

## CH: Una adolescente ilimitada: Aportes desde el enfoque dinámico-relacional<sup>1</sup>

María Campo-Redondo<sup>2</sup> y Marta Millán<sup>3</sup>

Maracaibo, Venezuela

En este trabajo se hace una reflexión sobre el caso clínico de una paciente adolescente, con un trastorno en el rango límite, y una personalidad con marcados rasgos deficitarios en su capacidad mentalizadora, con quien se inició una psicoterapia de inspiración relacional, al ritmo de dos sesiones por semana. No tenemos por objetivo la presentación minuciosa de información, ni tampoco la descripción exhaustiva de las sesiones, optamos más bien por un relato resumido de su historia familiar y contextualizar a la paciente en su trayectoria de vida. A partir del material clínico, se pretende elaborar algunas coordenadas del modelo dinámico-relacional, subrayando la importancia magistral del análisis de las vivencias traumáticas y deficitarias, así como la importancia de la relación terapéutica, la auto-apertura y los *enactments*, en un escenario de una psicología bi-personal. El saber que podemos ser "*genuinamente genuinos*", apoyándonos en una mutualidad no simétrica, sin esperar reciprocidad del paciente, sin imposturas intelectualoides, y aun así mantener una asimetría en una relación de ayuda compartida y co-construida, ha sido una de los logros más importantes al elaborar este caso. Cerramos con la satisfacción de haber intentado propiciar un vínculo sanante con esta paciente.

**Palabras clave:** Límite, enactment, autoapertura, relación terapéutica, adolescente

In this paper we offer a reflective on a case of a female borderline adolescent patient, who presents a significant deficit in her mentalizing capacity, with whom we worked two sessions per week in a psychotherapeutic relational approach. We do not have the intention to present a detailed report of the sessions, nor to give precise information of her progress; we prefer to outline a brief description of her family dynamic, as well as her history of life. From the clinical material of this case, we pretend to elaborate some theoretical coordinates based on the relational-dynamic approach. We underline the importance of the therapeutic alliance, her traumatic experiences in adolescence and deficits in her personality. In addition to this, we focus on concepts such as self-revealing disclosure of information and *enactments*, in a two-person psychology. Knowing that we can be "genuinely genuine", and that we can support ourselves in a context of a mutual, non-symmetric relationship, with absolute honesty, and without expecting something from the patient was a very important achievement in this case. We also trusted in the building of a co-constructed relationship. We close this paper with the sensation of having been of help and have established a healing bond with this patient.

**Key Words:** Borderline, enactment, self-revealing, therapeutic relationship, teenager

**English Title:** CH: An unlimited adolescent: Contributions from a relational-dynamic approach.

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Campo-Redondo, M. y Millán, M. (2017). CH: Una adolescente ilimitada: Aportes desde el enfoque dinámico-relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (3): 652-676. [ISSN 1988-2939]

[Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2017.110312

<sup>1</sup> Una versión modificada de este artículo se presentó como trabajo final del seminario "Introducción al Modelo Dinámico-Relacional" (IMDR), versión Febrero-Mayo 2017, tutorizado por Carlos Rodríguez Sutil, y gestionado por Ágora Relacional.

<sup>2</sup> Psicóloga-Psicoterapeuta. Profesora Titular Universidades del Zulia y Rafael Urdaneta. Corresponsal de la Revista CeIR en Maracaibo, Venezuela. [marisucampo@yahoo.com](mailto:marisucampo@yahoo.com)

<sup>3</sup> Psicóloga en práctica privada con experticia en psicología carcelaria. Cursante de la Maestría en Psicología Clínica. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela. [sintoniaemocional@gmail.com](mailto:sintoniaemocional@gmail.com)

*«Los terapeutas se preguntan a menudo:  
¿Qué debería hacer?  
En vez de,  
¿Qué debería pasar en este momento en esta relación  
y qué puedo ofrecer yo?»  
Hanna Levenson*

*«Sin simpatía no hay curación»  
Sandor Ferenczi*

*«Al cambio psíquico se accede por la relación»  
Alejandro Avila-Espada*

*«Donde con toda seguridad encontrarás una mano que te ayude,  
será en el extremo de tu propio brazo»  
Frase que leyó la paciente Ch, le gustó y  
la escribió en un pizarrón de su casa*

### **A modo de introducción**

El caso que a continuación se presenta, y a quien hemos denominado Ch, pretende dar cuenta de algunos principios de la postura relacional que han iluminado nuestra aproximación a la clínica.

Con este caso no pretendemos dar lecciones de un proceder correcto, sino más bien hacernos preguntas y reflexiones que en el caos, a veces nos imbuyen nuestros pacientes; consideramos que sólo a través de la lectura, la supervisión y sobre todo la interrogación profunda sobre nuestra práctica, es que podemos darle sentido a esta profesión de psicoterapeutas que hemos elegido como modo de subsistencia.

El caso en cuestión, lo hemos tomado de nuestra práctica diaria; la psicóloga tratante, MM, es participante en un seminario de supervisión de la maestría en Psicología Clínica de la Universidad RAFAEL URDANETA (Maracaibo, Venezuela), y MCR la profesora del curso. La visión que le damos al seminario está basado en la postura relacional. Aunque damos libertad al cursante de escoger aquellas coordenadas teóricas que mas iluminen su proceder, nos hemos mostrado particularmente motivadas a seguir los postulados del psicoanálisis relacional con esta paciente.

En tal sentido, exponemos primero las anotaciones que hemos formulado del caso, tales como los datos genéricos, el motivo de consulta, los síntomas más evidentes y la dinámica familiar,

para luego dar cuenta de algunos principios relacionales que consideramos podrían iluminar, tanto al clínico como al lector.

Declaramos nuestro principio organizador: intentar formar un vínculo, con una pregunta "guía" que orienta nuestro trabajo: "qué debería pasar en este momento, en esta relación, y qué puedo ofrecer yo", y donde nuestro norte en la tarea de ayudar al cambio es sostenido y atravesado por el vínculo terapéutico.

Hemos escogido este caso debido a que no solo nos remite a criterios de gravedad, como mas adelante señalaremos, sino que además nos conecta con los síntomas de una contemporaneidad desbordada, de un goce ilimitado dirían los colegas lacanianos, en cuanto a posicionarse en el mundo. Síntomas todos estos de una posmodernidad insaciable, que a pesar de la abundancia de recursos en una crisis sin precedentes en Venezuela, pareciera no conseguir alivio a sus padeceres.

### **Presentación del caso**

Abuelos maternos evangélicos, (abuela "regañona" que manda a la paciente a leer la biblia), que dentro de la escasez, ejercían (asumimos satisfactoriamente) funciones paternas con las tres nietas mayores.

Padre trabajador en una de las empresas más grandes del mundo, despedido de su trabajo en la crisis venezolana, que consigue sobrevivir en el extranjero y producir ganancias económicas muy rentables y sustentables, pero que no puede funcionar como sostén emocional de la familia.

Madre dependiente de su núcleo familiar ascendente, agobiada desde el inicio de la formación de la familia (*se casaron porque salió embarazada*) y co-dependiente del marido ("él es como un hijo más") y de la hija Ch ("*le digo que se busque una mujer como yo*"), que paga para tapar aquello que la familia no puede elaborar (Carolina Hernández, comunicación personal, mayo 2017), y que solo logra contener la irrupción sexual lésbica de la hija con castigos aislantes y sermones religiosos; tiende a hacerse cargo de los "enfermos" que viven en la abundancia (marido, hijo varón, CH), pero no de las hijas "no problemáticas" (que emigran y fueron criadas por los abuelos maternos en la escasez).

Hijas mayores que emigran (dos médicos de profesión, una administradora) quizás para huir del caos familiar).

Hijo varón internado en rehabilitación por problemas de drogadicción.

Y paciente identificada como Ch; se trata de adolescente, de sexo femenino, de 17 años de edad, bachiller, soltera, con dos inicios fallidos de ingreso universitario, que vive con sus padres, emisaria según diría Pichon Riviere, que no consigue referentes para definir su self, que no sabe quién es, ni qué es en términos de su género e identidad sexual y corporal, que se marca para calmar su miseria y definir sus límites, que roba sin necesitarlo, que pide operarse para moldear su cuerpo, y la complacen.

### Motivo De Consulta

Referida por sus padres por «problemas de identidad sexual y por robos a familiares y personas cercanas».

### Queja de la paciente

*«Me supongo que papá y mamá te dijeron que están mal por mi culpa... yo a veces he pensado que si dejara de existir ellos y todos fuesen mas felices».*

*«Desde que tengo 12 años y mi mamá supo que me besé en el colegio con una niña, me sacó del colegio... me pusieron en otro colegio a mitad de año y se burlaban de mí porque era gorda y me gustaban las mujeres... siempre he sido líder pero aquí estaba deprimida, porque yo amaba a esa chica, desde allí y en bachillerato, cuando mamá se enteraba que me gustaba una chica me sacaba del colegio... desde allí, no he vuelto a encontrar a alguien me ame, desde allí todas mis relaciones son tóxicas, pero no sé como salir de ellas... a mí me gustan las mujeres heterosexuales... odio que me llamen lesbiana, marimacha o gay... necesito venir a consulta porque ahorita estoy en crisis, tengo bajones por la relación que tengo... me enloquece pensar quien soy o descubrir quien soy, eso, me asusta mucho».*

*«Cuando era niña, nunca me gustaba que me pusieran vestidos, no me gustaban que me peinaran, yo solo los complacía, a mí me gustaban los relojes de papá, los cinturones de papá...».*

*«Yo fui muy consentida por mi papá cuando era niña, si le pedía el cielo rojo, me lo daba, siempre salíamos a comprar donats, un día mis hermanas le dijeron que yo era su consentida y todo cambió, el se distanció de mí, eso me causó una herida en el corazón, me dio directo en la yugular, tenía como 10 años... siempre me he sentido sola... mi infancia fue la época mas feliz».*

*«Desde que tengo 12 años todos han cambiado conmigo, mi abuela dice que yo soy una grosera y contestona, me manda a leer la biblia para que cambie».*

### Descripción clínica

Caso en referencia quien posee una apariencia masculina lo cual le agrada. Durante su primera entrevista, evidenció una actitud inicial hostil y defensiva, aspecto este que cedió en el transcurrir de la misma, al no sentirse juzgada ni rechazada, logrando establecer un vínculo de confianza y afecto hasta la actualidad.

Al iniciarse escolaridad, la misma fue con tendencia adaptativa, sin antecedentes de desajuste grave conductual durante su infancia, solo mencionan sus padres de que en el colegio manifestaban que *«era desobediente y no prestaba atención»*, refiriendo los mismos, *«haber sido muy consentida y malcriada por ser la más pequeña de sus hijos»*. Así mismo, no repite grados, asistía a tareas dirigidas por las tardes, su rendimiento fue dentro de lo esperado. Se ha caracterizado por ser *«la más bonita de todos sus hermanos»*, aspecto éste, que ha llenado de *«orgullo»* a su padre, *«todos me decían lo bonita que era, siempre me gustaba estar con ella, me he dado cuenta que con quien más tengo fotos cuando mis hijos estaban pequeños, era con ella»*.

Al iniciar adolescencia, a partir de inclinación homosexual, vivencia fuertes conflictos familiares, pues la joven es rechazada por su elección; a pesar de ello, no cambia la misma, al contrario, se inicia una lucha con su madre, quien se mostraba molesta ante su proceder. Su padre, igualmente rechazaba su elección, pero el solo llegaba a casa cada determinado tiempo, pues traba en el exterior. A partir de este período de su vida, se torna rebelde, desafiante, opositora y con un sentido de pertenencia al entorno. Manifiesta sufrimiento por el rechazo sentido, sobre todo por su familia. Sus padres han intentado de variadas maneras, *«de que se vuelva heterosexual»*, albergando la esperanza de que *«solo este confundida»*. Ellos, igualmente sufren y se sienten contrariados, porque cuando salen a pasear, las personas la llaman *«él»*. *«Si aunque sea fuera así, pero femenina Licenciada»*.

Dicha situación, se extendió al área académica, por ser cambiada de colegio por su madre porque le gustase una chica o por su conducta desadaptativa, en donde se inicia en dificultades tanto para el seguimiento de la norma como con la figura de autoridad. Sin embargo, no repite años, solo le quedaban materias, las cuales aprobaba en reparación.

Cabe destacar, el desarrollar altos niveles de ansiedad por su situación personal, afrontando la misma, con atracones de comida, principalmente, con alimentos ricos en carbohidratos, razón por la cual, llegó a aumentar considerablemente de peso, alcanzando niveles de obesidad. Para aquel entonces, solicitaba dinero para comprar alimentos y su mamá se lo negaba, *«para que no engordara más»*, entonces, se empezaron a perder cosas o dinero de su casa. Posteriormente, ya sus hurtos no solo se relacionaban para la compra de alimentos, sino que ocurrían, cuando sus padres le negaban algo que ella quisiese, extendiéndose los mismos a otros familiares, amistades y personas cercanas. Su madre se inicia en *«controlar»*, la

aparición del dinero o artículos perdidos, descubriendo sus escondites dentro y fuera de la casa y obligándola a devolver los mismos o en ocasiones, a hacerse cargo del pago de lo hurtado, cuando ya no aparecían los artículos o el dinero.

Debido a su apariencia física, comienza a colocarse ropa ancha, con tendencia masculina, pues manifiesta, «sentimientos de vergüenza por su apariencia». Tampoco le gustaba su cabello, «*porque era ondulado, me gusta liso*», por lo que se inicia en cortes de cabello mas cortos hasta que un día, elige un corte de cabello, rapado a los lados y dejándose cabello en el centro de su cabeza, secándose y colocándose gomina hacia atrás. En el mismo orden de ideas, se marca las iniciales de una chica que le gustó mucho. Su madre entonces, le paga para «*tapar esa marca fea, poco estética*». Recientemente, en uno de sus «bajones», se autolesionó, produciéndose varias cortadas con un «exacto», «*no sé, tuve un bajón, se me puso la mente en blanco*». 15 días después, en las mismas cortadas, se volvió a autolesionar, «*tuve un bajón luego de que mi papá y mi hermano me llamaron loca y que cuando iba a madurar*».

Ha llevado bebidas alcohólicas al colegio, (durante 2do año de bachillerato), iniciándose en el consumo de alcohol, durante su niñez, «*cuando era pequeña, mi papá me daba piña colada y eso tenía ron, a mí me gustaba la sensación y el sabor*» y formalmente, durante su adolescencia, «*me gusta tomarme mis roncitos, 3 y ya, para entonarme con los amigos*» (También lo ha utilizado para dormir, recientemente). Así mismo, se inició en esta etapa, en el uso de cigarrillos de nicotina, el cual suele ser compulsivo, «*cuando tengo bajones... me suelo fumar 10 seguidos*», sustituido el mismo, por un cigarrillo electrónico actualmente, el cual, no tiene componente adictivo, aunque, recientemente, «*por los bajones que he tenido, he vuelto a fumar, solo uno, me calmo y ya*». Igualmente, a la edad de 15 años, consumió, cannabis, alcohol y pastillas (sedantes), «*con unos amigos de mi hermano y mi hermano, para que me aceptaran, pero no me gustó, solo fue un mes, solo de allí, me quede con el cigarrillo y el alcohol*» (eventualmente, ha consumido marihuana junto con alguna pareja sexual y ha utilizado pastillas [clonazepam], para dormir). A su vez, sin prescripción médica, ha tomado medicamentos que suprimen el apetito y se ha inyectado sustancias para quemar y definir músculos, posterior a una intervención quirúrgica gástrica (bypass), practicada el año pasado).

Mantiene el ideal de ser líder, «*el alma de la fiesta*», tiene amistades protectoras (pocas) y de riesgo, siendo confluyente ante las mismas y llegando a la despersonalización; en la realidad, solo cuenta con una amiga desde el bachillerato.

En el mismo orden de ideas, ha mantenido, «*conquistas*», principalmente con chicas comprometidas en relaciones heterosexuales, pues visualiza las relaciones afectivas, «*como un reto*», «*quiero buscar alguien que me quiera*». Su relación reciente, la de mayor impacto, fue con una joven de mayor de edad, con conductas de riesgo, describiéndose como «su amiga

con derecho», sin embargo, en esta relación, sufre mucho por la posición que esta joven, le da en su vida. De igual manera, eventualmente, mantiene una relación cercana «sin ponerme mal», con una amiga de 30 años. Ha tenido encuentros íntimos con estas dos chicas, sin embargo, no permiten que exploren su cuerpo, solo explora ella. Ha manifestado, igualmente, haberse besado con hombres.

Inicialmente, al comenzar consulta terapéutica, no se definía en su orientación sexual. En algunos momentos, se ubicaba como transgenero, pautando investigación para terapia hormonal y reasignación sexual. Posterior a sus encuentros íntimos, en donde su cuerpo es halagado por su compañera, ha desistido de esto, sintiendo agrado por su cuerpo, identificándose en la actualidad, en una elección bisexual, aunque expresa, «lo mío son las mujeres, yo quiero mi cuerpo pero, dentro de mí, vive un hombre».

Actualmente, su relación «tóxica», finalizó y esta conociendo a una joven de su misma edad.

Muestra resonancia afectiva, afecto por los animales, siente gusto por la cocina, el canto, la actuación y las carreras numéricas.

Es una joven con ambivalencia afectiva, impulsiva, con comportamientos acting out, inclusive, sus hurtos se relacionan no solo con la satisfacción de sus necesidades personales sino, cuando siente rabia, pues ocasiones, ha robado algo, sin necesidad de usarlo en el momento, locus de control externo, identidad difusa, expresa, sentimientos de soledad durante su infancia y en la actualidad.

Sus «bajones», están asociados a sus relaciones afectivas, a conflictos con su padre, por las cosas que hace bajo los momentos de rabia, por algún acontecimiento que perciba como rechazo, cuando no logra lo que quiere o desea.

Por su pérdida de peso, ha comenzado a sentirse a gusto con su cuerpo, por lo que aunque mantiene su estilo masculino, suele ponerse ropas ajustadas, tomándose fotos que publica por sus redes sociales.

### **Dinámica familiar**

Es la hija menor de 5 descendientes de la unión legal entre sus padres, ambos profesionales, su padre se asocia en empleos fuera del país, en Europa y su madre, labora en una empresa con sede en Venezuela y a nivel internacional, oportunidad ésta, que ha constituido una bonanza para el grupo familiar. Sus 3 hermanas mayores, profesionales y muy unidas, viven en el exterior, su hermano, bachiller y actualmente en rehabilitación por adicción a sustancias y con antecedentes de conducta aislada, poco sociable desde su infancia, con quien caso

identificado tiene un vínculo cercano, expresando, *«me tocó jugar con mi hermano, mis hermanas ya eran grandes cuando nació»*.

Sus padres contraen nupcias por embarazo, habitando siempre con padres de la madre de la adolescente. Las 3 hijas mayores son descritas como, *«las hijas de la escasez»* y para ese momento, los abuelos maternos, ejercían controles de dirección en los roles de ambos padres. Los dos hijos menores, son descritos, *«como los hijos de la abundancia, les dieron a manos llenas»* y ya sin tantos controles (seguimiento), por parte de abuelos maternos.

Destaca padre con antecedentes de adicción a sustancias, siendo su droga de mayor impacto el Cannabis, de inicio al final de la adolescencia. Al contraer nupcias y su esposa se percata de ello, junto a sus padres, lo apoyan para tratamiento de rehabilitación. La relación entre ambos se ha caracterizado por controles por parte de su esposa para que *«no consuma»*, siendo que en la actualidad, expresa un año y unos meses sin consumir.

Evidencia patología en su personalidad, siendo hostil, con tendencia al aislamiento, poco empático, necesidad de aprobación, actúa en el deber ser, siendo su consumo de Cannabis, *«el ideal para sentirme relajado»*, con mal manejo de la ansiedad y de la agresividad, impulsivo, poco tolerante, distante afectivamente.

Durante sus deseos de consumo y ante la no aprobación de su esposa, solía invitar a sus 2 hijos menores a pasear, *«así mi esposa pensaba que iba a compartir con ellos, ellos jugaban en el parque, en la plaza y yo me fumaba mi porro, eso me daba mucha ganas de comer dulce y luego íbamos a comprar las donas»*. En este aspecto expresa la adolescente, *«siempre he conocido el olor de la marihuana, mi papa siempre olía así, luego ya supe que era a marihuana a lo que él olía»*, (sin embargo, mantiene la idealización de que él salía con ella, porque era su preferida).

Entre otros datos relevantes, al nacer su único varón, el padre de la joven, siente mucha frustración, *«él era débil, aislado, yo quería jugar básquet, beisbol y no... nada de eso le gustaba»*. En este aspecto la joven expresa, *«yo fui la hija ruda de mi papá, yo si jugaba con el básquet, beisbol, me gustaba el karate, a mi hermano no, aquí se invirtieron los papeles, es como que él es la mujer y yo el hombre»*.

Es importante mencionar que, ante esta situación de hostilidad por parte del padre del caso en referencia, este joven fue protegido por su madre aunado a su dificultad para conectarse con el mundo, manifestando la paciente, sensación de soledad en relación con su madre.

A su vez, la madre de la joven, manifiesta que *«mi esposo es como otro hijo mas, el no sabe afrontar las crisis con nuestros hijos menores, me ha tocado a mi solita, él está trabajando afuera y cuando llega, no sabe resolver nada»*. Inclusive, manifiesta la Sra., que durante la crisis de consumo de su hijo, el padre de la joven, consumió junto con él en algunas ocasiones, *«el en*



su aislamiento, pocos amigos, no sabía donde comprar la marihuana cuando vino unos días y se le ocurrió, decirle a mi hijo para comprarla».

Sin embargo, la madre del caso expresa, *«amo a mi esposo, yo debo ayudarlo y mantener el hogar unido»*, observándose marcados debeísmos e introyectos no integrados del superyo, producto de su crianza y la pertenencia junto a su familia, a la religión cristiana evangélica, religión que elige la abuela materna de la joven, ante un hogar disfuncional, con un esposo con indicadores de violencia y ambivalencia afectiva.

Grupo familiar que en la actualidad, evidencia confluencia en su forma de contactar, con dependencias como formas de sostenerse en el mundo, tanto de sustancias como comportamentales. Dicha forma, se transmite generacionalmente. De igual manera, se sostienen en una religión específica, con dificultades en sus procesos de diferenciación.

Sin embargo, se encuentran ganados a la intervención terapéutica y a aprender de sus experiencias.

## **Evolución**

Adolescente de sexo femenino de 17 años de edad, quien asiste a consulta terapéutica 2 veces por semana, con seguimiento psiquiátrico y medicación, aspecto éste que ha incidido favorablemente en su control de impulsos, en la estabilización de su estado de ánimo y en la higiene del sueño.

Cabe destacar su transferencia para con la terapeuta tratante, en este sentido de «prótesis», estando en la actualidad, en proceso de reconocimiento de sus síntomas asociados a su trastorno límite. Es capaz de identificar emociones asociadas a «bajones» y buscar solución constructiva de sostenimiento, inclusive, se le permite una conducta de «SOS», es decir, contactar a la terapeuta antes de emitir conductas de autoagresiones o explosivas. Destaca como la construcción de un vínculo distinto, desde el no juicio, ir mas allá de su síntoma «antisocial», dibuja una manera desadaptativa de vincularse como sentido de pertenencia y de atención.

En este sentido, sostenida en la relación intersubjetiva, la paciente puede entonces, iniciar la construcción de su identidad, tomando en cuenta sus áreas sanas. Se utiliza la paradoja como manera de colocar responsabilidad en sus acciones desadaptativas.

Es receptiva, afectiva, espontánea y sincera en la actualidad.

En cuanto a su identificación sexual, aun cuando tiene 17 años, es decir, es una adolescente, siente agrado principalmente por sus elecciones homosexuales, sus gustos masculinos,

aunque reconoce su lado femenino. En este aspecto, se mantiene en observación, pues en su proceso de construir su identidad, debe ser libre de sus elecciones, aunque responsable.

En cuanto a su familia, se mantienen en orientación y seguimiento, a fin de que puedan afrontar con la joven, su ambivalencia afectiva y sus conductas desadaptativas, sin caos, sino, desde el amor genuino, prestando atención a toda conducta favorable que emita como pauta relacional primordial, alcanzando con su madre, mejores resultados.

A su vez, se observa mayor aceptación a su inclinación sexual, su madre ante su relación toxica le ha verbalizado, «hija, debes buscarte una mujer como yo»; ha mejorado el vínculo madre-hija, constituyendo su madre, un vinculo de mayor sostén y contención.

Su padre, asiste a tratamiento psiquiátrico y ha aceptado la asistencia farmacológica como un sustituto de su adicción (tomando en cuenta la neurobiología de la adicción), pero en este caso, la sustitución es mas adaptativa, disminuyendo sus niveles de hostilidad, manteniéndose en seguimiento terapéutico en su rol de padre y en algunas características de su personalidad.

### Vivencia del caso

Suscribimos el acercamiento fenomenológico que le da Fosshage (citado por Orange, 2002), a la vivencia que se produce en la sesión, eliminando el concepto tradicional de contratransferencia, y nos referimos simplemente a la experiencia que tiene el terapeuta del paciente, dándole énfasis a la participación **TOTAL** de la subjetividad del clínico.

- *Durante la consulta inicial, me impresionó sobremanera, su aspecto masculino, sentía confusión como tratarla, si por él o por ella, pero no se lo pregunté de inmediato, luego me indicó que la llamara por su nombre, porque realmente no sabía qué hacer con su género femenino, "si yo me opero, que haré con Ch, matarla?*
- *Sentí una fuerte necesidad de acompañarla y aceptarla incondicionalmente y eso devolví. Sentí que en su transferencia me daba un lugar en su caótica organización, que requería para poder apoyarse y eso me asustó al principio, en la actualidad, comprendo sus movilizaciones y puedo organizarme ante ello, a fin de poder sostener.*
- *Sentí una fuerte necesidad de acompañarla y aceptarla incondicionalmente y eso devolví. Sentí que en su transferencia me daba un lugar en su caótica organización, que requería para poder apoyarse y eso me asustó al principio, en la actualidad, comprendo sus movilizaciones y puedo organizarme ante ello, a fin de poder sostener.*

- *He conversado con su madre, sobre mis inquietudes, mis miedos e incluso, mi necesidad de acompañarlos pero dentro de límites pues yo también soy ser humano y necesito protegerme, devolviéndole realmente, que es ella su madre, no yo, que quizás ella establece un vínculo conmigo diferente y eso la ayudará, pero principalmente, el vínculo más sano, es con ella misma, la prótesis ideal y que pudiese intentarse también con ella, porque su vínculo con su padre la ha marcado desfavorablemente.*
- *Desde que asumí el caso hasta la actualidad, poco a poco, he ido generando organización ante el caos de esta paciente y de su familia. Ya no entro yo en caos...he aprendido en adentrarme en el vínculo sin desprotegerme y ya no siento terror. Ante su última autolesión, la apoye y acompañe emocionalmente, no desde el caos, sino sobre una base firme en mi interior, comprendiendo su conducta como parte de su estructura. Siendo este es caso tipificados como «pacientes graves», tomando en cuenta la realidad y no la idealización, puedo a través del vínculo, acompañarla en la construcción de sostenimiento más sanos y constructivos con el medio circundante.*

### Coordenadas teóricas

- Déficit en la relación con cuidadores primarios.
- Víctima de padre con alteraciones de personalidad antisocial y consumo de sustancias.
- Disforia de Género vs Homosexualidad de inicio en adolescencia vs Bisexualidad actual.
- Trastorno Límite de Personalidad de inicio en adolescencia.
- Comportamiento Antisocial vs Rasgos de Personalidad Antisocial

### Preguntas que nos formulamos

La primera pregunta que nos formulamos al leer la descripción del caso, es cómo ordenar este caos, y cómo entenderlo para brindar algo de compasión a esta paciente, y por ende a su familia, en el difícil transitar de la adolescencia y del exilio.

Al respecto, Bromberg (2004), nos señala que muchas veces los pacientes nos traen deseos inarticulados de que les conozcamos, “desde dentro hacia afuera”, y esto por supuesto que tuvo su impuesto en la terapeuta, pues en las primera sesiones no hallaba cómo darle sentido a lo confuso que su mente y su cuerpo reaccionaban frente a esta chica.

## ¿Un Caso Grave?

La primera idea que nos asalta cuando pensamos en este caso, es la de GRAVE.

Este es un caso de gravedad, de acuerdo a los criterios de Nemirovsky (2009), cuando afirma que un paciente grave es quien nos coloca en una situación difícil, no cotidiana, en nuestra clínica.

Y esto es lo que nos ocurre con esta paciente. No hayamos por dónde entrarle, tanto por la multiplicidad de síntomas, como por lo doloroso que impresiona su mundo interno.

Nemirovsky nos da varios criterios que a continuación desglosamos, y de los cuales nuestra paciente cumple la mayoría.

TABLA No. 1 Criterios de gravedad en CH de acuerdo a Nemirovsky (2009).

Criterio	Ejemplificación
Es quien no posee como herramienta psíquica un yo observador que le posibilite la distancia del "como si".	Pareciera que nuestra paciente se deja impregnar de las imposiciones de su familia, en especial las de su madre. Y en un desespero por adaptarse a su entorno familiar, hace lo que puede para sobrevivir: roba, desobedece, trasgrede normas, pero sobretodo, siente que es un estorbo y quiere "dejar de existir". Y todas estas vivencias las experiencia sin poder conectarse con un instrumento mentalizador que le permita cuidarse y disfrutar de su adolescencia y su cuerpo floreciente.
Quien necesita que el terapeuta se preocupe por él.	La terapeuta lo que ha intentado hacer desde que se inició la relación profesional es preocuparse por la paciente, por su seguridad, y por estructurar unos límites, que los padres no han podido sostener. Y a pesar de que no tenemos una idea clara de las coordenadas que expliquen el cambio que ha empezado a ocurrir en esta paciente, ella misma nos lo dice en uno de los posters que pone en su pared "donde con toda seguridad encontrarás una mano que te ayude, será en el extremo de tu propio brazo". En esa oportunidad no captamos su pedido de auxilio, pero en una próxima, estaríamos prestos a "romper" el encuadre, tomar su mano y comentarle, "y que esta mano sirva para cuidarte y no para robar y meterte en problemas" (Carolina Hernández, comunicación personal, mayo 2017).
Quien requiere de los otros como objetos para satisfacer las necesidades y no los deseos	Ch busca parejas comprometidas en relaciones heterosexuales (mujeres que están comprometidas con hombres), mucho mayores que ella, que utilizan la solidez económica de su familia, para comprar droga, pero que no le dejan mas que "toxicidad",

	según las propias palabras de Ch. Nuestra paciente se deja abusar de "sus parejas", no para satisfacerse ella, sino para calmar su soledad. Es como si en una repetición compulsiva de sus relaciones primarias, buscara parejas que tienen que hacerse cargo de otros, quedando ella sin poder satisfacer sus necesidades y repitiendo un modelo de relación objetal con una madre que no nutre, y que solo se hace cargo de otros, pero no de ella. Quizás, producto de la relación con su tratamiento, ha empezado a aparecer una relación con objetos de deseo: ahora sale con una chica de su edad ("disponible"), y no con una adulta quien la utiliza solo para conseguir droga.
Quien necesita una red sostenedora, demandando a los demás esta función.	La paciente demanda a sus padres contención. Con sus síntomas nos suplica que le devolvamos aquello que no tiene: un aparato que mentalice sus vivencias, sobre todo aquellas relacionadas con su cuerpo y su género. También podemos observar que la paciente accede a su belleza corporal, sólo a través de la palabra del padre: "bonita" y "la preferida". Cuando el padre, por razones que aun no hemos descifrado se detiene en esa función de sostén del narcisismo de Ch, ésta se empieza a desboronar, y su self da las primeras señales de mostrar una necesidad sostenedora "insostenible".
Los pacientes deficitarios. En ellos intentaremos facilitarles la experiencia del sentido de sí mismo, quienes nos transmiten que "no se trata de encontrar algo sino de sentir que algo existe".	Con esta paciente, mas que abordarla desde un diagnostico estadístico, nos propusimos crear un ambiente de existencia, para así poder procesar su primera narrativa en terapia, " <i>vengo porque hago sufrir</i> "...es decir, ella ni siquiera está en contacto con su PROPIO sufrimiento, sino con el de sus padres por la existencia de ella.
Requieren intervenciones afirmativas de parte del terapeuta para "permitir la internalización de las relaciones objetales que todavía no se ha alcanzado en la evolución previa" para confirmar la validez de la propia experiencia.	Nuestra paciente pareciera no haber podido elaborar qué y a quién quiere querer. Sus elecciones de pareja son rechazadas por sus padres y están encaminadas a perpetuar su sentimiento de soledad.
Necesitan algo más que las palabras del terapeuta.	Definitivamente, esta paciente ha generado en la terapeuta intensas movilizaciones, que van desde una sana preocupación y deseos de supervisarla para comprenderla mejor, hasta frustración y rabia por no poder contener su fuerza destructora y traumática. A partir de una elaboración como paciente "grave", esta terapeuta ha captado que su presencia es tan sanadora como algunas intervenciones "técnicas" que ha formulado. La terapeuta ha participado activamente con los padres en trabajar "todos juntos"

	en contener la fuerza destructiva de Ch, y ha pedido colaboración a la paciente para entenderla mejor. La terapeuta también ha permitido acercamientos físicos (manteniendo la asimetría ética), que con otros pacientes serían impensables (un abrazo, revisar los brazos y áreas donde se ha cortado y tatuado, revisión de fotos familiares).
No maduraron en el momento oportuno, y que por ende se alejaron de la salud, resultando "seudo" o "sobre" adaptados.	Esta adolescente, a pesar de haber sobrevivido al exilio de sus padres, irrumpe en esta etapa de la vida con transgresiones que amenazan el precario equilibrio familiar.

Al respecto, nos precisa Rodríguez Sutil (comunicación personal, mayo 2017) que más que un caso de gravedad como tal, impresiona como "moderadamente grave", debido a que mantiene relaciones, sigue con sus estudios y las autolesiones, no suponen un riesgo real a su vida. El funcionamiento entra, desde luego, dentro del ámbito de lo límite, no solo de la paciente sino de su grupo familiar. EL consumo de sustancias concuerda con el funcionamiento límite, y no podemos precisar tanto si como causa o como consecuencia. Los elementos antisociales son poco importantes pues se limitan en la mayoría de los casos al ámbito familiar y no suponen la expresión clara de agresividad hacia el entorno.

### Su sufrimiento

Habiendo declarado que afrontamos a esta paciente desde los criterios de gravedad de Nemirovsky, nos dirigimos entonces a tratar de darle un sentido a la narrativa y sintomatología que nos presenta Ch.

Lo que más nos llama la atención es su inicio. Ch se nos muestra como alguien con un sufrimiento disociado.

Ella viene a consulta, traída por sus padres, con cierta conciencia del sufrimiento que causa. Y pensamos que, vía identificación proyectiva, hace sentir a sus padres lo que ella no es capaz de elaborar, por lo menos así nos lo hace saber en la primera entrevista: "*Me supongo que papá y mamá te dijeron que están mal por mi culpa... yo a veces he pensado que si dejara de existir, ellos y todos, fuesen mas felices*".

Ya de entrada nos comenta su incapacidad para proporcionar felicidad, ni a su self, ni a sus objetos.

### Postura técnica

A lo largo de estos encuentros terapéuticos con Ch, hemos sentido la importancia en cambiar la técnica, acercándonos más a una en la cual el vínculo es el protagonista a cuidar, y la interpretación es usada solo como formulación tentativa y poco elaborada, donde el enfoque en la comprensión del proceso terapéutico y las vicisitudes de la relación son siempre entendidas como un encuentro entre la paciente (y su familia) y la terapeuta.

En este caso, procuramos proporcionar lo que Vilar (2005) denomina un sentimiento de acompañamiento, un establecimiento de una resonancia con aquel que se siente confuso. O como nos lo sugiere Bromberg (2004), percatarnos de la presencia de la paciente, de estar lo más en sintonía posible con esos momentos cuando la aplicación de la «técnica» reemplaza una postura centralmente organizada por estar continuamente involucrado en la experiencia del que sufre.

### Psicodinamia

Qué pasó a los 10 años en la vida de Ch, es una pregunta que ronda como un fantasma en las sesiones.

Después de esta edad, su padre se "retiró" de su vida", y ella, asumimos, dejó de "existir como la bonita y consentida", o por lo menos, su self se dejó de nutrir. Quizás a esta edad podríamos ubicar el inicio del debacle narcisístico de esta paciente. Es el inicio de la pubertad.

Nos preguntamos, será que a esa edad de 10 años, ya no le fue útil a su padre. Será que la irrupción de la sexualidad (precoz?) en esta paciente fue demasiado amenazadora para el padre?

Y no solo para el padre, pues la madre al saber la orientación sexual de la hija, la castiga con la separación y el cambio de colegios.

Consigue tener a todo el mundo pendiente de sus actos, con su sexualidad "exhibicionista", y como "la bonita de la familia". Sin embargo, nos recuerda Rodríguez Sutil (comunicación personal, mayo 2017) esto no es grave, pues a veces se confunde el diagnóstico de histeria con la mera simulación. Esta paciente, como ocurre en estos casos, no simula sino que sufre, muestra su necesidad de afecto. Inicialmente tenía el afecto del padre, que la decepcionó y, posiblemente, provocó su mayor conflicto al no liberarla de una madre posiblemente muy absorbente que, cuando admite la homosexualidad de la hija, le recomienda que se busque una mujer como ella (la madre). Winnicott explica las conductas delictivas en preadolescentes como un intento por reclamar el afecto que se les dio y luego se les retiró.

A través de la descripción que nos hace Ch de su vida, observamos que su self no encuentra referentes para sostenerse en el mundo. Solo lo que su padre le denominaba, “*bonita y consentida*”, hasta los 10 años.

A los diez años Ch deja de ser vista por el padre, y asumimos que por la madre también (el hijo varón adicto empieza a dar sus primeros pasos en la conducta adictiva).

Las ideas de Vilar (2005) nos resultan iluminadoras cuando nos indica que en este proceso, la no-respuesta es precisamente lo que genera un efecto de aniquilación del self: lo que no es reconocido no genera respuesta y lo que no genera respuesta acaba siendo vivido como que no existe.

Eso es lo que pensamos que nos transmite Ch cuando nos dice de que todos serían mas felices si ella no existiera.

Al respecto, nos indica Vilar (2005), que en el desarrollo, nacemos y crecemos en contextos intersubjetivos, donde cada subjetividad emite estímulos hacia las subjetividades que les rodean, las cuales a su vez responderán en función de sus propias características particulares.

La imagen que Ch va construyendo de sí misma, está en función de este tipo de respuesta especular: la experiencia que tiene de su propio self, está configurada por los elementos de las respuestas que los adultos significativos le han dado. Para ella, existir es ser reconocida por un padre que la utiliza de señuelo para tapar su adicción a las drogas, y que la inicia en el consumo de alcohol (asumimos para entretenerse él y entretenerla a ella).

En tal sentido, pensamos para que pueda integrar sus afectos construyendo su realidad afectiva, necesita que sus sentimientos puedan ser reconocidos por el otro significativo, y encontrar un modo de estar en el mundo donde ser “bonita” implique ser algo mas que un escondite del padre.

Vilar (2005) nos recuerda que cuando el objeto ignora al sujeto, éste queda convertido en nadie: para alguien cuya mente y cuerpo han sido “ninguneados” (expulsada del colegio por la madre cuando la descubren en una exploración lésbica, y obligada a tapar aquello que la madre no quiere ver, lo único que existe es irrealidad, y lo único que es real, no existe.

El niño necesita sentirse reconocido en sus vivencias de intencionalidad, de manera que la frustración a esta necesidad genera la experiencia de ser tratado más como objeto que como sujeto, lo cual es a su vez el más poderoso generador de vergüenza.

Pareciera que la vergüenza de Ch por ese “mal existir” no es reconocida por su entorno, y ella se encarga de compensar esta herida narcisista y volvérselo a si misma, con conductas provocadoras (robos, trasgresiones con el alcohol) y lesionantes (cortes).



Para abordar esta dinámica, Aron (2004) sugiere que una buena parte del narcisismo y patología borderline, incluyendo condiciones estructurales relacionadas como son las perversiones, adicciones, trastornos de la alimentación y trastornos psicósomáticos (todas estas presentes en Ch), se pueden entender mejor en términos de la falta de capacidad del paciente de mantener la tensión adecuada entre dos perspectivas en el self, la del conocimiento subjetivo y la del conocimiento del self objetivo.

En este tenor, Aron (2004) ha afirmado que cuando se está inmerso en un estado de consciencia de conocimiento subjetivo, el self se experimenta como el agente, y en «un centro de iniciativa y receptor de impresiones» llevando al extremo, esto puede llevar al paciente a experimentar grandiosidad y derechos y ser incapaz de experimentar al self como un objeto entre otros objetos o un self entre otros «si mismos».

Pareciera que el conocimiento subjetivo en Ch se limitó a “repetir” aquello que su padre le especularizaba. Ser bonita para tapar la “miseria familiar”.

Por otro lado, continúa describiendo Aron (2004), cuando está inmerso en el estado de consciencia de conocimiento del self objetivo, el paciente solo puede verse como objeto entre otros objetos y no puede experimentar el sentido de agencia o vitalidad que está unido a un sujeto, un centro distinto de pensamientos, sentimientos y acciones.

En este tipo de conocimiento, pudiésemos afirmar que Ch solo es capaz de ver su “mal existir”, y su “utilidad” para tapar la adicción de su padre.

Ch no puede converger su sentido de estar entera y viva (conocimiento subjetivo), con el de sus padres y su propio conocimiento de si misma como una persona entre muchos otros (auto-conocimiento objetivo).

Aron (2004) recurre a un concepto que nos resulta muy útil para dar cuenta de la incapacidad de Ch de darle sentido a sus vivencias, en especial las corporales y relacionales; nos referimos en particular al del auto-conocimiento reflexivo.

Este es un proceso tanto intelectual como emocional, que implica la mentalización consciente y preconsciente, y se nutre de representaciones simbólicas, icónicas y enactivas, e implica la mediación del self como sujeto con el self como objeto, el yo y el yo mismo, tanto en lo verbal como lo corporal, y el otro como sujeto y también como objeto.

Este tipo de conocimiento es una conceptualización que une lo intrapsíquico con lo intersubjetivo, y no se refiere solo a un conocimiento estático ni firmemente adquirido, sino que es más bien un proceso que ocurre en una conversación interna entre múltiples si mismos,

así como un dialogo externo con otros, quienes deben verse tanto como sujeto como un objeto, creando así un espacio mental triangular, un tercero que surge una relación diádica.

La auto-reflexividad, según Aron (2004), no es el logro de una mente aislada en contemplación privada, como se podría deducir de los conceptos tradicionales de insight y autoanálisis, sino que siempre atañe a una unión afectiva, y un encuentro de mentes.

Pareciera que Ch no ha podido lograr la capacidad de la auto-reflexividad descrita por Aaron (2004), donde su habilidad como sujeto, vivo y vital, de verse a si misma, está mediada por la incapacidad de su entorno en reconocer sus necesidades, y ella tampoco puede distinguir las de sus objetos (padres, pares), por lo que se identifica con objetos abandonantes y frustrantes, y esto nos lo muestra al relacionarse con parejas comprometidas que en nada le acercan a sus deseos.

Es importante entonces resaltar la idea que nos propone Aron (2004), cuando nos sugiere que cualquier afecto y pensamiento de un niño no tolerable a los padres, se disocia en el "no-yo", y por tanto no resulta disponible para el autoconocimiento reflexivo.

Y en este punto es necesario recordar que cuando Ch irrumpe con su sexualidad "exhibicionista" en la adolescencia, su madre no consigue darle un espacio a esta pasión, y opta por castigarla, cambiándola de colegio.

Podríamos pensar que este es un vívido ejemplo de lo de que Aron (2004) refiere, pues esto limita la capacidad auto-reflexiva de esta chica. Así, quienes no han conseguido una capacidad para la simbolización, experiencias afectivas no formuladas solo pueden ser experimentadas indirectamente, comunicándolas intersubjetivamente a otro, vía identificación proyectiva.

En el caso de Ch, esta capacidad auto-reflexiva que le fue negada, es auto-compensada con suministros orales desbocados, como la drogadicción, la sobrealimentación, la ingesta del alcohol, robos y conductas transgresoras.

## El cuerpo

El cuerpo es un asusto constante en la narrativa de esta chica.

A lo largo de las sesiones con Ch, hemos podido observar como ella, poco a poco ha logrado integrar partes escindidas y rechazadas de su self, en especial de su self corporal.

Nos parece muy iluminador la atención que Ch le está empezando a dar a su cuerpo, cuando afirma que, "*Donde con toda seguridad encontrarás una mano que te ayude, será en el extremo de tu propio brazo*".

Pareciera que su capacidad auto-reflexiva ha iniciado un camino y hay una mayor comunicación entre sus propios múltiples "si mismos", y tal como nos lo muestra Aron (2004), una mayor habilidad para mantener la tensión en su relación con otros tanto sujetos como objetos ha empezado a emerger.

En relación con lo anterior, es importante resaltar que Ch ha iniciado una "amistad" con una chica de su misma edad.

Y para sustentar la idea del trabajo corporal con Ch, recurrimos a Rodríguez Sutil (2017), cuando nos comenta en su intervención en el reciente congreso de Gestalt, que una de los principales objetivos que se buscan en toda terapia es la aceptación de uno mismo, lo que normalmente pasa por la aceptación del propio cuerpo.

Quizá el rechazo del cuerpo, es uno de los aspectos más negativos de nuestra cultura, dice este autor, y que se muestra en diferentes formas de autoagresión: bulimia, sobrepeso, negación de la sexualidad o exacerbación de la misma, evitación de la amistad y del contacto.

Todas estas "exacerbaciones" de la voracidad oral se ven reflejadas en el cuerpo de Ch. Ch pareciera mostrar su cuerpo para repetir aquellos traumas que con palabras no alcanza a elaborar.

Somos nuestro cuerpo, nos recuerda Rodríguez Sutil (2017), si es que aquí se puede aplicar el concepto de "propiedad".

Pero este cuerpo, esta persona, continua comentando este autor, no está nunca aislado, aunque momentáneamente pueda estar sola, desde el primer contacto piel con piel con la madre. Se supone que en la medida en que nos permitimos el disfrute y la autorrealización también estamos en la mejor disposición para permitirselo.

Ch nos lo dice desde el inicio del tratamiento, ella era la bonita de su familia, su cuerpo era bonito, hasta que irrumpió la necesidad de definirse en términos de un género, y ahí su cuerpo empezó a mostrar grietas: obesidad, cortaduras, operaciones, sobrealimentación, drogas.

Sería razonable pensar que el cuerpo de Ch no pudo sostener los traumas primarios que afligieron a su self, y es en el inicio de la pubertad donde se muestrean dichas heridas con resplandor.

Nos recuerda Aron (2004), que la psicopatología parece estar mediada por una incapacidad para el auto funcionamiento reflexivo, y específicamente, muchos de los impactos de trauma, parecen estar pasando factura interfiriendo con el funcionamiento autoreflexivo, dejando que el cuerpo lleve el marcador.

Ch nos muestra la disociación de su self corporal: es mujer (y bonita), pero internamente se siente hombre. Y repite las conductas de "hombre-padre" y "hombre-hermano" en su casa: roba y consume drogas. Internamente se siente hombre, pero un hombre "dañado".

Toda la disociación tiene sus raíces en la disociación primal del cuerpo de la mente, del conocimiento subjetivo de conocimiento objetivo, y del pensamiento del afecto. Generar una integración de estos aspectos disociados pensamos que solo se logra en un contexto terapéutico interpersonal.

Pareciera que esta paciente ha iniciado un proceso de mentalización corporal, y donde la idea de su propio cuidado pudiera llevarla a estar más en paz consigo misma y con su cuerpo.

Al observar la dinámica familiar de Ch y empatar su sintomatología, no podemos pasar por alto lo "enfermo" de este sistema familiar, todo ello enmarcado en la profunda crisis política, social y económica que viven sus padres en Venezuela.

### **Virtualidad sana**

Coincidimos con Rodríguez Sutil (2017), en que el objetivo no es tanto que la persona se adapte o se ajuste a una sociedad profundamente enferma, sino que busque el mejor camino para mantenerse relativamente sana y moderadamente feliz a pesar de la sociedad (y agregamos nosotros entorno familiar) que le rodea.

También suscribimos la tesis de Crastinopol (2004), cuando afirma que la meta en una psicoterapia de corte relacional es ayudar al paciente a reconocer su valía y las limitaciones que representa su patrón particular en conseguir un bienestar psicológico general, así como también acceder a lugares del si mismo no conocidos por el paciente, en términos de los cuatro lugares habitables de los que habla esta autora: el fenomenológico (si mismo verdadero), el intrapersonal (imágenes cristalizadas de si mismo), el interpsíquico (vida subjetiva imaginada) y el interpersonal (self relacionándose con los demás)

En todo proceso terapéutico es importante las consideraciones sobre la "virtualidad sana" que existiría aún en los pacientes más graves, pues esto implicaría la existencia de potenciales inconscientes salutogénicos, coexistiendo con las tradicionales resistencias y escisiones inconscientes.

Y bien que nos lo hace saber Ch, cuando nos habla de una niñez feliz, de una dedicación de su padre, que aunque sirviera para tapar otros asuntos de la familia, aun así para ella tuvo un papel importante en mantener su sentido del self.

Su terapeuta nos lo hace saber, *"...al iniciarse escolaridad, la misma fue con tendencia adaptativa, sin antecedentes de desajuste grave conductual durante su infancia", y "no repite años, solo le quedaban materias, las cuales aprobaba en reparación"*. También la misma Ch se encarga de recordarnos que tuvo momentos de afecto en su familia, *"Yo fui muy consentida por mi papá cuando era niña, si le pedía el cielo rojo, me lo daba, siempre salíamos a comprar donats..."*.

Cuando un progenitor ha sufrido algún tipo de crisis en el pasado, como nítidamente nos lo narra esta familia, puede distorsionar o disociar aspectos de la experiencia que quedaron asociados con el trauma. Crastnopol (2004) nos habla metafóricamente de una "habitación" del self de los padres que, atravesada por el trauma, puede permanecer inexplorada en la vida familiar.

En casos severos, como el de Ch y su familia, esta habitación psíquica puede contaminarse con asociaciones negativas de los padres y entonces queda implícitamente negado que el niño pueda entrar en ella en presencia de los padres. Los padres pueden lanzar mensajes implícitos como que la sexualidad hay que castigarla (*"me retiraron del colegio"*), o que actuar como señuelo es útil (*"acompañaba a mi padre a comprar droga"*).

Como construcción interpretativa, nos sugiere Rodríguez Sutil (comunicación personal, mayo 2017), convendría explorar si Ch se convirtió en chico para conquistar al padre que quería un hijo varón, rol que el hermano no termina de cumplir, y posiblemente la madre también.

### **Un ejemplo de *ENACTMENT*: la auto-revelación y su sentido**

Hemos comentado al inicio de este trabajo, lo complicado que ha sido abordar este caso, tanto por lo riesgoso de las conductas de Ch, como por la intensa movilización emocional que produce en la terapeuta.

Frente a lo grave de la sintomatología (en términos de Nemirovsky) se optó por asumir una actitud de escucha y compasión y también de contención, frente a lo desbordado de Ch y lo incapacitados que sus padres se mostraban para frenar lo florido de esas conductas lesionantes y destructivas.

Ante tanto "descontrol", sin pensarlo ni planificarlo, la terapeuta "auto-reveló" su necesidad de protegerse a sí misma como ser humano. Así lo registró en la versión de sentido al final de una sesión:

*"He conversado con su madre, sobre mis inquietudes, mis miedos e incluso, mi necesidad de acompañarlos pero dentro de límites, pues yo también soy ser humano y necesito protegerme,*

*devolviéndole realmente, que es ella su madre, no yo, que quizás ella establece un vínculo conmigo diferente y eso la ayudará, pero principalmente, el vínculo más sano, es con ella misma, la prótesis ideal y que pudiese intentarse también con ella, porque su vínculo con su padre la ha marcado desfavorablemente."*

Y sin saberlo, con lo que podría denominarse un momento de encuentro, precedido por un *enactment*, esta terapeuta hizo una intervención atípica que rompió con el encuadre compasivo y empático que venía asumiendo. Hizo una revelación de su necesidad de protegerse.

Solo después de revisar la teoría, encontramos toda una elaboración sobre este "honesto" proceder, que estuvo más influido por la intuición, que por un conocimiento declarativo.

Cuál fue nuestro asombro, cuando encontramos un autor, Bromberg (2004), que iluminó de modo magistral lo que en un principio se hizo como un acto de autoprotección frente a los embistes de este grupo familiar.

Al respecto, Bromberg (2004) nos comenta que la auto-revelación del terapeuta debe ser lo que Symington (1983) llama un «acto de libertad» en el cual el terapeuta cómodamente retiene su derecho o no para auto-abrirse o, si elige abrirse, para reclamar su propia intimidad y fijar sus propios límites.

Si no es un «acto de libertad» entonces también pierde su potencial como un «acto de significado» en los términos de Bruner (1990), un acto relacional a través del cual la narrativa personal se reconstruye como un evento perceptivo en un contexto de autenticidad interpersonal.

Y esto fue lo que pensamos que ocurrió con Ch y la auto-revelación de la terapeuta.

En un acto de libertad, y en lo que luego conceptualizamos como un *enactment*, la terapeuta limitó su "capacidad de aguante". Esta declaración, tuvo efectos terapéuticos muy importantes, pues tanto Ch como su madre, lograron contener algunas de las conductas amenazantes por parte de Ch.

En este sentido, pensamos que la intervención que hizo la terapeuta no estuvo motivada principalmente por sus necesidades de ser vista de determinada manera por su paciente (tales como honesta, adaptativa, no-sádica, o innovadoramente «libre»), sino más bien como algo que genuinamente emergió en la relación, y que surgió como una necesidad, real y sentida, de proteger la humanidad de su ser como persona-terapeuta.

Pensamos que al proteger su humanidad, también protegió la del grupo familiar.

Creemos que **esta** auto-revelación emanó desde una implicación intersubjetiva profunda, y la terapeuta no permitió que se convirtiera en una técnica prescriptiva que perdiese la mutualidad tan necesaria en casos como el que comentamos, donde los actores TODOS se encontraron en un momento vulnerable y donde se permitieron reconocerse unos a otros.

Con esta intervención, mas que un insight cognitivo, se produjo una inflexión, que en términos relacionales algunos autores como por ejemplo Bromberg (2004) han acuñado como *enactment*, debido a que permitió a ambos actores de la díada relacional (familia y terapeuta) traer al diálogo la experiencia disociada en términos de puesta de límites a Ch, creándose una nueva narrativa del self: hay límites y estos se declaran y se respetan, o como muy bien nos refleja este autor, "descongelando" la calidad concreta y literal de los estados de conciencia, de modo tal de dar paso a otras narrativas del self mas elaboradas, y abarcando una gama mas amplia del campo relacional. Con esta auto-revelación, la terapeuta les dijo a la familia: Habla!, Que nos pueda ver a las dos!

A pesar del impacto que tuvo en la familia **esta** intervención (y por eso la escribimos en itálicas y negrita), no asumimos a priori que podamos generalizarla como una estrategia relacional.

Y en este punto convergemos con Bromberg (2004), cuando nos recuerda que cualquier intento de convertir un descubrimiento terapéutico que emerge de un contexto relacional en una técnica que puede ser «aplicada» a otros pacientes es una ilustración de lo que cree él que es el único fallo más generalizado de todas las escuelas analíticas de pensamiento como métodos de terapia, y el punto negro común a cada uno de sus creadores (incluyendo a Freud, Ferenczi, Sullivan, and Kohut).

Pensamos que la intervención fue efectiva , porque se produjo en un encuentro MUTUO de una necesidad de cuidar a ambos actores, la familia y la terapeuta.

Incluso Bromberg (2004), se atreve a "ir lejos" y nos brinda un lúcido ejemplo del por qué piensa él que la mutualidad como estrategia relacional no funciona.

Al respecto, nos comenta, lo que el considera "el fallo" de Ferenczi con el «análisis mutuo» como técnica, y que según el, ocurrió no porque lo que hizo estaba mal, sino porque no era cierto.

El terapeuta que sistemáticamente intenta gratificar las necesidades del paciente falla, no porque la gratificación este «mal» o sea intrínsecamente dañina, sino porque es una forma del no reconocimiento y por esta razón falla, así como falla una frustración sistemática de las necesidades. Ambas son evidencia para el paciente de que el terapeuta es incapaz o no quiere auténticamente «vivir con» el estado mental del paciente en cualquier forma que se presente e intentar conocerlo sin desprenderse de su derecho a «ser sí mismo» como parte del proceso.

### A modo de cierre...no de conclusión

Trabajar en una postura intersubjetiva con Ch y su familia y habernos permitido adentrarnos en algunos conceptos introductorios del modelo dinámico-relacional ha ampliado un universo, tanto intelectual como experiencial, que hasta ahora desconocíamos.

El saber que podemos ser "*genuinamente genuinos*", apoyándonos en una mutualidad no simétrica, sin esperar reciprocidad del paciente, sin imposturas intelectualoides, y aun así mantener una asimetría en una relación de ayuda compartida y co-construida, ha sido una de los logros más importantes al formular este caso.

Cerramos con la satisfacción de haber intentado propiciar un vínculo sanante con Ch. A veces, cuando Ch o su madre se desesperaban y perdían la confianza en el proceso, les decíamos, "*sin prisa pero sin pausa*", vamos "*despacito*", (título de la canción muy de moda entre los jóvenes en Venezuela, del cantante Luis Fonsi, que a veces cantábamos con la paciente, y que ella disfrutaba *tararear*), tratando de mantener un norte en la ampliación e integración de estados disociados.

Ch sigue su curso, su terapeuta también, avanzando las dos a paso firme, aprendiendo la una de la otra; también a veces retrocediendo, y hasta estancándose, como en toda empresa humana, pero esforzándose ambas por no dejar de existir, creando vínculos más satisfactorios que les permita a cada una en su rol de paciente y clínico, integrar experiencias que antes del encuentro terapéutico no tenían sentido.

Conceptos tales como *enactment*, auto-reflexividad, mutualidad, mentalización del cuerpo, relación terapéutica, identificación proyectiva, y habitabilidad del self entre otros, nos han permitido profundizar en esta empresa del aprendizaje de la postura relacional.

Después de estas reflexiones tenemos la impresión de que algo cambió en nuestra concepción del acto terapéutico.

### REFERENCIAS

- Aron, Lewis (2004). La auto-reflexividad y la acción terapéutica del Psicoanálisis. *INTERSUBJETIVO* - JUNIO 2004 - Nº 1, Vo. 6, Pags. 39-57 - ISSN 1575-6483
- Bromberg, Philip M. (2004). Habla! Que te pueda ver: Reflexiones sobre la disociación, la realidad y la escucha psicoanalítica. *INTERSUBJETIVO* - 2004 . Nº 1, Vo. 6, Pags. 80-104 ISSN 1575-6483..
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning* . Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Crastopol, Margaret. (2004). Los Distintos lures psíquicos donde reside la vivencia de uno mismo. Junio 2004. Número 1, Vol 6. pp 58-79. ISSN1575 1575-6483



Nemirovsky, Carlos. (2009). El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (3): 601-618.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen33Octubre2009/tabid/645/Default.aspx>] [ISSN 1989-2939].

Orange, Donna M. (2002). ¿Por qué el lenguaje es importante para el psicoanálisis?.

*INTERSUBJETIVO* - DICIEMBRE 2002 - Nº 2, Vo. 4, Pags. 206-227. ISSN 1575-6483

Rodríguez Sutil, Carlos (2017). *La Psicoterapia Hoy*. Blog de Psicoanálisis: Principios Del Psicoanálisis Relacional . Recuperado de <http://crsutil56.blogspot.com/>

Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *Internat. Rev. Psycho-Anal.*, 10:283-291.

Vilar Soares, Sofia. (2005). Encuentros y Desencuentros: (Re)Conociendo a María. *Intersubjetivo* - JUNIO - Nº 1, Vo. 7, Pags. 37-54 ISSN 1575-6483.

Original recibido con fecha: 5/6/2017

Revisado: 30/8/2017

Aceptado: 30/09/2017