSA VELASCO

Por Raúl Naranjo<sup>i</sup>

**P: ¿Cómo fue tu acercamiento al psicoanálisis desde la medicina y tu posterior interés por el intersubjetivismo, la vergüenza, los campos que te han despertado más interés?**

R: Cuando yo estaba en 3º de medicina, me planteaba dos especialidades o pediatría o psiquiatría. O sea que me han interesado desde muy pronto, todo lo que es salud y enfermedad en el niño y todo lo que es trastornos o sufrimiento mental. Esas eran las dos expectativas que yo tenía cuando yo estudiaba medicina. Y en 3º de medicina entré a trabajar como becaria en un centro de psicoterapias y además, en 3º de medicina iba a un hospital grande Vall d'Hebron en un servicio de psiquiatría infantil. Entonces yo estudiaba, trabajaba y buscaba llegar a este desarrollo de en qué iba yo después a dedicarme: si me iba a ocupar del sufrimiento mental en adultos, en niños, si me iba a ocupar de la salud en general, porque me gustaba también la pediatría.



**P: Una de tus ideas centrales, que señalas en muchos de tus trabajos es la de que para cualquier persona es fundamental tener la expectativa de poder llegar a ser alguien de valía para otro significativo. En esta idea cobra un especial valor el papel del otro en la satisfacción de esta necesidad. ¿qué tendría más importancia, el propio atrevimiento, las iniciativa del sujeto o el papel del otro como reconecedor, o ambas cosas?**

R: Si, ambas cosas. Para contestar a esta pregunta me viene a la mente una definición que yo tomo de una pensadora contemporánea que se llama Judith

Butler. Ella dice: “el yo es un conjunto de relaciones”; es una definición muy matemática, muy sintética. Esto lo hacen mucho los filósofos, ella es filósofa. A mi me gusta pensar que es muy importante la iniciativa, el atrevimiento y es muy importante como recibe el otro esa iniciativa, ese atrevimiento. Y a partir de esa dinámica, en cada nueva oportunidad que yo tengo para interactuar de esa manera, se produce el cambio. También en los dos participantes de esa experiencia.

**P: ¿Y qué papel tenemos nosotros como psicoterapeutas en esta validación del otro, que función ejercemos ante esta necesidad del sujeto?**

R: A ver, para desarrollar esto, que es un tema que a mi me apasiona y que ha estado presente desde muy pronto, para contestar a esta pregunta es muy importante el darle valor al desarrollo de la subjetividad. Es decir yo le doy mucho valor a las teorías del desarrollo, las uso para trabajar cada una de mis sesiones de terapia con mis pacientes y me fijo mucho en qué momento del desarrollo está esa persona, o en qué medida hay una validación suficiente como para que se produzcan ese tipo de atrevimientos, que para mi son importantes porque el sufrimiento psíquico, produce siempre una detención del desarrollo. Y nuestro trabajo lo entiendo como una facilitación para que ese desarrollo que está detenido se vuelva a poner en marcha. Le doy mucha importancia a ese aspecto del trabajo nuestro. Porque podemos aliviar el sufrimiento pero en esta idea de aliviar el sufrimiento hay muchas identidades ahí, no únicamente la identidad del profesional formado en psicología o el medico, hay muchas identidades que coincidirían en aliviar el sufrimiento, la religión por ejemplo se me ocurre. Pero algo que yo siento como muy específico de nuestro trabajo, de la medicina o la psicología, es el facilitar que ese desarrollo que está detenido por alguna circunstancia, sea medica, biológica o psicológica, vuelva a activarse. Poder facilitar este desarrollo es algo muy específico del terapeuta.

**P: Siguiendo un poco con esta visión del desarrollo que tu planteas. Hay sujetos que no obtienen el suficiente reconocimiento y aceptación de los adultos en su infancia, pero de algún modo también desarrollan un Self o una identidad. ¿Qué tipo de identidad se desarrolla desde esta ausencia o precariedad del entorno? ¿Qué características crees que tiene la identidad o el Self de alguien que no ha tenido demasiado reconocimiento?**

En mi experiencia, esto también es un centro de interés. Yo observo mucho esto que tu me preguntas y yo tiendo a pensar que son desarrollos parciales. Por ejemplo, podemos tener en nuestra consulta una persona con un desarrollo en su identidad profesional muy bueno o esplendido y al mismo tiempo esta persona tiene, y lo comparte con nosotros, porque viene buscando ayuda, tiene un desarrollo personal deficitario. A mi me gusta mucho esta pregunta porque cuando viene una persona a

buscar ayuda, tiene una iniciativa en ese momento que yo la defino como un gesto de salud. Y esta iniciativa, que también es un atrevimiento, le permite a él poder revisar, poder transformar en alguna medida algunos déficits en su desarrollo emocional. O sea el objetivo en nuestro trabajo es facilitar el desarrollo emocional. Entonces cuando esta persona tiene esta iniciativa de consultar, en ese momento de la vida, puede hacer algo, buscar ayuda, ocuparse mas de si mismo, mirar de desarrollar estos valores de la autoexpresión, que son valores muy contemporáneos y que están al alza... entonces tiene esa posibilidad. Se desarrolla la subjetividad que esta en déficit, si hay un marco que permita ese desarrollo. Y el marco lo ponemos nosotros, lo ponemos los terapeutas.



**P: Otro aspecto que has intentado mostrar es cómo ha influido la vergüenza especialmente en las mujeres. Además de la vergüenza existente en cualquier persona y que los contextos de los adultos pueden generar en cualquier niño, ¿crees que hay un plus por así decirlo de mayor invalidación de las iniciativas en el caso de las mujeres?**

R: Si esta es una cuestión muy cultural. Y los marcos culturales se van ampliando a mi entender a través de atrevimientos, de iniciativas que muchas veces conllevan atravesar sentimientos de vergüenza. Muchos de los desarrollos que a mi me han interesado sobre este afecto, el afecto de la vergüenza y como tu muy bien has observado mas específicamente en las mujeres derivan del trabajo con mujeres con trastornos alimentarios. Recuerdo la primera paciente que vi en el servicio de psiquiatría del Hospital San Juan de Dios, que fue otro de los servicios en que yo estuve recién acabada mi licenciatura de medicina. El jefe del servicio me dijo: “Rosa, ¿puedes tratar esta paciente? Es una paciente que tenemos que ingresar y no quiere ingresar. Tiene una anorexia y se puede morir... a ver que haces”. Y yo pensé: “No se como el jefe de servicio, que yo era una jovencita, piensa que yo puedo ayudar a esta adolescente, que está tan grave”. Quizá esa fue una experiencia de esas en que el jefe de servicio pensó que yo podía hacer algo por esta paciente. Y empecé a tratar esta paciente con una anorexia grave en una de las consultas del hospital de San Juan de Dios. Luego, al cabo de un tiempo, porque el

tratamiento fue largo, ya no podíamos continuar ahí en el hospital y continuamos en la consulta. Fue un tratamiento que me sirvió mucho, aprendí mucho. Ella resolvió su detención del desarrollo, resolvió su problemática. A partir de esa experiencia he visto tratar mas mujeres con ese mismo diagnóstico. A mi me han enseñado mucho las pacientes con trastorno alimentario, con un sufrimiento mental y con una detención del desarrollo en ese momento, en la adolescencia.

**P: Probablemente uno de los campos donde mas claramente se puede percibir la vergüenza sea en el propio cuerpo, crees que requiere un tipo de trabajo diferente o específico cuando la vergüenza está mas concentrada en el cuerpo?**

R: Bueno de hecho, las personas que tienen este tipo de sufrimiento buscan soluciones psicológicas pero también soluciones de cuidado corporal y cuidado físico. Incluso hay muchas personas con este tipo de sufrimiento que van a la consulta del cirujano también. Quizá esto lo ligaría con algo de una pregunta anterior que me ha quedado por contestarte, las identidades que se desarrollan de manera parcial. Creo que en el trabajo como psicoterapeutas psicoanalíticos es muy importante nuestra interacción buscando en la medida de lo posible una integración de la persona que tenemos delante. Una solución únicamente corporal con problemas de sufrimiento mental donde hay mucha vergüenza, donde hay un trastorno por ejemplo alimentario o donde hay un sufrimiento con mucha ansiedad o angustia que no permite el desarrollo de la identidad adulta, puede conllevar que esa persona que sufre de esta manera busque una solución parcial, como puede ser una cirugía, una fisioterapia, o ir a un gimnasio. Cuando esa persona tiene el atrevimiento o la iniciativa de venir al psicoterapeuta, esa persona está teniendo también un gesto que integra muchas cosas. Y en la misma consulta, cuando la persona decide ir al centro de salud piensa que algo de si mismo no está en condiciones, o algo de su manera sentir o pensar no está facilitando ese desarrollo. Y entonces, cuando eso se produce en el intercambio, tenemos que buscar esa integración. Una integración que permita aliviar el sufrimiento y buscar la manera de que ese desarrollo que está en ese momento detenido se vuelva a poner en marcha.

Al hilo de esto, ¿por qué ese desarrollo está detenido y como conseguir que se transforme? Yo cada vez mas tiendo a pensar en qué necesitamos para pasar al siguiente escalón, si pensamos que la vida como un desarrollo continuo, que a mi me gusta pensarlo así. Para pasar al siguiente escalón es necesario que haya un registro emocional o mental de las experiencias. Como terapeutas estamos registrando experiencias. Yo pienso a la persona como un conjunto de genética, fisiología, y experiencia. Entonces nosotros como psicoterapeutas psicoanalíticos recibimos la experiencia de la persona que contacte con nosotros, esa vivencia, esa

sensación, ese pensamiento y tiene un gran valor terapéutico el registro de la experiencia. Me viene el ejemplo de una joven a la que traté por un trastorno alimentario, un trastorno de una ansiedad que le llevaba a tener una fobia al alimento, no podía comer prácticamente nada. Una mujer inteligentísima, con un desarrollo profesional interesantísimo, había hecho la carrera, estaba trabajando... En una de sus sesiones, ella y yo estuvimos pensando juntas porque guardaba en su mesilla de noche un predictor, una prueba de diagnóstico de embarazo. Y este predictor estaba en su mesita de noche desde hacía unos 5 años. Ella y yo estuvimos dialogando juntas que esa era la manera que ella tenía de que esa experiencia quedase registrada. En la medida en que pudimos registrar la experiencia anímica, de que cuando era jovencita se quedó embarazada y decidió ella con la ayuda de su familia que la interrupción del embarazo era la mejor solución posible. Entonces esta posibilidad de registrar anímicamente la experiencia en una sesión de terapia permitió que esta paciente pudiera coger el predictor y tirarlo a la basura. Es decir que cuando las experiencias emocionales no se han registrado pasan cosas como esta. Y para que se registren tiene que haber la participación de la mente de alguien, la mente del que lo vive y la mente de alguien más. Y estos objetos de alguna manera nos dan la pista de en qué momento del desarrollo emocional está esa persona. Hay algo que ocurrió en la vida anímica de esa persona que tiene efecto traumático porque no se ha podido registrar emocionalmente esa experiencia en el seno de una relación significativa, que puede ser la madre, el padre o una amiga íntima, o en una psicoterapia.

**P: En ocasiones la vergüenza es algo muy obvio en el tratamiento que puede aparecer desde el inicio, pero en otras no aparece de forma tan explícita. ¿cómo favorecer que se haga patente, que surja, que pueda compartirse? Porque me imagino que es el primer paso para poder trabajar con la vergüenza. O bueno quizá no, no lo se.**

R: Si por esto a mi me gusta más hablar de momentos de vergüenza. Que son momentos en los que vamos a atravesar paciente y terapeuta continuamente en una experiencia psicoanalítica de trabajo. En donde estamos juntos mirando las mismas cosas, es decir mirando las sensaciones, los pensamientos de una de las dos personas, que es el paciente. Aunque de alguna manera también estamos revisando las propias producciones mentales del terapeuta, pero siempre de diferente manera. Es decir a mi me gusta pensar que el trabajo psicoterapéutico es como un equipo en el que el analizado es el piloto, es el que tiene la iniciativa. Clásicamente se veía al revés, se veía que quien conducía la cura o el tratamiento era el terapeuta y que el paciente pues se sentía acompañado por alguien que sabía tanto, que sabía el camino. Eso no es así, sabemos hoy en día que es al revés. El que sabe más de sí mismo es el paciente, aunque no pueda en ese momento de fragilidad tener una

posibilidad de sentir la integración, esta integración que es tan importante: siento, pienso y puedo atreverme a realizar. La persona cuando decide pedir ayuda es que nota esa vulnerabilidad y esa fragilidad. Entonces a lo largo del tratamiento, este piloto que es el paciente y este copiloto que es el analista que está ahí al lado, funcionan juntos, atravesando muchas situaciones complicadas: una curva que se coge con demasiada ligereza, o un tramo en que vas mas despacio. Pero el terapeuta tiene un compromiso de estar ahí siendo el copiloto del paciente. Y el paciente se siente bien en ese tándem.

Vuelvo a lo que me comentaba antes, es muy importante para mi el desarrollo de la subjetividad del paciente. Y pienso que ese desarrollo en ocasiones no ha sido suficiente o ha habido déficits o circunstancias que no han permitido desarrollar la subjetividad. Cuando esta subjetividad se va desarrollando eminentemente eso da vergüenza, porque la vergüenza es: “me atrevo a ser yo mismo y me atrevo a ser yo mismo delante de la mirada de alguien”. En la habitación intima del análisis es en este diálogo privado pero fuera de la habitación intima del análisis pues me atrevo a ser yo misma delante de la mirada de los demás.



**P: Comentabas hace un momento también sobre la propia vergüenza del terapeuta. ¿Te parece que quizá hay una manera de trabajar con la vergüenza del paciente a través de poder abordar, compartir, aceptar nuestra propia vergüenza y a veces incluso compartirla con el propio paciente? ¿Crees que puede ser una vía buena para trabajar con la vergüenza?**

R: Si, al hilo de esto, de la importancia del reconocimiento de la vergüenza en el propio terapeuta. Para poder avanzar en este recorrido, el objetivo de la terapia

psicoanalítica es que el paciente sufra menos, este mejor y sobre todo que el paciente pueda estar de nuevo en marcha, el movimiento ese que se detuvo por una circunstancia que vuelva estar de nuevo en marcha. Entonces es importante que en esa dinámica de interacción, de intercambio de subjetividades entre el analista y el analizado, podamos discriminar quien es el analizado y quien es el analista. Por lo tanto hay muchos momentos en que yo me he visto en situación de decirle al paciente: pues aquí he fallado, o aquí no me he dado cuenta de esto que en la sesión pasada pasó y afortunadamente ahora pues tu estas en condiciones de podérmelo decir. En la siguiente sesión yo me he encontrado con la iniciativa mía de decirle al paciente, pues menos mal que lo cuentas porque a mi me paso desapercibido en la sesión pasada. Yo he estado anteriormente, en otros momentos, con el miedo, el no atreverme a decirle esto al paciente, probablemente porque era muy joven y tenia mucho miedo de no hacerlo bien, que el paciente se fuera, que no continuara conmigo. Entonces este tipo de situaciones incómodas, complicadas para el terapeuta todos las hemos experimentado de alguna manera u otra. En cambio cuando ya tienes mas experiencia o has pasado por esas experiencias y has aprendido de ellas, pues va mucho mejor atravesar ese momento de vergüenza que también sentimos los analistas y poderle decir al paciente: pues esto que me está usted diciendo, menos mal que tenemos ocasión de verlo.

Ahora, quisiera también que con esto no significa que yo tengo que tener una empatía, sintonía cien por cien y únicamente en una dirección. Yo tengo que tener una empatía y sintonía conmigo misma cuando estoy con el paciente porque si no, no avanzaríamos. Por ejemplo, la semana pasada, uno de los paciente que yo estoy ahora atendiendo y que es un paciente difícil. Es un hombre muy exitoso, es una persona de nivel social alto, que se dedica a contratar directivos para empresas. Es un hombre muy inteligente, con un desarrollo de su identidad profesional muy bueno, triunfa en su trabajo. Pero en este momento necesita una ayuda terapéutica. Viene a la sesión y estos diálogos que tenemos juntos son diálogos muy activos y generalmente acaba la sesión diciendo algo así como: ¿ahora ya me tengo que ir? ¿pero si acabamos de empezar? Es decir protesta cuando se acaba la sesión y esa sensación que produce en mi de “te doy poco, porque tendría que darte mas” existe. Y yo me encuentro diciéndole algo así como: me doy cuenta que tienes muchas ganas de explicarme todo esto, que tienes mucha urgencia... Mi intervención en ese momento está intentando continuamente que el se de cuenta que yo estoy en sintonía con la subjetividad de él. Porque si yo en ese momento dejo de ser yo, y entonces con este paciente que necesita que yo le escuche muchísimo y acaba la sesión y no se quiere ir, imagínate que yo alargo (no podría porque después viene le siguiente paciente), pero si yo dejara de ser yo con este paciente, yo no le estaría ayudando. La empatía no consiste, para mi, en ser empático en una dirección. Yo tengo que ser empática con mi paciente, pero tengo que ser empática conmigo, en la medida de lo posible, ser honesta y decirle: la

sesión se acaba aquí, son 45 minutos aproximadamente, aunque yo estoy recibiendo, que tienes muchas ganas de contarme, que se te ha quedado corta la sesión que tienes muchas ganas de estar mejor. Son momentos complicados, que el analista siente una cierta violencia, porque esa persona está siendo muy invasiva pero lo está siendo porque necesita muchísimo resolver lo antes posible esa vivencia de inestabilidad tan insoportable para él. Por lo tanto es muy importante que en mi respuesta yo integre esa empatía en las dos direcciones.

**En el desarrollo de un self valioso, seguro, en muchas ocasiones o siempre, es necesario el tener experiencias de valía, de éxito, que nos aporten esa seguridad. ¿Cómo favorecer desde la propia terapia el que esas experiencias se den no solo en el espacio de la terapia sino experiencias externas? Como favorecer que alguien con gran inseguridad pueda enfrentarse a nuevos retos que le pueden asustar mucho y que además vaya con cierta seguridad para que sea un éxito y no sea un nuevo fracaso que le genera mas inseguridad?**

Yo creo que si en la habitación íntima del análisis, esa persona que en un momento dado tuvo la iniciativa de tomar en cuenta su vivencia de vulnerabilidad que le afecta de esa manera, en el propio diálogo terapéutico, esa persona se va a enfrentar a unas privacidades y va a tener unas iniciativas con su analista en el diálogo terapéutico que van a producir que esto que me estas preguntando se de. Y a veces me gusta comparar el trabajo que hacemos con el cuarto oscuro del revelado de las fotografías. Me gusta llamar a esta habitación la habitación de lo íntimo donde se comparten intimidades que no salen de aquí y eso produce integración del self. Y la persona cuando sale de la sesión, no me cabe la menor duda de que se atreve a cosas. Una mujer con mucha vergüenza puede atreverse a entrar en una tienda de estas de moda y pedirle a la dependienta que le deje probarse una chaqueta y probársela y salir. Este sentimiento de seguridad que las experiencias pueden producir se va alcanzando, se va desarrollando en la medida que interactuamos con los demás. Si esa interacción se hace en un espacio preparado para eso y con una finalidad que es este desarrollo, eso produce siempre, revierte siempre en este otro tipo de atrevimientos que son los que esperamos como terapeutas que se produzcan. Pero avanzamos mas mirando el detalle, mirando ese intercambio intersubjetivo, el darle importancia a los pequeños detalles en esa conversación, que no haciendo alguna recomendación sobre que podría hacer esa persona que le gustaría hacer algo y no puede. Nuestro trabajo no es el de dar consejos, dar recomendaciones, sino el de fijarnos, con mucho detalle en esa experiencia subjetiva que al propio paciente le puede pasar desapercibida. Pero que en cuanto se identifica esa subjetividad, esa persona aprende a fijarse de otra manera en esos detalles y esto le va a dar mucha desenvoltura después cuando está en otro contexto. Cuando está en una interacción social, o esta en la relación privada con su pareja o esta en plena relación con los compañeros de trabajo.

**Pues muchísimas gracias, Rosa. Un placer**

Bueno, ha sido un placer.



Barcelona, Febrero de 2011

Próximamente Jessica Benjamin

---

<sup>i</sup> Naranjo, R. (2012). Entrevista a Rosa Velasco. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (1): 120-128. [<http://www.ceir.org.es>]