



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

EL ESPACIO PSICOTERAPÉUTICO COMO AMBIENTE FACILITADOR DE UN
PÚBER CON TENDENCIA ANTISOCIAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SILVIA RODRÍGUEZ PEÑA

DIRECTORA:
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. LUZ MARÍA SOLLOA GARCÍA, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARIA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional.

A Bony y los maestros de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, por haberme regalado tanto.

A mis compañeros, por haber compartido y recorrido juntos este tramo del camino.

A José Andrés y a todos los demás, por permitirme acompañarles y aprender con ellos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	
1.- El desarrollo emocional del niño y la necesidad de un ambiente facilitador	
1.1.- Los cuidados maternos en el desarrollo emocional del niño desde la dependencia absoluta hacia la independencia relativa	3
1.1.1.- Dependencia absoluta y total adaptación de los cuidados maternos	4
1.1.2.- Tres funciones del cuidado materno: holding, handling y presentación de objeto	5
1.1.3.- Dependencia relativa y falla gradual en la adaptación de los cuidados maternos	6
1.2.- Espacio transicional: área intermedia de la experiencia	7
1.3.- Procesos de integración del yo	
1.3.1.- Pulsión de vida y pulsión de destructividad	8
1.3.2.- De la agresividad a la actividad constructiva	10
1.3.3.- La capacidad para preocuparse por el otro	13
2.- Tendencia antisocial: consecuencia de una deprivación ambiental	
2.1.- La conducta antisocial normal	14
2.2.- La deprivación	15
2.3.- La respuesta de la familia frente a la conducta antisocial	16
3.- La adolescencia: el desafío de hacerse a sí mismo	18
4.- El tratamiento de la tendencia antisocial en la adolescencia	
4.1.- La psicoterapia psicoanalítica: características, objetivos y eficacia.	23
4.2.- Finalidades de la psicoterapia en jóvenes con tendencia antisocial	27
4.3.- La función del terapeuta como yo auxiliar	29
4.4.- Confiabilidad del espacio terapéutico y del encuadre	30
4.5.- Transferencia	31
4.6.- Contratransferencia	34
4.7.- El juego	36

MÉTODO

1.- Planteamiento del problema	42
2.- Pregunta	45
3.- Supuesto	
4.- Objetivo general	46
5.- Objetivos específicos	
6.- Definición de categorías	47
7.- Tipo de estudio	48
8.- Participantes	49
9.- Escenario	
10.- Instrumentos	50
11.- Procedimientos	51
12.- Consideraciones éticas	52

EL PACIENTE

1.- Ficha de identificación	
2.- Breve descripción	54
3.- Familiograma	
4.- Familia nuclear	
5.- Motivo de consulta	55
6.- Entrevistas iniciales y desarrollo del tratamiento	56
7.- Historia clínica	
7.1.- Historia y dinámica familiar	60
7.2.- Historia personal	62

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.- La conducta antisocial de José Andrés	
La tendencia antisocial de José Andrés como respuesta a la	
1.1.- falla en la adaptación del ambiente a sus necesidades de dependencia.	65
1.2.- Las finalidades inconscientes de la conducta antisocial de José Andrés	67
2.- Funcionamiento psíquico: grado de integración y vulnerabilidad del yo de José Andrés	
2.1.- La vulnerabilidad del yo frente a las pulsiones del ello	71
2.2.- Utilización del mecanismo de defensa primario de la proyección	72
2.3.- Desvinculación entre el mundo interno y el mundo externo	74
2.4.- Dificultades en el proceso de fusión de las pulsiones destruktivas y libidinales	75
2.5.- Necesidad de contribuir, necesidad de reparar	76
3.- Hipótesis sobre una deprivación ambiental en José Andrés: vínculo materno e historia familiar	
3.1.- Elementos inconscientes para la falla en el maternaje de José Andrés	79
3.2.- El rol de José Andrés en la dinámica familiar tras su llegada a la pubertad	82
4.- El trabajo psicoterapéutico de José Andrés: características y alcances	84
4.1.- El proceso psicoterapéutico	85
4.2.- El encuadre	89
4.3.- La transferencia	
4.3.1.- La transferencia como herramienta comunicativa	91
4.3.2.- Amor de transferencia	92
4.3.3.- La transferencia con otros terapeutas del centro y con la institución	93
4.4.- El juego	96
CONCLUSIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

INTRODUCCIÓN

La conducta antisocial de un adolescente que sufrió una privación ambiental puede ser un grito de esperanza: la esperanza inconsciente de recuperar el cuidado que alguna vez tuvo, del que pudo disfrutar, que le pertenecía y que le fue arrebatado cuando apenas podía percatarse de él. Winnicott (1954) encuentra en el robo la representación de esa búsqueda de algo en alguna parte y en la destructividad de la sociedad, que alguno de sus agentes sea capaz de resistirla proporcionándole la estabilidad ambiental que perdió. De esta manera mediante los actos delictivos el adolescente tira con violencia de las mangas de la sociedad con la esperanza de reencontrar aquellos brazos que alguna vez lo sostuvieron y le brindaron la confianza y seguridad necesarias para ser libremente sin temor a destruir o ser destruido.

Este trabajo pretende profundizar en la comprensión del caso clínico de José Andrés, un joven de doce años que es llevado a consulta psicológica debido a su comportamiento antisocial tanto con la familia como en la escuela y el vecindario.

Para ello en primer lugar se revisa la propuesta teórica que Winnicott (1963a) plantea respecto al proceso de desarrollo emocional y de integración del yo desde la dependencia absoluta hacia la independencia relativa y la vital importancia de un ambiente facilitador y sus funciones para que este proceso pueda desplegarse sin perturbaciones. De acuerdo con Winnicott (1956) la tendencia antisocial es consecuencia de una privación ambiental, es decir, una falla ambiental en los cuidados del niño cuando éste todavía no ha avanzado lo suficiente en su proceso de desarrollo emocional como para sustentarse a sí mismo sin necesitar las funciones de yo auxiliar que brindan quienes ejercen los cuidados primarios.

Finalmente en cuanto al planteamiento teórico, se revisa de qué manera la psicoterapia psicoanalítica puede ejercer de ambiente facilitador brindando los elementos de confianza, seguridad y control necesarios para que el joven pueda

expresar su vida instintiva dentro de un marco delimitado y proseguir así con su proceso de desarrollo emocional. Estos elementos confiables y seguros son brindados por el espacio terapéutico, el encuadre, la función de yo auxiliar del terapeuta, la transferencia y el juego.

A continuación se especifica la metodología utilizada en el presente trabajo. Se trata de una investigación cualitativa de estudio de caso único que busca comprender a través de la teoría psicoanalítica el funcionamiento psíquico del sujeto de estudio, su historia y experiencia vital así como los elementos del tratamiento que han podido incidir en un cambio en su patología. Se realizó a partir del proceso psicoterapéutico de José Andrés, el cual tuvo una duración de aproximadamente año y medio y contó con un total de 65 sesiones.

En el capítulo destinado a los resultados se realizó un análisis del caso de José Andrés a partir de la teoría psicoanalítica consultada. En primer lugar se hizo una revisión de la conducta antisocial de José Andrés y su relación con la demanda de un ambiente seguro y confiable que ejerza control sobre los impulsos destructivos que el joven puede sentir como amenazantes. Se analizó el funcionamiento psíquico del joven a partir de la observación y la teoría psicoanalítica referente al proceso de integración del yo y sus características. Del mismo modo se ahondó en la historia familiar de José Andrés y en la calidad del vínculo materno que se estableció en sus primeros momentos de vida. Finalmente se expone de qué manera la psicoterapia de José Andrés, por medio del encuadre, la transferencia y el juego, pudo contener elementos confiables y seguros deviniendo un ambiente facilitador sobre el que expresar su vida instintiva y avanzar así en el proceso de integración del yo.

MARCO TEÓRICO

1.- El desarrollo emocional del niño y la necesidad de un ambiente facilitador

De acuerdo con Winnicott (1963a), el desarrollo del ser humano en su camino hacia la independencia relativa y la salud depende de dos factores. En primer lugar, las tendencias heredadas únicas de cada individuo que cuentan con su propio potencial para el desarrollo, su propia propensión a la maduración y la integración de un yo independiente. En segundo lugar, las condiciones ambientales necesarias para que las tendencias heredadas únicas de cada individuo y su potencial para el desarrollo puedan llevarse a cabo y sigan su camino sin perturbaciones ni interrupciones. De acuerdo con este autor, las patologías psiconeuróticas son fruto de los conflictos verdaderamente personales del individuo, cuando las condiciones ambientales han sido lo suficientemente buenas. En cambio las patologías psicóticas serían causa de una privación ambiental, una falla en los cuidados maternos en la etapa de máxima dependencia que perturbó el núcleo del self quebrando la continuidad del ser y provocando angustias que pueden ser psicóticas, de caída, de fragmentación o de aniquilación del ser (Winnicott, 1962a). La tendencia antisocial y la delincuencia constituiría un punto intermedio, consecuencia de una privación ambiental, es decir, una falla en la etapa de dependencia relativa: los cuidados maternos fueron suficientemente buenos en la etapa de dependencia absoluta logrando cierta integración del yo libre de la psicosis pero falló antes de que el individuo alcanzara la independencia relativa, el establecimiento de un ambiente interno (Winnicott, 1956).

1.1.- Los cuidados maternos en el desarrollo emocional del niño desde la dependencia absoluta hacia la independencia relativa

Winnicott (1963a) hace una descripción del crecimiento emocional del bebé en su paso desde la dependencia absoluta hacia la independencia relativa haciendo

énfasis en la vital importancia de los cuidados maternos. Una falla ambiental puede ocasionar grandes repercusiones en el desarrollo del niño en función del momento del crecimiento emocional en el que tuvo lugar, siendo más grave en cuanto más dependiente y vulnerable fuera el niño cuando ocurrió. A continuación se hace un breve resumen del proceso de maduración del niño descrito por el doctor Winnicott y las principales funciones y características que de acuerdo con el autor el ambiente ha de cumplir para que sea facilitador de un adecuado desarrollo del individuo.

1.1.1.- Dependencia absoluta y total adaptación de los cuidados maternos

Durante las primeras semanas de vida el bebé es todavía un ser inmaduro cuya falta de integración no nos permite hablar de la existencia de un sujeto, de un yo establecido. Su precaria situación hace que cualquier perturbación pueda ser vivida como intrusiones al self, ataques al núcleo de la personalidad que generan angustia al infante y ponen en peligro su “*seguir siendo*” y la tendencia natural a convertirse en una unidad integrada (Winnicott, 1962a). Dado su estado de dependencia absoluta, la madre o quien ejerce la función materna ha de adaptarse totalmente a las necesidades del neonato para protegerlo frente a cualquier alteración y proporcionarle seguridad provocando paralelamente que el bebé viva una experiencia de omnipotencia donde no advierte los cuidados maternos, tan sólo sus efectos, permaneciendo en un estado de fusión con ellos (Winnicott, 1960a). De esta manera los cuidados maternos sirven de yo auxiliar al yo en desarrollo del bebé, permitiéndole experimentar una existencia personal y establecer una continuidad del ser sobre la que desarrollar gradualmente el potencial heredado hasta constituir un infante individual. A medida que el bebé avanza en el proceso de desarrollo y maduración ha de lograr separarse del estado de fusión en el que se encontraba inicialmente para alcanzar finalmente un estado de unidad consistente en la integración del yo. De esta manera va desenmarañando los cuidados maternos de él pasando poco a poco a diferenciar aquello que forma parte del “yo” de lo que es “no-yo” (Winnicott, 1962a).

En la primera fase del desarrollo la madre logra la total adaptación a las necesidades del bebé a través de la identificación con él. Durante las últimas semanas del embarazo y las primeras después del parto la madre se encuentra en un estado descrito por Winnicott como “*preocupación materna primaria*” caracterizado por su entrega al cuidado del bebé (Winnicott, 1963a). Mediante la identificación y la empatía la madre emocionalmente sana intuye qué necesita y qué siente el infante y lo atiende con amor y placer. Por ello la madre suficientemente buena a la que Winnicott hace referencia no es aquella que tiene un conocimiento intelectual del desarrollo del bebé sino la que actúa guiada por la empatía y el amor.

1.1.2.- Tres funciones del cuidado materno: holding, handling y presentación de objeto

Winnicott (1962a) describe tres principales tendencias del desarrollo del yo sujetas a tres funciones específicas del cuidado materno: la integración del yo con la función de *holding*, la personalización con el *handling* —la manipulación del cuerpo— y las relaciones objetales con la presentación del objeto.

La función de *holding* se refiere no sólo al sostén físico de cargar en brazos al bebé sino a la provisión ambiental necesaria para su desarrollo y maduración emocional. De esta manera cuando la madre atiende las necesidades del cuerpo del bebé también está atendiendo las necesidades del yo: al protegerlo y sostenerlo le está transmitiendo amor y la experiencia de un ambiente confiable que le proporciona la estabilidad necesaria para llevar a cabo el proceso de integración del yo.

La segunda función planteada por Winnicott, la de *handling* —*manipulación*—, se refiere a los soportes y cuidados concretos y reales que el niño necesita en cuanto a las necesidades de alivio sobre su cuerpo real: mirarlo, tocarlo, acariciarlo, limpiarlo, templarlo, etc., lo cual implica transmitir amor al niño a través del lenguaje del cuerpo. A partir de la experiencia sensorial, motriz y funcional y mediante la manipulación activa y adaptativa suficientemente buena

del cuerpo del niño por parte de la madre, se logra lo que Winnicott denomina la *existencia psicosomática del infante* (Winnicott, 1960): la persona del bebé empieza a vincularse con su propio cuerpo y sus funciones corporales, viviendo la piel como membrana limitadora que separa el “yo”, que se basa en un yo corporal, del “no-yo”, quedando limitado el self unitario en el cuerpo. De esta manera el bebé logra la vivencia de personalización, de habitarse a sí mismo, la psique en el soma. En resumen, el *holding* logra que el niño se sienta una unidad desde lo psicológico y el *handling* desde lo corporal.

La tercera función es la presentación del objeto. La madre presenta al bebé un objeto o manipulación que lo satisface y del que el niño tenía una vaga expectativa debido a su previa necesidad. Por ejemplo, el pecho cuando necesitaba alimentarse. Como el objeto que le fue presentado le produjo satisfacción, el bebé empieza a necesitar exactamente ese objeto y le genera la confianza de crearlo él mismo, como al resto de objetos y al mundo real en una experiencia omnipotente. Gracias a esta primera relación objetal el bebé empieza a establecer una experiencia del yo (Winnicott, 1962a).

1.1.3.- Dependencia relativa y falla gradual en la adaptación de los cuidados maternos

A medida que el infante avanza en su desarrollo empieza a percatarse de su dependencia de los cuidados maternos, los cuales hasta entonces pasaban desapercibidos para él. Se encuentra ahora en un estado de dependencia relativa que Winnicott (1963a) sitúa entre los seis meses y los dos años de edad.

También la madre ha de separarse del infante gradualmente a la par que éste madura y se desarrolla hacia la independencia relativa. La madre suficientemente buena se adapta a los cambios y fluctuaciones del bebé entre los diferentes estados y momentos de dependencia actuando cada vez menos a través de la identificación y la empatía y más a partir de las señales que emite el infante y su interacción con él (Winnicott, 1963a). La frustración fruto de la falla gradual de la madre permite ir poniendo fin a la experiencia de omnipotencia de

manera que el bebé cada vez se relaciona menos con fenómenos subjetivos para hacerlo con objetos percibidos objetivamente y sus necesidades pasan de satisfacerse mágicamente a hacerlo a través de la manipulación y la relación de objeto. Si la madre no logra separarse del niño y actúa a través de la certeza y no de la sensibilidad, ambos quedan atrapados en un estado de fusión en el que los cuidados maternos no son diferenciados y permanece la experiencia omnipotente y el funcionamiento mágico (Winnicott, 1963a).

En esta etapa el infante sigue siendo dependiente de la madre y sigue necesitando saber que ella está viva y que es amistosa. Una separación de la madre durante esta etapa lo suficientemente larga como para desbordar la capacidad de la criatura para mantener viva la idea de su progenitora, quiebra la continuidad de las relaciones objetales e interrumpe su desarrollo (Winnicott, 1963a).

1.2.- Espacio transicional: área intermedia de la experiencia

A partir de su conceptualización de la función materna sobre la presentación de objeto y la falla gradual en la adaptación a las necesidades del bebé, Winnicott (1971) crea y desarrolla los términos objetos transicionales y fenómenos transicionales para referirse a una tercera zona intermedia de experiencia entre la realidad interior y el mundo externo compartido. Winnicott (1971) toma la concepción dual que diferencia para cada individuo un mundo interior de una realidad externa delimitados entre sí en la representación corporal por la membrana de la piel y agrega una tercera área a la que tanto el mundo interior como la vida externa contribuyen. Representa la transición del bebé de un estado de fusión con la madre a una relación con ella en la que es percibida como algo exterior y separado de él ya que los objetos transicionales son los primeros sustitutos del vínculo con la madre.

El espacio transicional es el terreno de la ilusión, entre lo subjetivo y lo que se percibe de forma objetiva, entre la creatividad primaria y la omnipotencia y la capacidad para reconocer y aceptar la realidad exterior (Winnicott, 1971).

Esta zona intermedia no está sometida a ninguna exigencia más que servirle al individuo como zona de descanso para la eterna tarea de mantener separadas a la vez que interrelacionadas la realidad interna y la exterior (Winnicott, 1971).

El paso de la realidad interna a la realidad externa no es absoluta ni se pretende pues una total adaptación a la realidad externa significaría que el sujeto respondería de manera estereotipada a las exigencias del exterior, inhibiendo sus instintos y sin mostrar ápice de creatividad ni genuinidad. El adulto que ha logrado un desarrollo satisfactorio se mantiene en la tarea de vivir consistente en interrelacionar y manejar de manera satisfactoria la tensión entre ambos mundos. El vivir tiene lugar en esta zona intermedia de la experiencia en la que los fenómenos subjetivos pueden coexistir con las exigencias de la realidad sin que se ataquen los unos a los otros y sin poner en discusión si pertenece a una u otra realidad. El arte, la religión o la filosofía son ejemplos en los que estas zonas intermedias de diferentes individuos coinciden entre los miembros de un grupo (Winnicott, 1971).

Este espacio de la ilusión es precursor de la simbolización y de la relación del individuo con los objetos. La simbolización se logra gracias a una primera capacidad para disfrutar de la ilusión, la creatividad y el control omnipotente que gradualmente es percibido como tal, es decir, el niño se va percatando de que se trata de una ilusión y que no posee un dominio omnipotente de la realidad sino que es la imaginación y el juego lo que está en marcha. La unión entre el niño y el objeto es la base de la simbolización y esta unión es debida a la previa coincidencia entre la alucinación y el objeto real (Winnicott, 1971).

1.3.- Procesos de integración del yo

1.3.1.- Pulsión de vida y pulsión de destructividad

En su trabajo *el yo y el ello* (1923) Sigmund Freud desarrolla su teoría de cómo las dos pulsiones elementales, la pulsión de vida y la pulsión de muerte, actúan sobre las tres instancias en las que él divide el aparato anímico: el ello, el yo —

un sector modificado y organizado del ello— y el superyó. De acuerdo con este autor, las dos pulsiones elementales no influyen sólo al aparato psíquico del ser humano sino a todos los organismos pues la vida acontecería a partir de la conjugación de ambas conformando la energía y movimiento que concede precisamente a lo animado la condición de estar vivo. Como ocurre con el anabolismo y el catabolismo, representantes fisiológicos de este fenómeno, aunque supongan funciones contrarias trabajan de manera coordinada y armónica, indispensable y fundamental la una para la otra, difícilmente separables y mezcladas en diferentes proporciones al servicio del principio de placer y al servicio de la vida cuyo fin último sería la muerte (Freud, 1920).

La pulsión de agresión sería en los organismos pluricelulares la manifestación parcial de la pulsión de muerte que ha conseguido ser desviada por medio de la libido narcisista hacia el mundo exterior a través del órgano de la musculatura y su meta en este caso sería la destrucción (Freud, 1923).

La pulsión de destructividad es por tanto innata a todo ser humano y se puede observar su manifestación y fusión con la pulsión de vida por ejemplo en la voracidad (Winnicott, 1939), presente desde el momento en el que el bebé nace de la homeostasis intrauterina y necesita ser alimentado. La acción de mamar busca entonces tanto la satisfacción de una necesidad fisiológica básica para la supervivencia como la descarga de tensión siguiendo así el principio de placer (Winnicott, 1939). Sin embargo esta acción conlleva una agresión violenta al pecho materno de incorporación oral implícita en el morder y que en la fantasía del bebé es vivida como la destrucción del objeto que lo alimenta y al que ama (Hinshelwood, 1989). A su vez los movimientos agresivos del bebé son al principio una manera de descubrir el mundo exterior distinto de su self y de empezar a relacionarse con los objetos externos. De esta manera la agresividad instintiva aparece fusionada con el amor instintivo, aumenta durante la excitación y provoca gran placer, pudiendo vislumbrar aquí no sólo la mezcla de pulsiones sino su relación con el sadismo y el masoquismo, el amor y el odio. Sin embargo esta fusión entre las dos pulsiones es distinta a la que se arriba mediante el proceso de integración del yo. Al principio de la vida la agresión es un daño colateral del principio de placer. En cambio la fusión de las pulsiones que se

consigue a lo largo del desarrollo implica haber alcanzado la ambivalencia, es decir, la capacidad de sentir amor y odio a la vez y sobre el mismo objeto (Winnicott, 1963b).

1.3.2.- De la agresividad a la actividad constructiva

Melanie Klein (1930) explica cómo esta agresión colateral genera al bebé gran angustia tanto por su propio sadismo como por el temor a la retaliación del objeto al que ha atacado, teniendo que utilizar frente a dicha angustia mecanismos de defensa primitivos como la expulsión de su propio sadismo y la destrucción del objeto amado que ahora se ha vuelto amenazante.

Winnicott (1939) señala cómo la agresividad instintiva tiene en realidad su origen en el apetito u otra forma de amor instintivo y el daño que ésta pueda ocasionar es involuntario, azaroso, aunque pronto será utilizada también al servicio del odio. Por lo tanto habría una fusión original entre el amor oral y la agresión. Al percibir que su satisfacción puede ser dañina para lo que ama y para sí mismo, el bebé trata de encontrar un equilibrio en el que permitirse su propia gratificación sin que ésta suponga un peligro excesivo. Dada la dificultad de dicha empresa el bebé no puede evitar cierto grado de frustración que lo llevará a odiar a una parte de sí mismo a menos que consiga hallar fuera de sí algo que lo frustre y que pueda soportar su odio (Winnicott, 1939).

Un importante logro del desarrollo emocional es el que Winnicott (1963b) describe bajo el término de fusión y con el que se refiere a la capacidad del bebé para experimentar impulsos eróticos y agresivos al mismo tiempo y respecto del mismo objeto. Es decir que se habría logrado la ambivalencia que supone por un lado buscar al objeto para obtener satisfacción y por el otro sentir a la vez rabia y odio sobre el mismo por tener cualidades que él necesita. El bebé logra hacerse cada vez más responsable sobre todos sus sentimientos e ideas, también los destructivos, y por lo tanto necesita cada vez menos recurrir a mecanismos de proyección (Winnicott, 1963b).

Forma parte normal y necesaria del proceso de desarrollo del bebé que éste experimente sentimientos de culpabilidad debido a la agresión y destrucción del objeto amado que ha llevado a cabo en la fantasía provocándole a su vez la necesidad de reparar el daño hecho. Éste sería de acuerdo con Winnicott el trasfondo de todo juego, trabajo y arte: un deseo inconsciente de reparar el daño hecho en la fantasía inconsciente (Winnicott, 1963b). También es el origen de la preocupación por el otro que de acuerdo con Winnicott (1963b), constituye el término positivo para aludir al mismo fenómeno al que nombramos “culpa”.

La percepción de una destructividad en la realidad interna demasiado terrible traerá consecuencias para el desarrollo del niño. En primer lugar, el niño puede tratar de evitar la vinculación entre la cruel realidad interna y la realidad externa y por lo tanto entre la fantasía y los sentidos corporales (Winnicott, 1939). En realidad la vinculación se encuentra, dice Winnicott (1939), entre la realidad interna y las experiencias instintivas originales que la construyeron. En segundo lugar, la percepción de una fantasía demasiado terrible para ser aceptada y tolerada puede llevar a que ésta no pueda ser utilizada para la sublimación y la actividad constructiva. Y por último, el niño puede tratar de luchar contra esta agresividad mediante el control interno, que se aplicaría en forma general a todos los instintos imposibilitando su uso para la vida y llevando al pequeño a un estado depresivo (Winnicott, 1939). La destructividad se vuelve igualmente perniciosa para el ser humano cuando demasiada cantidad queda atrapada en el sujeto en una u otra forma de autoagresión excesiva, sin olvidar que cierta proporción es necesaria para diversas funciones como la formación y acción del superyó. También en los casos donde esta destructividad es inhibida sin lograr descarga y satisfacción se vuelve dañina para el sujeto (Winnicott, 1939).

Sin embargo el niño cuenta con otra herramienta para hacer frente a los instintos destructivos y sus consecuentes fantasías: expulsar de sí esa destructividad utilizando la agresividad para dramatizar en el exterior la realidad interna que no logra tolerar. De esta manera el control ejercido por un agente externo se establecerá tan sólo sobre la fantasía dramatizada y no la totalidad de la vida instintiva, como ocurriría cuando el control es interno. La conducta antisocial pero también el juego y el trabajo son una manera de dramatizar y

manejar los instintos destructivos, de expulsar de dentro de sí lo que es percibido como malo (Winnicott, 1939).

Las implicaciones de haber llegado a este nivel de desarrollo e integración del yo se diversifican en importantes hitos y funciones básicas para la vida del ser humano. Es en este punto donde la pulsión de destructividad se convierte, paradójicamente, en la predecesora y motor de la actividad constructiva y base del juego y el trabajo. Gracias a este logro se desarrollarán importantes funciones y capacidades como el proceso de simbolización, la fantasía o la manipulación de objetos (Winnicott, 1960b).

La aceptación de los símbolos que implica que un objeto represente a otro es la base del juego, el trabajo y la actividad constructiva. Permite la dramatización de las fantasías y abre una puerta de infinitas posibilidades pues su uso permite al niño poder experimentar todo lo que se encuentra en su realidad psíquica interior y personal sin temor. Los símbolos proporcionan gran alivio frente a los desagradables conflictos de la verdad desnuda (Winnicott, 1939). El sujeto podrá utilizar ambos tipos de pulsiones sin temor y podrá reparar en la vida real lo que en la fantasía dañó.

Es necesario un ambiente facilitador y un cuidado suficientemente bueno que acompañe y proporcione el tiempo requerido para que se desarrollen los procesos de maduración necesarios que llevan al bebé de relacionarse con objetos subjetivos a relacionarse con objetos objetivos que escapan de su control mágico. Por medio de este proceso el bebé podrá tener conductas destructivas en vez de aniquilar mágicamente ese mundo y disfrutar de la gratificación de todo el conjunto de su vida instintiva, tanto del amor como de la agresión.

Éste sería, si todo va bien, el destino de parte de la pulsión de destrucción una vez el sujeto ha logrado un manejo de todos sus instintos en el que poder disfrutar de ellos y utilizarlos para la vida (Winnicott, 1960b). Por lo tanto la satisfacción de la pulsión de destructividad no implica necesariamente destrucción y agresión ya que esa energía puede ser vehiculizada a otras actividades. Cuál sea el fin y el uso de éstas dependerá del curso y las vicisitudes

del desarrollo del niño, del manejo que haga de ellas. La integración de los instintos, tanto de vida como destructivos, así como el equilibrio en la dinámica de fuerzas y su manejo, son entonces necesarios para el vivir creativamente y el desarrollo del potencial constructivo del sujeto.

1.3.3.- La capacidad para preocuparse por el otro

Winnicott señala la palabra “preocupación” como el término positivo para aludir al mismo fenómeno al que nombramos “culpa” (Winnicott, 1963b). Implica haber llegado al punto de desarrollo emocional e integración descritos anteriormente, cuando el niño se hace responsable de sus mociones instintivas y de la ambivalencia que implica amar y querer destruir a la vez al mismo objeto.

El sentimiento de culpa surge de la necesidad del bebé de reparar el daño ocasionado al haber llevado a cabo sus impulsos instintivos de manera incompasiva (Winnicott, 1963b). Por fortuna tanto para el objeto —la madre— como para el bebé, el objeto ha sobrevivido pues la destrucción ha sido efectiva tan sólo en la fantasía del pequeño. La presencia constante de la madre permite al bebé la libre expresión de su vida instintiva a medida que avanza en su desarrollo pudiendo mantener viva la imago materna en su realidad psíquica interior durante cada vez más tiempo. Poco a poco el niño logra la integración en el tiempo. Tras haber tenido lugar en diversas ocasiones, el bebé tiene la confianza de que en algún momento posterior a la satisfacción instintiva que ha ejercido incompasivamente, podrá contribuir a la madre proporcionándole afecto y actuando sobre ella también los instintos de amor. Sabiendo esto, el sentimiento de culpa toma un cariz positivo al que Winnicott (1963b) denomina preocupación por el otro.

Los casos en los que el bebé no ha logrado adquirir el sentimiento de culpa puede deberse de acuerdo con Winnicott (1966) a dos situaciones: o bien la figura materna no proporcionó la confianza suficiente para que los esfuerzos constructivos del niño sean acogidos impidiendo así que el sentimiento de culpa sea tolerable, o bien el proceso de integración se ha visto perturbado debido a

una falla ambiental impidiendo que en el niño exista una unidad y pueda sentirse responsable por sus instintos.

2.- Tendencia antisocial: consecuencia de una deprivación ambiental

2.1.- La conducta antisocial normal

Durante las primeras etapas del desarrollo emocional en las que la integración del yo todavía está en proceso, el niño se encuentra al borde del conflicto y la desintegración potenciales. La propia destructividad resulta amenazante para el niño pues sigue unida al amor primitivo y el pequeño todavía no ha conseguido tolerar y manejar sus instintos. Necesita la ayuda del ambiente para limitar el alcance de su destructividad, para ayudarle a hacer frente a las pulsiones y conflictos que están teniendo lugar en su mundo interno. El niño necesita poner a prueba la estabilidad de la familia y comprobar si ésta es capaz de ayudarle a hacer frente a las pulsiones y conflictos que están teniendo lugar en su mundo interno (Winnicott, 1946).

Es por ello que el niño trata de poner a prueba la estabilidad del ambiente y comprobar si éste es capaz de brindarle ayuda y ejercer el control del que él carece. Estas puestas a prueba son los esfuerzos del niño por transgredir, mentir, hacer trampa y desestabilizar a la familia, la unidad más pequeña de la sociedad. Como se ha explicado anteriormente, estas conductas son la dramatización en el mundo exterior de los impulsos destructivos del niño. Es la manera de experimentar y experimentar su vida instintiva en la realidad exterior a la vez que logra afianzar la vinculación entre ambos mundos. Es de vital importancia que la familia logre llevar a cabo su función como ambiente facilitador confiable manteniéndose estable a pesar de las puestas a prueba a las que el niño la somete y soporta y sobreviva a estos comportamientos destructivos estableciendo límites, ejerciendo cierto control y proporcionando comprensión. Si la familia consigue exitosamente esta ardua tarea, el niño habrá podido comprobar la estabilidad y confiabilidad de este pequeño estrato de la

sociedad, su ambiente más cercano, y podrá sentirse libre, jugar y experimentar sin temor (Winnicott, 1946).

A partir de la expresión de sus instintos en un ambiente confiable, de la experiencia, el juego y el aprendizaje, el niño poco a poco va aprendiendo a tolerar, expresar y manejar todos sus instintos, a sentir menos temor y hacerse responsable de ellos, necesitando cada vez menos el control ejercido desde el exterior pues poco a poco va estableciendo su propio ambiente y marco confiable internos. Una vez va logrando tolerar y manejar los instintos destructivos puede a su vez expresar el amor primitivo de manera afectuosa. De lo contrario se pueden observar casos de depresión y despersonalización a causa de la inhibición del amor al verse el niño abrumado por la destructividad del amor primitivo. A partir de aquí aparecerán los primeros sentimientos de preocupación y culpa y los impulsos de reparación (Winnicott, 1946).

En este tipo de comportamientos disruptivos que ponen a prueba a la familia y la sociedad es donde se encuentra la tendencia antisocial normal, sana y necesaria de los niños que se encuentran en pleno proceso de su desarrollo emocional, de integración y maduración del yo (Winnicott, 1946).

2.2.- La deprivación

En ocasiones sin embargo, como es el caso de la tendencia antisocial, el comportamiento disruptivo no es consecuencia de la conducta propia, normal y deseable del niño y el adolescente sino que devela una traba en el proceso de maduración del niño ocasionado por una deprivación ambiental. La diferencia entre la conducta antisocial normal y la patológica no es tanto el cuadro clínico sino la dinámica, es decir, el origen de cada una (Winnicott, 1961). La tendencia antisocial no es un diagnóstico pues puede aparecer tanto en un individuo normal como en una persona neurótica o psicótica. Tampoco está acotada a una franja de edad específica aunque los efectos se pueden empezar a observar aproximadamente entre el año y los dos años de edad, cuando el bebé empieza a caminar para devenir un niño y un síntoma común es la voracidad, en su

mezcla de agresividad y amor primitivo y relación con el cuidado materno (Winnicott, 1956).

De acuerdo con Winnicott (1961), el niño antisocial es aquel que durante los primeros momentos de vida se pudo desarrollar normal y sanamente hasta alcanzar un grado suficiente de integración que lo librara de la psicosis gracias a un buen ambiente, una madre suficientemente buena que le habría brindado la confianza necesaria. Sin embargo en algún punto de su desarrollo, antes de haber logrado establecer un buen ambiente interno, algo en el ambiente cambió y el niño perdió aquello que hasta entonces lo sostenía y le brindaba seguridad y confianza. Esta privación inevitablemente sometería al niño a una gran angustia de desintegración y sus defensas yaicas sufrirían una tensión y esfuerzo excesivos que podrían causar grandes consecuencias duraderas, más graves en cuanto más vulnerable fuera el yo del niño cuando la privación tuvo lugar (Winnicott, 1961).

Hasta el momento de la privación el niño estaba disfrutando de algo positivo que le brindaba una buena experiencia en el vivir, que no sabría qué es pues tan sólo pudo percatarse del efecto positivo en el momento en el que lo perdió cuando, desde su perspectiva, le fue arrebatado. La ausencia de este algo habría sido tan duradera que el niño ya no sería capaz de mantener vivo el recuerdo de esta experiencia positiva perdida (Winnicott, 1956).

La conducta antisocial del niño que sufrió una privación sería consecuencia de la esperanza del niño de reencontrar de una u otra manera aquello que perdió, de reclamar al mundo aquello que le fue arrebatado y que él había creado subjetivamente a través de su capacidad de amar y su capacidad creativa (Winnicott, 1946).

2.3.- La respuesta de la familia frente a la conducta antisocial

Si la familia fracasa en la tarea de proporcionar un marco confiable al niño dejándolo en un falso y contraproducente exceso de libertad, el niño queda

desamparado y angustiado frente a la amenaza de desintegración y falta de estabilidad pues no cuenta con ese marco dentro del cual poder sentirse libre, necesario para poder proseguir con su proceso de crecimiento emocional (Winnicott, 1946).

En cuanto más dificultades tenga el niño para encontrar ese ambiente confiable, más notorio será su comportamiento antisocial para la sociedad. La tendencia antisocial deviene una enfermedad cuando el niño no ha tenido la oportunidad de desarrollar un buen ambiente interno a partir de un buen ambiente externo, quedando su proceso de desarrollo emocional obstaculizado y requiriendo de un constante control externo, llegando a ser ejercido por una institución educativa del estado o en el peor de los casos, por medio del sistema judicial (Winnicott, 1946).

En el mejor de los casos el niño seguirá con su búsqueda poniendo a prueba primero a la familia extensa, amigos de la familia, vecinos, la escuela y la sociedad después, para tratar de reencontrar ese marco confiable dentro del cual poder sentirse seguro, reducir la angustia de desintegración, la amenaza de locura y sentirse un poco más libre. Es por esto que Winnicott (1946) insiste en interpretar la conducta antisocial como un llamado de esperanza, la esperanza del niño que intenta encontrar desesperadamente el control externo que necesita frente a la amenaza de desintegración. En cuanto mayor sea el niño, más dificultades tendrá para establecer un ambiente interno y seguir con su desarrollo emocional.

El robo y la destructividad dan cuenta de los dos aspectos de la tendencia antisocial. Por un lado el robo representa la búsqueda de lo que se perdió, de lo que pudo disfrutar y le fue arrebatado. Es el intento por reencontrar aquello que no sabe qué es pero le brindó una experiencia positiva. Por el otro lado, la destructividad es el intento por forzar al ambiente a brindarle la estabilidad necesaria para manejar sus impulsos destructivos y poder experimentar la vida instintiva de manera segura pudiendo así ser libremente (Winnicott, 1956).

Winnicott (1946) ejemplifica en el acto de robar el significado y la necesidad inconscientes que el niño está tratando de comunicar a través de sus dramatizaciones: explica que cuando el niño roba por ejemplo azúcar, está buscando a la madre buena cuya dulzura le pertenece pues él la creó a partir de su propia capacidad de amar y capacidad creativa primaria. La madre es el objeto que el niño busca a través del robo y el primer ambiente confiable del que pudo disfrutar estaba representado por sus brazos. También estará buscando la autoridad estricta, firme y afectuosa a la vez ejercida por su padre quien debería proteger a la madre de los ataques consecuencia del amor primitivo. Los límites establecidos por una autoridad exterior limitan el efecto de la conducta impulsiva y las actuaciones de las ideas del niño cuando está excitado (Winnicott, 1946).

3.- La adolescencia: el desafío de hacerse a sí mismo

La adolescencia es un periodo del ciclo vital del ser humano complejo y difícil especialmente para los jóvenes que se encuentran sumergidos en esta etapa de turbulentas aguas, pero también para las sociedades en las que tiene lugar, para los agentes sociales, maestros, padres y familiares que no pueden evitar ser salpicados por el mismo mar que ellos hubieron de surcar en su juventud y cuya profundidad y corrientes permanecen enigmáticos y desconcertantes también para ellos.

Se trata de una etapa que inicia con los cambios corporales de la pubertad que transforman el cuerpo del niño en el cuerpo de un adulto sexualmente genitalizado y empujan e interactúan con notables cambios psicológicos, sociales y culturales. Winnicott la describe como *“un período de descubrimiento personal en el que cada individuo participa de manera comprometida en una experiencia de vida, un problema concerniente al hecho de existir y el establecimiento de una realidad”* (Winnicott, 1961, p.98). De acuerdo con Carvajal (1993) el psicoanálisis clásico ha estudiado la adolescencia desde diversos enfoques, ya sea entendiéndola como una organización-reorganización de las defensas contra la emergencia de las pulsiones sexuales, como una segunda fase de separación de las figuras parentales o como el paso de la

dependencia infantil a la relativa independencia adulta (Carvajal, 1993). Y es que efectivamente la adolescencia implica estos y muchos otros procesos de gran complejidad y contradicciones: la potencialidad con la pérdida, la esperanza con el duelo, la vida con la muerte, la independencia con la dependencia, o la esperanza con el desasosiego. En resumen, como Carvajal (1993) etimológicamente señala, el adolescente además de crecer adolece en esta crisis vital marcada por la búsqueda de una identidad propia y que implica grandes cambios en la estructura psíquica.

Durante la adolescencia tiene lugar la reorganización de elementos tan importantes como la sexualidad, apremiada por los cambios puberales. Gutton (1994) explica la importancia de las escenas pubertarias para este proceso. En ellas la escena primaria se actualiza y en vez de observar pasivamente el coito parental, el adolescente heterosexual es protagonista de la escena genitalmente excitado, tiene una relación incestuosa con el padre del sexo opuesto y existe un movimiento parricida contra la figura parental del mismo sexo (Gutton, 1994). En esta escena se pueden observar grandes cambios respecto al edipo infantil que hasta entonces reinaba la fantasía: pasa de ser bisexual a heterosexual, la simetría infantil deja lugar a la disimetría en la pubertad y sobretodo, supone el fin de la seducción infantil (Gutton, 1994).

La teoría de la seducción infantil fue estudiada por Freud como parte de la etiología de las psiconeurosis e implica la escena real o fantasmática en la que el sujeto, siendo niño, sufre pasivamente insinuaciones o maniobras sexuales (Laplanche, 1967). Las sufre pasivamente no solo por su comportamiento pasivo sino porque dada su inmadurez sexual, no es capaz de generar ninguna respuesta pues no está preparado para elaborar ni comprender lo que está ocurriendo. En la mayoría de las ocasiones esta escena de seducción es fantasmática sin embargo remite a la verdadera seducción sexual que inevitablemente la madre ejerce a través de los cuidados corporales que el niño pequeño necesita (Laplanche, 1967). La sexualidad del niño se encuentra estructurada entonces por algo externo: la relación entre los padres, el deseo de éstos que es preexistente y da forma al deseo del sujeto (Laplanche, 1967). Cuando llega a la pubertad el joven ya tiene los medios necesarios para

descargar la tensión sexual y para hacerlo de la misma manera que sus progenitores, con la esperanza entonces de poder resolver la duda infantil sobre la sexualidad de los padres (Gutton, 1994). Además el púber no sólo deja de ser objeto de la seducción infantil, sino que ahora puede invertir el rol tomando el papel activo y seducir a un niño (Gutton, 1994).

La adolescencia, sus características y los conflictos que durante esta etapa tienen lugar, a pesar de retomar conflictos infantiles y constituir un adulto, no es una simple mezcla o suma de características del niño y del adulto (Carvajal, 1993). Es una etapa peculiar y compleja que confunde a los adultos pues en ocasiones se trata como un trastorno psiquiátrico características normales de esta época cuya única cura, dice Winnicott (1961), es la maduración combinada con el paso del tiempo.

Cada adolescente se enfrentará a los retos, conflictos y angustias propios de esta etapa del ciclo vital con su propio método personal cuya pauta se basa en la organización que establecieron en su más temprana infancia, cuando también hubieron de atravesar un primer periodo de rápido crecimiento físico y emocional. En su mayoría estas pautas contienen gran proporción de elementos inconscientes que les sirvieron para adquirir nuevas capacidades y hacer frente a los conflictos a los que se tuvieron que enfrentar, pero también están marcados por residuos de enfermedad causados por los fracasos en el manejo de los sentimientos (Winnicott, 1961).

De acuerdo con Winnicott (1961), el adolescente es esencialmente un ser aislado del mismo modo que lo fue en su infancia, antes de que fuera capaz de relacionarse con objetos fuera del alcance de su control mágico. La capacidad de socialización del adolescente se adquiriría a partir del establecimiento de relaciones individuales. Por eso encontramos grupos de jóvenes que se aglomeran en función de preocupaciones, intereses, gustos o ideales, pero que pueden carecer, en un primer momento, de dinámica interna.

Con los cambios puberales el reto de manejar los propios instintos agresivos y libidinales cobra una dimensión muy diferente y más peligrosa a

cuando el niño hubo de hacerlo antes de los dos años de edad: ahora el púber posee un gran potencial violento que debe contener pues tiene la capacidad física de destruir e incluso matar, de llevar a cabo de manera efectiva el fin de sus impulsos. En cuanto a los instintos libidinales, la maduración sexual del cuerpo se adelanta a la maduración psíquica para la relación interpersonal en quien todavía no se ha establecido una clara identidad sexual. La compulsividad en la masturbación y las relaciones sexuales así como los juegos sexuales con meta inhibida pueden perseguir el único fin de liberarse de la tensión sexual que todavía no alcanzan a comprender y les incomoda, de manera que a veces ni tan siquiera les produce placer (Winnicott, 1961).

El cuerpo abruptamente adulto y erógeno de quien hasta entonces había sido un niño se presenta como desconocido para sí mismo y despierta inquietudes sobre temas que ya se habían empezado a forjar en la infancia, antes de que el cuerpo cambiara su dimensión: la sexualidad, la sexuación, la historia libidinal intersubjetiva y la posibilidad del encuentro amoroso (Tubert, 2000). El cuerpo forma parte esencial de la imagen que el sujeto se hace sobre sí mismo y el púber se encuentra con que esta imagen, que hasta entonces no había sufrido grandes cambios, ya no se corresponde con la que había elaborado durante la infancia. Este desconocimiento y misterio por el propio cuerpo y la dificultad para reconocerse a sí mismo acompañan además a la crisis narcisista de la adolescencia y a la pregunta por la propia identidad (Tubert, 2000). Los cambios corporales y la búsqueda de identidad traen consigo un trabajo de duelo: el duelo por la pérdida del cuerpo infantil y el duelo por la pérdida de la imagen del niño ideal que el joven alguna vez fue o creyó ser. El adolescente además ha de enfrentarse al duelo por la pérdida de los padres infantiles. El púber empieza a cuestionarlos pues ya no son percibidos como omnipotentes, sabios e infalibles (Tubert, 2000).

La crisis narcisista de la adolescencia y las dudas sobre la propia identidad pueden llevar al adolescente a sentirse amenazado en sus límites e incluso en su propia existencia. Para hacer frente a estas amenazas, en ocasiones el adolescente hace uso de la violencia como mecanismo primario de defensa (Jeammet, 2002). El adolescente violento trata de invertir la situación

que teme sufrir y se defiende tratando de intercambiar los papeles imponiendo su dominio violento sobre aquel agente que percibe amenazante y que bien puede ser otro de la realidad externa, o sus propios deseos pulsionales provenientes del interior (Jeammet, 2002). La violencia acompaña al que la sufre de un sentimiento de desobjetivización al someterse a la voluntad de quien violenta: la ausencia de toda consideración por lo que el otro piensa, siente o desea equivale a su negación global como sujeto. Esta amenaza global al yo es de la que el agresor trata de defenderse invirtiendo los papeles, por lo que las más de las veces el sujeto violento en realidad tiene un sentimiento de vulnerabilidad del yo y no encuentra los recursos para hacer frente a las amenazas tanto del mundo externo como del interno ni otra manera de lidiar con sus temores más que la violencia (Jeammet, 2002). El adolescente cuyos apoyos narcisistas y sentimientos de seguridad se encuentran debilitados puede tratar de reforzar sus identificaciones compensando mediante la violencia la fuerza yoica de la que carece. Y es que en el caso que nos ocupa en este trabajo el uso de la violencia por un yo que se percibe vulnerable, y además que se desenvuelve en un ambiente violento, es central.

Otra característica con la que Winnicott (1961) define a los adolescentes es su intransigencia, su negación a admitir una solución que consideren falsa a los conflictos de su vida, como si su lema principal fuera “sé fiel a ti mismo” y se mantuvieran en una constante lucha por sentirse reales hasta el extremo de llevar a cabo actuaciones como embarazos no planeados o intentos de suicidio. Esta intransigencia coincide con la necesidad de hacerse a sí mismos, de aprender tan sólo a partir de su propia experiencia y vivir una vida real y creativa a partir de la expresión y el manejo de la vida instintiva. Poco a poco el joven aprende a flexibilizar su intransigencia para adaptarse más exitosamente a la realidad compartida siempre y cuando no suponga traicionarse a sí mismo en un falso vivir (Winnicott, 1961). El extremo de la sobreadaptación a la realidad es una solución patológica al conflicto adolescente que no desemboca en el pleno desarrollo emocional de un adulto.

A pesar de la constante actitud desafiante de los adolescentes hacia sus padres, familiares y la sociedad en general, se muestran a la vez infantilmente

dependientes de los mismos. Y es que en esta etapa del proceso de maduración del individuo, el papel del ambiente sigue siendo de vital importancia y debe brindar la atención y la confianza necesarias para que el joven pueda continuar con su desarrollo emocional. Aun y cuando el ambiente es suficientemente bueno, el reto de la adolescencia no deja de ser difícil y turbulento tanto para el joven como para su entorno (Winnicott, 1961).

La adolescencia, como espacio transicional de la infancia a la adultez, recoge características y conflictos de la niñez y de la vida adulta, pero de una manera totalmente diferente a la propia de esas otras dos etapas. El espacio transicional es un lugar compartido por las personas o los elementos que participan, en el que características de ambos intervienen pero cuyas peculiaridades resultantes son totalmente diferentes. Lo mismo ocurre con la adolescencia, aunque complejo y conflictivo, es un espacio de oportunidad y creatividad, en el que el sujeto ha de hacerse a sí mismo. Winnicott (1963c) advierte de la inadecuada respuesta por parte de los adultos de ofrecer al joven una solución falsa. Por el contrario el adulto debería ser capaz de enfrentar los desafíos que se presentan y responder a las necesidades a medida que surgen, proporcionando así al adolescente el espacio y las herramientas necesarias, la oportunidad, para ser creativamente y resolver los difíciles conflictos a los que ha de enfrentarse en esta importante etapa vital de profundas crisis (Winnicott, 1963c).

4.- El tratamiento de la tendencia antisocial en la adolescencia

4.1.- La psicoterapia psicoanalítica: características, objetivos y eficacia.

El tratamiento psicoanalítico y el quehacer del terapeuta dependerán de la patología del paciente: en los casos de psiconeurosis se puede aplicar el psicoanálisis clásico y utilizar la interpretación como principal herramienta. Sin embargo en las psicosis y la tendencia antisocial es necesario tener en cuenta que la patología es resultado de una falla ambiental que ha obstaculizado la integración del yo y el proceso de maduración del individuo por lo que el

tratamiento debe estar encaminado a proporcionar un ambiente lo suficientemente bueno que ayude a reanudar el proceso de desarrollo que ha sido interrumpido.

Antes de profundizar en el caso concreto de la psicoterapia de la tendencia antisocial, haré una pequeña introducción de la psicoterapia psicoanalítica respecto a sus principales objetivos y los factores que intervienen en su eficacia.

En líneas generales, la psicoterapia psicoanalítica parte del supuesto de la existencia de conflictos intrapsíquicos inconscientes para el paciente y busca solucionarlos de manera parcial o total por medio de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta. Para ello se utilizan como principal instrumento las intervenciones verbales del terapeuta que buscarán fortalecer al yo para manejar los impulsos y emociones que hasta entonces habían sobrepasado las capacidades del yo del sujeto (Coderch,1987). La meta de la psicoterapia no será la ausencia de conflictos externos o intrapsíquicos sino la capacidad del sujeto para afrontarlos y resolverlos de manera que prevalezcan las pulsiones libidinales de amor y crecimiento: ésta es la definición de salud mental que propone el psicoanalista catalán Joan Coderch (1987).

El primer objetivo que ha de cumplir el tratamiento psicoterapéutico es que el paciente tenga un espacio en el que hablar libremente y ser escuchado. Por ello en las primeras entrevistas se recopila información mediante la escucha sin apremiar al paciente con preguntas ni haciendo diagnósticos o interpretaciones precipitadas (Portillo, 1998). Además el discurso del paciente proporciona información tanto a partir de lo que dice como de lo que calla, pudiendo aparecer resistencias, ocurrencias, lapsus, etc. Intervenir o interrumpir puede ser adecuado cuando el discurso va en círculos o se centra demasiado en algún aspecto superficial con tal de evitar hablar de lo que realmente le angustia. A partir de las primeras entrevistas se puede observar cuál es el nivel de comunicación del paciente con el terapeuta así como aquello que se nos comunica a través de la acción y la repetición (Portillo, 1998).

Otro objetivo que se ha de cumplir para permitir el trabajo terapéutico, es que el paciente reconozca y quiera cambiar el síntoma. Sin esta condición, la psicoterapia además de no ser posible ya que el paciente es quien realiza la acción de cambio, tampoco tendría sentido. Se ha de entender que el síntoma ofrece un beneficio secundario a la persona. Se trata de un mecanismo de defensa y también de una forma de comunicación, que intenta cumplir una función necesaria aunque quizás de forma inadecuada o desadaptativa (Portillo, 1998).

Hay diversos factores que determinarán la eficacia y duración de un tratamiento (Vacarezza, 2002). En primer lugar dependerá de la gravedad de los síntomas. Esto es función del tipo y beneficio secundario del síntoma. Es decir, aquello que la persona de alguna forma obtiene de él. Por ejemplo, los cuidados y consideraciones que derivan de una enfermedad o las situaciones de confrontación del que el síntoma aleja al sujeto. También es importante la incidencia que el síntoma tiene en la vida de la persona y las limitaciones que implican, así como el tiempo que lleva manifestándose. El segundo grupo de factores tiene que ver con la disposición del paciente, su grado de plasticidad y sus circunstancias (Vacarezza, 2002). Por un lado su implicación o pasividad frente a reconocer y ocuparse de su propia situación así como su capacidad de cambio, de aprender de la experiencia, de introyección y de terminar con conductas de compulsión o repetición. También dependerá del contexto vincular y de las condiciones de vida de la persona, pues una buena red de apoyo social será favorecedora para el cambio (Vacarezza, 2002).

Para averiguar si efectivamente con el tratamiento se están logrando progresos, contamos con dos criterios de evaluación (Vacarezza, 2002). El primero se trata del criterio clínico de mejoría. Consiste en comparar la situación en el momento inicial del tratamiento con la situación actual. Para ello es necesario recoger información del tipo fenomenológico contando con datos como el malestar percibido, desde cuándo está presente y cómo afecta al individuo, entre otros. De este modo podremos observar si el síntoma ha desaparecido, ha habido un decaimiento o, aunque siga presente, su impacto sobre la vida de la

persona ha disminuido al haberse posicionado ésta de forma diferente. En el caso de que el síntoma haya desaparecido, hay que observar si no han aparecido síntomas substitutorios en su lugar (Vacarezza, 2002).

El segundo criterio de evaluación tiene en cuenta la dinámica interna del tratamiento. En este caso se compara las características del tratamiento inicial, con las características que lo componen en el presente. Es decir, lo que se hacía al principio con lo que se está haciendo en la actualidad. Debe haber una diferencia, pues aunque el tiempo de duración de cada tratamiento es muy variable, tienen que haber progresos y poder marcar eventualmente un final para no quedar estancados en un “ir viendo”. Aunque el síntoma esté cronificado se pueden conseguir cambios respecto al posicionamiento de la persona, logrando una estabilidad y sintiéndose mejor con uno mismo (Vacarezza, 2002).

Por último, un indicador de los progresos del tratamiento es a la vez el cumplimiento de diferentes objetivos (Vacarezza, 2002). Por ejemplo, el establecimiento y la consolidación de la transferencia que como consecuencia traerá el compromiso de la persona al psicoanálisis. Es decir, conseguir un buen vínculo terapéutico habiendo establecido un encuadre que sirva de referencia a la forma de trabajar tanto del psicólogo como del analizante. De esta forma también se puede conseguir que la persona haga suya la herramienta del análisis y sea capaz de extrapolarlo a otros espacios de su vida.

En *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910a) Sigmund Freud señala principalmente tres destinos de los deseos inconscientes tras haber realizado un trabajo psicoanalítico. El primero de ellos es la condenación en el consciente mediante deseos más elevados y contrarios. Existe el miedo a traer a la conciencia los instintos sexuales reprimidos, provocando que éstos tomen el poder por encima de la ética y el carácter civilizado de la persona. Pero lo que ocurre es todo lo contrario, ya que los deseos inconscientes tienen mucho más poder anímico y somático que los conscientes y no pueden ser influenciados. En cambio, cuando pasan al consciente, se exponen a la condenación por medio de las fuerzas de los deseos contrarios e incompatibles con éstos. Los deseos sexuales primitivos fueron reprimidos al inconsciente porque el yo todavía no

estaba organizado y era débil como para dominarlos. En cambio, ahora puede tener la madurez y los recursos para dominar aquello que le es hostil.

El segundo de los tres destinos planteados por Freud (1910a) es la sublimación de los deseos infantiles para un fin más elevado: los deseos infantiles son fuente de energía anímica de gran valor para la formación del carácter y la actividad en la vida. Mediante la sublimación, esta energía es dirigida para lograr un fin más elevado y de valor social que puede carecer de carácter sexual. Reprimiendo los deseos infantiles se impide su sublimación, por lo que mediante el psicoanálisis, se pueden recuperar tales deseos y lograr su sublimación.

Por último Freud (1910a) propone un tercer destino de los deseos inconscientes tras un trabajo psicoanalítico: la satisfacción directa de impulsos libidinosos reprimidos. Se tiende a una exagerada represión de los deseos sexuales cuando muchos pueden ser satisfechos en la realidad sin que su realización suponga ninguna vejación para la civilización. Llevándolos al consciente, la persona puede decidir satisfacer esos deseos de forma directa si así lo considera, quizás dándose cuenta de que su represión fue una medida desmesurada respondiendo a un posible entorno demasiado prohibitivo.

4.2.-Finalidades de la psicoterapia en jóvenes con tendencia antisocial

Dice Winnicott (1954) que lo que los jóvenes con tendencia antisocial necesitan no es un psicoanálisis sino un ambiente adecuado que responda al grito de esperanza a través de su manejo, tolerancia y comprensión. El trabajo psicoterapéutico estará dirigido entonces a proporcionar, de manera análoga a la madre suficientemente buena, la provisión ambiental necesaria en función del grado de dependencia del joven que está pidiendo ayuda para que pueda seguir con su desarrollo emocional desde el punto en el que se obstaculizó logrando un mayor grado de integración y por lo tanto de independencia relativa mediante la interiorización de un ambiente facilitador.

Para que pueda haber un trabajo psicoterapéutico y para que éste esté justificado tiene que haber conciencia de enfermedad y demanda por parte del paciente, que normalmente está motivada por el sufrimiento que la situación actual le está ocasionando. En el caso de la tendencia antisocial no suele haber conciencia de enfermedad, usualmente es la familia o la escuela las que solicitan el tratamiento del niño o el joven al que denominan inadaptado mientras que éste opina que a él no le pasa nada, que es su entorno el que exagera o bien justifica su comportamiento por las circunstancias o las provocaciones de los demás. ¿Acaso no tendrá razón? Como bien señala Winnicott (1963d) paradójicamente es en el ambiente donde hubo una inadaptación a las necesidades de cuidado y sostén del joven al que ahora califican de inadaptado. Sea como fuere en la enfermedad siempre hay participación por parte del ambiente pues ésta se define por la dificultad del sujeto para desenvolverse con éxito en la sociedad a la que pertenece.

Con todo lo anterior, la primera finalidad del trabajo psicoterapéutico con este tipo de chicos será sacar a la luz la enfermedad de la que el joven se defiende y oculta tras el comportamiento antisocial (Winnicott, 1963e). Dicho de otra manera, hacer consciente lo que el joven ya sabe inconscientemente como bien demuestran sus impulsos por compeler al ambiente a que reconozca y repare el haber sido abandonado cuando el niño todavía lo necesitaba. Y es que el ambiente falló en un primer momento, pero lo volvió a hacer cuando la familia no pudo curar los efectos de esa primera falla, y se repitió cuando la sociedad tampoco pudo remediarlo al tomar el lugar del ambiente que hasta entonces se centraba en la vida familiar (Winnicott, 1963e).

La segunda finalidad que Winnicott (1963e) propone es responder al llamado de esperanza que el niño hace por medio de su conducta antisocial. Es decir, satisfacer la tendencia antisocial proveyendo lo que el niño estaba reclamando a través de su conducta: un ambiente seguro y confiable.

Tras haber sacado a la luz la enfermedad emocional del paciente y habiéndole proporcionado un ambiente facilitador se posibilita una regresión al lugar en el que se encontraba el niño antes de que el ambiente fallara, cuando

todavía iba todo bien. En este momento el joven tiene la posibilidad de retomar su proceso de desarrollo emocional desde el punto en el que se interrumpió. Ahora será posible llevar a cabo un análisis que tenga en cuenta la distorsión del yo consecuencia del despliegue defensivo del sujeto así como el intenso uso que hizo de los impulsos del ello en busca de la curación (Winnicott, 1963e).

Para todo lo anterior el terapeuta ha de evaluar y reevaluar el grado de integración y vulnerabilidad del yo del paciente y el grado de dependencia que establece con él en la transferencia para adaptarse a las necesidades del paciente y ser un analista lo suficientemente bueno análogo a la madre suficientemente buena. Una regresión profunda en transferencia permite que el ambiente facilitador proporcionado por el terapeuta satisfaga necesidades primitivas que no fueron satisfechas en su momento debido a un quehacer materno no lo suficientemente bueno (Winnicott, 1963f).

4.3.- La función del terapeuta como yo auxiliar

La dependencia en la transferencia toma las mismas características que la dependencia en las diferentes etapas del desarrollo y el analista suficientemente bueno ha de cumplir funciones y características análogas a la madre suficientemente buena para proporcionar al paciente las condiciones ambientales necesarias para seguir su proceso de integración del yo y desarrollo hacia la independencia relativa. El analista ha de responder adecuadamente a la dependencia generada en la transferencia, es decir, a la dependencia que se ha establecido sobre él. El yo del paciente se encuentra totalmente vulnerable frente al manejo que haga el analista de este estado de dependencia. El terapeuta sirve de yo auxiliar al yo del paciente que todavía no ha logrado el nivel de integración suficiente como para ser independiente y no sentirse aniquilado en ausencia de la función sostenedora del terapeuta. Como ocurre con la madre suficientemente buena, la percepción por parte del paciente de que el terapeuta no está concentrado en su atención puede generar esa sensación de aniquilamiento consecuencia de la falta de sostén del yo. Los sujetos que buscan una verdadera salud y no una solución defensiva falsa a su angustia no aceptan

respuestas que no sean percibidas como reales. Por ello ni el sentimentalismo ni la falsa preocupación o el falso interés por entender el problema subyacente de la conducta del joven servirán para el trabajo terapéutico. El terapeuta ha de trabajar bajo el más estricto profesionalismo para lograr una comprensión real y un trabajo efectivo de la situación a la que el joven se está enfrentando y poder escuchar el mensaje real que se encuentra detrás de su conducta (Winnicott, 1963f).

El analista suficientemente bueno como la madre suficientemente buena sabe más o menos cómo se siente el paciente y puede adaptarse a sus necesidades inconscientes mediante la identificación y un manejo adecuado a partir de su dotación técnica. Y del mismo modo que ocurre con los cuidados maternos, el paciente no advierte qué se está haciendo bien en la relación terapéutica pero sí las consecuencias de un mal manejo.

El analista suficientemente bueno ejerce la función de sostén de manera adaptativa y confiable a través de la comprensión profunda y la interpretación oportuna. En análisis el paciente puede recibir por primera vez la atención total de otra persona. También como la madre suficientemente buena, el analista disminuye gradualmente su adaptación al paciente y lo acompaña en las fluctuaciones que pueda haber y las regresiones hacia la dependencia que a veces aparecen aun y cuando va progresando en su camino hacia la independencia relativa.

4.4.- Confiabilidad del espacio terapéutico y del encuadre

Algunos de los elementos confiables y seguros proporcionados por el encuadre y el analista no son nuevos para el paciente, son los mismos que el sujeto ya ha experimentado en el pasado, cuando todo iba bien y antes de que tuviera lugar la falla ambiental. El sujeto puede hallar también elementos y simbolizaciones que no había experimentado en su temprana infancia. El encuadre terapéutico establece desde el inicio del tratamiento los elementos que deberán mantenerse constantes y que tanto terapeuta como paciente aceptan

respetar, deviniendo el contexto delimitado, seguro y confiable dentro del cual el proceso terapéutico podrá tener lugar y en el que el paciente podrá ser libremente. Estos elementos están formados por la frecuencia de las sesiones, la duración de las mismas, el pago y la forma de pago, el rol del terapeuta y las normas que ha de respetar, el papel del paciente y las normas que ha de respetar, las interrupciones vacacionales, el espacio en el que tendrán lugar las sesiones, etc. El encuadre cumple con la principal función de sostén y su respeto permite que los errores del terapeuta puedan ser trabajados como fallas en la adaptación que puedan ser toleradas sin que esto suponga el derrumbe del paciente, como si el encuadre fuera una red de protección frente a la caída. ¡Qué angustia frente al error si no contáramos con él! Además el error del terapeuta es necesario también para el camino hacia la independencia relativa y el paso de relacionarse con objetos subjetivos a hacerlo con objetos percibidos objetivamente rompiendo la ilusión de control omnipotente. El encuadre cumple con su función de manera silenciosa, pasa desapercibido pues es el marco, los límites dentro del cual tiene lugar el trabajo terapéutico, los límites donde se establece la zona de juego entre terapeuta y el paciente, el espacio compartido entre ambos en el que la creatividad y el ser espontáneo pueden tener lugar. El terapeuta representa el principio de realidad y es el encargado de controlar el tiempo y el respeto del encuadre. El encuadre representa también una ley a la que tanto terapeuta como paciente se someten promoviendo el asentamiento de la llamada función paterna. Mediante este dispositivo el paciente puede expandir su mundo interno de manera confiable pues su poder y destructividad quedará limitado por los márgenes del espacio terapéutico. Como ocurre con el ambiente facilitador, el paciente no lo advierte a no ser que falle y si lo hace, sin duda perturbará el vulnerable yo del paciente.

4.5.- Transferencia

Freud define la transferencia en *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1905) como un tipo particular de formaciones del pensamiento, normalmente inconscientes, que suponen reediciones o recreaciones de mociones y fantasías que se hacen conscientes a medida que el análisis avanza. La mayor

característica de estas formaciones del pensamiento es que la persona hacia la que estaban dirigidas es sustituida por el terapeuta y por lo tanto a pesar de ser vivencias del pasado, son revividas como actuales en la relación con el médico (Freud, 1905).

Durante la infancia se establecen fijaciones sexuales que determinarán el desarrollo del individuo en esta área. Algunos elementos serán conscientes sobre sus deseos y forma de vivir la sexualidad, pero otros quedarán inconscientes y detenidos en su desarrollo. Aquellas fantasías inconscientes que la realidad todavía no ha podido satisfacer, harán que el individuo busque en cada persona que entre a su vida una posibilidad, una esperanza, un posible candidato que pueda satisfacer los deseos inconscientes. El terapeuta no es una excepción (Freud, 1912) y además el contexto controlado formado por la situación analítica libera a la transferencia de distorsiones y permite su reconocimiento e interpretación (Corderch, 1987).

Como los deseos libidinales quedaron fijados y estancados sin desarrollarse en la infancia, la transferencia tendría la imagen de las personas que rodeaban al infante en esa época, el ambiente del niño que satisfacía sus impulsos libidinales y necesidad de amor. La transferencia positiva está compuesta por sentimientos amorosos y proceden de deseos sexuales mientras que la negativa contiene los sentimientos hostiles (Freud, 1912).

La transferencia es la resistencia más fuerte hacia el tratamiento a la vez que efecto terapéutico y condición del éxito (Freud, 1912). La libido consciente que no ha podido ser satisfecha en la realidad se desplaza hacia lo inconsciente, aumentando la libido en este plano y alimentando las fantasías. La fuerza resistencial formada por la transferencia luchará contra las fuerzas favorables de la curación para evitar que devenga consciente de nuevo. La transferencia supone una resistencia pues el sujeto dirige hacia el terapeuta el deseo libidinal que estaba dirigido hacia otro objeto, haciéndosele más difícil, más penoso, convertirlo en consciente frente a él. A la vez la transferencia contiene gran poder y efecto terapéutico por traer a la actualidad y la realidad los impulsos eróticos inconscientes que de otra forma no podrían ser trabajados (Freud, 1912).

Por medio de la transferencia entonces, el paciente proyecta sobre el terapeuta emociones e ideas que en realidad pertenecen a representaciones inconscientes de un objeto reprimido (Coderch, 1987). Dado que se está substituyendo un objeto por otro que en realidad es diferente, el paciente toma como actuales percepciones que no se corresponden con el objeto real, el terapeuta, y percibe como idénticos el objeto del pasado y el objeto actual (Coderch, 1987). En la transferencia también actúa el mecanismo de la identificación en el sentido de sustituto regresivo del amor cuando el objeto amado en el mundo externo llega a formar parte del yo. La meta común de alcanzar la curación lleva a una identificación del paciente con el terapeuta y a su vez, a reproducir identificaciones con los padres (Coderch, 1987).

Como ya he mencionado anteriormente, el elemento fundamental de la transferencia será en este caso la dependencia del paciente hacia el terapeuta que responde al grado de inmadurez emocional del sujeto consecuencia de la privación ambiental. Esta misma transferencia puede generar odio del paciente al terapeuta pues ahora representa al ambiente que fracasó y le arrebató aquello de lo que él disfrutaba cuando todo iba bien. Este y otros episodios traumáticos de la infancia se reactualizan en el proceso psicoterapéutico por medio de la transferencia.

De acuerdo con Winnicott (1960c) la transferencia es la manera en la que un fenómeno altamente subjetivo perteneciente a una porción de la realidad psíquica del paciente surge repetidamente en el análisis. Su interpretación implica relacionar lo que le está sucediendo con el analista con una porción de su vida pasada pues es ahí donde tiene su origen.

El amor de transferencia durante el tratamiento es consecuencia de la reproducción y actualización en la relación analítica de las relaciones de objeto de la tríada edípica y por lo tanto, inevitable y saludable (Etchegoyen, 1985). Sin embargo Etchegoyen (1985) señala que existen varias formas de amor de transferencia en cuyos extremos se encuentra el de tipo neurótico, al que también se denomina transferencia erótica, y el de tipo psicótico, también

llamada transferencia erotizada. Mientras que en el amor de transferencia neurótico el analista es visto como si fuera el padre o la madre, en el caso del amor de transferencia psicótico el analista es el padre o la madre, perdiéndose el “como si”. En estos casos la transferencia se suele establecer muy rápidamente y con gran violencia y a diferencia del tipo neurótico, no supone una capacidad de amar sino una deficiencia libidinal que conlleva una gran necesidad de ser amado (Etchegoyen, 1985). En el caso del amor de transferencia neurótico se puede observar su evolución a lo largo del tratamiento junto a los avances terapéuticos: el amor de transferencia se puede presentar al inicio desde los niveles pregenitales y en un tipo de relación predominantemente con objetos parciales, e ir evolucionando hasta las fantasías edípicas genitales y poder trabajar con éstas (Etchegoyen, 1985).

4.6.- Contratransferencia

En 1910, en el discurso inaugural del 2º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Sigmund Freud trata el tema de la contratransferencia y la define como el sentir inconsciente que se instala en el médico como consecuencia del influjo que el paciente ejerce sobre él (Freud, 1910b). También remarca por lo tanto la necesidad del médico por discernirla dentro de sí mismo y dominarla pues de lo contrario, a falta de un análisis personal, ocurre que son los propios complejos y resistencias del psicoanalista las que limitan el trabajo analítico del paciente (Freud, 1910b).

Coderch (1987) señala que existen diferentes definiciones para el concepto de contratransferencia pues aunque Sigmund Freud no ahondó en este importante elemento del tratamiento psicoanalítico, ha sido mucho lo que se ha estudiado después. De acuerdo con Coderch (1987) diversos autores consideran la contratransferencia del mismo modo que Freud lo hizo en un primer momento, un fenómeno que se ha de eliminar pues es consecuencia de conflictos emocionales del analista. Otros autores, como el propio Coderch (1987), consideran sin embargo que la contratransferencia es cualquier actitud emocional hacia el paciente y que es inevitable que ésta exista.

La contratransferencia puede ser perjudicial para el tratamiento y el paciente cuando responde a los propios complejos y resistencias inconscientes del terapeuta, pero a su vez es una de las más importantes herramientas del trabajo psicoterapéutico cuando se utiliza adecuadamente. En la relación terapéutica las emociones aparecen tanto del lado del paciente como del terapeuta, cuyo inconsciente puede comprender el inconsciente del paciente y suscitar sentimientos que el paciente le despiertan. Ésta supone una valiosa herramienta de investigación del inconsciente, y mediante un adecuado análisis personal, el terapeuta puede ser capaz de observar estas emociones y utilizarlas para el trabajo psicoanalítico en lugar de descargarlas como haría el paciente o un mal terapeuta (Coderch, 1987).

Es necesario que el psicoterapeuta ejerza su trabajo con una actitud profesional que implica ser confiable a través de la objetividad y la congruencia permitiendo que las ideas y sentimientos acudan a su mente, examinándolos y escudriñándolos sin que necesariamente den lugar a una interpretación para el paciente. El análisis propio del psicoterapeuta facilita esta tarea pues aumenta la estabilidad del carácter y la madurez de la personalidad de manera que puede seguir siendo vulnerable en cuanto a disponer de una organización defensiva flexible sin dejar de mantener el comportamiento profesional adecuado. La supervisión juega en este sentido un importante papel. De lo contrario el intento por sostener una actitud profesional lo puede llevar a estructurar defensas de su yo que le impidan responder adecuadamente a cada nueva situación.

En este sentido y cuando la contratransferencia responde a los rasgos neuróticos del psicoterapeuta, puede repercutir negativamente en su actitud profesional y por lo tanto en el tratamiento del paciente. La actitud profesional establece una distancia entre el analista y el paciente del mismo modo que el símbolo la establece entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente. Sin embargo Winnicott (1960c) sostiene que el rol del analista variará en función del diagnóstico del paciente, siendo totalmente diferente la actitud profesional del terapeuta cuando se trata de casos de tendencia antisocial y casos de pacientes que necesitan una regresión.

En el caso de la tendencia antisocial, al tratarse de una llamada de esperanza frente a la privación que el paciente sufrió, el trabajo del psicoterapeuta ha de estar encaminado a corregir las fallas del yo auxiliar a las que el paciente está reaccionando y averiguar cuál fue la situación que generó la privación o las privaciones originales, que el paciente logre recordar de qué manera las percibió y las sintió cuando ocurrieron en su niñez (Winnicott, 1960c). En los casos de psicosis o fronterizos en los que el paciente necesita una regresión para lograr un cambio significativo, es necesario que atraviese una fase de dependencia infantil incluso absoluta en la que el psicoterapeuta interprete el rol de madre y proporcione un yo auxiliar al paciente, identificándose con él y orientándose hacia la realidad externa, incluso al punto de la fusión para desde el momento en el que el ambiente falló obstaculizando el desarrollo, reemprender el camino hacia la independencia relativa.

La contratransferencia es caracterizada por Winnicott (1960c) como aquello a utilizar o eliminar mediante la formación y el análisis de los terapeutas. Tiene que ver con los rasgos del psicoterapeuta que podrían interferir en la actitud profesional, la cual tan sólo se ha de modificar en los casos de pacientes emocionalmente privados o deprivados en la infancia que requieren de un yo auxiliar, quizás reaccionando a sus necesidades y no interpretando el material. En cualquier caso, conceptualmente la contratransferencia sigue siendo algo que percibir y controlar logrando su mínima intromisión.

4.7.- El juego

La aplicación de la cura psicoanalítica en niños y adolescentes denotó desde el principio la necesidad de modificar la técnica y utilizar recursos específicos acordes con las características del momento del proceso de desarrollo en el que se encuentran los pacientes más jóvenes. El juego es una de las herramientas esenciales ya que se ha podido observar cómo el niño dramatiza en él su mundo interno, conflictos y fantasías comunicando mucho más de lo que comunicaría por medio de la palabra. Doltó (1982) señala que todo ser humano simboliza por

medio de fantasías auditivas, gustativas, olfativas táctiles y visuales, pero estas fantasías pueden ser expresadas por diferentes vías, no sólo la palabra que en tantas ocasiones implica mentira para los niños. De acuerdo con esta autora (Doltó, 1982) el psicoanálisis es la comunicación por todos los medios y el papel del terapeuta es ayudar a la transferencia del pasado para catartizar la represión actual. Para ello el terapeuta ha de ser capaz de escuchar y observar lo que el niño está comunicando a través de gestos, posturas, dibujos, modelados, música y juegos.

Ya Sigmund Freud en *Más allá del principio de placer* (Freud, S. 1920) hace un análisis del juego infantil. Él mismo pudo observar un niño de año y medio jugando a aventar sus juguetes haciéndolos desaparecer para después recuperarlos y gozar de su reaparición —el juego de «fort da»—. Freud interpretó este juego como el logro cultural que el niño había alcanzado al renunciar a la satisfacción pulsional de la presencia de su madre. El niño repite en el juego situaciones que le causan gran impresión emocional consiguiendo así reducir la intensidad del trauma. Además se hace con el poder de la circunstancia que había sufrido de manera pasiva logrando a la vez vengarse del daño padecido infringiéndoselo ahora al compañero de juegos (Freud, S. 1920).

Las psicoanalistas Melanie Klein y Anna Freud son dos de los referentes más importantes en cuanto al psicoanálisis de niños y por lo tanto del uso del juego como técnica. Sin embargo, sus conclusiones teóricas son fundamentalmente diferentes. La propia Melanie Klein (1932) resalta dos de sus principales desavenencias: en primer lugar, Anna Freud, a diferencia de Melanie Klein, considera que los niños no desarrollan una neurosis de transferencia; en segundo lugar, Anna Freud opina que el superyó infantil es todavía demasiado débil como para poder aplicar a los niños un método similar al del adulto.

El principal obstáculo que Melanie Klein resalta en el análisis de niños es la dificultad de éstos para hacer asociaciones verbales, instrumento fundamental del psicoanálisis de adultos. Para saltar este escollo y lograr comprender el inconsciente del niño, Melanie Klein desarrolló la técnica del “análisis del juego” (Klein, 1932). De acuerdo con esta autora el niño expresa simbólicamente sus

fantasías, deseos y experiencias por medio de juguetes y juegos. Klein equipara el lenguaje del juego con el de los sueños por lo que para lograr comprender lo que el niño comunica a través del juego, es necesario, como en la interpretación de los sueños, no sólo averiguar el significado de cada símbolo separadamente sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación y la relación de cada factor con la situación total (Klein, 1932). Es necesario por lo tanto observar y analizar para cada ocasión el contenido de los juegos, el modo de jugar, los medios utilizados o los motivos tras un cambio de juego. El juego es el mejor medio de expresión del niño y a través de éste habla y proporciona asociaciones genuinas equiparables a la asociación libre verbal del psicoanálisis de adultos (Klein, 1932).

De acuerdo con Melanie Klein (1932) los niños aceptan en general fácilmente y con placer las interpretaciones ya que el acceso al inconsciente es aún accesible en comparación con los adultos y sus resultados se pueden observar rápida y claramente en el curso del juego (Klein, 1932). Una clara ventaja entonces en el uso del juego como herramienta analítica es que el juego es un actuar, una acción, la cual es más primitiva que el pensamiento o la palabra. Por lo tanto, el uso del juego permite recobrar y mostrar de manera directa experiencias y fijaciones y alcanzar un análisis más profundo y extensivo del que se lograría tan sólo por medio de la técnica de la asociación libre (Klein, 1932). Melanie Klein (1932) considera que detrás de toda forma de actividad de juego hay un proceso de descarga de fantasías de masturbación que actúa como una compulsión de repetición. El juego es entonces una actividad sublimatoria y su inhibición es consecuencia de una fuerte represión de las fantasías masturbatorias y de toda vida imaginativa del niño (Klein, 1932).

Por su parte Anna Freud (1927) critica que Melanie Klein equipare el juego del niño con la asociación libre del adulto ya que son diferentes y el juego del niño no está regido por la representación final de encontrarse en análisis. Considera que no toda actividad lúdica tiene necesariamente una significación simbólica del mismo modo que en los adultos sólo está justificado atribuir sentido simbólico a aquello que surge de la situación analítica aceptada por el paciente (Freud, A., 1927).

Anna Freud (1927) encuentra fundamentalmente dos ventajas en el uso del juego para el análisis del niño. En primer lugar, el juego crea en el espacio analítico todo un mundo en el que se puede observar cómo se desenvuelve el niño: sus reacciones, la intensidad de sus inclinaciones agresivas, de sus sentimientos compasivos y de su actitud ante los diferentes objetos y personas representados por los juguetes (Freud, A., 1927). En segundo lugar, ese mundo de juguete es muy plástico y puede ser totalmente manipulado a voluntad del niño, pudiendo observar actos del niño que en el mundo real quedarían limitados a su imaginación debido a las restricciones de la realidad (Freud, A., 1927).

De acuerdo con Anna Freud (1965) el juego es al principio autoerótico pues proporciona placer e involucra el propio cuerpo —la boca, los dedos, la visión, la piel— y el de la madre, en un primer momento indiferenciado y especialmente relacionado con la alimentación. Los primeros objetos de juego serían los objetos transicionales descritos por Winnicott (1953) y estarían catectizados tanto por libido narcisista como objetal. Estos objetos funcionan como objetos simbólicos y al ser inanimados permiten que el niño pueda expresar su ambivalencia sobre ellos (Freud, A., 1965). Con el desarrollo del yo del niño, el uso que éste hace de los objetos también cambia. Por ejemplo, los juguetes permiten que el niño actúe actividades del yo que desplaza desde los orificios del cuerpo y sus funciones como llenar y vaciar o abrir y cerrar. También contribuyen al placer de la motricidad del niño aquellos que disponen de ruedas, a actuar tendencias ambivalentes de la fase sádico-anal aquellos que sirven para construir y destruir o a expresar tendencias y actitudes masculinas y femeninas aquellos consistentes en representar un rol o escenificar situaciones del complejo de Edipo.

Poco a poco el niño obtiene cada vez más placer por el producto final de su actividad que por la actividad lúdica en sí debido a factores como la imitación, la influencia del ideal del yo, el paso de la pasividad a la actividad y la propia tendencia hacia la maduración (Freud, A., 1965). La capacidad para jugar es predecesora de la capacidad para el trabajo y ésta se logra tras haber adquirido esencialmente tres facultades: el control, la inhibición o modificación de los

impulsos para pasar de utilizar objetos de manera agresiva o destructiva a utilizarlos de manera positiva y constructiva; la capacidad para llevar a cabo planes preconcebidos pudiendo posponer el placer y tolerar la frustración; y lograr la transición desde el principio de placer hacia el principio de realidad (Freud, A., 1965).

Winnicott toma en gran consideración el uso que Melanie Klein hizo del jugar como proyección de la realidad psíquica interna del niño, elemento comunicativo que introdujo a su propio trabajo además de la verbalización y el dibujo (Winnicott, 1962b). Los objetos reales que el niño utiliza para el juego son subjetivos en función del uso que el niño hace de éstos, de lo que representan en la fantasía del pequeño. El uso del juego como simbolización del mundo interno permite que el niño pueda utilizar sus impulsos dentro de unos márgenes seguros y confiables de manera que la destructividad no sea efectiva en la realidad externa. El pequeño así puede descargar su destructividad sin consecuencias pues el objeto real sobrevive a la destructividad efectuada en un terreno de juego seguro. El juego tiene muchas funciones. El poder ser espontáneo y creativo con él es una de las principales pues ayuda al niño a desarrollar su propio yo en lugar de copiar y repetir conductas que no le pertenecen.

En *Realidad y Juego* (1971), Winnicott propone dar un paso más del uso que se ha hecho tradicionalmente del juego pues hasta entonces se limitaba a prestar atención al contenido como se acaba de explicar. Winnicott (1971) agrega la función del juego como continente poniendo el énfasis en el proceso necesario para el jugar, el cual es una experiencia creadora que requiere de un espacio y un tiempo para que pueda tener lugar. De esta manera Winnicott (1971) advierte cómo hasta entonces el psicoanálisis se había concentrado en el estudio de la realidad psíquica personal e interior y su relación con la realidad exterior compartida, sin prestar atención a la zona de juego formada por el territorio intermedio entre ambos mundos, territorio del desarrollo y la experiencia individuales. Esta conceptualización forma parte de uno de los más importantes aportes de este autor, el del espacio, los fenómenos y los objetos transicionales (Winnicott, 1971).

Dice Winnicott en su trabajo *Realidad y Juego* (1971) que la psicoterapia tiene lugar en la superposición de dos zonas de juego, la del paciente y el terapeuta, quienes juegan juntos. El trabajo del terapeuta consiste en que el paciente que no puede jugar logre hacerlo para fuera del espacio terapéutico, favorecer el vivir creativamente. No se refiere sólo al uso del juego sino a una de las oportunidades que brinda la psicoterapia como espacio transicional.

MÉTODO

1.- Planteamiento del problema

José Andrés es un púber de 12 años de edad que es llevado a consulta psicológica por su hermana 15 años mayor debido a problemas de conducta tanto en la escuela como en el entorno familiar y la vecindad. Roba dinero a su madre, miente y fantasea. En la escuela José Andrés se pelea con los compañeros, persigue a las chicas y es muy retador con los maestros. En la calle ha tenido problemas por desafiar a chicos mayores que él al punto de haber sido encañonado y pelea bruscamente con niños pequeños, incluida su sobrina de cinco meses de edad. José Andrés asegura que las quejas sobre él son exageradas y las acusaciones falsas. Son los demás quienes le provocan: “Pa’ que se llevan si no se aguantan”, razona él.

Para entender de qué manera la tendencia antisocial es consecuencia de una privación ambiental hay que tener en cuenta primero cuál es el papel del ambiente en relación con el desarrollo emocional del niño. Winnicott (1963a) plantea los procesos de maduración del ser humano en su camino desde la más absoluta dependencia con la que el neonato llega al mundo hacia la independencia, consistente en realidad en una interdependencia entre el individuo y su ambiente, con el que se interrelaciona, se puede identificar, y del que se hace responsable como actor de su sociedad y cultura. Se trata de un crecimiento emocional que permite a cada uno desarrollar el potencial heredado único impulsado por una tendencia a la maduración, pero que a pesar de su autonomía, depende de que las condiciones ambientales sean lo suficientemente buenas para que pueda llevarse a cabo sin perturbaciones. De esta manera Winnicott (1963a) pone especial énfasis en las características y funciones que el ambiente, es decir la madre y por extensión el padre o quienes funjan como tales, ha de cumplir para ser facilitador de los procesos de maduración del niño en su camino hacia la independencia relativa, a un vivir creativamente, espontáneo, en el que satisfacer las necesidades instintivas en armonía con la realidad compartida con el resto de la sociedad.

Durante las primeras semanas de vida en las que el bebé se encuentra en un estado de dependencia absoluta, la madre o quien ejerce la función materna ha de adaptarse totalmente a las necesidades del neonato para salvaguardar el lugar en el que, si todo va bien, ha de devenir el self. El bebé vive esta total adaptación como una experiencia de omnipotencia donde no advierte los cuidados maternos, tan sólo sus efectos, permaneciendo en un estado de fusión con ellos. De esta manera los cuidados maternos sirven de yo auxiliar al yo en constitución del bebé, permitiéndole experimentar una existencia personal y establecer una continuidad del ser sobre la que desarrollar gradualmente el potencial heredado hasta constituir un sujeto individual (Winnicott, 1960a).

A medida que el bebé avanza en el proceso de desarrollo y maduración ha de lograr separarse del estado de fusión en el que se encontraba inicialmente para alcanzar finalmente un estado de unidad consistente en la integración del yo. De esta manera se van desenmarañando los cuidados maternos, que hasta entonces le pasaban desapercibidos, para dar cuenta de su dependencia de los mismos y pasando poco a poco a diferenciar aquello que forma parte del “yo” de lo que es “no-yo”. Se encuentra ahora en un estado de dependencia relativa que Winnicott (1963a) sitúa entre los seis meses y los dos años de edad.

La madre ha de separarse del infante gradualmente a la par que éste madura y se desarrolla hacia la independencia relativa. La madre suficientemente buena se adapta a los cambios y fluctuaciones del bebé entre los diferentes estados y momentos de dependencia actuando cada vez menos a través de la empatía y más a partir de las señales que emite el infante en su interacción. La frustración fruto de la falla gradual de la madre permite ir poniendo fin a la experiencia de omnipotencia de manera que el bebé cada vez se relaciona menos con fenómenos subjetivos para hacerlo con objetos percibidos objetivamente y sus necesidades pasan de satisfacerse mágicamente a hacerlo a través de la manipulación y la relación de objeto (Winnicott, 1963a).

Una falla ambiental puede ocasionar grandes repercusiones en el desarrollo del individuo en función del momento del crecimiento emocional en el que tuvo lugar siendo más grave en cuanto más dependiente y vulnerable fuera el niño cuando ocurrió: desde la psicosis en el momento de dependencia absoluta en la que el bebé se encuentra indiferenciado de la madre, o la conducta antisocial, tema que nos ocupa en esta ocasión y que de acuerdo con el doctor Winnicott (1954) es consecuencia de una privación emocional, es decir, una falla ambiental en el periodo de dependencia relativa: la provisión ambiental fue lo suficientemente buena al principio como para permitir una organización yoica considerable pero falló antes de que el individuo hubiera logrado establecer un ambiente interno, alcanzar una independencia relativa, necesaria para la salud mental y en su defecto, los conflictos de tipo neurótico.

José Andrés fue un hijo no planeado y tampoco esperado. Es el tercero de la madre quien no lo quiso hasta que nació y el único del padre quien de acuerdo a la madre en un principio no lo reconoció. A medida que José Andrés va creciendo más le recuerda a su madre a aquél quien la maltrató física y psicológicamente, tanto por su aspecto físico como por su comportamiento y manera de hablar. En realidad la madre desconfía de los hombres en general pues ve en ellos un agresor en potencia: desde los diez hasta los trece años fue abusada sexualmente por su padrastro. Su manera de educar a José Andrés ha sido violenta, con golpes e insultos. Le ha llegado a decir “no te quiero, ojalá no hubieras nacido” y cuando su hijo se acerca para abrazarla, lo rechaza argumentando dolor en uno de sus brazos o dolor de útero. No obstante los cuidados de José Andrés por parte de su madre pudieron ser adecuados durante sus primeros meses de vida, mientras éste era un bebé. En mi opinión la madre de José Andrés se identifica como una mujer sufridora, víctima de muchos abusos, que ha trabajado duro por sacar sus hijos adelante. José Andrés explica que quema cosas y maltrata a un gato para desquitarse cuando su madre se desquita con él.

Durante el primer año de vida José Andrés sufrió distintos accidentes debido a descuidos maternos. De los 6 a los 10 años pasaba las tardes solo y se iba con chicos mayores, se metía en problemas o repetía historias que había

escuchado como si las hubiera protagonizado él. Para evitar las escapadas llegaron a encerrarlo dentro de casa.

En sesión el joven apenas habla sobre su familia y evita cualquier tema que le pueda producir tristeza. Cuando ésta aparece trata de desviar la conversación y también el afecto utilizando vocabulario y expresiones de jerga y tónica entre agresiva y humorística así como el albur.

La temática alrededor de la que giraban las sesiones de José Andrés fue cambiando a lo largo del tratamiento. Al principio relataba sus juegos en la calle: las tiraditas y el fútbol callejero. Dos meses después explica que se ha comprado una máquina de juegos, siendo ahora el contenido de sus relatos las partidas del juego Grand Theft Auto San Andreas. Esta realidad virtual parecía expandirse a su propia realidad como si las hazañas del personaje las hubiera vivido él asegurando que tiene grandes sumas de dinero, es narcotraficante, tiene contactos en el extranjero y armas repartidas aquí y allá por si llegara a necesitarlas. En estas historias eran notables las dificultades en el cálculo del tiempo y el dinero. Finalmente dejó de hablar del videojuego para hacerlo sobre lo que supone ser de barrio y su fuerte identificación al respecto a través de canciones de artistas como C-Kan, un chico de barrio que se sirvió de su creatividad para transformar las dificultades que sufrió por crecer en un ambiente desfavorecido en canciones que le trajeron éxito y reconocimiento. De una de sus canciones José Andrés parafrasea: “Yo puedo olvidar al barrio, pero no pueden sacar mi barrio que llevo dentro”.

2.- Pregunta

Teniendo en cuenta todo lo anterior que parece indicar una dificultad en José Andrés para expresar y lidiar con sus impulsos libidinales y destructivos así como la necesidad de reencontrar un ambiente facilitador que le ayude a manejarlos, la pregunta que surge es, ¿De qué manera José Andrés puede contar con un ambiente que le proporcione la seguridad y la confianza necesarias para

expresar su vida instintiva dentro de un marco delimitado y favorecer su desarrollo emocional hacia la independencia relativa?

Y es que la adolescencia es un momento del desarrollo vital en el que, además de revivir de manera exacerbada las dificultades y vicisitudes que ocurrieron en el periodo de conformación del yo en la infancia, supone por la misma razón una oportunidad para reelaborar las fijaciones y obstrucciones que se establecieron y sobre las que ahora, poniéndose en escena, es posible intervenir.

El espacio terapéutico, el encuadre, la transferencia y el juego son herramientas de la psicoterapia psicoanalítica que mediante los elementos seguros y confiables que los caracterizan pueden constituir un ambiente facilitador que proporcione a José Andrés un marco delimitado y controlado en el que expresar su mundo interno y dramatizar sus impulsos sin temor.

3.- Supuesto

De aquí se desprende el supuesto que trata de dar respuesta a la pregunta anteriormente planteada y es que el tratamiento de José Andrés, mediante el encuadre, la actitud de la terapeuta, la transferencia y el juego, contiene los elementos seguros y confiables de un ambiente facilitador que le permita expresar su vida afectiva de manera controlada y favorecer así el proceso de integración del yo.

4.- Objetivo general

Mostrar cómo el tratamiento de José Andrés, mediante el encuadre, la transferencia y el juego, ha fungido de ambiente facilitador favoreciendo el proceso de integración del yo y la transición de un funcionamiento psíquico predominantemente basado en el autoerotismo y el fantaseo a un

funcionamiento psíquico en el que prevalezca la relación de objeto, el trabajo de pensar, la creatividad y la fantasía.

5.- Objetivos específicos

1.- Exponer y argumentar la conducta antisocial de José Andrés como un llamado de esperanza por recuperar la seguridad de un ambiente facilitador.

2.- Analizar el funcionamiento psíquico de José Andrés constituido por un yo vulnerable que utiliza mecanismos de defensa primitivos frente a los impulsos instintivos percibidos como amenazantes.

3.- Analizar las vicisitudes del vínculo materno temprano de José Andrés en cuanto a las repercusiones en la constitución del funcionamiento psíquico del joven.

4.- Fundamentar la cualidad de ambiente facilitador seguro, confiable y delimitado del tratamiento así como de sus principales elementos: el encuadre, la transferencia y el juego.

5.- Enumerar los cambios observados en José Andrés en la transición a una mayor prevalencia de relaciones de objeto, simbolización, creatividad y fantasía.

6.- Definición de categorías

Desarrollo emocional

Proceso inducido por la tendencia genética que supone una continuidad desde el momento del nacimiento y culmina tras alcanzar la madurez adulta. Supone un crecimiento gradual de la organización y la fuerza del yo, la aceptación progresiva por parte del individuo de su vida instintiva personal y la responsabilidad por sus consecuencias reales o imaginarias. (Winnicott, 1958).

Vida instintiva

Aspectos relacionados con las funciones corporales y la elaboración imaginaria de dichas funciones provenientes de las excitaciones locales y generales propias de la vida animal cuya experiencia se divide en tres periodos: preparación, acto con clímax y secuela (Winnicott, 1964). Progresan desde la vida instintiva alimentaria hasta una vida instintiva genital (Winnicott, 1962c).

Ambiente facilitador

Entorno inmediato del niño proporcionado principalmente por quien cumple una función materna suficientemente buena y sobre el que se despliega el proceso de maduración. Se caracteriza por proporcionar al yo en desarrollo del bebé un yo auxiliar y por adaptarse al principio casi totalmente a las necesidades del niño para desadaptarse gradualmente a medida que el individuo logra sostenerse por sí mismo (Winnicott, 1963a).

Deprivación ambiental

Falla en la función sostenedora del ambiente facilitador ocurrida lo suficientemente tarde como para no distorsionar la organización del yo del niño pero demasiado pronto como para que el niño pudiera prescindir de él tras haber establecido un ambiente interno autosustentador (Winnicott, 1946).

Tendencia antisocial

Conjunto de conductas disruptivas con las que el niño trata de obligar al ambiente a reconocer y remediar la deprivación que le ocasionó con la esperanza de saltar hacia atrás hasta el momento en el que la dependencia se daba por sentada y los padres respondían adecuadamente (Winnicott, 1946).

7.- Tipo de estudio

La presente investigación, de tipo cualitativo, busca comprender a través de la teoría psicoanalítica el funcionamiento psíquico del sujeto de estudio, su historia y experiencia vital así como los elementos del tratamiento que han podido incidir en un cambio en su patología. Los datos obtenidos no son cuantificables ni se

pretende hacer ningún tipo de generalización a otros casos similares debido al tipo de estudio y la singularidad de cada sujeto y situación.

Con tal de lograr una comprensión holística de la subjetividad y circunstancias del paciente se utilizó el método de investigación de estudio de caso aplicando a los datos obtenidos un análisis hermenéutico (Cárcamo, 2005). A través del estudio de caso se pretende narrar el encuentro terapéutico con el paciente como ejemplo clínico singular de la teoría psicoanalítica que sustenta el supuesto de esta tesis. Las fuentes de información empleadas —el contenido manifiesto y latente del discurso del paciente, el contenido y la dinámica del juego, los diálogos y las acciones— son resultado de la interacción con la terapeuta por lo que mi propia subjetividad interviene activamente no sólo en la interpretación, sino también en el propio material clínico observado. Siguiendo la orientación teórica del presente trabajo apoyado en el concepto de fenómeno transicional de Winnicott (1971), el vínculo terapéutico supone un espacio intermedio de experiencia, creatividad y potencialidad entre terapeuta y paciente. También se obtuvo información a partir de las entrevistas que se realizaron a la hermana y al padre del paciente, así como del trabajo continuado con la madre de José Andrés, con quien trataba de hacer sesiones quincenales.

8.- Participantes

Los participantes de esta investigación y la intervención que se reporta son un varón de doce años de edad que fue llevado por su hermana a un centro de servicios psicológicos debido a problemas de conducta en el entorno familiar, académico y social; la madre del joven, con quien trabajé a lo largo del tratamiento de su hijo; y el padre y la hermana del paciente, a quienes realicé varias entrevistas individuales.

9.- Escenario

El tratamiento del paciente y por extensión la presente investigación, tuvieron lugar en un Centro de Servicios Psicológicos al sur de la Ciudad de México, sede de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

10.- Instrumentos

Para realizar el proceso diagnóstico se utilizó la técnica de la *entrevista a profundidad* y la *observación* de los entrevistados. En ambos casos el instrumento fue la propia terapeuta, recopilando información mediante la escucha y la comunicación no verbal, interviniendo en función del desarrollo de las sesiones y la interacción con los entrevistados sin seguir una estructura o guion preestablecidos (Díaz Portillo, 1998).

Mediante la entrevista se logró obtener información no sólo respecto a la historia clínica del paciente sino su experiencia subjetiva y la de sus familiares frente a los diversos eventos relatados (Ruiz, 2004). El principal objetivo de esta técnica de acuerdo con Isabel Díaz Portillo (1998) es establecer una relación de trabajo a través de la cual esclarecer los conflictos psíquicos pasados y presentes que perturban el equilibrio actual del sujeto. Las entrevistas se aplicaron individualmente al paciente, a la hermana y a la madre y en conjunto al paciente con su hermana y al paciente con su madre, posibilitando observar la interacción entre los entrevistados y con la entrevistadora y pudiendo ahondar así en el conocimiento de los estilos de relación y de la dinámica familiar.

A través de la observación, técnica que se mantuvo a lo largo de toda la investigación, se registró importante información adicional al contenido del discurso tales como los afectos involucrados frente a lo relatado o el estado mental del paciente. También es importante la auto-observación del investigador y el constante auto-cuestionamiento respecto a sus propias intervenciones y reacciones frente a la situación de entrevista y las comunicaciones del

entrevistado. Del mismo modo la supervisión fue esencial a lo largo de todo el proceso tanto para la investigación como para la adecuada comprensión de la patología del paciente y de lo que ocurría en sesión.

El método de tratamiento fue la psicoterapia psicoanalítica en modalidad individual. Es decir, se utilizaron los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis sirviéndose de la interpretación controlada de la resistencia, la transferencia y el deseo pero sin la profundidad y condiciones estrictas para poderlo considerar una cura psicoanalítica rigurosa (Laplanche, 1967). El método de investigación que se empleó durante esta fase también fue el psicoanalítico, consistente en “*evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias de un individuo*” (Laplanche, 1967, p.316). En realidad la investigación constituye un elemento fundamental de la psicoterapia psicoanalítica pues esta disciplina psicológica considera las diversas manifestaciones de la patología formaciones de compromiso resultado del conflicto entre las pulsiones del individuo en busca de satisfacción — representadas por el ello— y las exigencias de la realidad y la cultura — representadas por el superyó— siendo el fin último del tratamiento el total rastreo y comprensión de las formaciones de compromiso y sus orígenes mediante el trabajo psíquico del yo para sustituir los síntomas que hacen sufrir al individuo por otras formaciones menos violentas y perturbadoras. De esta manera las técnicas de la psicoterapia psicoanalítica han fungido a la vez como instrumentos de la investigación, y éstas han sido las intervenciones verbales — principalmente clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones—, el juego — como medio de comunicación de la fantasía inconsciente y espacio de interacción— el encuadre, la transferencia y la contratransferencia.

11.- Procedimientos

La hermana del paciente acudió al Centro de Servicios Psicológicos en la fecha y horario que la institución establece trimestralmente para realizar el proceso de solicitud de servicio. Éste consiste en el llenado y la entrega de documentación con los datos personales del paciente, el motivo de consulta y los ingresos

familiares así como la firma del consentimiento informado en el que el solicitante se hace conocedor del funcionamiento general del centro.

Una vez finalizada la solicitud de servicio dio inicio el proceso de preconsulta, en el que un estudiante del Sistema de Universidad Abierta realizó una entrevista inicial, una segunda para obtener la historia clínica infantil, la aplicación de los inventarios de ansiedad y depresión de A. Beck y de las pruebas WISC-RM, Symonds Test de Cuadros, Bender, dibujo libre y dibujo de la familia. Tres meses después se le asignó una terapeuta del programa de Residencia en Psicoterapia para Adolescentes iniciándose la presente investigación. Se realizó una primera entrevista con José Andrés y su hermana, dos con la madre del paciente y dos a solas con él antes de establecer el encuadre explicando a José Andrés y su madre la dinámica del tratamiento y recordándoles la reglamentación de la institución. El proceso terapéutico tuvo una duración de dieciocho meses, formado por un total de sesenta y cinco sesiones a razón de dos por semana así como diez entrevistas adicionales con la madre, dos con el padre y tres con la hermana. El tratamiento consistió en intervenciones técnicas propias del tratamiento psicoanalítico y la disponibilidad de un cesto con juegos que favorecieron el trabajo y la comunicación.

A lo largo de todo el proceso terapéutico y en la elaboración de la presente investigación se contó con la supervisión semanal por parte de una psicoanalista experimentada que aportó las indicaciones teóricas, técnicas y prácticas necesarias para la adecuada atención del paciente y el análisis teórico del caso, así como del análisis de la contratransferencia.

12.- Consideraciones éticas

La presente investigación ha sido realizada bajo los requerimientos éticos tanto de la psicoterapia psicoanalítica como del *Código Ético del Psicólogo* de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007):

Para llevar a cabo una práctica profesional responsable bajo los lineamientos de la teoría psicoanalítica, en primer lugar ha sido fundamental ampliar los conocimientos teóricos para edificar una base sólida que permita entender y trabajar adecuadamente con el paciente; en segundo lugar que la terapeuta esté a su vez en un proceso de tratamiento psicoanalítico para que su propia subjetividad e inconsciente intervengan solamente en beneficio del paciente; y por último la supervisión constante por parte de una psicoanalista experimentada cuyas indicaciones han apuntalado la atención psicológica profesional, ética y responsable del paciente.

En cuanto a los principios establecidos en el *Código Ético del Psicólogo* (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), se ha respetado la intimidad del paciente garantizando la confidencialidad de la información almacenándola de manera segura (art. 61) y protegiendo su anonimato con el uso de un pseudónimo y omitiendo datos que puedan facilitar su identificación (art. 67). La relación con el paciente se limitó a un trato profesional (art. 81) y se tomaron las medidas necesarias para proteger los derechos y el bienestar del paciente (art. 73). Al realizar la solicitud de servicio la hermana del paciente, como responsable del menor de edad, firmó el consentimiento informado donde se da por enterada de las características del proceso de admisión, los lineamientos generales del tratamiento en cuanto a disponibilidad y horarios y la utilización de los datos con fines académicos y de investigación, respetando siempre la privacidad de los datos personales.

Después del proceso de entrevista y antes de empezar el tratamiento, se realizó un encuadre y contrato oral con el paciente y su tutor legal estableciendo el número de sesiones por semana, los horarios, el pago correspondiente a la institución y el reglamento de ésta, las características del tratamiento así como las responsabilidades y obligaciones tanto del paciente como de la terapeuta.

EL PACIENTE

1.- Ficha de identificación

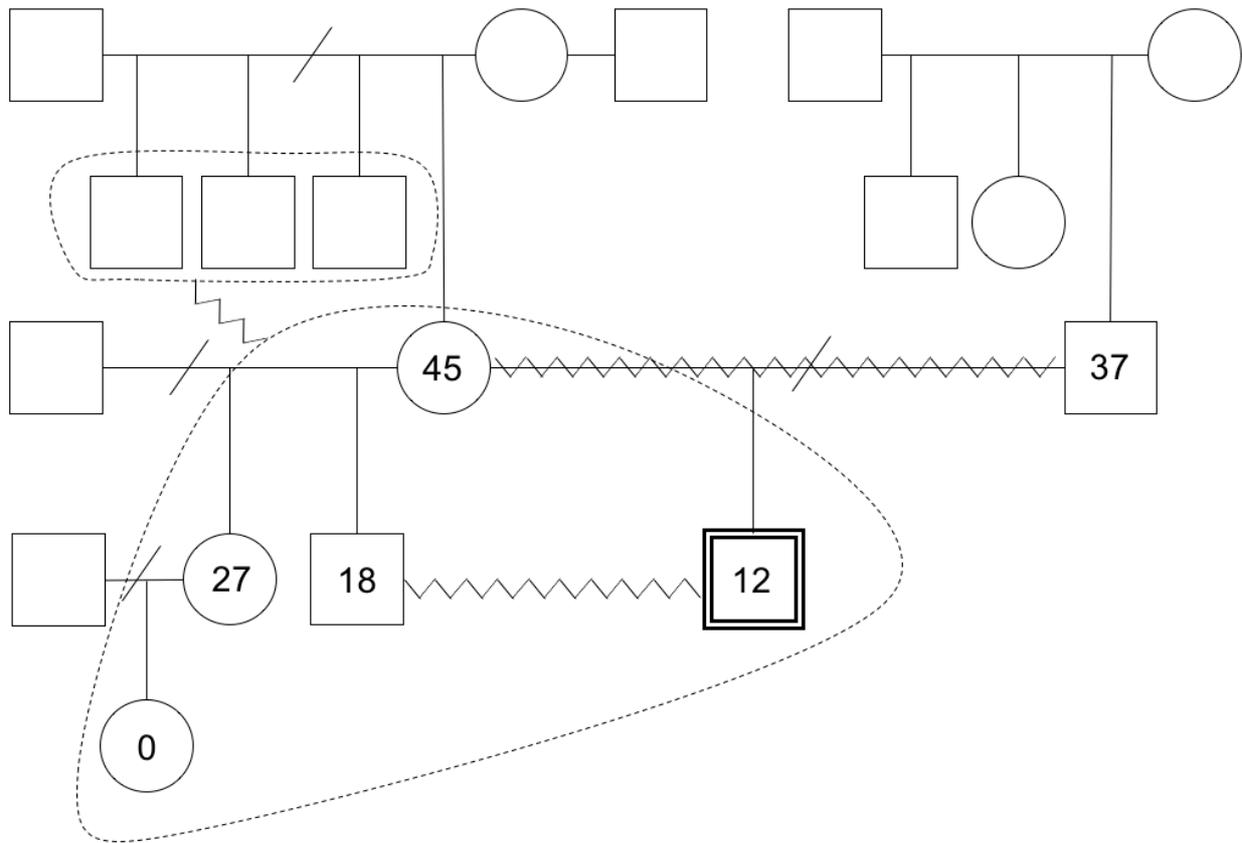
Nombre	José Andrés	Lugar de nacimiento	Ciudad de México
Edad	12 años al inicio	Religión	Católica
Sexo	Masculino	Escolaridad	1º de Secundaria
Estado civil	Soltero	Ocupación	Estudiante

2.- Breve descripción

José Andrés es un púber de 12 años de edad de tez morena y cabello castaño oscuro, corto y peinado con gel. Mide poco más de un metro sesenta, padece algo de sobrepeso y sus brazos y piernas parecieran especialmente largos debido a sus movimientos torpes y andar garboso. Viste playeras de manga corta, pants agujereados tanto largos como por debajo de las rodillas y tenis deportivos de talla grande. Nunca lleva suéteres a pesar del clima, aunque tampoco pareciera pasar frío. En diversas ocasiones, especialmente al principio del tratamiento, acudía con la ropa y el cuerpo sucios de haber estado jugando en la calle. Suele cargar su viejo celular, llaves y monedas en las bolsas de los pantalones vaciándolos en el piso durante la sesión.

Tras un año y medio de tratamiento los cambios puberales fueron notorios: creció unos quince centímetros, su complexión se hizo más robusta, la voz se agravó y emergió el vello facial. Dejó de vestir playeras del club de fútbol al que era aficionado y sus movimientos corporales se suavizaron.

3.- Familiograma



4.- Familia nuclear

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación
Padre	37	Primaria	Obrero
Madre	45	Secundaria	Limpieza
Hermana	27	Secundaria	Desempleada
Hermano	18	Secundaria	Servicios

5.- Motivo de consulta

José Andrés es llevado a consulta psicológica por su hermana mayor debido a problemas de conducta tanto en la escuela como en el entorno familiar y la vecindad, así como por bajo rendimiento académico. El detonante fue su expulsión

del centro de secundaria al que acudía por mostrar sus genitales y acosar a compañeras. La mayor preocupación de la familia es su comportamiento cada vez más antisocial pues miente, roba y agrede a niños más pequeños que él, incluida su sobrina de cinco meses de edad. Durante las entrevistas iniciales José Andrés expresa su interés por acudir a psicoterapia ya que se considera explosivo y le gustaría aprender a controlar su enojo para no agredir a quienes lo provocan y así evitar meterse en más problemas.

6.- Entrevistas iniciales y desarrollo del tratamiento

La dirección de la secundaria de la que José Andrés acababa de ser expulsado recomendó a los familiares del joven solicitar consulta tanto psicológica como psiquiátrica para atender sus problemas de conducta. Acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría donde le recetaron *risperidona* con una hipótesis diagnóstica de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sin embargo su seguimiento psiquiátrico ha sido muy irregular. Las visitas en el seguro social eran desde mensuales hasta trimestrales y en ocasiones no asistía por falta de algún adulto disponible para acompañarlo. Hubo numerosas rotaciones de psiquiatras a cargo de su caso debido tanto a la organización de la institución como al rechazo de José Andrés a la mayoría de ellos pues aseguraba que lo trataban de manera déspota, se reían de él y elegían la medicación a partir de unas tablas, a lo que él respondía retándoles de manera agresiva. También rechazaba la medicación apelando que le provocaba somnolencia y cansancio. Ante esta situación y la consideración de que José Andrés requería un adecuado diagnóstico psiquiátrico y tratamiento si los especialistas así lo consideraban, se refirió con un psiquiatra que invierte parte de su jornada laboral a atender pacientes con honorarios reducidos. Desafortunadamente la familia de José Andrés no llegó a concertar una cita.

A las dos primeras entrevistas con la terapeuta de la presente investigación, José Andrés acude acompañado por su hermana, quien supervisa al joven mientras la madre está trabajando. Aparenta ser una mujer introvertida y en ambas entrevistas parece incómoda por la dificultad de atender la conversación con la terapeuta a la vez que responde a los requerimientos de su hija en brazos. Se

limita a contestar las preguntas y ante su presencia José Andrés permanece callado interaccionando con su sobrina. La hermana explica los problemas de comportamiento de José Andrés y cómo la familia ya no sabe cómo manejarlo ni qué hacer para que su conducta mejore pues al contrario, cada vez es peor.

A solas con José Andrés, éste interactúa animadamente. Asegura que las quejas sobre él son exageradas y las acusaciones de haber mostrado sus genitales, falsas. Son los demás quienes le provocan y aunque sea verbalmente, él responde con golpes. “*Pa’ que se llevan si no se aguantan*”, razona él. En cualquier caso, ya en la primera sesión José Andrés manifiesta su interés por acudir a terapia porque se considera muy explosivo y cree que debería aprender a controlarse ante las provocaciones de los demás para así no ocasionarse más problemas.

José Andrés suele hablar sobre los juegos con otros jóvenes, especialmente “*las tiraditas*”, consistente en hacer caer al oponente al suelo. También sobre el fútbol callejero que suele terminar en peleas por entradas más agresivas de lo conveniente.

El joven apenas habla sobre su familia y evita cualquier tema que le pueda producir tristeza. Cuando ésta aparece trata de desviar la conversación y también el afecto utilizando vocabulario y expresiones de jerga y tónica entre agresiva y humorística así como el albur.

En cuanto a la relación con su madre, José Andrés explicó en la segunda entrevista que el día anterior lo llamó “puto” por haberse depilado las cejas. Seis meses después explica un evento idéntico y tres sesiones más tarde asegura que ella es sólo su media madre, que en realidad es de otra mujer, afirmación que repetirá en diferentes sesiones. Cuando le pregunto por tal afirmación, sólo contesta que no puede decir nada más. También explica que quema cosas y maltrata a un gato para desquitarse cuando su madre se desquita con él. Por otro lado, a lo largo del tratamiento se ha podido observar cómo la mayor preocupación manifiesta de José Andrés es por la salud y la tranquilidad de su madre. La familia nuclear ha recibido amenazas por parte de los tíos maternos disputándose la casa donde vive el joven con su familia. José Andrés quiere ingresar a un cartel de

Tijuana para tener poder en todo el país y vengarse de quienes quieren hacer daño a sus familiares.

También a lo largo del tratamiento a la madre de José Andrés le detectaron tumores en el útero y fue operada para extirparlos. Cuando le pregunté a José Andrés al respecto, contestó que había estado preocupado pero lo explicó sin aparente afecto. Del mismo modo, cuando ha habido fallecimientos de familiares los ha contado sin afecto. Sin embargo, primero tras el diagnóstico y después tras la operación de su madre, José Andrés ha llegado a la siguiente sesión diciendo que ha cambiado, que ahora ya se porta bien con su mamá, ayuda en la casa y va a echarle ganas en la escuela.

Desde el principio del tratamiento se recomendó a la madre de José Andrés que ella también iniciara un proceso psicoterapéutico con otro psicólogo del centro para ayudarle a mejorar la relación y el manejo de su hijo púber. Aceptó y rellenó la solicitud de servicio, sin embargo además de no concertar una cita, José Andrés dejó de acudir. Se recordó a la madre la no obligatoriedad de ningún proceso psicoterapéutico y la recomendación de que José Andrés siga con el suyo aunque ella no quiera iniciar uno propio.

Se realizaron sesiones con la madre de José Andrés en ocasiones semanales, quincenales y mensuales, siendo cada vez más difícil concertar una cita. Además de hablar sobre el comportamiento de su hijo, se trató de ahondar en sus propios conflictos emocionales que inciden en su vínculo con José Andrés como la relación conflictiva con el padre de su hijo, los abusos que ha sufrido desde pequeña y los problemas de salud y de trabajo que padece en la actualidad. En ocasiones José Andrés ha recriminado a su madre que su sobrina llegó para reemplazarlo y que ella le haya llegado a decir “no te quiero, ojalá no hubieras nacido”.

Durante los primeros seis meses de tratamiento era común que José Andrés hablara sobre su padre y las actividades que hacían juntos, vacaciones y excursiones de domingo a las que en varias ocasiones me quiso invitar. Cambió a partir de tuviera dos entrevistas con su padre, cuando pudo haberlo percibido como

un rival frente a su terapeuta ocasionando que relatara un par de eventos en los que su padre lo rechazó groseramente prefiriendo convivir con sus amigos. No volvió a nombrarlo hasta una sesión seis meses después en la que sólo mencionó que lo estaba esperando fuera. Al primer encuentro el padre de José Andrés acudió acompañando a su hijo con la intención de pedirme que le mostrara una grabación de lo que José Andrés dice en sesión sin que éste se diera cuenta. Al negarle su petición y preguntarle qué le había contado directamente su hijo, reconoció no haberle preguntado nunca a José Andrés qué le pasa o qué le preocupa. El progenitor opina que las dificultades de su hijo son causa de la falta de amor y de muestras de cariño de su madre y sus problemas de comportamiento propios de la adolescencia.

Al principio José Andrés siempre venía acompañado de uno u otro familiar, pero después de tres meses empezó a acudir solo y llegaba entre media y una hora antes de su sesión. Siempre se mantuvo el contacto con su madre a través de mensajes y llamadas para hacer un seguimiento de su asistencia.

La relación transferencial fue evolucionando a lo largo del tratamiento. Al principio se creó una transferencia erótica en la que José Andrés esperaba recibir sesiones de sexo por parte de su psicóloga. Ésta pasó a ser amorosa y José Andrés se manifestaba apenado y angustiado frente a la posibilidad de ser rechazado. Durante este periodo se mostró celoso frente a compañeros varones del centro e incluso su padre. Finalmente pareció transformarse en una transferencia tierna en la que pedía regalos como dulces, juegos y la atención de la terapeuta dentro de los límites adecuados del encuadre, del mismo modo que expresaba preocupación por su psicóloga y negación frente a la posibilidad de que las vacaciones y el cada vez más cercano fin del tratamiento lo perturbaran.

Tras un año y medio de tratamiento la madre acudió al centro para avisarme de que la de aquel día iba a ser la última sesión de José Andrés. El joven había iniciado otro proceso psicoterapéutico con un psicólogo recomendado por su escuela a través del programa de USAER. La madre me agradeció los servicios ya que José Andrés había mejorado mucho y últimamente su comportamiento disruptivo se había reducido notablemente. Sin embargo por medio del programa

USAER la madre de José Andrés vio una nueva posibilidad para internar a su hijo en un centro del DIF, la cual en realidad había sido su demanda desde la primera entrevista. Yo insistí en la necesidad de que José Andrés siguiera acudiendo al centro durante los dos meses que quedaban para terminar el ciclo escolar y así poder hacer un cierre del proceso en el que estábamos inmersos y trabajar la separación y el fin del tratamiento. La madre accedió posponer la adscripción al programa USAER a principios del próximo ciclo escolar, pero no fue así. Aquella fue la última vez que acudieron al centro.

José Andrés llegó para despedirse. Quería terminar la sesión lo más rápido posible pues estaba notablemente afectado por la repentina despedida. Utilizó una cinta que llevaba como llavero para explicarme que él era mi primer paciente de muchos, y que después de él llegarían otros que se irían sucediendo. Todo el tiempo me preguntaba “¿Está llorando? Está a punto de llorar... puedo verlo en sus ojos”. En mi opinión José Andrés estaba proyectando su propia tristeza. Como ya lo había hecho antes, se ofreció para acompañarme a conocer el barrio cuando yo quisiera. Si lo visitaba con él, estaría segura.

7.- Historia clínica

7.1.- Historia y dinámica familiar

José Andrés fue un hijo no planeado y tampoco esperado pues la madre se pensaba infértil tras su último parto y seis años de relaciones sexuales sin anticonceptivos ni embarazos. Es el tercer hijo de la madre quien no lo quiso hasta que nació y el único del padre quien de acuerdo a la madre en un principio no lo reconoció. “*Cómo no va a ser su hijo si para mi desgracia tiene su cara*”, se lamentaba ella en la entrevista. José Andrés comparte el primer nombre con su padre y el segundo con un tío materno fallecido. La relación entre los padres de José Andrés fue violenta con maltrato tanto físico como psicológico por parte del padre de José Andrés a su pareja, quien además se negaba a desalojar la vivienda propiedad de ella. Tras varias separaciones y regresos, el hombre finalmente abandonó el domicilio familiar cuando José Andrés tenía ocho años de edad

pasando a visitarlo los domingos. En la actualidad José Andrés vive con su madre, su hermana de 27 años, su hermano de 18 —ambos fruto de una relación anterior— y su sobrina de 5 meses.

La madre de José Andrés siente que a medida que su hijo va creciendo se le va haciendo cada vez más difícil controlarlo y hacerse cargo de su educación. Explica que tanto su expareja como la familia de él es violenta y por lo tanto una mala influencia para su hijo. Cada vez que José Andrés sale con su padre regresa a casa dirigiéndose a su madre con los mismos términos agresivos que utiliza su padre con ella y a medida que el joven va creciendo se va pareciendo cada vez más a su padre tanto físicamente como en los gestos, palabras y comportamientos. A la par que iniciaba el tratamiento de José Andrés, su madre estaba tratando de buscar un colegio o escuela militar en la que poderlo internar, pero no encontró opciones acordes a sus posibilidades económicas.

La historia personal de la madre de José Andrés está plagada de violencia, abusos y maltrato desde que era una niña. A los diez años y durante los tres siguientes fue abusada sexualmente por su padrastro. Su madre la acusaba de haberlo provocado y junto a sus hermanos se burlaban de ella denominándola “la violada” y explicando lo ocurrido a los vecinos allá a donde fueran. Tanto su madre como sus hermanos la golpeaban y fue designada desde pequeña para encargarse del quehacer del hogar. Cuando nació su hija mayor temía que también fuera abusada por algún hombre, incluso su propio padre, y la dejaba al cuidado de su madre pues a pesar de su mala relación no suponía un peligro respecto al abuso sexual. Sus relaciones de pareja han estado teñidas por la violencia y en la actualidad tiene problemas de salud que no se había tratado y están agravados por un trabajo que requiere esfuerzo físico y no contar con permisos laborales para acudir a visita médica.

La frecuencia con que José Andrés y su padre conviven ha oscilado con temporadas de visitas desde semanales hasta mensuales. Andrés tiene una buena relación con él y disfruta los paseos juntos, decepcionándose las numerosas veces que su padre falta sin avisar. Lo tiene en alta estima, disfruta la convivencia y relata las salidas con él como si fueran dos amigos adultos que salen juntos. El padre de

José Andrés es albañil y no cuenta con un puesto de trabajo fijo puesto que sus contratos laborales terminan con el fin de cada obra. En las entrevistas que se le realizaron no quiso ahondar en su relación con sus propios padres y hermanos, limitándose a decir que siempre ha sido buena y que la educación que recibió fue mediante castigos corporales. Muestra tener dificultades en el lenguaje tanto por contar con un vocabulario limitado como por problemas para gesticular y pronunciar las palabras correctamente.

La relación entre José Andrés y su hermano seis años mayor ha sido conflictiva y violenta desde el principio debido a los celos por el cariño de la madre y la abuela materna. En cuanto a la hermana quince años mayor, ha sido la encargada de su cuidado y educación debido al prolongado horario laboral de la madre. Ambas mujeres se han descrito como poco pacientes frente al comportamiento de José Andrés, dificultándoseles contener el enojo y pasando rápidamente de los gritos a los golpes.

En cuanto a la relación con su sobrina de cinco meses de edad con quien también convive, se le ha podido observar atento y juguetón en la recepción del centro y también cuando en las primeras entrevistas ha pasado con la hermana. Sin embargo, tanto la madre de José Andrés como su hermana, explican que trata de hacerle daño pellizcándola hasta el llanto o haciéndole caer cuando gatea. En una entrevista con la madre un año después de haber iniciado el tratamiento, ésta expresa su preocupación por haber visto a José Andrés darle besos en la boca a su sobrina y haber encontrado en la niña marcas de chupetones.

7.2.- Historia personal

La madre de José Andrés reporta que el embarazo fue de alto riesgo con diversas amenazas de aborto y hospitalizaciones. Formó parte de una época difícil para ella ya que aún gestante su pareja la maltrataba físicamente. Durante el primer año de vida José Andrés sufrió distintos accidentes debido a descuidos maternos: a los 3 meses fue llevado a urgencias por haber estado cerca de ahogarse en la tina durante un baño y en diversas ocasiones cayó de la periquera.

La madre lo describe como un niño ansioso desde bebé, muy agitado y con mucho apetito. Explica que parece tener tres personalidades distintas en función de si se encuentra en casa, en la escuela, o en la vecindad. En casa tiene un mejor comportamiento que en la calle. Es muy explícito cuando dice que va al baño y se tira pedos delante de su madre tan sólo para molestarle. También la madre explica que es muy insistente pidiéndole abrazos y abrazándola, pero ella lo rechaza. En la escuela José Andrés se pelea con los compañeros, persigue a las chicas y es muy retador con los maestros. En la calle ha tenido problemas por desafiar a chicos mayores que él al punto de haber sido encañonado. También han recibido quejas por pelearse bruscamente con niños pequeños.

De los 6 a los 10 años José Andrés pasaba las tardes solo en su casa. Los vecinos explicaban a su madre que salía, iba con chicos mayores, se metía en problemas o contaba historias que escuchaba como si él las hubiera protagonizado. Ha explicado a maestros que tenía un trabajo y se hacía cargo de su familia. Para evitar las escapadas lo llegaron a encerrar con llave solo dentro de casa.

Empezó a ir a la guardería a los dos años. En tercero de primaria iniciaron los problemas en la escuela agravándose con la separación de sus padres y más tarde el ingreso a la secundaria, de la que acaba de ser expulsado tras su reiterativo mal comportamiento para seguir sus estudios en una telesecundaria. Al octavo mes de tratamiento una maestra de la telesecundaria escribió una carta dirigida a su psicóloga y a su psiquiatra refiriendo la preocupación tanto de la escuela como de sus padres respecto a su mal comportamiento.

José Andrés refuta que todo lo que dicen de él es mentira o exagerado. Respecto a las peleas dice que son los demás chicos quienes le provocan. Pasa su tiempo libre jugando tiraditas y fútbol callejero. Se le proporcionó el contacto de una escuela de fútbol económica para que pudiera asistir un par de tardes a la semana, pero de acuerdo con él, tan sólo estuvo yendo durante dos semanas porque se peleó con el capitán del equipo y fue expulsado. Respecto a su relación con las chicas, al principio del tratamiento hablaba de exnovias y novias que cambiaban cada semana y eran motivo de sus peleas con otros chicos. Según él

otros las acosaban y él salía a su defensa. Seis meses después de haber iniciado el tratamiento y en unas cuatro sesiones diferentes, relata escenas en las que chicas querían tener relaciones sexuales con él, pero finalmente no podían y lo dejaban caliente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.- La conducta antisocial de José Andrés

1.1.- La tendencia antisocial de José Andrés como respuesta a la falla en la adaptación del ambiente a sus necesidades de dependencia

Constantes peleas con otros chicos, exhibicionismo y acoso a compañeras de la escuela, enfrentamientos con los vecinos, escapadas, pequeños robos al monedero de su madre, actitud desafiante e incluso agresión a maestros, bajo rendimiento escolar, vocabulario inadecuado, incendios, mentiras y fantaseos. Toda una lista completa de comportamientos antisociales con los que José Andrés tiene en jaque a su entorno más cercano: la familia, la escuela y el vecindario. Los vecinos lo denuncian frente a la familia y José Andrés ha llegado a ser encañonado. La escuela ha desistido en su intento por manejar al púber de doce años y lo ha expulsado del centro. La familia busca también la manera de desertar de su responsabilidad de manejar y hacerse cargo del joven: el padre opina que el comportamiento de José Andrés es el normal de cualquier chico de su edad y que su problemática se debe a que su madre no lo quiere y no le demuestra suficiente cariño. De los síntomas de su hijo tan sólo le molesta que fanfarronee con protagonizar historias que no ha vivido. Deja el cuidado de su hijo en manos de la madre y lo visita aproximadamente cada quince días. La madre, debido a su jornada laboral, ha delegado la mayoría de los cuidados del púber en la hermana mayor y está tratando de encontrar una escuela militar o internado que se haga cargo de él. El costo de este tipo de instituciones supera la capacidad económica de la familia y a través del centro de servicios psicológicos están tanteando la posibilidad de que la institución sea un vehículo para que una entidad pública se haga cargo de José Andrés. Ésta fue la demanda de la madre desde la primera entrevista y el motivo por el que un año y medio después José Andrés abandonó el tratamiento. El centro de servicios psicológicos había sido descartado como una posibilidad para internar al joven: sólo se hacía cargo de él dos tardes a la semana. La mejoría en el

comportamiento de José Andrés sólo suponía un pequeño paliativo. Ahora su madre veía en el programa USAER promovido por la telesecundaria una nueva posibilidad para lograr el internamiento de José Andrés en un centro del DIF.

La familia teme que con el desarrollo puberal de José Andrés y a medida que va creciendo para convertirse en un hombre las consecuencias de su comportamiento antisocial sean mayores que las que hasta ahora ha generado como niño. La familia se manifiesta con cada vez más dificultades para controlar al joven y teme que ocurra algo grave como una agresión a la sobrina o un problema de mayor revuelo con el vecindario e incluso con las autoridades. Piden ayuda al centro de servicios psicológicos porque ya no saben qué hacer con el joven. Por un lado solicitan indicaciones —que no seguirán— pero sobre todo y a mi parecer, un diagnóstico que confirme que José Andrés no es un chico normal del que la familia pueda hacerse cargo sino que padece una patología del comportamiento que sobrepasa al cuidado familiar y requiere de la intervención por parte de servicios públicos.

Con todo lo anterior podemos observar cómo la problemática de José Andrés o al menos los síntomas observables son en función de su relación con el ambiente, con su entorno más cercano y la sociedad. El acento no está puesto en un padecimiento interno sino en una inadaptación con su entorno. La conducta antisocial de José Andrés es causa, o quizás consecuencia, de que su ambiente más cercano no logre y no quiera hacerse cargo del manejo del joven. La escuela ya tiró la toalla y lo expulsó. La hermana y la madre reconocen no lograr controlarse ante el comportamiento del joven y recurrir la mayoría de las veces al castigo corporal, a los golpes. La escuela y la familia pierden la paciencia y no saben cómo hacer frente al reto al que José Andrés los somete. Definitivamente el entorno de José Andrés está teniendo serias dificultades para responder a la necesidad del joven de un ambiente que le brinde el control y la confianza que él todavía no ha conseguido interiorizar. Parecieran encontrarse en un círculo en el que en cuanto más demanda José Andrés a su ambiente ejercer más control sobre él, más desiste éste en su tarea.

1.2.- Las finalidades inconscientes de la conducta antisocial de José Andrés

Recordemos que de forma general Winnicott (1946) señala tres finalidades que el chico antisocial busca a través de su constante reto y puesta a prueba del ambiente: dar satisfacción a los impulsos destructivos que no han encontrado otra vía de expresión; que el ambiente le conceda el marco seguro que logre controlar su destructividad y que el ambiente reconozca la privación a la que lo sometió y le regrese la seguridad y el amor que desde su perspectiva le arrebataron en el momento de la privación.

Además de esta perspectiva general, Winnicott (1956) revisa de manera más concreta las conductas antisociales más comunes —la agresión, el robo, las mentiras, el fantaseo, las escapadas— para tratar de entender el significado detrás de cada una de ellas y facilitar la comprensión de estos chicos para brindarles el apoyo que más se adecúe a sus necesidades, teniendo en cuenta la singularidad y circunstancias de cada uno de los casos.

En el marco teórico del trabajo se desarrolló la propuesta de Winnicott (1956) sobre las causas de la tendencia antisocial: podemos pensar que en las primeras etapas de vida el niño contaba con un ambiente facilitador y un cuidado materno más o menos adecuado que habilitaba al pequeño a vivir una experiencia enriquecedora y avanzar en el proceso de desarrollo emocional hacia la independencia relativa (Winnicott, 1963a). Algo cambió en el ambiente privando al pequeño de la situación de la que hasta entonces había podido disfrutar. La falla ambiental ocurrió lo suficientemente tarde como para no desembocar en una patología psicótica pero demasiado pronto en el proceso de desarrollo emocional hacia la independencia relativa, cuando el pequeño todavía no había establecido un ambiente confiable interno. Del mismo modo ocurrió lo suficientemente tarde como para que el niño empezara a percatarse de que los cuidados maternos que hasta entonces pasaban desapercibidos para él provenían del exterior, fuera del alcance de su omnipotencia y por lo tanto de percibir que la falla fue ambiental, pero este conocimiento no era consciente.

Dado que el niño pudo percatarse de alguna manera de que la falla provenía del exterior, del ambiente, tratará de forzar a éste por medio de la conducta antisocial a regresar a la situación en la que se encontraban antes de que ocurriera la privación, cuando todo iba bien (Winnicott, 1946). Esta búsqueda se puede ver representada en el robo, donde el niño quiere tomar aquello que le pertenecía pues subjetivamente él creó a la madre a partir de su propia capacidad de amar o más bien, la madre se convirtió en el objeto que el niño estaba dispuesto a encontrar (Winnicott, 1956). Por medio del robo a la madre el niño trata de recuperar ese amor y esos cuidados que le permitían disfrutar de la experiencia de vivir y que el propio ambiente le arrebató. En el acto de robar lo importante no es el objeto robado pues lo que el niño está tratando de tomar es a aquella madre de la que pudo disfrutar y que le proporcionaba amor. Conscientemente el joven no sabe qué está buscando, pero si sigue con esperanzas, seguirá buscando (Winnicott, 1956). Podemos encontrar esta conducta en José Andrés, cuya madre ha optado por guardar bajo llave su monedero pues cada vez que queda al alcance de su hijo es víctima de pequeños robos. José Andrés también toma cualquier moneda que encuentre en casa y trata de quedarse con el cambio cuando lo envían a la tienda. El joven niega las acusaciones: no sabe nada del dinero desaparecido y argumenta haber perdido en algunas ocasiones el cambio de la compra. ¿Qué buscará escudriñando monedas y pequeños objetos olvidados en los recovecos del sofá del consultorio?

Dice Winnicott (1946) que cuando los robos se dan fuera del hogar el niño sigue buscando a la madre, solo que el sentimiento de frustración es mucho mayor y el joven ha de ir más allá, ampliando el radio de búsqueda al ambiente conformado por la sociedad y las autoridades. José Andrés todavía no ha dado ese paso, pero sí uno intermedio: el de las escapadas probablemente en gran parte presa del aburrimiento. Hubo un periodo en su infancia, aproximadamente a los diez años, en el que José Andrés pasaba las tardes en la calle. No sabemos qué hacía durante esas horas, él no lo ha explicado y los vecinos tan sólo advirtieron a la madre de que lo habían visto deambulando. Tras una buena regañina la madre de José Andrés puso fin a esta conducta encerrándolo en casa con llave mientras el resto de la familia se encontraba en sus puestos de

trabajo. En la actualidad José Andrés se va de pinta y en una ocasión pidió trabajo a un pesero y pasó el día dando vueltas a la misma ruta. Winnicott (1956) interpreta este tipo de conducta deambuladora como un sustituto del robo en el que el objeto desaparece y el acto de robar ha sido reemplazado por la salida sin finalidad alguna.

Otra evidencia de la conducta antisocial de José Andrés es lo que su familia ha descrito como ansiedad por la comida. Winnicott (1956) considera la voracidad un síntoma muy común consecuencia de la compulsión del niño a buscar una solución en el ambiente a la deprivación que ha experimentado. La madre inevitablemente falla en su adaptación a las necesidades del niño y la alimentación es una de las necesidades básicas. De esta manera por medio de la voracidad el niño pequeño compele a la madre a que satisfaga esta necesidad para de alguna manera curar la deprivación. El síntoma de la voracidad está sobredeterminado (Freud, 1896) por la mezcla original de la pulsión libidinal y la destructiva, pues el comer está relacionado con el amor primitivo y la aceptación del alimento por parte de la madre buena a la que se ama, y lleva implícito el acto de morder que implica agresión e intención de dañar (Winnicott, 1939). La voracidad puede ser una conducta común, una solución momentánea a la también normal y necesaria falla materna, aunque más propia de niños pequeños. Sin embargo, esta conducta se sigue presentando en José Andrés y es precursora del robo (Winnicott, 1956). Ninguna de las dos conductas ha logrado que la familia aumente sus cuidados para tratar de satisfacerlo.

También se ciernen sobre José Andrés acusaciones de mentir constantemente, mentiras que se entremezclan con el fantaseo, el cual se analizará más adelante. José Andrés miente a la familia sobre el origen de sus peleas, sobre lo que hace en la escuela, lo que hace en el vecindario. Miente a maestros y compañeros respecto a su vida. Les explica que trabaja lavando los platos en un restaurante. Además, José Andrés ha reconocido maltratar a un gato para desquitarse cuando su madre se desquita con él. También ha sido descubierto prendiendo fuego a pantalones en el bote de basura de su cuarto. Esta conducta puede ser una vez más un esfuerzo por el joven por transgredir y

desestabilizar a la familia para ponerla a prueba y forzarla a responder frente a él (Winnicott, 1956).

En realidad, José Andrés realiza esta petición de cariño a la madre de manera mucho más directa: la madre del joven se queja de que su hijo es excesivamente cariñoso, siempre quiere estar pegado a ella, la abraza y la besa. Ella explica que rechaza los abrazos de su hijo porque la agobia y ha llegado a decirle directamente que no le quiere. En una ocasión José Andrés me pidió que le dijera a su madre que le escribiera una carta diciéndole lo que ella quisiera. La madre lo hizo en una de las sesiones de entrevista de seguimiento con ella y finalizando se la leyó a José Andrés. La madre le pedía que le ayudara portándose bien y le decía que le dolía por ser su hijo. José Andrés rompió a llorar desde el principio de la carta y le dio un abrazo a su madre quien simplemente lo recibió, sin abrazarlo a él también.

Como desarrollaré en el capítulo dedicado al tratamiento, fueron muy pocas las ocasiones en las que José Andrés me hablara sobre sí mismo, sobre sus pensamientos, sus emociones, su perspectiva sobre lo que le estaba ocurriendo, qué le preocupaba o qué le hacía sufrir. José Andrés lo evitaba a toda costa ya fuera con respuestas cortas y cortantes, cambios de tema o salidas por la tangente. El tratamiento y las evidencias que éste proporcionó están más centrados en la expresión y el manejo de la vida instintiva de José Andrés que en el contenido de su mundo interno. La psicoterapia estuvo más encaminada a facilitar la expresión y el manejo de los conflictos internos para ayudar a José Andrés en la tarea del yo de hacer frente a las pulsiones del ello en relación a las exigencias de la realidad que a explorar y analizar sus conflictos internos. El análisis de este caso pues, no se encuentra tanto en función del contenido y los significados del conflicto intrapsíquico, sino de la dinámica entre las diferentes fuerzas e instancias del funcionamiento psíquico de José Andrés.

2.- Funcionamiento psíquico: grado de integración y vulnerabilidad del yo de José Andrés

De acuerdo con el supuesto de este trabajo, el proceso de integración del yo de José Andrés se vio perturbado como consecuencia de una privación ambiental. A continuación pretendo analizar cuál es el grado de integración y vulnerabilidad del yo a partir de las evidencias de su funcionamiento psíquico. Concretamente pretendo argumentar las dificultades del yo de José Andrés para hacer frente a las pulsiones del ello que percibe como amenazantes y sus consecuencias: el predominio del uso del mecanismo de defensa primario de la proyección, los rasgos persecutorios y paranoides, la defusión de las pulsiones destructivas y libidinales y el fantaseo.

2.1.- La vulnerabilidad del yo frente a las pulsiones del ello

El yo en vías de integración del niño necesita de un yo auxiliar proporcionado por quien ejerce la función materna para llevar a cabo las funciones de las que él todavía no es capaz, especialmente mantener el self protegido de perturbaciones y sostenerlo para evitar la sensación de ser aniquilado (Winnicott, 1962a). El ambiente de José Andrés pudo fallar en su función de yo auxiliar en el momento de desarrollo del yo de José Andrés en el que todavía se encontraba vulnerable frente a los impulsos, tensiones y perturbaciones provenientes tanto del ello como del mundo exterior. Las evidencias de esta falla en ese momento específico del desarrollo es el manejo que José Andrés hace de su vida instintiva y los mecanismos de defensa que utiliza frente a los impulsos del ello.

José Andrés se ha podido percibir privado de un ambiente que sirviera de contexto delimitado en el que poder dramatizar y satisfacer su vida instintiva de manera segura percibiendo así su destructividad en la realidad interna amenazante para él y para lo que ama, sin haber logrado la fusión de las pulsiones agresivas y libidinales implícita en la ambivalencia que le permita hacerse responsable de las consecuencias de su vida instintiva y reparar el daño hecho en la fantasía o en la realidad.

Al principio de su desarrollo, el precario yo del infante todavía no percibe los impulsos del ello como provenientes de su interior sino que son experimentados de igual manera que los procedentes del ambiente, del exterior. La vulnerabilidad del yo no le permite todavía tolerar la frustración fruto de la insatisfacción ni a hacer frente a los riesgos de la satisfacción por lo que las excitaciones del ello pueden devenir traumáticas del mismo modo que las perturbaciones procedentes del mundo exterior. A medida que el yo avanza en su desarrollo logrará sentir que las pulsiones del ello proceden de su interior y no del ambiente y gracias a su manejo la satisfacción de la vida instintiva ayudará a fortalecer y enriquecer tanto al yo como al self (Winnicott, 1956).

Además de la destructividad instintiva de todo ser humano, la violencia presente en el entorno familiar de José Andrés ha podido favorecer que el joven perciba su mundo interior como amenazante ya que éste se forma a partir de las primeras experiencias del sujeto en su relación con el mundo exterior. José Andrés ha podido percibir el mundo externo desde el principio de su vida como un lugar violento y amenazante, percepciones mnémicas sobre la que se habría formado su mundo interior (Freud, 1923).

2.2.- Utilización del mecanismo de defensa primario de la proyección

El principal mecanismo de defensa con el que José Andrés parece hacer frente a los instintos sobre todo destructivos pero también libidinosos que lo amenazan desde su interior es el mecanismo primario de la proyección. Mediante este mecanismo coloca fuera las pulsiones agresivas y tensiones displacenteras que en realidad emanan y le están atacando desde su interior para que al menos así topen contra la protección antiestímulo y sean percibidas con menor intensidad (Freud, 1920).

Este mecanismo de defensa se pudo observar in situ en la relación transferencial que José Andrés estableció conmigo, con los compañeros varones del centro de servicios psicológicos y con la institución.

José Andrés proyectaba sus propios impulsos hostiles sobre dos terapeutas del centro asegurando que lo retaban con su mirada y actitud en los cruces de pasillo. De acuerdo con Winnicott (1963c), los elementos persecutorios del mundo interior del niño ocasionados por los aspectos insatisfactorios de las experiencias instintuales son expulsados de sí a través del mecanismo de proyección. Al colocar sus pulsiones hostiles en las personas de su entorno, en la escuela, el vecindario o el centro de servicios psicológicos, José Andrés se siente atacado y reacciona agresivamente ocasionándole conflictos interpersonales. Sin embargo, de esta manera logra expulsar de sí los impulsos destructivos por dos vías: además de por el propio mecanismo de proyección, consigue la excusa para enzarzarse en una pelea y descargar directamente su agresividad por medio de la musculatura.

José Andrés también utilizaba el mecanismo de proyección poniendo en mí emociones desagradables como la tristeza o el enojo no sólo para desasirse de ellas pues como bien señala Bion (1962), la proyección también cumple una función comunicativa. Insistía en preguntarme si estaba enojada, molesta o triste cuando era él quien se estaba sintiendo así.

Del mismo modo se pudieron observar en el centro de servicios psicológicos los elementos persecutorios e incluso el temor a la intrusión en un yo vulnerable de perturbaciones provenientes del exterior. José Andrés expresaba preocupación porque alguien pudiera escuchar lo que él dijera desde el otro lado de la puerta, como si a pesar de encontrarse cómodo dentro del espacio terapéutico, no confiara en la solidez de la pared para mantener separados ambos espacios. Como si el cubículo donde transcurrían las sesiones representara el espacio que contiene los objetos de su mundo interior, también a mí en una forma de control, y quisiera mantener desvinculado ese mundo interno del mundo externo que empezaba detrás de la puerta, en los pasillos del mundo compartido.

2.3.- Desvinculación entre el mundo interno y el mundo externo

José Andrés también evitaba la vinculación entre su mundo interno y el mundo externo eludiendo hablar sobre sí mismo, sobre lo que hacía, lo que sentía o lo que pensaba. En su lugar contaba historias que había escuchado a alguien más como si las hubiera vivido él mismo, o empezaba hablando del juego Grand Theft Auto San Andreas para terminar mezclando al personaje del juego consigo mismo. De esta manera el mantener desvinculados el mundo interno del mundo exterior cumple con una doble función defensiva: proteger su self de las perturbaciones del mundo exterior y proteger el mundo exterior de sus pulsiones destructivas.

El fantaseo de José Andrés puede ser una evidencia de los problemas en la vinculación entre su vida instintiva y el mundo exterior compartido así como una dificultad en el proceso de simbolización. A diferencia de la fantasía, los elementos del fantaseo son tomados del exterior, copiados, por lo que carecen de vinculación con la vida instintiva. En cambio la fantasía es un vehículo para satisfacer los deseos provenientes de la vida instintiva. El fantaseo es una actividad parasitaria que no supone un quehacer psíquico para el sujeto. El pensamiento del que está compuesto, a diferencia de la fantasía o el sueño, no es resultado del trabajo del pensar sino que es un modelo tomado sin apropiación por parte del individuo. Está contrapuesto a la fantasía a la que no deja lugar pues absorbe la atención del sujeto. La fantasía es un producto del quehacer psíquico, el sujeto la ha elaborado en función de sus deseos y capacidades, requiere de un tiempo y un lugar, y da pie a posteriores acciones. El fantaseo ocurre fuera de cualquier tiempo y lugar. Se puede fantasear con hacer gran diversidad de cosas sin estar haciendo realmente nada y obstruyendo el quehacer del individuo al que Winnicott (1971) hace referencia como vivir creativamente.

Por medio de las actuaciones, de las conductas destructivas, José Andrés está dramatizando parte de lo que se está jugando en su mundo interior. Sin embargo, precisamente esa actuación es prueba de una dificultad en su

capacidad de simbolización, pues a través del cuerpo actúa aquello que no logra tramitar por medio del pensamiento.

El fantaseo de José Andrés es la conducta que más molesta a su padre. Cuando en alguna reunión familiar o con amigos un adulto explica algún hecho, José Andrés participa en la conversación asegurando que él ha protagonizado alguna historia parecida aun y cuando sus interlocutores saben que eso no es posible. Esta conducta la realiza frente a sus familiares, en el vecindario, en la escuela y también en las sesiones de psicoterapia. De hecho la mayor parte del contenido de las sesiones de José Andrés durante el primer periodo del tratamiento estuvo formado por estos relatos fantaseados centrados en las hazañas del protagonista del videojuego Grand Theft Auto, de las que empezaba a hablar refiriéndose al videojuego y terminaba como si las hubiera vivido él. Afirmaba estar vinculado con el narcotráfico ya fuera a través de familiares o porque él mismo se dedicaba al narcomenudeo. También relataba las disputas entre barrios que este negocio conlleva.

2.4.- Dificultades en el proceso de fusión de las pulsiones destructivas y libidinales

La agresividad instintiva y el amor instintivo aparecen fusionados desde el nacimiento del bebé, pero de una manera distinta a la que se arriba por medio del proceso de integración del yo. En un primer momento, la agresividad instintiva es un daño colateral al hecho de existir, de descubrir el mundo y de satisfacer la pulsión de vida haciendo uso incompasivo de los objetos (Winnicott, 1963b). En cambio, la fusión que se logra en el camino del desarrollo emocional del niño entre ambos tipos de pulsión, tiene que ver con la ambivalencia, con la capacidad de sentir amor y odio a la vez hacia el mismo objeto (Winnicott, 1962a). En este punto las pulsiones aparecen diferenciadas entre sí pero el objeto hacia el que van dirigidas es el mismo.

En el caso de José Andrés se puede observar cierta confusión entre las emociones que implican rabia, enojo, pulsiones agresivas, y las emociones

concernientes a las pulsiones eróticas, la excitación sexual. Dicha confusión fue muy clara en una sesión cuyo contenido empezó con la transferencia erótica hacia mí y siguió con las peleas con otros chicos *vergueros*. José Andrés hablaba de calentarse, una palabra que en nuestro lenguaje tiene doble sentido y hace referencia a la sensación somática que generan tanto el enojo como la excitación sexual. En su discurso ambos significados aparecían confundidos: a pesar del contexto del discurso la mezcla era notoria. Lo mismo ocurrió con otras palabras que en México tienen este mismo doble sentido:

Yo cuando estoy bien calentado saco la punta o saco el hoyo para desquitarme. ¿Sí sabe qué es el hoyo? La pistola... porque decimos: te voy a dejar un hoyo con mi pistola... Por eso se llama hoyo.

En la misma sesión hablábamos sobre su enojo y empezó a ponerse ansioso, a calentarse como él dice y amenazar con destruir la UNAM. Rascaba la piel del sofá con el pie y se deslizó poco a poco con los pies en el aire hasta acabar en el piso. Más tarde se tumbó de nuevo en el sofá, boca abajo, y pasó del enojo a hacer ver que sollozaba moviendo todo el cuerpo, en una mezcla entre la tristeza, el onanismo y la burla maníaca.

La conjugación de la conducta de robo que como se ha desarrollado anteriormente representa la búsqueda de amor y la conducta destructiva, da cuenta también del juego entre las compulsiones libidinales y las agresivas. (Winnicott, 1956). Esta conjugación es interpretada por Winnicott (1956) como una tendencia a la autocuración en la que el niño trata de arribar a la fusión de ambos instintos.

2.5.- Necesidad de contribuir, necesidad de reparar

Recordemos que la necesidad de reparar aparece en el desarrollo del niño después de que éste se haya percatado de que la satisfacción de sus impulsos daña al objeto al que ama. A pesar de la destrucción ejercida en la fantasía, el niño comprueba que la madre sigue ahí y tras varios ciclos sabe que después

de dar lugar a su satisfacción, tendrá tiempo para contribuir a la madre proporcionándole afecto y ejerciendo sobre ella también los instintos de amor (Winnicott, 1963b). Con la confianza de que esto será así el niño adquiere la capacidad para soportar la angustia de los efectos de su propia destructividad, y esta angustia que era sentimiento de culpa adquiere la connotación positiva de “preocupación”. La actividad constructiva, el juego y el trabajo son consecuencia de haber adquirido la capacidad de preocuparse por el otro. Para que el niño pueda aceptar su propia destructividad debe de tener la oportunidad de dar, de contribuir al ambiente al que está dirigida su destructividad. Sin esta aceptación la destructividad puede ser percibida efectivamente como algo angustiante e inmanejable (Winnicott, 1963b).

¿Habrá tenido José Andrés la posibilidad de contribuir? En mi opinión la hipótesis de acuerdo a la cual es percibido por su madre como un agresor en potencia mengua las probabilidades. En ninguna de las sesiones con la madre José Andrés ha sido protagonista de una buena acción u objetivo de adjetivos positivos. Las expectativas de la madre respecto al futuro de su hijo no contienen fantasías positivas, no se lo imagina teniendo éxito en uno u otro aspecto de su vida. Las expectativas que tiene, lo que desea, es que no termine siendo un delincuente. En el entorno familiar José Andrés es sospecho de ser responsable de cualquier altercado, pero nunca es felicitado cuando hace algo bien. He podido observar la indiferencia de su madre cuando ésta ha llegado al centro de servicios psicológicos más de una hora después de cuando José Andrés la esperaba, y sin dirigirle ninguna atención.

Las tres escenas que a continuación voy a relatar ocurrieron cuando el tratamiento ya estaba avanzado, once, siete y nueve meses respectivamente. En mi opinión se estaban dando cambios en José Andrés que lo llevaron a y le permitieron trabajar alrededor de la necesidad inconsciente de reparar.

Explorando los motivos por los que quiere dedicarse al narcotráfico, José Andrés explica que ingresando a un cartel de Tijuana logrará tener poder en todo el país. De esta manera podrá vengarse de todos quienes le hayan podido hacer daño a él y, sobre todo, de quienes han hecho daño a su familia, especialmente

a su madre. La relación entre su madre y sus tíos siempre ha sido conflictiva y en la actualidad quieren echar a José Andrés y su familia de la casa donde viven pues pertenecía a la abuela materna. Han tenido numerosas peleas y escándalos con ellos y José Andrés quiere terminar con ellos para que así por fin su madre pueda vivir tranquila, sin importar lo que le pueda suceder a él.

Durante el tratamiento la madre tuvo que ser operada de tumores en el útero. Fue justo la sesión siguiente tras la operación cuando José Andrés llegó con una playera de los Pumas a pesar de que siempre se había declarado de otro club y enemigo de cualquier universitario. José Andrés dijo que ya era momento de cambiar y de cambiar muchas cosas en su vida, de ya portarse mejor con su madre, de apoyarla en vez de causarle más problemas. Además de hablar sobre la relación transferencial, en mi opinión este acto estuvo mucho más relacionado con la preocupación por la intervención quirúrgica de la madre. Le pregunté cómo había ido la operación de su madre pues él nunca mencionó el tema, y me dijo que había estado muy preocupado pero que afortunadamente todo salió bien. Mi impresión fue que realmente se preocupó mucho por su madre, aunque no se trataba de una intervención complicada. Me lo imagino prometiendo a alguna figura religiosa portarse bien de ahora en adelante a cambio de que a su madre no le pasara nada.

En otra ocasión su necesidad de contribuir estuvo plasmada en la relación transferencial. Yo me iba a ausentar dos semanas para ir a un congreso y José Andrés fantaseaba con que mi avión fuera a ser secuestrado por terroristas. En tono desenfadado decía que él tendría que ir a rescatarme. Puedo pensar que detrás de esa fantasía de secuestro hay un deseo de que algo malo me ocurriera motivado por el odio desencadenado por abandonarlo durante dos semanas. Y a la vez una preocupación porque no regresara y perderme. Su disposición por rescatarme puede ser consecuencia del sentimiento de culpa por desear mi destrucción que es en parte motivada por su dependencia, y también por su amor. Cuando esto ocurrió ya llevábamos nueve meses de tratamiento y fue una oportunidad de trabajar este aspecto en sesión. Esta conversación tuvo lugar mientras jugábamos dominó. A él se le cayó una ficha al suelo y dijo “uy, se fue... ya la perdí”. Yo la recogí del suelo y le contesté “sí pero mira, aquí está. Ya ha

regresado”. José Andrés sonrió porque a esas alturas del tratamiento había entendido perfectamente la metáfora.

3.- Hipótesis sobre una deprivación ambiental en José Andrés: vínculo materno e historia familiar

3.1.-Elementos inconscientes para la falla en el maternaje de José Andrés

Recordemos que, de acuerdo al planteamiento teórico que sigue este trabajo, la tendencia antisocial tiene su origen en una deprivación ambiental. Es decir, el cuidado materno fue adecuado en los primeros momentos de vida del bebé pero falló demasiado pronto provocando una brecha en su proceso de desarrollo emocional.

No podemos saber con certeza qué ocurrió durante los primeros momentos de vida de José Andrés, cómo fue su vínculo materno ni en qué momento ni de qué manera el ambiente falló en su tarea de proporcionarle la seguridad y la confianza necesarias para progresar con un desarrollo emocional adecuado. Mucho menos conocer cuál fue la experiencia de José Andrés en relación con su ambiente, cómo se reflejó en su mundo interno, qué fantasías le generaron, qué huellas dejaron en él o cómo repercutió en su aparato psíquico.

Sin embargo, a partir de la información sobre la historia clínica de José Andrés y la literatura psicoanalítica, contamos con diversos indicios para reconstruir un aproximado de lo que pudo ocurrir, suficiente para deducir que el ambiente de José Andrés, en especial la madre, tuvo dificultades para brindar el cuidado emocional necesario a un yo vulnerable en vías de integración. Estos indicios, que se desarrollarán a continuación, están formados por la información proporcionada por la madre de José Andrés en diversas entrevistas tanto referente a la historia clínica del paciente, la historia familiar y el vínculo materno durante la temprana infancia de José Andrés —incluso antes del nacimiento— y en la actualidad.

En primer lugar, analicemos el vínculo materno que se pudo establecer en función del lugar que José Andrés vino a ocupar en la historia de su madre. No sólo fue abandonada por quienes se supone debían cuidar de ella sino que la maltrataron. Con tres hermanos mayores varones y habiendo nacido mujer, el rol que su madre le asignó desde niña fue el de criada de la familia. A los diez años sufrió abusos sexuales por parte de su padrastro y su madre, lejos de protegerla, la acusó de haberlo provocado y la vejaba públicamente junto a sus tres hermanos mayores con el apodo de “la violada”. ¿Qué tipo de maternaje ha podido aprender con tal tiranía ejercida por su propia madre? A los trece años huyó de su agresor, a los dieciocho tuvo a su primera hija con otro maltratador del que se separó tras tener a su segundo hijo e inició una relación con un tercer maltratador, el padre de José Andrés del que logró separarse hace cuatro años. Su historia de maltrato no termina ahí pues en su puesto de trabajo de limpiadora de obras negras realiza esfuerzos que lastiman su ya lesionado brazo derecho y se ve obligada a hacer horas extra con tal de no perder su sueldo, no disponiendo tampoco del tiempo necesario para acudir al médico para tratar unos tumores que desde hace tiempo le están provocando molestias en el útero. Víctima en toda su historia, su tarea ha sido la de salir adelante y sacar adelante también a sus hijos. Ahora apoya a su hija mayor en su tarea de madre soltera de una bebé de seis meses y ha de lidiar con los problemas de adicción al alcohol y comportamiento violento de su hijo de dieciocho años y los problemas de comportamiento de su hijo José Andrés.

Su mayor temor desde que su primogénita nació fue que ella también pudiera ser víctima de abusos sexuales como ella misma lo fue en su infancia, incluso siendo un bebé e incluso a manos de su propio padre. Sólo podía sentirse tranquila cuando su hija estaba bajo su propia supervisión o la de otra mujer, aunque tuviera que recurrir a su madre.

Tras la vejación sufrida por parte de su propia familia por el abuso sexual, la madre de José Andrés mantuvo en secreto lo ocurrido para evitar que la humillaran de nuevo. Tan sólo lo compartió, al menos conscientemente, con su hija, coincidiendo con el inminente nacimiento de su nieta probablemente para alertarla del peligro de los hombres para las niñas. Y digo conscientemente

porque inconscientemente se ha podido transmitir el mismo mensaje a José Andrés, quien estaba actuando cercano a cumplir las expectativas de su madre.

Por último, en cuanto a las proyecciones que la madre de José Andrés vierte sobre su hijo y con implicaciones mucho más intensas que las ya relatadas, en la entrevista en la que habló sobre el nacimiento de José Andrés y la reacción de rechazo de su pareja cuando le dio la noticia, la mujer se lamenta entre triste y enojada “cómo no va a ser su hijo si para mi desgracia tiene su cara”. Y no sólo su cara, José Andrés también tiene el nombre de su padre.

El abandono, la violencia y los roles complementarios entre mujeres víctimas y hombres agresores parecen cruzar transgeneracionalmente la historia de la familia de José Andrés.

Regresemos ahora a la pregunta inicial, ¿Cuál es la calidad del vínculo materno establecido con José Andrés en función del lugar en la historia de su madre que éste vino a ocupar? A partir de la historia de la madre que la llevó a temer a cualquier hombre como un potencial agresor y de las diferencias que se perciben en su discurso en cuanto a su relación con su primogénita y su relación con sus dos hijos varones, podemos presumir que el hecho de que José Andrés fuera varón influyó negativamente en el vínculo materno.

El cuidado materno pudo haber sido suficientemente bueno al principio, mientras José Andrés era un bebé totalmente dependiente y desvalido con quien la madre pudo empatizar e identificarse cuando todavía era percibido como un ser vulnerable y rechazado por su padre y también por ella durante el embarazo. Probablemente la falla en el maternaje pudo ocurrir cuando José Andrés daba sus primeros pasos y había adquirido nuevas capacidades psíquicas y motoras para alejarse y acercarse, manipular objetos e interactuar con el mundo de manera mucho más activa que el predominantemente pasivo bebé que había sido hasta entonces. Y sobre todo, dejaba de ser un bebé vulnerable para ser percibido por su madre como ya un niño con claras facciones del género masculino y nuevas capacidades físicas, con todas las implicaciones emocionales que como se ha descrito anteriormente, pueden haber influenciado

en el vínculo madre-hijo. ¿De qué manera se puede brindar sostén emocional y calmar las angustias a aquél que se percibe como una amenaza? ¿De qué manera puede un niño calmar su miedo por su propia destructividad si el ambiente, lejos de contenerlo, también lo teme?

Además de todo lo anterior, hay indicios que evidencian la pobre relación emocional entre la madre de José Andrés y su hijo. La madre describe a su hijo como excesivamente cariñoso e insistente. Cuando él se acerca a darle un abrazo ella lo evita apelando al dolor de brazo o de útero pues su hijo le provoca rechazo. Le ha llegado a decir directamente que no lo quiere y cuando en una sesión escribió una carta dirigida a su hijo le expresó su amor con un “me dueles porque eres mi hijo”. José Andrés ha sido un niño en parte abandonado. Debido a las obligaciones laborales de la familia, José Andrés ha pasado muchas tardes de su infancia solo en casa. He podido observar la expresión de tristeza de José Andrés mientras ha esperado durante casi dos horas a su madre en la recepción del centro de servicios psicológicos sin siquiera estar seguro de si iba a llegar. Además, desde la primera entrevista la madre de José Andrés buscaba la manera de que alguna institución, quizás el centro de servicios psicológicos, le ayudara a conseguir un internado o escuela militar para su hijo. De hecho, ese fue el motivo del fin del tratamiento: a pesar de la mejoría en el comportamiento de José Andrés, la madre lo inscribió al servicio psicológico del programa USAER con la esperanza de que perteneciendo al DIF, lo internaran en un centro del gobierno.

3.2.- El rol de José Andrés en la dinámica familiar tras su llegada a la pubertad

La relación de José Andrés con su madre empeoró todavía más con la entrada del joven en la pubertad, cuando su cuerpo de niño empezó a transformarse en el de un hombre con plena capacidad sexual y aumentado poder de destrucción. Ahora el potencial agresor de José Andrés puede hacerse efectivo y su nieta es una posible víctima ya que como ocurrió cuando nació su hija, la madre de José

Andrés teme que su nieta pueda sufrir un abuso sexual y, además, que los agresores puedan ser cualquiera de sus dos hijos.

En ocasiones pareciera que su nieta fuera en realidad su hija y la madre de la pequeña la hermana mayor, encargada del cuidado de la bebé en ausencia de la abuela cuando en teoría es al revés. En cambio, es la hermana de José Andrés la que se responsabiliza del cuidado de su hermano en numerosas ocasiones, como si fuera su tutora legal. Y es que es ella la que trae al joven a consulta psicológica. Es curioso que José Andrés diga que su madre en realidad no es su madre, aunque no da ninguna explicación a su afirmación.

José Andrés se ha llegado a quejar de que su sobrina llegó para reemplazarlo. Quizás no para reemplazarlo, pero probablemente sí pudo modificar su rol en la familia por partida doble: ha coincidido la llegada de la sobrina con el fin de la infancia de José Andrés y supone la llegada de una posible víctima con la transformación de José Andrés en un posible agresor. Más aún con el abandono de su padre de la vivienda familiar, quien hasta entonces había tenido ese papel. A la madre de José Andrés le atemoriza cómo cada día el joven se parece más a su padre, tanto físicamente como por su forma de hablar, sus gestos y su comportamiento.

Las proyecciones inconscientes de la madre sobre su hijo pueden estar empujando también inconscientemente al joven a cumplir con el mandato materno. De hecho, ya han acusado a José Andrés no sólo de molestar a su sobrina hasta hacerle llorar o haciéndole caer mientras gatea, también de besarla en la boca y haberle hecho chupetones. José Andrés no ha sido sorprendido pero su madre asegura que no ha podido ser nadie más. El joven niega las acusaciones.

En este punto podemos pensar en la sobredeterminación de los síntomas explicada por Freud (1896) pues son múltiples los factores, motivos y mociones anímicas que se suman y combinan para dar lugar a uno u otro síntoma. Y es que como bien señala Aichhorn en su trabajo *Juventud desamparada* (1951), un acto de delincuencia se basa en el mismo mecanismo que el síntoma, es la

formación de compromiso resultado de un conflicto dinámico entre el ello y el superyó que satisface de manera indirecta y encubierta el deseo inconsciente a la vez que se lleva a cabo la acción de defensa frente a éste (Freud, 1895).

Cada uno de los actos antisociales de José Andrés —un robo, una pelea, una discusión— tienen un motivo y una significación propia que habrán de ser explorados individualmente. Pero de manera general, podemos deducir cómo la tendencia antisocial de José Andrés está determinada por multitud de factores: satisface las pulsiones destructivas y eróticas del ello directamente por medio de sus actos, cumple con el rol familiar que ha de representar y el mandato inconsciente materno y a la vez, como bien remarca Winnicott (1946), es un llamado de esperanza que presiona al ambiente a ayudarlo a controlar la destructividad que lo invade desde su interior y a proporcionarle el apoyo emocional del que se sabe dependiente.

4.- El trabajo psicoterapéutico de José Andrés: características y alcances

Cualquier tratamiento debe adoptar la modalidad más apropiada en función de la hipótesis diagnóstica de cada caso para adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y poder proporcionar así un adecuado apoyo profesional. En el caso de José Andrés el tratamiento habría de responder al llamado de esperanza implícito en la tendencia antisocial y proporcionar un ambiente lo suficientemente bueno que facilite el proceso de desarrollo emocional y de integración que ha sido interrumpido. Por medio de la transferencia, el paciente establece una relación de dependencia con el terapeuta a la que éste ha de adaptarse mediante un adecuado manejo en vez de tratar de llevar a cabo una modalidad de psicoterapia psicoanalítica clásica (Winnicott, 1963c). Así fue en el caso de José Andrés, su tratamiento nunca tomó los derroteros del psicoanálisis clásico en el que la norma fundamental es la libre asociación y la principal herramienta la interpretación junto al señalamiento y la clarificación. En su lugar, trabajaba con lo que estaba ocurriendo en sesión, no sólo con lo que José Andrés decía sino con lo que hacía, con lo que él comunicaba más allá de las palabras. Sin embargo, no fue de entrada debido a

una decisión terapéutica deliberada: simplemente nunca me fue posible trabajar de otra manera con José Andrés.

4.1.- El proceso psicoterapéutico

La comunicación entre José Andrés y yo a lo largo del tratamiento fue peculiar. Para mí el mundo de José Andrés era inaccesible. Él había erguido un muro ante mí sobre el que mis intentos porque él hablara sobre sus pensamientos, sus emociones o su vida chocaban sin conseguir más que fortalecer esa pared. Aunque la demanda la realiza la familia, José Andrés expresó en la primera entrevista interés en recibir psicoterapia porque se considera muy explosivo y termina peleándose por el coraje que siente por las cosas que los demás dicen de él. Quiere aprender a controlarse para no responder a las provocaciones y evitar meterse en más problemas. Sin embargo, a pesar de haber expresado esta disposición, José Andrés evitó al máximo hablar y trabajar alrededor de sus conflictos. No quería hablar sobre las acusaciones de quemar cosas, robar, irse de pinta, pelearse, etc.

Cuando le recordaba el objetivo de aquel espacio y el sinsentido de que él siguiera acudiendo si no tenía intención de trabajar, José Andrés empezaba a hablar sobre su familia y lo sentía triste y haciendo un gran esfuerzo por no llorar. Explicaba que antes iba con una psicóloga porque se peleaba mucho con su hermano ya que éste sentía celos de José Andrés por ser el preferido de su abuela. Esta abuela falleció años atrás y José Andrés se entristece al recordarlo. Fueron muy pocas las veces a lo largo del tratamiento que José Andrés explicara episodios de este tipo que le afectaban notablemente. Ya que era su respuesta cuando le recordaba la finalidad de acudir al centro pienso que, aunque apenas lleváramos cuatro encuentros, José Andrés se podía sentir amenazado con perder aquel nuevo espacio.

Sí hablaba y mucho sobre el juego al que llama “tiraditas”, consistente en inmovilizar al rival en el suelo. También sobre las peleas que derivaban de los partidos de fútbol callejero, sobre jugadores del conjunto deportivo del que es

aficionado o sobre las novias de mano sudada que cambiaba cada semana. En aquel primer momento del tratamiento me sentía muy frustrada pues me parecía que las sesiones eran infecundas, el tiempo se consumía y yo intentaba infructíferamente profundizar sobre cualquiera de los temas que José Andrés traía. Todo lo que decía al respecto era “no sé” o “me da pena”.

Era como si las escenas que me contaba sobre las peleas y los acercamientos con chicas estuvieran carentes de contenido y aisladas, sin un antes ni un después. Como si los chicos con los que se peleaba o las novias que decía tener fueran personajes vacíos. No tenían nombre ni ninguna característica que hiciera pensar que se estuviera refiriendo a una persona en concreto. Nunca me habló sobre personas de su vida, tan sólo su familia y con el único rótulo de tío o primo. Hablaba de chicas que a pesar de aparecer de golpe de una sesión a otra, se refería a ellas como si fueran sus novias desde hacía algún tiempo. Yo preguntaba por esas personas, preguntaba qué incitó la pelea o cómo era la relación con estas chicas, pero no conseguía ninguna respuesta más allá de esa imagen borrosa y superficial, vacía. Con los chicos se peleaba porque ellos querían jugar rudo con José Andrés y él simplemente pegaba más fuerte. De las chicas de su edad hablaba como si ellas quisieran tener sexo con él y lo buscaran proactiva y hasta cierto punto agresivamente mientras José Andrés simplemente no hacía nada más que responder a sus solicitudes siempre frustradas por la aparición de algún adulto en la escena.

Me daba la sensación de que cuando José Andrés me contaba estos sucesos, las emociones que contratransferencialmente sentía como el enojo, la excitación o la frustración no provenían del recuerdo de aquellas situaciones sino que pertenecían a la relación transferencial. Como si aquellas escenas que me relataba vacías, aisladas e incoherentes, las hubiera creado para vehicular esas emociones y la agresividad desde su interior al espacio terapéutico para ejercerlo sobre mí.

Fueron numerosas las ocasiones en las que José Andrés empezaba la sesión explicando algo que le había ocurrido fuera. Por ejemplo, una pelea con algún compañero o un encuentro con alguna chica que lo había dejado caliente.

El relato era incoherente por lo que me hacía pensar que era falso, pero sin embargo percibía a José Andrés enojado y agresivo si me había explicado una pelea, excitado e inquieto si hablaba de una chica. Cuando señalaba cómo parecía estar sintiéndose, José Andrés en aquél momento se ponía más ansioso y agresivo y finalmente me contaba algo transferencial, coherente con las emociones que estaba mostrando y que desaparecían una vez podía hablar de la transferencia. Asentía cuando le preguntaba si el relato del principio de la sesión era para introducir el tema del que finalmente quería hablar y le daba vergüenza.

Después de dos meses de tratamiento el contenido de las sesiones cambió. Ahora ya no hablaba de las tiraditas y el fútbol callejero, sino que explicaba fantaseos sobre el videojuego Grand Theft Auto San Andreas y el narcotráfico.

Grand Theft Auto San Andreas es un videojuego consistente en manejar al personaje principal, un pandillero que regresa a su ciudad de origen para retomar negocios ilegales con su antigua banda. Habrá de recuperar el dominio de territorios ocupados ahora por otras pandillas mientras lleva a cabo robos, asesinatos y tráfico de drogas. Además de cumplir con las misiones preestablecidas, el juego permite un sistema abierto en el que el jugador puede explorar y deambular libremente por las ciudades virtuales y realizar acciones como contratar prostitutas o cometer asesinatos aleatorios. En algunas ocasiones José Andrés empezaba explicando las misiones de su personaje en el juego pero su discurso terminaba como si las hubiera vivido él. Explica que tiene la misión de cruzar territorios y expandir el negocio de narcotráfico, que es necesario tener armas más allá de las fronteras además de aliados por si fueran necesarios contra los enemigos de los otros territorios.

José Andrés también contaba historias fantaseadas sobre el narcotráfico. Explicaba que como sus tíos son narcotraficantes él tiene *homies* escoltas que lo siguen allá a donde vaya para protegerlo de cualquiera. También aseguraba dedicarse al narcomenudeo y consumir marihuana. Sus historias no eran coherentes. Las cuentas que me explicaba sobre la comisión por vender las

drogas no tenían sentido. Tampoco lo tenían las situaciones en las que supuestamente había fumado marihuana. Me contaba cómo él era de barrio y por lo tanto debía defender su territorio de pandillas de otros lugares. Me explicaba que tenía problemas si chicos de otros barrios lo veían en sus territorios, y del mismo modo como él y sus *homies* echaban a cualquiera que se introdujera en el suyo.

Más adelante José Andrés dejó de hablar sobre el juego Grand Theft Auto y el narcotráfico para hacerlo sobre C-Kan, un rapero mexicano. En sus canciones C-Kan habla acerca de la vida en las calles de barrios desfavorecidos como en el que creció, y como en el que está creciendo José Andrés. C-Kan habla sobre las dificultades sociales, la pobreza, los problemas familiares, los amigos del barrio que han sido asesinados en la calle, la corrupción, el consumo de marihuana o las batallas con pandillas de otros lugares. También habla sobre las dificultades para lograr un futuro exitoso debido a los prejuicios por su procedencia y manera de vestir y cómo a pesar de todo él consiguió el éxito. En mi opinión fue un gran cambio cualitativo que José Andrés pasara de identificarse con el protagonista del videojuego, cuya única misión es delinquir y su personaje es ficticio y vacío, a identificarse con un rapero cuya vida es real, con quien José Andrés puede empatizar por encontrar en sus letras los mismos elementos y situaciones que él mismo ha vivido, y que pone énfasis en el camino y en el trabajo que ha tenido que hacer para lograr sus objetivos. Las mismas emociones que el rapero expresa pueden resonar en José Andrés ayudándole a trabajarlas, emociones totalmente ausentes en los personajes virtuales de los videojuegos. En mi opinión el cambio en el contenido del discurso de José Andrés del juego Grand Theft Auto a las canciones de C-Kan, fueron resultado del trabajo psicoterapéutico que llevábamos realizando durante más de nueve meses. Además, en cuanto a la relación transferencial, a través de C-Kan José Andrés me estaba explicando más sobre sí mismo, sus sentimientos, inquietudes y miedos, de lo que me había permitido ver hasta entonces.

Desde que apareció C-Kan en el contenido de las sesiones, empezamos a utilizar la música como elemento comunicativo. Reproducíamos la canción que José Andrés quisiera escuchar y me pedía que prestara especial atención a

algún fragmento de la letra y trabajábamos sobre lo que decía y el significado que tenía para José Andrés. Si José Andrés no hacía ningún comentario sobre la canción, yo le preguntaba sobre qué estaba hablando el cantante, qué mensaje estaba tratando de dar, o qué suponía aquello para él. La temática de las canciones que José Andrés elegía eran básicamente cuatro. En primer lugar, narcocorridos en los que se relataban guerras entre rivales de negocios ilegales y el protagonista aseguraba ser el más poderoso, el más valiente y quien terminaría ganando y burlando a la muerte. Otro grupo de canciones hablaba sobre la misma temática pero poniendo énfasis en los peligros de la profesión, en la importancia del amor por la familia y los seres queridos, como si el protagonista estuviera poniendo en riesgo su vida sólo para sacar a su familia adelante. También elegía canciones que hablaban sobre el amor y sobre amores prohibidos, así como canciones que hacían referencia al consumo de marihuana. Y por último, las canciones ya mencionadas de artistas como C-Kan, que hablaban sobre el barrio. Todas estas canciones que José Andrés escuchaba y que le gustaban porque algo hacían resonar en él, fueron una gran herramienta comunicativa así como material con cuyo contenido poder trabajar en el espacio terapéutico.

4.2.- El encuadre

El encuadre se estableció en la primera sesión de tratamiento, tras las entrevistas iniciales, y tanto con José Andrés como con su madre, responsable del menor que además debería acudir a entrevistas con cierta regularidad con el objetivo de trabajar la relación con su hijo y tratar de mejorar el ambiente proporcionado por la familia. En el encuadre se estableció la frecuencia de las sesiones, dos a la semana, los días y el horario en el que tendrían lugar, los periodos vacacionales, el precio preestablecido por la institución, la forma de pago a través de la secretaría del centro, etc. También fue importante recordar tanto a José Andrés como a su madre el respeto de la confidencialidad, sus obligaciones para poder recibir el servicio y las mías como terapeuta del centro. Los elementos del encuadre establecidos por el centro de servicios psicológicos han podido reforzar la función de sostén, control y seguridad así como la función

paterna, pues son normas establecidas por la sociedad que representa la institución, una ley que como terapeuta y representante del principio de realidad he de hacer respetar y respetar.

Todos estos elementos entendidos y acordados tanto por José Andrés como por su madre desde el principio, conforman el terreno de juego dentro del cual la psicoterapia tiene lugar, en el que el mundo interno de José Andrés se puede expresar libremente con la seguridad que brindan los límites del espacio terapéutico. El encuadre se hace manifiesto en el momento de establecerse y cuando es necesario reforzarlo por los posibles intentos del paciente por quebrantarlo, o bien si es necesario modificarlo por alguna nueva circunstancia. El resto del tiempo el encuadre permanece de manera latente, como sostén silencioso del mismo modo que lo son los cuidados maternos. Ejerce su función silenciosa por medio de nuestra presencia durante el tiempo de la sesión recibiendo y despidiendo al paciente puntualmente y disponiendo del espacio físico y material destinado para el trabajo. Son los elementos que el paciente da por hecho y espera encontrar cuando llega a sesión aunque no sea consciente de ellos. Sin embargo y como ocurre con los cuidados maternos, los efectos de sus fallas y sus ausencias sí serán notables y de graves consecuencias pues supondrían una nueva privación del ambiente que estaba ejerciendo la función de sostén.

No obstante, los intentos por parte del paciente por quebrantar el encuadre suponen una oportunidad de trabajo. Puede estar poniéndolo a prueba o pretendiendo quebrantar la ley. En cualquiera de los dos casos el terapeuta ha de cumplir su función y mantener el encuadre. Dice Winnicott (1961) que por medio de las conductas antisociales los adolescentes desafían a la sociedad y a sus representantes y nuestra función es la de responder al reto. También puede ocurrir y ocurrirá que el terapeuta, como cualquier ser humano, falle, ya sea objetivamente o de acuerdo a la percepción del paciente. De nuevo es una oportunidad de trabajo pues en realidad también es necesario que la madre suficientemente buena falle en su total adaptación a las necesidades del niño. Estas fallas abren el camino hacia la independencia relativa por percibir al otro no como un objeto subjetivo sobre el que se posee un control omnipotente, sino

como un objeto percibido objetivamente con el que es necesario establecer una relación. Además, el haber proporcionado un ambiente facilitador posibilita una regresión del paciente al momento previo a la deprivación ambiental, reencontrando así los elementos que ya había experimentado cuando todo estaba todavía bien y pudiendo entonces trabajar el conflicto emocional que derivó de la deprivación.

4.3.- La transferencia

4.3.1.- La transferencia como herramienta comunicativa

La transferencia fue la principal herramienta de trabajo tanto en la psicoterapia de José Andrés como en la investigación de este reporte. Como comenté al principio de este capítulo, la transferencia constituyó el principal medio de comunicación de José Andrés conmigo pues en vez de hablar sobre sus conflictos, José Andrés los traía al aquí y ahora de la sesión actuándolos en su relación conmigo. A través de la observación y el análisis de la transferencia pude ahondar en el funcionamiento psíquico de José Andrés, pude observar su modo de relación objetal y su manera de manejar los impulsos del ello y sus emociones para comprender mejor qué le estaba ocurriendo y trabajar en la sesión con lo que allí estaba teniendo lugar.

En la transferencia el terapeuta toma la imagen de los primeros cuidadores que satisfacían los impulsos libidinales y necesidades de amor del sujeto (Freud, 1912) y se reactualizan los episodios traumáticos de la infancia estableciéndose una dependencia con el terapeuta en función del grado de integración del yo y desarrollo emocional del paciente (Winnicott, 1963f). La transferencia se va modificando a lo largo del tratamiento por lo que es necesario evaluar y reevaluar el grado de integración y vulnerabilidad del yo del paciente en relación a la dependencia que establece con el terapeuta y tener en cuenta las fluctuaciones que se pueden dar (Winnicott, 1963f). A continuación pretendo describir la relación transferencial con José Andrés así como la dinámica de las

sesiones y cómo fueron modificándose a lo largo del año y medio de tratamiento para dar cuenta de los cambios que se fueron produciendo en José Andrés.

4.3.2.- Amor de transferencia

José Andrés estableció rápidamente una transferencia erótica conmigo. Me explica que un amigo le ha hablado de la posibilidad de tener relaciones sexuales con su psicóloga y que desde el principio tenía la esperanza de tener sesiones de sexo conmigo. Que yo le gusté desde el primer día y me miraba las pompas sin que me diera cuenta. En otra sesión asocia que no acaba de tener confianza conmigo por ser española ya que su tío frecuentaba a una prostituta española que contaba a terceras personas lo que su tío le compartía en confianza. Como se puede ver, en este momento su manera de expresarme su atracción sexual hacia mí fue agresiva y sin censura ni vergüenza. Le siguieron sesiones en las que José Andrés hablaba de calentarse, de aproximaciones a tener sexo con chicas de su edad, mostraba parte de sus calzoncillos en el consultorio o trataba de utilizar el albur conmigo.

Tras ocho meses de tratamiento inició una sesión diciendo que quería contarme algo pero que le daba mucha pena. Había dejado embarazada a una chica porque ella mordió el condón —no ha tenido relaciones sexuales—. Insistía mucho en preguntarme si yo estaba enojada pero más bien parecía que aquella era su intención, la de enojar a su terapeuta cada vez con más intensidad al ver que no lo conseguía. Llegó a angustiarse mucho hasta que al fin logró decir que quería tener sexo conmigo y se pudo relajar —también su cuerpo, expulsando su angustia con un fuerte hedor—. Habíamos estado jugando *memory* casi toda la sesión y él trataba de hacer trampas. Una vez se relajó, pudimos jugar tranquilamente.

Esta sesión sobre su atracción sexual hacia mí fue seis meses después de aquellas sesiones en las que me había dicho que quería tener sexo conmigo y sin embargo lo estaba contando como si fuera la primera vez que me lo confesaba. Ahora bien, hay una gran diferencia entre las primeras sesiones y

ésta. Las primeras veces lo decía sin pudor y agresivamente. En cambio, esta última vez José Andrés estaba realmente angustiado, con vergüenza y preocupado por cuál sería mi reacción al confesarme su deseo sexual.

La relación transferencial siguió modificándose a lo largo del tratamiento. Ya no volvió a hablar sobre su deseo sexual hacia mí, sin embargo, había establecido una transferencia negativa con terapeutas varones del centro, probablemente como consecuencia de celos hacia ellos. Durante los últimos meses de tratamiento parecía que la transferencia que empezó siendo erótica se había convertido en una transferencia tierna. Ahora José Andrés me pedía regalos: chocolates que pueden representar la dulzura del amor maternal (Winnicott, 1956) y juegos, mucho más tierno e infantil que las primeras peticiones referentes al sexo. Podría haberse dado una regresión a ese punto de dependencia infantil reactualizado en la terapeuta, que mediante las funciones de sostén, control y seguridad sustentadas por el encuadre y el espacio terapéutico, del que también quería tomar utensilios, facilitó dicha relación transferencial. Winnicott (1956) considera que los regalos de cumpleaños o el dinero que se da a los adolescentes para sus gastos satisfacen parcialmente esa búsqueda de algo en alguna parte y reducen en cierta medida la tendencia antisocial.

4.3.3.- La transferencia con otros terapeutas del centro y con la institución

Su interacción con el subdirector del centro y otro terapeuta varón, a quien vio acompañarme a retirar mi bicicleta cargando un casco ganándose así el apodo de Moto-Moto, no pasó de cruzarse en los pasillos u observarlos mientras esperaba en recepción sin siquiera intercambiar palabra. Sin embargo, estableció con ellos una relación transferencial negativa que se prolongó hasta el final del tratamiento, especialmente con Moto-Moto. Hablaba de ellos calificándolos de estúpidos y físicamente desfavorecidos. Se burlaba de la incipiente calvicie de ambos como si fuera una muestra del declive de su potencia sexual consecuencia de la vejez mientras que él se encontraba en el

punto álgido de su potencial sexual, púber y ávido por convertir en efectiva la energía sexual que lo desbordaba.

Aseguraba que los dos colegas lo retaban con su mirada y actitud en los cruces de pasillo como si sintieran alguna envidia hacia él a pesar de que en realidad pasaba desapercibido para ambos. Si esa escena se repetía José Andrés tendría que enfrentarlos hasta llegar a los golpes si era necesario. Afirmaba que él era capaz de ganar una pelea contra cualquiera de los dos, contra cualquier persona, de hecho. Trataba de competir con ambos, por ejemplo fantaseando una carrera de motos e imaginando cómo su rival habría perdido el cabello por la abrasión con el asfalto. Imaginaba hacer con estos colegas lo que parece repetir en sus numerosas peleas en la escuela, el vecindario o cualquier otro lugar al que vaya. José Andrés parece proyectar en otras personas sus propias emociones y destructividad logrando de esta manera expulsarla de sí por dos vías: además de por el propio mecanismo de proyección, conseguía la excusa para enzarzarse en una pelea y descargar directamente su agresividad por medio de la musculatura.

La transferencia con la institución se estableció desde el momento en el que la escuela de José Andrés recomendó a la familia solicitar atención en el centro de servicios psicológicos. Del mismo modo algunos elementos del encuadre estuvieron presentes desde el momento en el que se inició la solicitud de servicio. La madre siempre respetó el encuadre, se hizo cargo de los pagos y avisaba siempre que José Andrés no iba a poder asistir. José Andrés se presentó desde el principio de acuerdo y dispuesto a acudir al centro. La transferencia que había establecido con psiquiatras de otros centros había sido negativa. José Andrés se quejaba de que lo trataban con desprecio, agrediéndolo a través de la burla y utilizando unas tablas para decidir qué medicación debía tomar. A pesar de este precedente no parecía tener ningún conflicto con acudir a este nuevo centro.

José Andrés hizo rápidamente suyo el espacio terapéutico. Se notaba cómodo, pronto tomó la costumbre de tumbarse en el sofá, vaciaba sus bolsillos en el piso del cubículo, volteaba a ver el reloj para tener control sobre la sesión,

agarraba el cesto de los juegos, me proponía uno y sin hablar movíamos los muebles para poder desplegar el juego. Hacíamos y deshacíamos y terminando el tiempo de la sesión, volvíamos a recogerlo todo y regresábamos los muebles a su posición inicial. Casi todos los días utilizaba el baño del centro y en muchas ocasiones llegaba con más de media hora de antelación y se sentaba a esperar en recepción, observando a las secretarias y al resto de usuarios del centro que esperaban como él.

La transferencia que José Andrés establece con la institución empieza a ser perceptible para mí tras las vacaciones de semana santa, aproximadamente dos meses después de haber iniciado el tratamiento. Fue cuando José Andrés empezó a hablar de centro, de las secretarias, de jóvenes usuarias que como él esperaban en recepción y de otros terapeutas del centro. Revisando las notas clínicas puedo observar que fue justo después de que José Andrés empezara a hablar sobre el juego Grand Theft Auto San Andreas y los negocios de narcotráfico de sus tíos. En estas historias el territorio era un elemento fundamental. Hablaba de ir a otros barrios, de cruzar fronteras para expandir el negocio de drogas, de la necesidad de tener aliados y armas más allá de las fronteras, así como de proteger las propias y proteger el barrio donde él tiene a su banda que lo protege. Como si en aquel momento el espacio hubiera cobrado gran protagonismo, también el espacio que representa las instalaciones del centro de servicios psicológicos. Ahora su vida en el centro no se limitaba al cubículo. Me explicaba que en recepción había coincidido con una u otra chica más o menos de su edad, guapas y que le habían causado la impresión de haberles gustado. En cambio, en los pasillos se cruzaba con compañeros terapeutas que lo retaban con la mirada.

Las características de la transferencia con la institución corrían paralelas con la transferencia que se estaba dando conmigo. En una sesión aseguraba ser capaz de vencer en una pelea a los compañeros del centro con quienes había establecido una transferencia negativa y también a cualquier “pumita” con el que se cruzara en Ciudad Universitaria. La Universidad representaba un territorio contrapuesto al suyo, el barrio. Caracterizaba a los universitarios como débiles, lelos y cobardes mientras él, por ser de barrio, era fuerte y capaz de vencer a

cualquiera. Se proclamó capaz de destruir el consultorio y toda la UNAM si se presentaba la ocasión. Un mes y medio después de aquella sesión llegó vistiendo una playera de los Pumas y asegurando que ya había llegado el momento de cambiar y cambiar muchas cosas en su vida, de comportarse mejor en casa y en la escuela. Ahora ya no era de su antiguo club de fútbol sino de los Pumas, ahora era de los de mi lado.

4.4.- El juego.

El juego fue introducido a la psicoterapia de José Andrés cuando ya llevábamos casi seis meses de tratamiento. Probablemente fue un error técnico no haber utilizado esta herramienta de trabajo desde el principio, de hecho fue José Andrés quien la introdujo. En una ocasión trajo una lotería sobre los Derechos del Niño, acto comunicativo muy significativo que permitió hablar sobre su relación con su madre así como del deber de respetar la ley que sirve para protegernos a todos. Una semana después incluí a las sesiones un cesto con diversos juegos cuyo uso iba a facilitar el despliegue del mundo interno de José Andrés y la expresión de sus impulsos. A pesar del encuadre y la delimitación segura que éste crea, el espacio terapéutico era un elemento valioso para José Andrés que probablemente temía destruir o perder. Introducir en este espacio el juego crea un filtro más de protección para estos impulsos. Los objetos reales que el niño utiliza para el juego son subjetivos en función del uso de símbolos que hace de éstos y puede ejercer sobre ellos su destructividad sin consecuencias pues el objeto real sobrevive (Winnicott, 1971).

José Andrés intentaba hacer trampas cuando se trataba de un juego competitivo y desde el principio, sin saber si iba a ganar o perder siguiendo las normas del juego. En esas sesiones lo percibía muy agitado y ansioso. En ocasiones golpeaba las piezas contra la mesa o se le caían al suelo por manipularlas con demasiada agresividad. También era agresivo hacia mí, su rival, celebrando sus victorias y burlándose de mis derrotas. Cuando hacía trampas dejábamos de jugar por no haber seguido las normas y le señalaba

cómo estaba manejando las piezas, cómo me parecía que se encontraba ansioso, etc. Una vez él se sentía más tranquilo, iniciábamos una nueva partida.

En una sesión José Andrés llegó enojado porque un chico se estaba sobrepasando con una chica a la que él llamaba novia. Traté de explorar la escena y parece ser que en realidad esta chica estaba interesada en ese otro chico y no en José Andrés, pero de acuerdo con él esa no es una posibilidad ya que se considera el as del ligue. Más tarde jugando *memory* repite que él es el as, en este caso del juego, y sin embargo estaba ganando yo. El uso del juego en sesión fue una gran herramienta para trabajar en el aquí y ahora, mientras se estaban dando, las conductas y los conflictos que José Andrés vivía. Él evitaba hablar al máximo sobre éstos, pero los actuaba y los representaba tanto en el juego como en la relación transferencial.

José Andrés descubrió que era capaz de ganar respetando las normas del juego, que en realidad podía utilizarlas a su favor para hacer lo necesario para ganar la partida. Yo le señalaba cómo además cuando su intención era la de hacer trampas terminaba perdiendo. Resultó que la ley no era su enemiga y que en realidad le proporcionaba lo necesario para lograr sus objetivos. Ganar siguiendo las normas le proporcionaba satisfacción mientras que cuando trataba de hacer trampas permanecía ansioso. En realidad, los días en los que hacía trampa eran los días en los que llegaba a sesión acelerado, agresivo y angustiado.

Más avanzado el tratamiento José Andrés jugaba de manera mucho más cooperativa que competitiva. Casi siempre ganaba él al *memory* pero trataba de ayudarme señalándome algunas piezas. Incluso se equivocaba al hacer las cuentas de las partidas para que la ventaja que me sacara no fuera tanta. José Andrés prefería los juegos competitivos en mi opinión porque de esta manera tenía cierto control sobre mí y porque era una actividad que hacíamos juntos. José Andrés aprendió rápidamente nuevos juegos. Unos meses después modificábamos o agregábamos nuevas normas a los juegos para hacerlos diferentes. Las acordábamos entre los dos antes de empezar y las respetábamos

a lo largo de la partida con la posibilidad de volverlas a cambiar en un nuevo juego, siempre y cuando los dos estuviéramos de acuerdo.

Fueron pocas las veces que jugamos con las piezas de lego pero para mí fueron las sesiones más significativas. José Andrés solía construir vehículos pues quiere ser mecánico de fórmula 1. Sabe qué debería hacer y qué necesita estudiar para lograr esa profesión sin embargo provoca peleas que ocasionan que lo echen de las escuelas y de allá a donde vaya. Por otro lado, habla del narcotráfico que forma parte de su ambiente y que es percibido como una manera fácil y rápida de conseguir dinero y poder, como hacer trampas.

En otra sesión en la que elige jugar con legos me pide que yo también construya, que lo acompañe, que no lo deje solo. Después de un rato de silencio inmerso en su trabajo me dice “Para construir tiene que tener mucha imaginación, porque si no tiene imaginación la vida... ¿No sabía que la vida se construye? (...) Uno empieza desde abajo, como mi papá que empezó de albañil. Después sigue maestro de albañilería, después arquitecto, y después el más chingón (...) ¿Usted cómo empezó en España? Usted se construyó su propia vida, como se dice, se mató en sus estudios.” Más avanzada la sesión me dice “estoy construyendo el arma de los Hombre de Negro, que tienen una pistola que hace que olvides todo lo que viste (...) como me porté mal con mi mamá, quiero olvidar el barrio, ya no saber nada del barrio. Yo puedo olvidar al barrio, a mi barrio, pero no pueden sacar mi barrio que llevo dentro¹”.

¹ “Porque quizás las giras me saquen del barrio, es cierto, pero nadie va a sacar el barrio que llevo dentro” es un verso de la canción *Ayer, hoy y mañana* de C-Kan.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo ha sido entender la problemática de José Andrés a partir de la teoría psicoanalítica así como plantear de qué manera la psicoterapia puede proporcionar las herramientas necesarias para brindar un adecuado apoyo profesional a chicos con tendencia antisocial. El espacio terapéutico, el encuadre, la transferencia y el juego pueden fungir de ambiente facilitador por medio de sus elementos seguros y confiables de manera análoga a la madre suficientemente buena y responder así al grito de esperanza de estos jóvenes.

En primer lugar analicé la conducta antisocial de José Andrés a partir de la teoría psicoanalítica desarrollada por el doctor Donald Woods Winnicott. De acuerdo con este autor (Winnicott, 1963e) las peleas, la actitud desafiante, las mentiras, el fantaseo, los robos o la voracidad de estos jóvenes son una manera de causar fastidio al ambiente con el objetivo de forzarlo a responder a su dependencia emocional brindándoles el control, la seguridad y la confianza de las que pudieron disfrutar antes de que tuviera lugar la privación ambiental. Las conductas destructivas constituyen además un camino para dar satisfacción a los impulsos destructivos que no han encontrado otra vía de expresión.

A continuación analicé el funcionamiento psíquico de José Andrés a partir de las evidencias que pude observar a lo largo del tratamiento así como de la propuesta teórica de Winnicott (1963a) respecto a los procesos de desarrollo emocional del niño y de integración del yo desde la dependencia hacia la independencia relativa. El proceso de integración del yo de José Andrés pudo verse perturbado debido a una privación ambiental, pues de acuerdo con Winnicott (1963a), para que los procesos de desarrollo emocional e integración del yo sigan su curso hasta devenir un adulto relativamente independiente es imprescindible un ambiente facilitador que lleve a cabo los cuidados primarios que el niño todavía necesita.

Las evidencias respecto a la vulnerabilidad del yo de José Andrés fueron proporcionadas por la observación de su funcionamiento psíquico en sesión. En primer lugar, la incapacidad para manejar sus impulsos destructivos y su propensión a expulsarlos o bien mediante el mecanismo de proyección o bien directamente por vía de la musculatura, pueden dar cuenta de la vulnerabilidad de su yo frente a las pulsiones del ello que son percibidas como amenazantes. En segundo lugar, el predominio del fantaseo sobre la fantasía en José Andrés puede dar cuenta también de su dificultad para manejar la vida instintiva por medio de la simbolización. Los elementos del fantaseo se encuentran desvinculados del mundo interior a diferencia de la fantasía, la cual es una manera de representar y manejar la vida instintiva. En tercer lugar, pude observar en José Andrés una dificultad en el proceso de integración respecto a la fusión de las pulsiones destructivas y libidinales, es decir, de lograr la ambivalencia, pues ambas pulsiones aparecen en el joven no de manera fusionada sino confundidas. Por último analicé en José Andrés el hito en el desarrollo emocional que supone alcanzar la necesidad de reparar, predecesora de la actividad constructiva y sin la cual el individuo puede llegar a sentir demasiada angustia como para lograr aceptar su propia destructividad.

En cuanto a la provisión ambiental, pude observar cómo efectivamente la familia de José Andrés ha podido tener dificultades para ejercer de ambiente facilitador que permita su desarrollo emocional. Por un lado, la historia de la madre de José Andrés ha podido dificultar el establecimiento de un vínculo materno saludable. Por otro lado, la llegada de José Andrés a la pubertad ha empeorado la situación y la familia se siente incapaz de seguir manejando al joven. Tras la fase de latencia los impulsos destructivos y libidinales regresan en la pubertad con intensidad acrecentada y dados los cambios corporales que han transformado el cuerpo de José Andrés en el de un adulto sexualmente maduro, ahora hacer efectivos los impulsos destructivos y libidinales es una posibilidad debido a su aumentado poder de destrucción y plena capacidad sexual.

Como comentaba al principio, la psicoterapia psicoanalítica puede desempeñar el papel de ambiente facilitador para a través de su manejo, tolerancia y comprensión, responder a la esperanza inconsciente que el joven

actúa por medio de la tendencia antisocial (Winnicott, 1954). Para ello contamos con los elementos confiables y seguros que proporcionan la transferencia, el espacio terapéutico, el encuadre y el juego. En cuanto a la transferencia, reactualiza sobre el terapeuta la dependencia en función del grado de desarrollo emocional del paciente creando la oportunidad de responder a sus necesidades y realizar las funciones de yo auxiliar homólogas a los cuidados maternos que el joven necesita para desplegar y dar continuidad a sus procesos madurativos. El espacio terapéutico, el encuadre y el juego contienen los elementos seguros y confiables que el paciente pudo haber experimentado y disfrutado antes de que tuviera lugar la deprivación ambiental. Constituyen un marco delimitado dentro del cual el joven puede dramatizar su vida instintiva de manera controlada y segura incrementando el manejo de sus pulsiones y por lo tanto su fuerza yoica. El juego por su parte contiene normas preestablecidas que sirven de ambiente confiable y delimitan el espacio compartido entre el terapeuta y el paciente en el que ambos juegan. Funge como espacio transicional que requiere de un lugar y un tiempo en contraposición al fantaseo y favorece el uso de símbolos que implica la capacidad del niño para distinguir entre la fantasía y la realidad y para relacionar ambos mundos (Winnicott, 1971). Además, el juego permite que el niño pueda expresar su destructividad y mundo interior por medio de simbolismos sin que suponga un peligro.

A lo largo del tratamiento de José Andrés se pudieron observar notables cambios. En primer lugar, la madre expresó que el comportamiento de José Andrés había mejorado considerablemente. Durante los últimos meses de tratamiento José Andrés no había provocado altercados.

Hubo cambios también en la manera de jugar en sesión de José Andrés. Al principio lo hacía con ansiedad y trataba de hacer trampas, con lo que el juego terminaba y podía ser reiniciado sin más consecuencias siempre y cuando respetara las normas. Aprendió a jugar dándose cuenta de que es capaz de realizar el proceso necesario para ganar siguiendo el reglamento. El objetivo seguía siendo vencer pero la ansiedad se había reducido notablemente.

En la transferencia también hubo una evolución análoga a la del juego: lo que empezó siendo una transferencia erótica que José Andrés expresaba sin censura fue después contenida por sentimientos de vergüenza y angustia frente a la posibilidad de rechazo. Finalmente pareció transformarse en una transferencia tierna en la que me pedía regalos como dulces, juegos y mi atención dentro de los límites adecuados del encuadre, del mismo modo que expresaba preocupación por mí. La misma preocupación pudo expresar al final del tratamiento respecto a su madre: mientras que en las primeras sesiones negaba que aquella fuera su progenitora, al final quería protegerla de familiares que la habían amenazado a causa de una pequeña herencia.

La transferencia también se generó con la institución, con colegas del centro en quienes proyectaba su propia rivalidad provocada por celos y con pacientes mujeres en quienes proyectaba su deseo sexual. En las primeras sesiones vestía playeras de un club de fútbol y aseguraba poder golpear a cualquiera de la UNAM si así se lo proponía. Tras nueve meses de tratamiento llegó a sesión con una playera de los Pumas y diciendo que ya era el momento de cambiar, comportarse bien y ayudar a su madre. Esa misma semana su madre había sido operada para extirparle unos tumores del útero. La reacción que José Andrés tuvo puede dar cuenta del proceso de desarrollo en el que sigue inmerso batallando frente a los impulsos destructivos que lo amenazan desde el interior y los sentimientos de culpa. Si José Andrés logra reparar las consecuencias de su destructividad y se le da la oportunidad de contribuir al ambiente al que dañó, estará más cerca de aceptar su propia destructividad y el uso de símbolos como base para las actividades constructivas, el trabajo, la creatividad, y para la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.

Aichhorn, A. (1951). *Juventud desamparada*. Barcelona: Gedisa.

Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.

Bleichmar, S. (1996). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta moebio*, 23, pp. 204-216.

Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Segunda edición. Bogotá: Tiresias.

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Doltó, F. (1982). *Seminario de psicoanálisis de niños 1*. México: Siglo XXI.

Díaz Portillo, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Pax México.

Etchegoyen, R.H. (1985). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. *Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. *Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910a). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. *Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910b). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras Completas*. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. *Obras Completas*. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Gutton, P. (1994). *Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la adolescencia*. México: AMERPI.

Hinshelwood, R.D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33/34, 59-91.

Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. *Obras completas. Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Roudinesco, E. y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Ruiz, E. (2004). La entrevista como encuentro de subjetividades. *Investigaciones Sociales*. 13: 357-368.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.

Tubert, S. (2000). *El placer de pensar: un extraño en el espejo*. A Coruña: Ludus.

Vacarezza, L.E. (2002). *El trabajo analítico: Conceptos indispensables*. Madrid: Síntesis.

Winnicott, D.W. (1939). La agresión y sus raíces. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1946). Algunos aspectos psicológicos de la delincuencia juvenil. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1956). La tendencia antisocial. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1958). El análisis del niño en el periodo de latencia. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1960a). La teoría de la relación entre progenitores-infante. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1960b). Agresión, culpa y reparación. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1960c). La contratransferencia. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1961). Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1962a). La integración del yo en el desarrollo del niño. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1962b). Un modo personal de ver el aporte kleiniano. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1962c). La provisión para el niño en la salud y en la crisis. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963a). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963b). El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963c). El cuidado hospitalario que complementa la psicoterapia intensiva en la adolescencia. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963d). El enfermo mental entre los casos del asistente social. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963e). La psicoterapia de los trastornos del carácter. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1963f). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1964). La clasificación: ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1966). La ausencia de un sentimiento de culpa. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.