

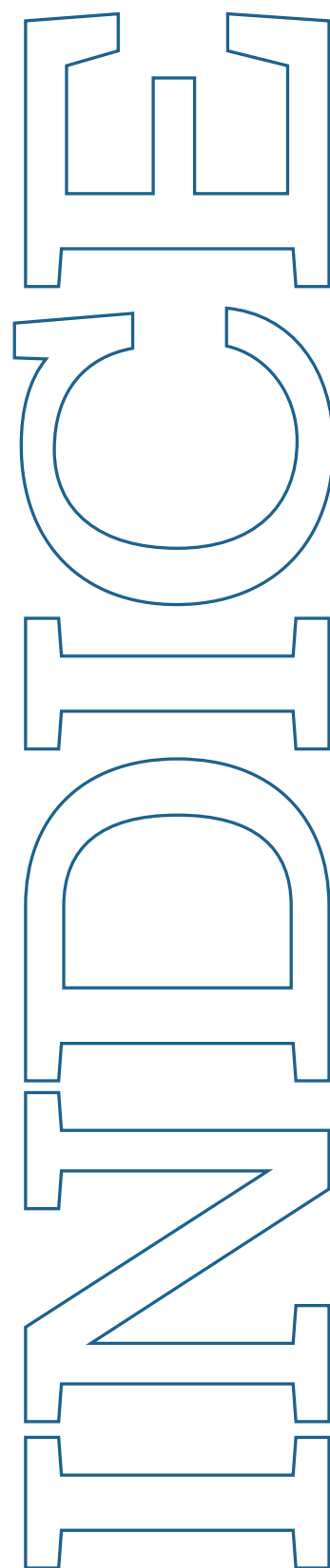


Centro de Psicoterapia
Psicoanalítica de Lima

QUIPU

REVISTA PSICOANALÍTICA

Volumen 5



QUIPU

Volumen 5

Junio - 2026

ISSN: 2789-8539

Depósito Legal N° 2026 06180

Créditos

Revista del Centro
de Psicoterapia
Psicoanalítica de Lima

Consejo directivo

Liliana Claudia Granel
Olinda Serrano de Dreifuss
María Cecilia Ráez Saavedra
Verónica Zevallos D'Brot
Patricia León Pinedo

Departamento de Investigación y Publicaciones

Laura Soria Torres

Comité editorial

Sebastián Gordillo Del Castillo
Lucero Brenda Velarde Russo
Karina Rocío Jiménez Calderón
Diego Fernández Monge
Giancarlo Portugal Velasco

Edición de texto y corrección de estilo

Glenda Escajadillo Gallegos

Diseño y diagramación

Ana Paula Pérez Bazán

Eje Psicoanálisis, sociedad y cultura

Violencia obstétrica y su impacto en la subjetividad de la nueva mujer-
madre 5

Fiorenza Antezana Pierinelli

Cotidiana maternidad 13

Solange Lecussan

Entrevista a Luis Herrera, psicoanalista didacta de la SPP y docente del CPPL 19

Giancarlo Portugal

Eje Clínica con niños y adolescentes

Emociones... de(s)bordes y de(s)encuentros. Lectura de entrevistas iniciales
desde la escuela inglesa 23

Nora Andreotto, Elizabeth Jorge

Eje Clínica psicoanalítica contemporánea

La semantización de las emociones: origen de la comunicación y de la
simbolización. Una perspectiva desde el psicoanálisis 31

Ema Ponce de León Leiras

Un cuerpo que enferma y habla: manifestaciones histéricas de una paciente
oncológica en un contexto hospitalario 38

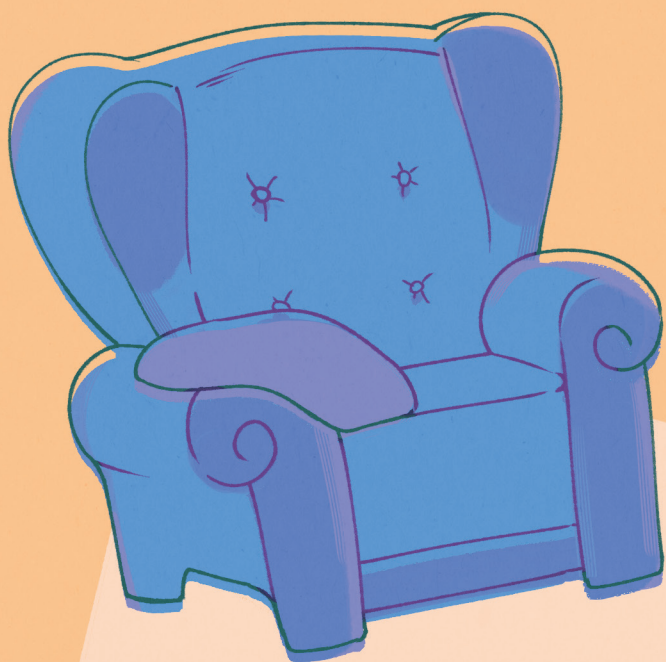
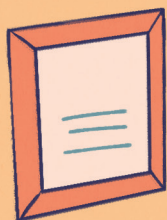
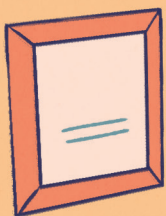
Karina Jiménez Calderón

El holding en los comienzos de la formación en el CPPL 46

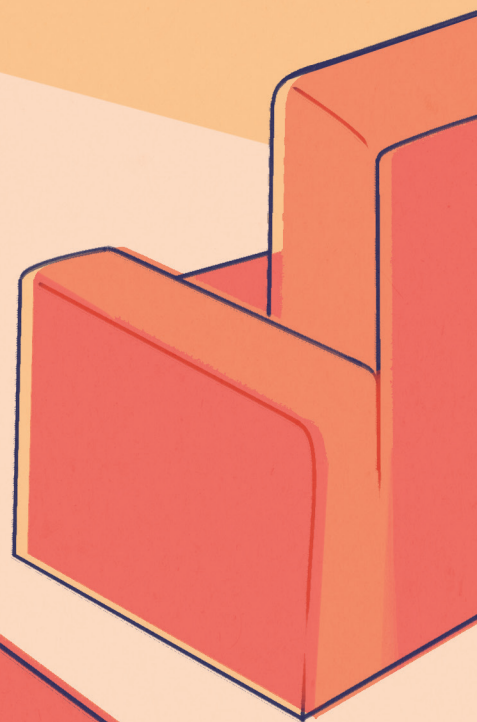
Sol Gracia Sierralta Patrón

Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima.
Av. De Las Artes Sur 392 San Borja.

*El comité editorial de la Revista Quipu brinda un
afectuoso agradecimiento al equipo de revisores
expertos por su ayuda con el presente volumen.*



Eje Psicoanálisis, sociedad y cultura



Violencia obstétrica y su impacto en la subjetividad de la nueva mujer-madre

Fiorenza Antezana Pierinelli¹

Resumen

El presente trabajo es un artículo de reflexión teórica. Si bien la problemática de la violencia obstétrica emerge en los relatos de las mujeres, suele escucharse atravesada de procesos de naturalización y normalización de múltiples actitudes y modalidades de trato. Sin embargo, se hace necesario interrogar el impacto que estas experiencias de violencia tienen en la subjetividad de las mujeres que las padecen.

Resulta relevante abordar estas violencias y visibilizarlas, tanto en un sentido preventivo como en la posibilidad de favorecer su identificación y abrir un espacio para su elaboración. En este sentido, se vuelve urgente introducir esta problemática en el campo psicoanalítico. ¿Qué implica el parto como acontecimiento sexual en la continuidad de la vida de una mujer? ¿Qué efectos produce en su experiencia posterior de la maternidad?

Abstract

This article is a theoretical reflection. While the problem of obstetric violence is perceived in women's stories, it is heard through naturalization and normalization of many attitudes and treatments. However, it is becoming necessary to reflect the impact it has on the subjectivity of women subjected to this violence. It is conside-

red relevant to discuss these forms of violence and make them visible as a preventive act, on the one hand, and to facilitate the process of identifying them and the opportunity to work through them. It is becoming urgent to discuss this issue in the psychoanalytic field. What does childbirth mean as a sexual event in a woman's continuum? What does it mean for her subsequent motherhood?

Resumo

Este é um artigo de reflexão teórica. Embora a problemática da violência obstétrica seja percebida nos relatos das mulheres, ela é ouvida por meio de uma naturalização e normalização de muitas atitudes e tratamentos. No entanto, começa a ser necessário refletir sobre qual o impacto desse tipo de violência na subjetividade das mulheres que a vivenciam. Considera-se importante discutir essas formas de violência e torná-las visíveis, por um lado, como medida preventiva, e por outro, para facilitar o processo de identificação dessas experiências e proporcionar uma oportunidade para enfrentá-las. Torna-se urgente discutir esse tema no campo psicanalítico. O que o parto representa como evento sexual no continuum da vida de uma mulher? ¿O que ele implica em sua maternidade posterior?

¹ Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Magistra en Intervención Clínica Psicoanalítica por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Cursando en Doctorado en Psicología comisión de Psicoanálisis Contemporáneo y/o Lo disruptivo en la Universidad del Salvador, Buenos Aires. fiorenzaantezana@gmail.com ID ORCID: 0009-0007-5048-2772

En Argentina, el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad reportó en 2022 que las denuncias por violencia obstétrica resultan considerablemente menores en comparación con otros tipos de violencia, sin superar los 55 casos al año. Esta cifra adquiere relevancia en tanto no se alinea con los relatos cotidianos de las mujeres, ni con las elevadas tasas de cesáreas, que se sitúan lejos de las recomendaciones de las instituciones de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que, para reducir las tasas de mortalidad, las cesáreas no deberían exceder entre el 10 % y el 15 % de los nacimientos; sin embargo, en América Latina y el Caribe estas alcanzan el 40,5% (Mosquera Agudelo et al., 2022). De las denuncias antes mencionadas, aproximadamente el 80 % corresponde a situaciones de «trato deshumanizado», y durante los años 2020 y 2021 estas provinieron principalmente de instituciones médicas privadas.

Con la intención de asegurar un trato respetuoso y humanizado a las mujeres, en Argentina la ley 25.929 se promulgó en 2004. En el Perú, si bien se han presentado diversos proyectos de ley, aún no se cuenta con una normativa que proteja de manera específica a las mujeres y a los recién nacidos frente a este tipo de violencia.

La disonancia entre lo que se oye en los relatos y las bajas tasas de denuncia conduce a preguntarse por el grado de naturalización de determinadas actitudes, conductas y enunciados por parte de profesionales de la salud, quienes ocupan el complejo rol de acompañar el nacimiento y recibir al recién nacido. Asimismo, dicha naturalización podría vincularse con un problema de orden estructural del sistema de salud, que favorece la incorporación social de estas prácticas en las representaciones del parto.

A partir de ello, se considera relevante nombrar y visibilizar estas violencias como acto preventivo y, en los casos en que hayan sido vivenciadas, ofrecer la posibilidad de favorecer su identificación de ellas y abrir un espacio para elaborarlas. En esta línea, una revisión sistemática de 33 estudios sobre violencia en el ámbito de la salud destaca la importancia de continuar investigando estas problemáticas como medio de prevención. Si bien el abordaje

fue amplio, la mayoría de los trabajos incluidos se centró en la violencia obstétrica y la violencia hacia las mujeres. En particular, 11 artículos dan cuenta de la vulneración de derechos de las mujeres durante el parto y de la ausencia de prácticas respetuosas, acogedoras e integrales (Baró, 2020). En este sentido, se vuelve urgente introducir esta temática en el campo psicoanalítico, para repensar su impacto en el continuo de la construcción como mujer y, a su vez, en el ejercicio de la maternidad.

¿Qué ocurre en el psiquismo cuando los cuerpos son intervenidos por agentes externos? ¿Qué lugar ocupa el cuerpo en la construcción como individuos y como mujeres? ¿Cómo interpela el saber que muchas de las intervenciones pueden haber sido innecesarias o incluso violentas? Y, sobre todo, ¿qué sucede cuando todo ello ocurre en un momento de extrema vulnerabilidad?

Si se toma el parto como punto de partida, resulta inevitable pensar en aquello que adquiere mayor centralidad en ese momento: el cuerpo y la sexualidad femenina. Poco se ha hablado del parto como un acontecimiento que forma parte de la vida sexual de la mujer, y que puede incluir, asimismo, una carga placentera. Concebir el parto de este modo supone un giro en la manera de comprender la sexualidad femenina, en tanto la desplaza de lógicas de dominación patriarcal y del falocentrismo.

Por un lado, se trata de un evento sexual en tanto involucra órganos genitales y un sistema neuroendocrino-muscular de cierre y apertura del útero que depende de la sexualidad para ponerse en marcha (Rodríguez, 2007). Por otro lado, requiere del despliegue de la oxitocina — conocida como «la hormona del amor» — para que el proceso tenga lugar, hormona que también está presente en otros aspectos de la sexualidad. La autora antes citada sostiene que el útero funcionaría como una «caja de resonancia del placer», constituyéndose como el centro del sistema erógeno y, no casualmente, como el órgano que adquiere mayor protagonismo durante la gestación y el parto.

Por último, no resulta menor señalar que la producción de dicha hormona requiere de condiciones de intimidad, tal como ocurre en cualquier

acto sexual placentero, deseado y consensuado.

Cabe mencionar que, cuando el parto no ocurre dentro de dichos márgenes —cuando no es posible contar con condiciones de intimidad o no se logra producir las hormonas necesarias por diversos motivos, como el no deseo de gestar o parir, el no deseo de maternidad, la presencia de una compañía que no logra sostener, o alguna limitación concreta vinculada a la salud del cuerpo, entre otros— los nacimientos adquieren múltiples formas. En este trabajo, me referiré específicamente a la violencia ejercida desde el afuera que restringe o anula dichas condiciones, y no a las dificultades propias que pueden presentarse en la mujer o la diada.

Como afirma Tesone (2023), el psicoanálisis tiene la ventaja de articular el inconsciente con lo sexual. En este sentido, pensar el parto desde esta perspectiva permite interrogarlo al interior de nuestra disciplina: ¿qué supone el parto como acontecimiento sexual en el continuo de la vida de una mujer? ¿Qué implicancias tiene en su experiencia posterior de maternidad?

Hornstein (2024) sostiene que la sexualidad se encuentra mediada por los encuentros con el mundo desde los primeros momentos de la vida, siendo la madre quien inviste libidinalmente: «un bebé amamanta y hay un pecho con historia». Se ha reflexionado extensamente sobre bebé y sus necesidades en el proceso de constituir su subjetividad, olvidando por momentos que ese pecho —que para el bebé es solamente un pecho, su pecho— forma parte de la madre ¿Quién es esa madre? ¿Cómo ejercerá esa maternidad? ¿Qué afectos primarán en esa experiencia? ¿Cómo será vivido el encuentro con su recién nacido? ¿De qué modo se integra el parto a su subjetividad, a su lactancia y, en definitiva, al ejercicio de su maternidad?

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Incluye actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos,

obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves. Esta violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021).

Se trata de una violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la mujer y sus procesos reproductivos, que puede expresarse de diversas maneras: en un trato deshumanizado, en el abuso de medicalización y en la patologización de los procesos naturales (Lampert, 2021). Como puede observarse, son muchas las formas que adopta y su impacto recae tanto en el cuerpo y el psiquismo de la mujer como sobre el recién nacido.

Aquello que irrumpe como un «hecho fáctico» —el evento mismo del parto, una acción realizada durante este, una frase, una intervención— disruptivo en sí mismo, en tanto irrumpe en el psiquismo, es percibido por la subjetividad y se inscribe como realidad, siempre particular. Este hecho disruptivo, no necesariamente traumático en sí, puede llegar a serlo según las posibilidades del individuo de metabolizar el acontecimiento externo. Cuando un hecho en una vivencia traumática, los procesos de metabolización pueden quedar detenidos y el cuerpo comenzar a experimentarse como «no propio», ajeno y desconocido (Benyakar, 2016). Ese cuerpo que es tocado, invadido y movilizado por un otro sin respeto por las necesidades propias —indispensables para parir— ve obstaculizada la posibilidad de apropiarse del mismo. Cabe, entonces, preguntarse: ¿cómo parir con un cuerpo vivido como ajeno?

La mujer embarazada, tratada como enferma, es medicalizada hasta tal punto que, en lugar de poder aprender sobre su propio proceso evolutivo y encontrar su manera singular de parir o de amar al bebé, es educada, entrenada, sugestionada y conducida por los médicos o por el equipo de salud (Videla y Grieco, 1993, pp. 67)

Esta violencia ejercida sobre el cuerpo de la mujer remite al «continente negro» de Freud

(1925), modo en que comprendió lo femenino, propio de su época. El continente negro como aquello enigmático, incomprensible, inasible y profundo, oscuro, receptor. Quizá esta violencia sea el resultado de aquello que no logra controlarse y, sin embargo, se desea alcanzar, comprender y tomar como propio, al mismo tiempo que se rechaza profundamente. Como plantea Glocer (2001), podría pensarse como una proyección hacia la mujer de todo «lo otro», de lo femenino rechazado que no se quiere reconocer como parte de sí.

«Lo otro», en tanto extranjero y misterioso, se busca escindir: «el otro es mujer»; lo materno como lo arcaico, señala la autora. Así, la mujer encarna la otredad y, a la vez se enfrenta con ella; es portadora de aquello ajeno, extraño y extranjero (Glocer, 2024). En este sentido, la violencia obstétrica a nivel social puede pensarse como una puesta en acto del lugar del hombre que teme la sexualidad femenina, que teme lo femenino como parte de sí mismo; y, a su vez, como el deseo de la mujer de despojarse de aquello que se vive como ajeno y que ha sido enseñado a temer y a castigar.

El control permanente sobre el cuerpo femenino a lo largo del tiempo, intensificado durante el trabajo de parto, remite a un intento de alcanzar y dominar aquel continente, aquel orificio, aquello incontrolable: tactos sucesivos para controlar la dilatación, la colocación estandarizada de una vía para administrar suero y medicación con una frecuencia preestablecida, el traslado en silla de ruedas hacia un destino decidido por otro, los pujos dirigidos por profesionales, la episiotomía como corte realizado por un tercero, la prohibición de ingerir agua y alimentos, los procesos de inducción y el establecimiento de las 40 semanas para el inicio del parto, sin margen para la flexibilización. Todo ello parece responder a un intento de obtener un falso control sobre lo más incontrolable: el cuerpo femenino abriéndose paso. «A la representación de la mujer todopoderosa, el hombre responde con el deseo de dominación, como representación creada para evacuar su miedo» (Tesone, 2023, p. 136).

Desde esta perspectiva, y a la luz de la definición de violencia obstétrica, resulta violento el intento de que otra persona establezca cuándo

y cómo debería parir un cuerpo, interviniéndolo para que el proceso ocurra del modo en que se considera que «debe» ocurrir. En contraposición, un parto fisiológico implica aceptar que ni la gestación ni el parto son, en sí mismos, procesos patológicos y que, por lo tanto, no requieren medicación para desarrollarse de manera orgánica, en un espacio y un clima de confianza, seguridad, intimidad y privacidad. Así, la intervención debería limitarse a corregir desviaciones que se aparten de su curso esperado (Darra, 2009).

Cuando no se logra un clima de intimidad y calidez, aumentan las probabilidades de que se inhiba la producción de oxitocina y se eleve el cortisol. Esto puede derivar en la administración de oxitocina sintética, constituyendo la primera intervención de una serie que puede incluir la inducción del parto, el rompimiento de membranas, la realización de una episiotomía y, en muchos casos, la finalización del nacimiento mediante cesárea. Esta secuencia es conocida como «la cascada de intervenciones», en la que, al no otorgarse suficiente importancia a la producción natural de las hormonas necesarias para parir, se recurre progresivamente agentes externos para sostener el proceso. El resultado suele ser una experiencia altamente medicalizada, a menudo distante de lo que las mujeres habían deseado o imaginado para ese momento y para sus cuerpos, dejando recuerdos impregnados de violencia y confusión.

La experiencia queda marcada en la mente, pero también en el cuerpo. Esos hechos fácticos se transforman en impactos disruptivos que requieren un proceso de psiquización o metabolización; en algunos casos, el proceso puede desarrollarse con relativa facilidad, mientras que en otros la vivencia deviene en traumática, dejando un vacío de figuración y la imposibilidad de representación y simbolización. En estas situaciones, el hecho fáctico se incrusta en el psiquismo, congelándolo y dejándolo en una posición pasiva frente al acontecimiento (Benyakar, 2016).

Comprender el momento del parto como el pasaje concreto de mujer a mujer-madre, permite dar cuenta de la necesidad de ligazón con esta nueva identidad, así como de la investidura libi-

dinal de los nuevos aspectos que la constituyen. En este sentido, como lo propone Penot (2016), para poder ligar con lo nuevo resulta necesario desligarse de aquello que le antecede, de esa otra mujer que se fue. El autor señala que, para la subjetivación, la desligazón es tan indispensable como la ligazón: no hay desarrollo psíquico sin desligadura, dado que el proceso de subjetivación necesita del juego permanente entre ambos polos. Lejos de constituir una expresión de la pulsión de muerte, la desligazón —al igual que la ligazón— se encuentra también a favor de la vida. Por tanto, todo aquello que interfiera en estos procesos de ligazón-desligazón produce un impacto importante en la subjetivación.

Si bien la mirada tradicional de la desinvestidura se ha vinculado a la pulsión de muerte y no orientado al objeto, la propuesta de Penot retoma este concepto como parte de un par pulsional asociado a la pulsión de vida. Si se piensa en la pulsión de muerte no como desligadura en sí misma, sino como aquella que «tironea por volver a formas menos diferenciadas, menos organizadas» (Hornstein, 2024), puede observarse cómo regresión, desorganización, muerte, detención, silencio y vacío, se hacen presentes en la violencia, en cualquiera de sus formas. La violencia interfiere así en la elaboración de los duelos y de los procesos de desinvestidura. Lo específico de la violencia durante el parto radica en que esta forma de pulsión de muerte convive paradójicamente con el advenimiento de una vida que exige presencia, cuidados y vitalidad.

Luego de la gestación —momento en el que ya se inicia el ejercicio de la maternidad—, el parto hace visible este rol, ahora con un bebé del otro lado de la piel, luego de haberse producido la primera separación entre ambos cuerpos. Si, además, se considera la irrupción de hechos violentos provenientes del afuera en ese evento, podemos considerar que el procesamiento de lo vivido y los procesos de metabolización se vean obstaculizados, interfiriendo en la dinámica de ligazón-desligazón necesaria para una maternidad nutricia. Retomando a Freud (1915), y considerando el aumento sostenido de los diagnósticos de depresión posparto, cabe preguntarse si las consecuencias de estas violencias no se expresan en la dificultad

para atravesar los duelos propios del inicio de la maternidad, transformando dichos procesos en estados de melancolía.

Como se ha señalado, la experiencia del parto puede comprenderse como el ritual concreto y corporal de ligadura y desligadura, como un tránsito: el pasaje de ser un cuerpo a ser dos, para luego —como plantea Alizade (1992)— transformar «un cuerpo para dos» en «una piel para dos». Permitir que este acontecimiento funcione como rito facilitaría el pasaje al ejercicio de la maternidad y la integración del rol materno en el continuo de una mujer. En ese encuentro de «piel con piel» que ocurre mientras el bebé amamanta, este es alimentado por una madre con su propia historia; una madre que, como señala Hornstein (2024), contiene en su mente el parto que trajo a ese bebé al mundo.

Se trata también de un sustraerse para permitir dar lugar al otro naciente: «Al principio, la misma envoltura envuelve a madre e hijo. El necesario recorte de una envoltura para ellos, es decir, el desprendimiento del objeto primario, constituye una especie de segundo nacimiento para la psique que mira hacia la exogamia» (Alizade, 1992). El nacimiento es subjetivante en sí mismo, primordialmente para el bebé, pero también para esa madre que nace. Y en tanto proceso subjetivante, la violencia ejercida sobre el cuerpo que pare y sobre el recién nacido se presenta como su antónimo. Las intervenciones no solo irrumpen en el cuerpo que está por parir, sino que también interfieren en los procesos de subjetivación de aquella mujer-madre en constitución. Frustran los primeros encuentros de las pieles, limitando la continuidad de la ligadura al nuevo rol y al nuevo vínculo, y dificultando, a su vez, la posibilidad de sentir la desligadura que acaba de producirse. La violencia tiene la fuerza de fijar el tiempo, volverlo rígido y detenido.

Ese orificio del cual adviene la vida, frente a la violencia, se torna en un agujero simbólico, una experiencia no representada. Un agujero que adquiere un sentido más sombrío que vital. De allí surgen los numerosos relatos de mujeres que describen sus partos mediante frases breves, despojadas de contenido afectivo: «todo salió normal, no dilaté entonces me hicieron

una cesárea», o «me indujeron el parto porque estaba justo en la semana 40, no dilaté y me hicieron cesárea, pero todo bien». ¿Cuánto de estas experiencias son memorias sin recuerdos? «El dolor puede arrasar con la posibilidad de representación del mismo; la no figuración como defensa ante un dolor indecible» (Tesone, 2023). ¿Será que ese dolor extremo, vivido en un momento de máxima vulnerabilidad, queda por fuera, escindido, no ligado?

Hablar de agujeros remite a la serie blanca de André Green (1980): los agujeros psíquicos y el vacío que devienen de una desinvestidura «masiva, radical y temporaria». Angustia blanca, duelo blanco o psicosis blanca son modalidades en las que, en muchas mujeres, el dolor queda como un vacío no ligado al afecto ni representado: un agujero no investido, carente de simbolización, del cual provino ese bebé que ahora requiere ser cuidado en condiciones psíquicas a menudo frágiles y límite, tras haber atravesado experiencias de esta índole.

Sin embargo, la catectización del recién nacido —desde el embarazo y tras el parto— resulta vital para que el vínculo entre madre y bebé pueda nutrirse y, sobre todo, para que ella pueda responder a las necesidades del recién nacido (Von Mohr, Mayes y Rutherford, 2017). Reflexionar acerca de las violencias durante el parto como obstáculos para la ligadura con la maternidad implica cuestionar una posible traba nivel social que interfiere en el establecimiento de este vínculo y, con ello, en el nacimiento de una madre que pueda saberse nutricia y confiar en sus respuestas y en su lectura de las necesidades de su bebé.

El parto constituye un momento fundamental en la relación entre madre e hijo: supone la ruptura física y concreta de la simbiosis propia del embarazo y exige un reordenamiento materno que permita reparar la unidad quebrada por el parto, necesaria para sostener una nueva forma de simbiosis, ahora fuera de su cuerpo (Videla y Grieco, 1993). El parto deviene así en el primer encuentro con el recién nacido, en las primeras miradas y caricias; encuentro necesario para la continuidad de la simbiosis.

Para que esta experiencia no quede fijada traumática y, con ello, se vea imposibilitada la ligazón, se necesita un sujeto que pueda. Atravesar los afectos, sumergirse y emerger, permitirse ser revolcado por la marea afectiva implica investidura, otorgar significado, aun cuando dichos afectos estén teñidos de dolor. Pero para invertir, también es necesario experimentar satisfacción, poder desear. Se requiere, por un lado, desear a esa nueva mujer-madre y, por otro, desligarse de la mujer que se fue, atravesar los duelos necesarios para que la desligazón nutra la subjetividad y desinvista lo que fue para dar paso a la ligadura con la nueva mujer, con el nuevo rol, con la maternidad y con el propio bebé. Tal como señala Penot (2016), en el duelo está implicado el desprendimiento: desinvertir aquello que fue investido constituye un trabajo de desligadura libidinal.

Aun cuando durante los primeros meses de vida madre y bebé continúan —en el mejor de los casos— en un estado de fusión y dependencia absoluta, la vivencia de ese primer desprendimiento abre la posibilidad de iniciar un proceso de aceptación de la naciente individualidad. Ello permite que, aún en la fusión, exista cierto grado de conciencia de una futura separación. El nacimiento constituye la primera separación concreta y física, a la que seguirán otras, en el orden de lo simbólico, que darán lugar a la eventual individuación de ese otro ser humano ¿Qué ocurre cuando el desprendimiento inicial es vivido más como un desgarró que como una separación? ¿Se ve limitada la fusión necesaria previa a la separación? ¿Podría luego verse obstaculizada en la madre la posibilidad de dar paso a la individuación de su bebé?

Desgarro y desprendimiento son términos cercanos, aunque portadores de cualidades radicalmente distintas, cuya diferenciación resulta relevante. María Moliner (2000) define desgarrar como partir(se) una cosa al tirar de ella en direcciones opuestas, definición que introduce la idea de una intervención externa, de otro que «tira» de un cuerpo para separarlo del otro, para «partirlo». La autora asocia este término con «destrózar», lo que da cuenta de la intensidad del daño si se lo piensa en relación con el

parto. Por su parte, desprender se define como separar(se) algo que estaba adherido a otra cosa, noción que describe con mayor precisión lo que ocurre en un parto que prioriza el respeto, donde madre y bebé —que estaban unidos— se separan. Asimismo, desprender implica renuncia, el dejar voluntariamente aquello que se estima, y es precisamente ese carácter voluntario el que marca una diferencia sustancial respecto de. desgarrar.

En la noción de desgarrar se encuentra implícita la violencia, mientras que el desprendimiento remite a la voluntad, al deseo y a la propia acción. Cabe preguntarse si los nacimientos vividos como desgarradores dejan una huella particular de dolor. Puede pensarse que, si bien ese dolor muchas veces no llega a denunciarse, ni siquiera a identificarse o verbalizarse, sus consecuencias podrían manifestarse como depresión posparto, ansiedad u otros síntomas. Tesone (2023) señala que aquellos afectos que no logran ligarse no pueden ser vivenciados y, por lo tanto, la marca que dejan permanece sin lugar hasta que pueda ser enlazada a algún sentido que permita unirla al afecto y volver consciente la existencia de una huella dolorosa.

Son las sensaciones, los afectos y las ideas los que ofrecen indicios acerca del tipo de envoltura o de ruptura que se está vivenciando y del modo en que esta es experimentada. Así como Penot propone la diada ligazón y desligazón, Alizade (1992) introduce una noción similar al referirse a envoltorios y rupturas, estas últimas con la potencialidad tanto de resultar perjudiciales y dañinas para el psiquismo como de ser nutritivas y constitutivas —por ejemplo, cuando se rompe un envoltorio muy rígido—. Estas conceptualizaciones permiten pensar en la existencia de rupturas de carácter desgarrador.

En un nacimiento, donde cuerpo y psique se encuentran especialmente expuestos, vulnerables y entregados a un otro, cuando el acontecimiento no se desarrolla como se esperaba y recibe violencia por parte de quienes deberían proteger, pueden producirse marcas o agujeros. Tal como plantea Alizade (1992), el cuerpo es una «masa experiencial», permeable, receptora de estímulos y reactiva de manera única ante ellos. Forma parte de un plano sensorial en el que se articulan lo

perceptivo, las sensaciones y los afectos; en ese momento de extrema exposición, se está «más allá de las palabras». La autora lo describe como un ámbito somatopsíquico. En términos de Benyakar (2016), la mujer se encuentra en el estado de lo «originario»: sin palabras ni ideas, siendo cuerpo y sensaciones, muy próxima al soma. «El cuerpo vivo es una masa que siente, una masa ardiente, continuamente atravesada por imágenes, sonidos, presiones, olores» (Alizade, 1992) ¿Qué imágenes, sonidos u olores se perciben cuando manos violentas irrumpen el propio cuerpo? ¿Qué tan propio puede sentirse ese cuerpo bajo esas condiciones?

El cuerpo que llega al parto está disponible y abierto, receptor de todo estímulo; por ello, la violencia externa lo atraviesa junto con el psiquismo, generando consecuencias. Se ha mencionado previamente la melancolía en Freud, así como la posible vivencia traumática de nacimientos atravesados por violencia obstétrica. En esta línea, puede pensarse en la noción de «madre muerta» de Green (1980) como una posible consecuencia de dicha violencia sobre la madre y sobre el ejercicio posterior de su maternidad, con efectos asimismo sobre el recién nacido. Una madre psíquicamente muerta implica la imposibilidad de cuidar, de sostener, de investir; en definitiva, de ser-madre y a su vez también de ser-mujer. La imposibilidad de ser.

Todo ello abre la posibilidad de interrogar el impacto que tienen los nacimientos y las modalidades en que estos acontecen sobre el psiquismo y los procesos subjetivación, tanto como mujeres como madres. Asimismo, invita a cuestionar el modo en que la sociedad concibe los nacimientos y el lugar que cada individuo ocupa en la reproducción de estas representaciones. Se vuelve evidente que la constitución de una madre capaz de cuidar, de sentirse viva y segura para responder a las demandas de un recién nacido y leer sus necesidades, no depende únicamente de los recursos previos ni de la historia personal, sino también de las experiencias que inauguran su maternidad y del ambiente que acompaña el nacimiento. En ese sentido, las violencias que puedan haber ocurrido en el parto tienen un lugar crucial.

Bibliografía

Alizade, M. (1992). *La sensualidad femenina*. Amorrortu.

Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de vida y salud*, 13, 18-31.

Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático*. Vicisitudes de un abordaje clínico. Nueva Editorial Universitaria.

Darra, S. (2009). "Normal", "natural", "good" or "good-enough" birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.

Freud, S. (1915). Duelo y melancolía, en S. Freud, *Obras completas* (T. 14). Amorrortu.

Freud, S. (1925). Sexualidad femenina, en S. Freud, *Obras completas*. Amorrortu.

Glocer, F. (2001). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Lugar Editores.

Glocer, F. (2024). *Deconstructing the Feminine. Subjectivities in Transition* (2.^a ed.). Routledge Taylor y Francis Group.

Green, A. (1980). La madre muerta, en A. Green, *Narcicismo de vida, narcicismo de muerte* (pp. 167-191). Amorrortu Editores.

Hornstein, L. (2024). *Del alboroto de la vida al nirvana: el dualismo pulsional*. [Manuscrito inédito].

Lampert, M. (2021). *Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Legislación de Argentina, Venezuela y México*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria.

Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (2022). *Violencia obstétrica. Análisis de los registros de la línea 144*. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

Moliner, M. (2000). *Diccionario de uso del español*. Gredos.

Mosquera Agudelo, J., Martínez Buitrago, D., Guevara Chaux, C., Navas Jojoa, M., Erazo Barahona, M., Paz, F., Figueredo Satizábal, M. y Gaviria Criollo, C. (2022). Clasificación de cesárea según el sistema de Robson en una IPS privada de Cali, 2017. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 68(1), 1-7.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

Penot, B. (2016). La supuesta «pulsión de muerte», una fuerza indispensable para toda vida subjetiva. *Revista de Psicoanálisis*, 73(1), pp. 55-68.

Rodrigáñez Bustos, C. (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Ediciones Criminales S.L.

Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212.

Tesone, J. (2023). *Un dolor sin sujeto. Marcas disruptivas en el psiquismo, resignificadas*. Letra Viva.

Videla, M. y Grieco, A. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Ediciones Nueva Visión.

Von Mohr, M., Mayes, L. y Rutherford, H. (2017). The Transition to Motherhood: Psychoanalysis and Neuroscience Perspectives. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 154-173.

Cotidiana maternidad

Solange Lecussan¹

Resumen

El presente texto reflexiona sobre el ser madre en el mundo contemporáneo, desde una mirada psicoanalítica que articula dimensiones afectivas, corporales y socioculturales. En su primera parte, examina tres momentos esenciales del vínculo materno: el enamoramiento inicial, las renunciaciones que lo atraviesan y la complicidad que permanece. Retoma la preocupación maternal primaria descrita por Winnicott como ese estado de fusión empática en el que la madre sintoniza profundamente con las necesidades del bebé. El texto aborda también la ambivalencia estructural de la maternidad: amar implica duelos, pérdidas y transformaciones del yo, en diálogo con Freud y Kristeva. En contextos precarizados, maternar se vuelve un acto de resistencia, donde la función materna se desborda ante la ausencia de un entorno «suficientemente bueno». El texto culmina con una reflexión íntima sobre la complicidad entre madre e hijas, subrayando que maternar es un proceso ético que transforma subjetividades. Los hijos habitan psíquicamente a los padres, como señala Kaës. La obra invita a pensar la crianza sin idealizaciones, reconociendo tanto su belleza como sus contradicciones.

Abstract

The present text reflects on being a mother in the contemporary world, from a psychoanalytic perspective that articulates affective, bodily, and sociocultural dimensions. In its first part, it examines three essential moments of the maternal bond: the initial infatuation, the renunciations

that traverse it, and the complicity that remains. It revisits the primary maternal concern described by Winnicott as that state of empathic fusion in which the mother deeply attunes to the baby's needs. The text also addresses the structural ambivalence of motherhood: to love implies mourning, losses, and transformations of the self, in dialogue with Freud and Kristeva. In precarious contexts, mothering becomes an act of resistance, where the maternal function overflows in the absence of a 'good enough' environment. The text culminates with an intimate reflection on the complicity between mother and daughters, underscoring that mothering is an ethical process that transforms subjectivities. Children psychically inhabit their parents, as Kaës points out. The work invites us to think of childrearing without idealizations, recognizing both its beauty and its contradictions.

Resumo

O presente texto reflete sobre o ser mãe no mundo contemporâneo, a partir de um olhar psicanalítico que articula dimensões afetivas, corporais e socioculturais. Em sua primeira parte, examina três momentos essenciais do vínculo materno: o enamoramento inicial, as renúncias que o atravessam e a cumplicidade que permanece. Retoma a preocupação materna primária descrita por Winnicott como esse estado de fusão empática em que a mãe sintoniza profundamente com as necessidades do bebê. O texto aborda também a ambivalência estrutural da maternidade: amar

¹ MBA y Profesional senior en inversiones y mercados financieros, con más de 15 años de experiencia en banca privada, trading y asesoría bursátil. Actualmente en formación en el Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL).

implica lutos, perdas e transformações do eu, em diálogo com Freud e Kristeva. Em contextos precarizados, maternar torna-se um ato de resistência, onde a função materna transborda diante da ausência de um ambiente 'suficientemente bom'. O texto culmina com uma reflexão íntima sobre a cumplicidade entre mãe e filhas, sublinhando que maternar é um processo ético que transforma subjetividades. Os filhos habitam psiquicamente os pais, como assinala Kaës. A obra convida a pensar a criação sem idealizações, reconhecendo tanto sua beleza quanto suas contradições.

Enamoramiento y fusión: la primera etapa del vínculo

Hay un momento en que el mundo de toda madre se reduce al roce tierno, seductor y delicado de la piel de su bebé recién nacido o nacida. Se inicia entonces un proceso de enamoramiento asexual que solo quien ha transitado la experiencia materna puede intentar nombrar: un encantamiento hipnótico, en el que una se disuelve entre caricias, aromas tibios y pocas horas de sueño. Se trata de un vínculo profundo, transformador, de una intimidad radical, que Winnicott (1956) denominó «preocupación maternal primaria» (p. 300).

En efecto, se trata de un estado psíquico alterado en el que la madre sintoniza de manera casi total con las necesidades de su bebé. Es más que una preocupación en sentido estricto: implica un registro de fusión. En inglés, Winnicott utiliza el término *concern*, que alude a una forma de sentir al otro como un estado de alerta de involucramiento, como si se tratara de una extensión del propio cuerpo; una capacidad de intuir el deseo antes de que sea expresado, de habitar una sensibilidad que trasciende el lenguaje. Ello es posible gracias a un retraimiento parcial de la madre, que le permite organizar su mundo en torno a las necesidades del bebé. Esta «preocupación» no es ansiedad o sobreprotección, sino una forma de empatía profunda, cercana a una fusión psíquica, que permite a la madre «sentir desde dentro» lo que el bebé necesita antes de que pueda expresarlo con palabras o incluso mediante gestos claros.

En ese estado de incalculable sensación de paz, se me reveló una comprensión del amor que trasciende lo individual. Comprendí, como una intui-

ción luminosa, que todo ser humano —sí, incluso aquel que luego se vuelve un asesino en serie— fue alguna vez amado con esa misma entrega. Sin embargo, pronto esa certeza se volvió porosa. ¿Podemos afirmar, sin titubeos, que todos fueron recibidos con ese amor? ¿Existe realmente esa unión originaria en todos los casos?

La contemplación —ese mirar profundo que alimenta el lazo y lo nutre— no aparece en cualquier escenario. Requiere tiempo, y el tiempo es un privilegio. En entornos marcados por la urgencia, la precariedad o el abandono, muchas crianzas suceden desde la prisa. No hay espacio para sostener, mirar o dejarse transformar por la presencia de una vida que recién comienza. El encantamiento primario —ese vínculo íntimo que se forma entre madre e hijo o hija— puede no desplegarse nunca, o hacerlo de forma fragmentada, interrumpida, casi invisible.

Surge entonces la pregunta inevitable: ¿por qué hay tanta maldad en el mundo? ¿Será que no todos fueron amados así? ¿O será que el mal no nace solo del desamor, sino de una condición más antigua, más cruda, que el amor apenas logra modular? Incluso el exceso de amor puede dañar. Cuando el vínculo se torna desbordante, cuando la fusión con el otro anula su individualidad, el amor deja de ser refugio y puede devenir en una sobrecarga emocional tan intensa que derive en formas perversas. La sobreprotección no garantiza salud psíquica. Puede producir sujetos que no toleran la frustración, que temen la diferencia, que necesitan controlar al otro como si fuera una extensión de sí mismos. No todo lo que hiere nace de la falta. A veces, también duele lo que se da sin medida, sin estructura, sin lenguaje.

Como ya intuía Freud, el ser humano no está hecho solo para amar. En su interior habita también una pulsión de destrucción. «La tendencia a destruir y matar está presente desde el origen» (Freud, 1920, p. 18). Tal vez el amor no cure por sí mismo. Tal vez necesite forma, límites, sostén, estructura.

Cuando esa fusión inicial entre madre e hijo o hija no ocurre, o se ve interrumpida, la continuidad vital posterior al parto —esa sensación de seguir siendo una sola célula que poco a poco empieza a dividirse— puede llenarse de ternura o de vacío. La

célula, el cigoto, el bebé, el infante... y así, con cada descubrimiento individual, con cada pequeña separación, se va forjando la separación. A veces suave, a veces abrupta; pero siempre decisiva.

Melanie Klein describió el pecho materno como la primera experiencia de objeto bueno: fuente de gratificación, calma y vida (Klein, 1952). Cuando ocurre, la lactancia puede intensificar ese lazo aún más: la producción de leche no solo nutre, sino que también regula el cuerpo emocional y hormonal de ambos, madre e hijo o hija (Stern, 1995). Amamantar es alimentar, sostener, envolver; es hablar en un lenguaje sin palabras. Sin embargo, no resulta imprescindible. El enamoramiento primario no requiere de la lactancia para desplegarse. Ese dulce conjuro también puede emerger en un acto tan sencillo —y a la vez tan maravilloso— como contemplar el sueño de un bebé, con la ternura y la devoción de quien sabe que habita un mundo nuevo.

Desde la perspectiva del desarrollo psíquico, esta etapa es decisiva. El contacto piel con piel, las miradas cómplices, la contención física y emocional, constituyen modos de configurar el psiquismo en formación con delicadeza, como quien afina un instrumento que recién comienza a sonar (Brazelton y Cramer, 1991). No resulta exagerado suponer que un infante privado de ese encantamiento —de esa conexión afectiva inicial— pueda enfrentar más dificultades para desarrollar empatía y construir vínculos sociales saludables. En otras palabras, cuando esa experiencia temprana de ternura falta, se produce un vacío en la capacidad futura de amar, cuidar y convivir.

La madre y su mundo: renunciaciones y ausencias

En algún momento, toda madre comienza a sentirse dividida. Se instala un duelo sigiloso por el mundo que ha quedado atrás: la mujer que era antes de dar vida. Sus amigas, sus proyectos, su sexualidad, su pareja. Freud habló de la ambivalencia como una condición constitutiva de los vínculos afectivos profundos (Freud, 1912), y en esta etapa esa dualidad se vuelve palpable: la madre ama, pero también añora. Extraña la libertad de sentirse deseada, ese cuerpo que aún no regresa a su forma previa, ese cuerpo que a veces ya no reconoce como propio.

Convertirse en madre puede implicar una rup-

tura profunda con la imagen corporal y con la idea misma de autonomía. En esa añoranza se agolpan deseos y recuerdos: la sensualidad de una noche extendida, el placer de ver una serie hasta tarde, leer sin interrupciones, saltarse una comida, teñirse el pelo de cualquier color.

La maternidad no es solo dulzura: es una experiencia de división. En ella se juega la frontera entre lo propio y lo ajeno, entre el amor y el rechazo, entre la vida y la muerte. Parir es también expulsar, separarse, perder una parte de sí. No hay maternidad sin duelo (Kristeva, 1980).

Una vez que se dio vida, muere una parte muy íntima de cada mujer. Esa fractura se refleja en las pequeñas decisiones cotidianas que antes se ejercían sin mediaciones y que ahora pasan por el filtro del cuidado. Porque, aunque una sigue eligiendo, lo hace desde otra lógica, con otro ser humano en el centro del mapa. Maternar no es solo dedicar tiempo: es ceder espacio psíquico, entregar energía, atención y presencia emocional. Todo esto ocurre, además, en un contexto que enaltece la autosuficiencia, la velocidad y el disfrute sin ataduras.

No sorprende que muchas mujeres jóvenes elijan postergar o incluso renunciar a la maternidad. No quieren —y es comprensible— abandonar o perder el viaje, el crecimiento profesional, la autodeterminación. No desean organizar su vida en torno a otra persona. Pero esa decisión también revela algo más estructural: la maternidad no está sostenida de manera social ni colectiva. Vivimos en una cultura que idealiza el amor, pero le niega sustento; que romantiza el vínculo y omite el trabajo emocional que lo hace posible. Una cultura en la que la sensibilidad se ridiculiza y el enamoramiento se trivializa. En ese contexto, entregar el cuerpo, el tiempo y el alma a otro u otra —como lo hace una madre— se vuelve un acto contracultural.

Las mujeres que deciden esperar para desarrollarse, crecer, viajar o explorar están en todo su derecho. La ciencia, incluso, las acompaña: hoy es posible congelar óvulos y ser madre a los 40 años. Pero llegado ese momento, también será legítimo reconocer que el cuerpo ya no responde igual; que agacharse duele un poco más, que la energía no fluye con la misma soltura. La entrega seguirá siendo radical, sí, pero se vivirá desde otra etapa,

con otro ritmo, con una intensidad distinta. Una madre puede llorar de agotamiento y, sin embargo, agradecer por tener un hijo. Puede extrañar su independencia y, al mismo tiempo, elegir quedarse.

Maternar en la precariedad contemporánea: entre el deseo y el desamparo

Maternar en contextos de precariedad es amar a contracorriente. Es sostener la vida mientras se sobrevive. Es habitar una contradicción constante entre el deseo de cuidar y la angustia por no poder hacerlo del modo que se quisiera. En países donde el acceso a salud mental, descanso, alimentación o seguridad es un privilegio, el acto de maternar se convierte en una experiencia que oscila entre la ternura y el desamparo. No solo se cría a un hijo o hija; se resiste el abandono estructural del Estado, de las instituciones y, muchas veces, de la comunidad.

La precariedad no se mide únicamente en términos económicos, sino también afectivos y simbólicos. Maternar sin red es maternar desde la intemperie: sin abuelas disponibles, sin licencias dignas, sin espacios para llorar ni para descansar. La madre contemporánea, especialmente en América Latina, carga con el ideal del amor absoluto, pero sin los medios materiales ni psíquicos para sostenerlo. Esa exigencia de entrega total, sin apoyo social, produce un doble malestar: culpa y agotamiento. Se pide a la madre que ame sin límites, pero se le niega el tiempo para hacerlo con calma y, aun así, intenta lograrlo, como sea, porque el mandato cultural es insistente: madre es madre.

Desde una mirada psicoanalítica, la precariedad no solo agota el cuerpo, también interfiere con la función materna simbólica. Winnicott (1960) planteó que el desarrollo psíquico temprano requiere de un «ambiente suficientemente bueno», es decir, un entorno que sostenga la función materna y permita al infante sentirse seguro para existir. Cuando ese entorno falla —cuando el medio social es hostil, inestable o indiferente— la madre se ve desbordada en su capacidad de sostén. La función materna se fragmenta. La madre se convierte en un sujeto que da y se vacía, que ama, pero sin descanso. En esas condiciones, el ideal romántico de la ma-

ternidad se vuelve un mandato cruel, porque el amor no alcanza cuando la angustia material lo ahoga todo. No hay espacio para la contemplación cuando faltan el alimento, la casa, la seguridad. La precariedad introduce un ruido constante en la melodía del vínculo. Las madres que crían en contextos de violencia, pobreza o abandono desarrollan un tipo de amor que es, al mismo tiempo, ternura y trinchera. Amar se vuelve una estrategia de supervivencia.

Como señaló Freud (1930 [1929]), la cultura se edifica sobre una renuncia pulsional que hace posible el lazo social; sin embargo, cuando esa renuncia se distribuye de manera desigual —cuando recae sobre ciertos cuerpos y no sobre otros—, la promesa de civilización se convierte también en una forma de violencia estructural. Allí donde el Estado o la comunidad deberían sostener, se instala la soledad. La madre queda sola con su deseo y su culpa. ¿Qué sucede cuando esa renuncia recae siempre sobre los mismos cuerpos? Las madres renuncian al sueño, al ocio, a la sexualidad y al tiempo propio para sostener el orden de un mundo que colapsaría sin ellas. Se trata de una renuncia estructuralmente femenina, invisibilizada y normalizada.

Kristeva (1980) definió la maternidad como un espacio abyecto, donde la frontera entre sujeto y objeto se vuelve porosa. En contextos de precariedad, esa abyección se acentúa: el cuerpo de la madre se convierte en territorio de uso social, pero no de cuidado. Se espera que produzca, nutra y sostenga, aunque nadie la sostenga a ella. La maternidad deviene así escenario donde se cruzan la biopolítica y la soledad.

Y, sin embargo, incluso en medio de la precariedad, algo del deseo resiste. En esa madre que canta mientras lava, que juega entre turnos de trabajo, que sueña para que su hijo pueda hacerlo, se manifiesta una ética del cuidado que no se aprende en los libros. Esa capacidad de amar sin garantías, de insistir en el lazo aun cuando todo duele, constituye una de las formas más pura de esperanza. Maternar, en este contexto, es un acto político: es sostener la vida en una cultura que muchas veces la descuida.

Maternar hoy tal vez sea uno de los pocos actos verdaderamente subversivos. En un mundo

donde la productividad vale más que la presencia y donde el amor se confunde con el rendimiento, criar con ternura es resistir. Maternar es sostener la fragilidad y transformarla en cuidado; es elegir, una y otra vez, la vida en su forma más vulnerable. La maternidad, pensada psicoanalíticamente, no es un estado ideal, sino un proceso atravesado por duelos, frustraciones y deseo. No hay madre sin pérdida, sin conflicto, sin ambivalencia. Pero tampoco sin amor: ese amor cotidiano, imperfecto y, a veces, heroico, que se expresa en un abrazo o en un simple «estoy acá».

La complicidad que queda: maternar en presente

Quizá el amor de madre sea lo que impide que la cultura se desmorone del todo; a pesar de todas las renunciaciones (y en mi experiencia fueron muchas, sobre todo de aquello que produce placer), el acto de maternar guarda una vivencia profunda, íntima y transformadora. En mi caso, ser madre de dos hijas ha sido una de las experiencias más conmovedoras de mi vida. Las observo crecer y siento cómo el tiempo se desliza parsimoniosamente. A veces me parece que fue ayer cuando las cargaba en brazos, y ahora, de pronto, ya son niñas con mundos propios, con sus secretos, sus códigos, sus primeras confidencias.

Me cuentan si alguien les gusta, si una amiga tuvo su primer periodo. Las escucho hablar entre ellas con esa naturalidad mágica que tienen los niños cuando el juego aún no ha sido desplazado por la vergüenza. Y me sorprendo reconociendo, en sus conversaciones, el eco de las mías con mis amigas hoy: risas, complicidades, dudas, asombros. Me siento profundamente privilegiada al presenciar ese tránsito sutil hacia la adolescencia: ese instante preciso en que aún son niñas, pero ya comienzan a mirar el mundo con ojos propios.

A veces me asalta una opresión en el pecho: un nudo dulce de ternura y nostalgia, y al mismo tiempo, un orgullo inmenso por las hijas que he criado. Son personas maravillosas. Y nada —absolutamente nada— podría arrebatarme la alegría de ser su madre. Volvería a atravesar todos los miedos, el cansancio, las noches sin dormir, las dudas. Porque maternar, cuando se vive con presencia, te transforma. Te empuja a ser mejor ser humano, a

revisar tu historia, tus reacciones, tus palabras. No por perfección, sino por amor; a pesar del agotamiento absoluto, las innumerables noches en vela, las mañanas de ojos hinchados y rojos, porque realmente es un sacrificio extremo.

La institución de la maternidad exige sacrificio, pero rara vez ofrece sostén. Las madres aman, pero también se agotan; protegen, pero también se sienten atrapadas. El mito de la entrega total borra la complejidad del deseo y del cansancio. Maternar, en la práctica, es una tarea muchas veces solitaria (Rich, 1976).

Y, como toda madre o padre consciente, también sé que, inevitablemente, seré responsable de algunos de sus mayores traumas. Lo acepto. Pero, aun así, haré siempre el mejor intento. Porque ser madre o padre es, también, un acto ético.

Todo sujeto humano está habitado por otros. Ser padre o madre es aceptar habitar en la vida psíquica de otro ser, y dejarse transformar por ello (Kaës, 1996, p. 39). Y eso es exactamente lo que hacen los hijos y las hijas: habitan en nosotros para siempre, incluso cuando ya no están cerca. Nos transforman sin pedir permiso.

Bibliografía

- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1991). *La relación más temprana: padres, bebés y el desarrollo humano*. Paidós.
- Freud, S. (1912). *Tótem y tabú*. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]). *El malestar en la cultura*. Amorrortu.
- Kaës, R. (1996). *El grupo y el sujeto del grupo*. Amorrortu.
- Klein, M. (1952). *Desarrollos en psicoanálisis*. Paidós.
- Kristeva, J. (1980). *Poderes de la perversión*. Siglo XXI.
- Rich, A. (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. W. W. Norton.
- Stern, D. (1995). *La constelación maternal*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1960). *The theory of the parent-infant relationship*. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1979 [1956]). Preocupación maternal primaria, en D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397-404). Paidós.

Entrevista a Luis Herrera, psicoanalista didacta de la SPP y docente del CPPL¹

Por Giancarlo Portugal²

“La crítica es importantísima, porque la crítica es la que nos lleva a replantear las cosas que hemos vivido”

En esta, la primera entrevista de Asociación Libre³, conversamos con Luis Herrera Abad, referencia del psicoanálisis en el Perú. El también docente del curso de Psicoanálisis y cultura del CPPL expresa en el presente diálogo no solo vocación por la necesidad de lo social e intersubjetivo en la teoría y clínica psicoanalítica, sino que también expresa cuán importante es pronunciarse críticamente sobre la realidad de la nación siendo psicoterapeutas.

Profesor Luis Herrera, muchas gracias por aceptar ser el primer entrevistado del boletín Asociación Libre. Quería empezar preguntando ¿Por qué consideraría que es importante relacionar al psicoanálisis con la cultura y nación de un país?

Varias razones, pero algunas más importantes que otras. Quizá la más importante es que el psicoanálisis no es - como se creyó en un momento - un estudio del individuo. Es un estudio de psique y no es posible definir la psique sin el intercambio social, sin la sociedad. Entonces, el hombre siempre es un hombre con un otro, nunca solo. De ahí que haya necesariamente que revisar la psique en términos de las relaciones que el hombre tiene con sus instituciones, con otros hombres, con uno mismo, etcétera.

Ahora, eso es un reto, porque Freud ya había señalado que hay tres grandes fuentes de angustia: la naturaleza, el propio cuerpo y el otro. Esta última es la más difícil de poder manejar, porque es donde surgían todos los conflictos, todos los problemas, básicamente. Es decir, surgían en las relaciones entre seres humanos, por lo que hacía indispensable mirar al ser humano en relación con otros.

Allí, se extendió la idea de que el psicoanálisis es una herramienta que también tiene que tomar en cuenta a la colectividad humana. Como decía Castoriadis, el hombre es, a la vez, un colectivo humano. El ser humano está precisado a incorporarse en grupos y, al incorporarse, tiene que renunciar a sus propias demandas individuales para poder hacerlas colectivas. Eso trae dificultades y beneficios.

Justamente, en la tradición psicoanalítica ha habido cierto debate de si es posible hacer un traspaso de una conceptualización de la individualidad psíquica a lo intersubjetivo y empezar a hacer reflexión de una colectividad ¿Usted ve problemático este salto?

Lo que creo es que el modelo que tenemos sigue el modelo psíquico freudiano y la idea

¹ Desde la Revista Quipu, agradecemos al boletín mensual Asociación Libre del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL) por brindarnos los derechos de publicación de la presente entrevista.

² Egresado de la Formación del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL). Maestrante en Estudios Culturales por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Bachiller en filosofía (PUCP). G.portugal@pucp.edu.pe. ID ORCID: 0000-0002-2977-9391

³ La entrevista se realizó el 20 de julio de 2024.



es que el ser humano tiene que ser visto, primero, desde su origen biológico, el cual ya es algo que supone un intercambio con otros. Luego, la ruptura con ese desarrollo biológico, que hace que aparezca más el conflicto humano. Tras ello, la aparición de las instituciones que son las que ayudan al ser humano a seguir construyendo algo más allá de lo estrictamente biológico. Eso ‘más allá’ de lo biológico es —si se quiere— energía, como ha hecho Freud con la sexualidad: la sexualidad es una gran energía, no habría cultura sin sexualidad y, de igual forma, no habría cultura sin pulsión de muerte. La conjunción de ambas —Malestar de la civilización— es la que da una idea más cabal del ser humano.

Cuando Freud, en sus inicios, se dedicó básicamente al individuo y aparecen —de ahí mi afición a la obra cultural de Freud— poco a poco los otros hombres, ve que tienen un papel fundamental. Por ejemplo, la aparición de la guerra. Y en *Totem y tabú*, que es el origen prácticamente de la obra cultural de Freud, está empeñado en descubrir cómo el hombre pasa del estado salvaje al estado civilizador. Entonces, por ahí creo que va el asunto, el pun-

to no puede separarse. Por ello, hay una necesidad de hacer psicoanálisis de la cultura.

¿Y en esa línea, pensándolo ya no como tradición psicoanalítica en general o globalmente, sino desde el Perú, con nuestros conceptos qué podemos decir del país?

Bueno, lo primero que podemos hacer es hablar, denunciar las cosas que nos parecen mal y plantear posibilidades de respuesta. Es decir, intentar mantener la esperanza, porque sin esperanza no hay ser humano tampoco y al mismo tiempo que mantener la esperanza, mantener la actitud crítica. Si el ser humano en su educación temprana no se ejercita en la crítica va a quedar disminuido para poder hablar con otros seres humanos críticamente sobre lo que le sucede. La crítica es importantísima, porque la crítica es la que nos lleva a replantear las cosas que hemos vivido.

Nosotros desde el Perú, lamentablemente no tenemos una historia real salvo una que otra cosa publicada por algunos historiadores —entre ellos *La historia de la corrupción* (Quiroz)—

pero nosotros no hemos hecho lo que los psicoanalistas llamamos un duelo por nuestra historia. Entonces, como no hay un duelo, la gran

oportunidad la hemos dejado postergada a través del Informe Final de la Comisión de la Verdad. Ahí teníamos datos muy valiosos que se han quedado despreciados por gente que no le interesa o que no le conviene recoger lo que sucedió realmente en el Perú. Entonces, por ejemplo, ahí tenemos un trabajo que hacer, porque nosotros somos recolectores de historia también y sin historia es bien difícil darle una lectura.

Con respecto al momento actual del país, pensando en este hablar, en este duelo al que usted refiere ¿diría que estamos en uno de los momentos más difíciles de las últimas décadas?

Sí. Bueno, el mundo, primero, está atravesando por una crisis hace ya tiempo, sino que lo digan los mismos psicoanalistas y que nos den el dato de cómo así sus consultorios son llenados por personas que están en situaciones de depresión o, en lo que Bleichmar, llama el malestar sobrante, ese malestar que queda de todas las cosas vividas y que no han sido elaboradas. Nuestra historia —insisto— no ha sido lo suficientemente elaborada.

Entonces, sí creo que en el Perú la cosa es seria. Tenemos que buscar rehacer esa historia, que a mí me la enseñaron y no me sirve para gran cosa la verdad. No solo hay que saber que eran 14 incas que uno no recuerda si le preguntan, hay que saber qué hicieron en provecho por el Perú. Yo recuerdo siempre en un trabajo haber colocado un yaraví que se llama ojos de piedra, de un autor joven, Pinto. Es un hombre que pasa por Ayacucho, después de que Ayacucho está convertido en una enorme colección de muertos y sangre y dice «Del grito de libertad/Que por las costas se oyó/Hablan los himnos en vano/Ay ay ay ay/Yo no sé quién lo gritó//Ojos de piedra tuviera/Para poder resistir/Y aun cuando más me doliera/Ay ay ay ay/No los dejara de abrir».

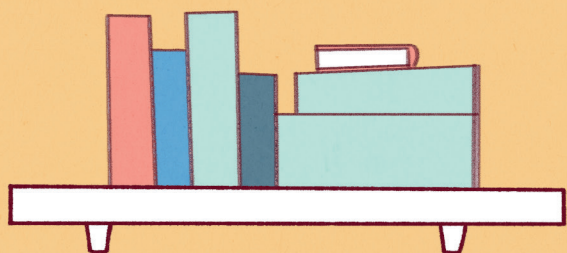
No hay mucha idea de patria o patria para

algunos es un «¡Arriba, Perú!» o un equipo peruano que está último en las eliminatorias. Somos malos, pero 'somos buenos' cuando hay un partido que empatamos. Hay una idea absurda, una sobrevaloración en cosas que no tienen por qué serlo y la educación no es crítica, es un desastre y con este Congreso, peor todavía que se han tumbado las reformas que pretendían cambiar la educación. Por ejemplo, Con mis hijos no te metas con esa fanfarría absurda que es lo contrario a la crítica. En fin, podemos escuchar a representantes de la patria, incluso, algunos les llama 'padres de la patria', gente que con las justas llega al lenguaje, que no está preparada para ser padres de la patria, realmente, que solo piensan en su bolsillo y ahora se están anulando todas instituciones para quedarse, lo cual es un desastre más. Entonces, el peruano, en relación al Perú, es apretado por la sensación de incertidumbre, que es una suerte de cáncer. Yo no sé por quién votar, por ejemplo, no tengo idea y en las últimas votaciones he votado en contra.

Aprovechando el tema de las votaciones, ¿usted diría que tendría que haber más relación entre psicoanálisis y el Perú o el psicoanalista y psicoterapeuta tendrían que abstenerse?

No, no, no. No tiene por qué abstenerse, eso es lo que ha hecho siempre, encerrarse en su consultorio, entonces, no ve nada más que cuadros clínicos y cosas por el estilo, sin considerar que la mente humana, para poder funcionar como mente humana, requiere de un marco social. Entonces, se olvida de eso y ya nos quedamos con solo pacientes, cuando estos a veces se transforman en personas que han tenido que pasar por situaciones muy difícil y que han tenido que sobrevivir, entonces son más damnificados que pacientes. En la época de Freud eso no se dio, pero después sí. A mí, por eso me gusta la escuela francesa, porque van a eso directamente.

Eje Clínica con niños y adolescentes



Emociones... de(s)bordes y de(s)encuentros

Lectura de entrevistas iniciales desde la escuela inglesa

Nora Andreotto¹
Elizabeth Jorge²

Resumen

En este escrito se parte de una serie de interrogantes que permiten pensar el rol y las intervenciones de una analista a partir de una consulta por un niño. A partir del material clínico, se propone reflexionar acerca de qué emociones pueden ser contenidas, pensadas y transformadas, así como también sobre aquello que desborda y obstaculiza la posibilidad de nuevos encuentros y, por ende, nos invita a seguir pensando con otros.

Palabras clave: entrevista, niño, intervenciones, emociones.

Abstract

This paper begins with some questions that would allow us to consider the role and interventions of an analyst, based on a consultation about a child. Taking into account the clinical material, we seek to reflect on which emotions could be contained, considered, and transformed. We also seek to consider what overflows, hindering further encounters and thus inviting us to continue reflecting with others.

Keywords: Interview, child, interventions, emotions.

Resumo

Este artigo parte de algumas questões que nos permitem refletir sobre o papel e as intervenções do analista, a partir de uma consulta sobre uma criança. Considerando o material clínico, buscamos refletir sobre quais emoções poderiam ser contidas, consideradas e transformadas. Buscamos também considerar o que transborda, dificultando novos encontros e, assim, nos convidando a continuar refletindo com os outros.

Palavras-chave: entrevista, criança, intervenções, emoções.

Introducción

Este escrito surge a partir de algunas preguntas que se han ido formulando en el tránsito por lecturas y conversaciones con colegas: ¿Qué le interesa a un analista cuando alguien consulta? ¿Qué preguntas se formula? ¿Cómo define su objeto de intervención? ¿Cómo crece profesionalmente? ¿Qué lo moviliza en su deseo de trabajo y de qué modo tramita las frustraciones inherentes a la práctica clínica?

Para Melanie Klein, las fantasías cumplen una función estructural y se constituyen en organizadores de la vida mental. Involucran desde los

¹ Licenciada en Psicología. Psicoanalista en Formación en APC – Asociación Psicoanalítica de Córdoba. Desempeño profesional en consultorio particular. Email: noraandretto@gmail.com

² Licenciada en Psicología. Magister en Salud Mental. Psicoanalista en Formación en APC – Asociación Psicoanalítica de Córdoba. Desempeño profesional en consultorio particular. Email: elizabeth.jorge.psicoanalista@gmail.com

inicios las relaciones de objeto y evolucionan a partir de experiencias primitivas, cercanas a lo corporal, hacia imágenes y representaciones simbólicas más complejas. Las fantasías inconscientes establecen las coordenadas del mundo interior, al mismo tiempo que forman y reflejan la matriz de relaciones intersubjetivas.

En este trabajo se ha seleccionado el material clínico de Martín, un niño de 4 años. Se presentan fragmentos de las dos primeras entrevistas realizadas a sus padres, así como de la primera hora de juego diagnóstica con él. A partir de esta selección, se establecerán articulaciones con algunos conceptos desarrollados por autores de la escuela inglesa.

El título elegido para este escrito invita a reflexionar acerca de los momentos de encuentro que pueden pensarse a lo largo de este proceso, los bordes que es posible trazar —o al menos vislumbrar— cuando dichos encuentros acontecen, y las emociones que podrían ser contenidas, pensadas y transformadas. Asimismo, permite interrogar aquellos que desborda, obstaculiza la posibilidad de nuevos encuentros y, por ende, nos convoca a seguir pensando junto a otros.

Caso clínico Martín

Algunos datos de las primeras entrevistas con los padres

Los papás de Martín, un niño de 4 años, consultan debido a la marcada impulsividad que presenta en su forma de expresarse. Refieren que «Se altera cuando está con gente nueva o que no ve tan seguido. Pega, pelea, rasguña. Tiene una personalidad muy fuerte, no es fácil dominarlo». Señalan que han intentado frenar estas conductas facilitándole almohadas para que descargue su enojo u ofreciéndole «argumentos para que entienda que él es muy inteligente, aunque después usa esos argumentos en nuestra contra». También lo caracterizan como «muy curioso, viene con eso de hacer cosas nuevas con sus juguetes» (desarmarlos, observar su interior, rellenarlos con distintos objetos o masas).

Si bien reconocen que les generó vergüenza la reiteración de los llamados de atención por parte de la maestra del jardín y de los profesores

de natación y teatro, la madre reproduce, tanto con la voz como con gestos, los comentarios que reciben acerca de su hijo. Aclaran que «es que nosotros somos muy inteligentes los dos y Martín viene con esa genética, creo que ellos no saben cómo lidiar con eso, muchos de los episodios pasan cuando está cansado, ahí explota. Cuando todo se desborda, nos pasa que ni nosotros queremos estar con él».

Martín fue un niño especialmente buscado por la madre, quien es 15 años mayor que el padre. Desde bebé se mostró nervioso en el contacto con otros, tanto familiares como personas en general, reaccionando mediante conductas de rasguño o golpes. Es descrito como muy activo, aunque con dificultades para estar solo. No presenta ritmos establecidos para las comidas ni para el sueño, más allá de los horarios del jardín. Es muy selectivo con la alimentación: acepta solo unos pocos alimentos (fideos, papas y carne) y vomita las verduras. Utilizó mamadera hasta un mes antes de la consulta. Sus padres señalan que no responde cuando lo llaman, ya que suele continuar con la actividad que se encuentra realizando. Desde el nacimiento duerme en la cama con ellos, habiendo utilizado la cuna solo por breves periodos.

Los padres también relatan frases que escuchan con frecuencia desde el entorno: «traten de frenarlo», «no tiene límites», «pongan límites claros y cortos», «no tiene desarrollada la empatía», «los nenes lo dejan de lado», «lo tuvimos que sacar afuera», situaciones que, según refieren, se repiten tanto en la sala del jardín como en las actividades de natación y teatro.

Primera «hora de juego» con Martín

Martín ingresa corriendo al consultorio, gira alrededor de la mesa donde se encuentran algunos juguetes y observa la caja. Responde a algunas preguntas, aunque sin dirigir la mirada a la analista. Revuelve los juguetes, toma un dinosaurio y dice: «yo tengo dinosaurios más grandes, estos son pedorros». Luego saca un muñeco bebé y expresa: «este bebé es un tonto, no sabe».

Se acerca a los libros de cuentos, elige uno cuya tapa muestra a un niño enojado y pide que

¹ Acepción coloquial chilena para referir a pareja o novio.

se lo lean. Se sienta y pide que la analista se ubique a su lado. Al iniciarse la lectura, comienza a girar sobre el sillón, se trepa y se deja caer. Cada vez que la analista detiene la lectura, solicita que continúe. Esta secuencia se repite varias veces.

En un momento interrumpe preguntando: «¿qué hay ahí?», señalando un ropero de puertas corredizas. Ingresa en él y cierra la puerta con fuerza. Luego de abrirla y cerrarla varias veces, sale y pide dibujar. Toma un crayón y realiza un dibujo; ante la pregunta de la analista acerca de qué ha dibujado, responde: «un nene».

Martín pide que se lea nuevamente el cuento y se acerca a la analista de manera paulatina. Con el crayón, raya la manga de su blusa. Cuando se le indica que puede seguir dibujando en la hoja, responde: «vos sos tonta». Luego arroja el crayón y se coloca la goma de borrar en la boca. Se le indica que eso puede resultar peligroso; primero la extrae con la lengua y luego la escupe hacia la analista.

A continuación, se da vuelta y comienza a expulsar gases mientras dice: «te tiré un pedo, pedorra». Alterna estas conductas con arrojar otros crayones, rayar juguetes y escupir pequeños objetos que se introduce en la boca. Finalmente, le ordena a la analista que continúe con la lectura del cuento.

A: –No te puedo leer el cuento porque vos hacés todas estas cosas que no te dejan escuchar. Seguro es tu manera de decirme que hay cosas que te molestan o te enojan, pero que no sabes cómo decírmelas. Pero que estoy atenta para ver cómo puedo ayudarte con eso.

M: –[Mirando a la analista] ¿No te doy miedo? ¿No te da miedo que te pegue?

A: –No me das miedo Martín. ¿La gente te tiene miedo?

M: –Todos en el jardín, la seño y los chicos. Vos también tenés que tener miedo.

A: –Yo quiero escucharte y jugar con vos, para que veamos porqué vos hacés estas cosas por las que después te retan las seños o tus papás.

M: –Son tontos esos... Me quiero ir, voy a buscar a mi mamá.

Faltaban pocos minutos para el final de la hora convenida cuando Martín se dirigió a la sala de espera; sin embargo, sus padres no se encontraban allí, pese a que la analista había recomendado que permanezcan en ese espacio. Su llegada se demoró aproximadamente media hora. A medida que transcurría el tiempo de espera, Martín se mostraba progresivamente más ansioso, preguntando reiteradamente por su madre y su padre.

Al ver ingresar a otra terapeuta a la sala de espera, salió corriendo hacia ella y la abrazó con fuerza. Se mantenía cerca de su analista, quien le explicaba que sus padres llegarían en breve. Finalmente, al ingresar la madre, Martín comienza a pegarle mientras le dice: «pedorra». La madre lo alza y lo entrega en brazos al padre, pidiendo disculpas pidiendo disculpas por la demora, que atribuye a que el mozo del bar tardó en atenderlos y en cobrarles.

Ante los gritos y llantos de Martín, la madre se despidió apresurada, diciendo: «después llamo para ver el horario del siguiente turno».

Datos complementarios

Luego de este primer encuentro con el niño, la analista realiza un cambio de consultorio, situación que había sido informada previamente a los padres. La distancia entre ambos espacios implicaba aproximadamente 15 minutos adicionales de traslado en automóvil. Si bien este aspecto no había sido presentado inicialmente como un impedimento, al recibir los datos precisos del nuevo lugar los padres decidieron no continuar con las consultas, «dado que les quedaba muy lejos el nuevo consultorio».

Ideas para pensar la consulta por Martín desde los aportes de Escuela Inglesa

Bodner (2023) afirma que «todo aquello que de alguna manera estimula en el psiquismo la necesidad de ser comunicado, es una fuente potencial de símbolos». Desde esta perspectiva, la conducta de Martín puede pensarse como un modo de poner en comunicación y de expresar aspectos no simbolizados de su historia, de sus vínculos y de sus emociones, con la expectativa de que exista un otro capaz de devolverle algo nutricional para su

² Las cursivas son propias.

³ Íbid.

crecimiento. Tal como señala la autora citada, “Entre el estímulo y la puesta en marcha de la simbolización, debe haber un paso intermedio que es el registro psicológico de lo que produce el estímulo [...] por sí mismo no puede generar símbolos sin la función intermediadora del psiquismo y su afectividad» (Bodner, 2023).

En el relato de los padres y de la maestra, Martín pega, pelea y rasguña, destacándose la impulsividad y el predominio de acciones orientadas a la descarga. Estas características también se hicieron evidentes en el primer encuentro con el niño, quien corre, salta de manera constante, gira alrededor del escritorio y escupe a la analista.

Para Klein, el yo tiene la función de vivenciarse a sí mismo y de enfrentar las angustias que emergen en las relaciones con los objetos. Cabe preguntarse cómo serán esas experiencias para Martín. En el relato de los padres parece repetirse la idea de que «cuando todo se desborda, nadie quiere estar con él». Esta situación se presenta tanto en el ámbito familiar como en el escolar y también en el terapéutico, dado que esta constituye la tercera consulta que realizan en el transcurso del mismo año.

En relación a estas manifestaciones y con el temor que parecería buscar suscitar en la analista, podría pensarse en un predominio de ansiedades persecutorias —vinculadas a vivencias de frustración con el objeto— y en un yo que lucha por preservar su propia integridad frente a experiencias penosas con objetos vividos como amenazantes o potencialmente aniquiladores.

Los comportamientos de los padres oscilan entre el «pegoteo» —«solo nosotros tres», en tanto nadie más puede comprenderlo— y el desahacerse», observable cuando dejan al niño con la analista pese a lo previamente acordado y llegan tarde a buscarlo.

¿Cuáles serán las impresiones sensoriales de Martín que se configuran como experiencias emocionales? ¿Cuál es la cualidad de dichas experiencias, que constituyen la base del pensamiento y del aprendizaje por la experiencia? Bion (1957, 1962) sostiene que la función de reverie de la madre permite transformar los elementos beta —experien-

cias sensoriales ligadas al instinto de muerte— en elementos alfa, que conforman la base de los pensamientos oníricos y de la capacidad de diferenciar entre consciente e inconsciente, interno y externo, vigilia y sueño. De esta manera, el reverie materno «desintoxica» de sadismo a los elementos beta proyectados por el infante y los devuelve como elementos alfa, más tolerables y pasibles de ser asimilados y articulados.

¿Será que hay fallas en esa función de reverie en el caso de Martín? ¿Podría pensarse que ciertas características parentales inciden en la impulsividad del niño? De ser así, podría considerarse que ello contribuye a acentuar su agresividad y a incrementar su ansiedad persecutoria.

Klein (1926, 1932) destaca la importancia del juego como un modo privilegiado de expresión simbólica de las fantasías inconscientes en el niño y como una vía para el dominio de su mundo interno. ¿Se podría pensar que Martín logra desplegar un juego durante el primer encuentro con la analista? Consideramos que no se observa aún un desarrollo de juego simbólico propiamente dicho; sin embargo, sí emergen aspectos comunicativos de sus modalidades vinculares, puestos en evidencia en la relación establecida tanto con la analista como con los juguetes. Su aproximación a los materiales se caracteriza por la impulsividad y, a veces, por un modo intrusivo y despectivo («estos son pedorros», «es un tonto»). ¿Serán estas manifestaciones un modo de expresión de la identificación proyectiva? ¿Serán proyecciones violentas de aquellas partes del self vividas como malas o inaceptables (Hinshelwood, 2004)?

Para Klein (1946), el niño expulsa excrementos y partes segregadas del yo cargadas de odio hacia la madre. Estos elementos proyectados tienen como finalidad dañar, controlar el objeto y tomar posesión de él. «En la medida en que la madre llega a contener las partes malas del self, no se la siente como un individuo separado, sino como el self malo. Esto conduce a una particular forma de identificación que establece el prototipo de una relación agresiva» (p. 8).

⁴ Refiere que éste “es la fuente primordial de todos los motivos morales” (Freud, 1895 [1950], p. 363).

Aspectos comunicativos

Al entrar al consultorio, Martín gira alrededor de la mesa y luego observa y revuelve la caja. Este movimiento puede relacionarse con las vueltas que da el lápiz alrededor de la cabeza en el dibujo de la figura humana. Surge la pregunta por cuántas «cosas» parecen estar dando vueltas alrededor de sí —de su mente—, aspectos que no logra comprender, que lo perturban, lo asustan y lo enojan.

El monigote que dibuja aparece inclinado, envuelto por debajo, sin una base que permita sostenerse erguido y con seguridad. Su movimiento constante y su dificultad para detenerse ¿podrían vincularse con la ausencia de un continente —un objeto interno— que funcione como un apoyo basal que otorgue sensación de seguridad? A ello se suma la falta de regulación de una rutina que lo organice de acuerdo con sus necesidades. Lugares, horarios y distancias parecen desordenados; espacio, tiempo y ritmo están desregulados. En este contexto resulta difícil pensar en el desarrollo de empatía hacia otros cuando las figuras significativas no logran ejercerla con él. ¿Cuáles serán los obstáculos para que esto ocurra? ¿Podría pensarse como hipótesis que este niño aún no ha «nacido» como otro para estos padres?

Los aspectos del niño que los padres destacan y valoran son su inteligencia, que parecería devolverles la propia —vivida de un modo narcisista— y cierta soberbia compartida. No parecerían poder ver a un niño con necesidades emocionales propias, separado de ellos y, al mismo tiempo, necesitando los suyos. Se trata de un niño pequeño, de 4 años, frente a una analista a quien recién conoce. Podrían haber promovido un vínculo confiable permaneciendo cerca, disponibles en caso de que los necesitara; sin embargo, no lo hicieron. ¿Qué los motiva a dejar al niño e incluso a demorarse, desoyendo las indicaciones de la profesional? ¿Qué comunican con estas acciones?

Cabe preguntarse si los aspectos que Martín expulsa sobre la analista durante la sesión son aquellos que los padres no pueden tolerar ni transformar, pero tampoco soportan que otro pueda hacerlo. ¿Ellos también expulsan y provocan a la analista con este gesto? ¿La enojan, del mismo

modo en que el niño del cuento que Martín le pide que le lea? ¿Repiten con él esta dinámica? ¿Se trata de un niño asustado y enojado? ¿Qué emociones despiertan la indiferencia emocional y el atropello en seres humanos? ¿Podríamos pensarse que asustar es, para él, un modo de entrar en contacto y de confirmar su existencia para otro?

El miedo parece ser la emoción que toma cuerpo y nombre a lo largo de la entrevista. ¿Cuánto de lo que Martín siente frente a esta situación nueva se proyecta sobre la analista? Frente a la experiencia de ser mirado, escuchado, leído e interrogado, pero también de recibir límites —qué sí y qué no—, la analista tolera escupidas, gases, rayones, insultos («tonta», es decir, ataques sádicos orales, anales, táctiles y posiblemente al pensamiento, sin responder de manera retaliativa. ¿Podrían leerse estas conductas como modos de entrar en contacto?

En el momento final de angustia, ¿Martín entra en contacto con el daño y con su propia fragilidad, necesitando a sus padres reales? Hacia el cierre de la sesión, desea irse y los busca, pero ellos no están. La angustia se exagera. ¿Por qué sus padres no pueden tener en mente la posibilidad de que él los necesite frente a una situación extraña? ¿Es esta la falta de sostén que el niño expresa y, al mismo tiempo, provoca sin saberlo?

¿Se abortan los tratamientos posibles como un modo de abortar o deshacerse de aquellos aspectos que podrían transformarse a través de un trabajo compartido? ¿Se sostienen únicamente los aspectos idealizados —como defensa maníaca—, quedando los «tontos» siempre del lado de los otros: docentes (burladas), niños, analistas? ¿Cuál es la desilusión o el dolor que no pueden afrontar?

En la analista queda marcada —como en la blusa— la pequeña historia de estos encuentros con Martín y su familia. Al compartirla, se abre la posibilidad de volver a pensarla y elaborarla. Queda también el dolor por la travesía de este niño y sus padres, en la búsqueda de una ayuda que pareciera ser solicitada y abortada en un mismo movimiento.

Consideramos que el trabajo de volver a pensar lo acontecido es un acto creativo, orientado a hacer lugar al dolor que deja este inicio marcado por el

desencuentro entre los consultantes y la analista. Desde esta perspectiva, se trata de un gesto pleno de sentido: un intento de elaborar con otros lo vivido, para que pueda devenir en rastro, memoria, potencia compartida.

Algunas reflexiones sobre el proceso y el rol del analista

En relación a la identificación proyectiva, Grimbberg (s. f.) destaca que Melanie Klein la concibe como la base de la comunicación normal, de la empatía y el desarrollo de las buenas relaciones objetales, en la medida en que implica la proyección de partes buenas del self en los objetos externos. Este mismo autor afirma que colocarse en el lugar del otro —a través de la identificación proyectiva— es condición para comprender sus sentimientos, conductas, actitudes y reacciones. Esto es lo que constituye el trabajo habitual de los analistas.

Desde esta perspectiva, cabe preguntarse qué fantasías podrían estar desplegando los padres de Martín. ¿Pensarán que su hijo sufre por lo que le sucede? ¿Ellos mismos logran registrar ese sufrimiento o, más bien, se defienden de él? ¿Qué esperan de la analista? ¿Podría pensarse que ponen en juego una identificación proyectiva entendida como una fantasía primitiva, onnipotente e inconsciente, mediante la cual proyectan en el objeto aspectos o sentimientos no deseados de sí mismos? ¿Quedan estos elementos dispersos en la reiteración de consultas interrumpidas? ¿Es esta dinámica repetitiva la que deja a la analista afectada por una vivencia de angustia, ligada a una repetición mortífera que no habilita la transformación ni la función analítica? Estas preguntas quedan en tensión. Tal vez algo haya podido ser tomado por la familia, aunque no resulte posible de pesquisar ni de conocer con certeza.

Coincidimos con Bodner (2023) cuando afirma que «la relación del self con el objeto interno y externo es esencial para modular los impulsos libidinales y agresivos que den soporte y estabilidad al vínculo. El triángulo edípico, sea en su versión del sujeto con sus padres reales o en su representación interna como funciones intrapsíquicas es un

requisito para la adecuada tramitación de las emociones y ansiedades básicas» (p. 6). Asimismo, este autor sostiene que, en el proceso de simbolización, «el recorrido transcurre simultánea y sucesivamente a través de lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y en la relación con el objeto externo real» (p. 2). A partir de estos aportes surge la pregunta por las dificultades en el crecimiento, la vinculación y la simbolización que pueden presentarse en un niño cuando este entramado se ve obstaculizado.

En la introducción de este escrito se formularon diversos interrogantes, muchos de los cuales quedan abiertos. Consideramos que dejarlos planteados permite seguir pensando y, eventualmente, propiciar un intercambio con los lectores.

Finalmente, quisiéramos dejar planteado que, frente a consultas y evaluaciones diagnósticas que se interrumpen cuando la necesidad de tratamiento resulta evidente, el analista queda implicado tanto en la demanda como en la negación de esta. Una posible vía de salida consiste en pensar abordajes alternativos, en imaginar modos de transmitir el sufrimiento detectado y los diversos aspectos implicados en el motivo de consulta. Este trabajo de elaboración no puede realizarse en soledad, sino que requiere del encuentro con otros colegas, con quienes compartir asociaciones, preguntas e hipótesis.

Bibliografía

Bion, W. (1957). Volviendo a pensar. Horme.

Bion, W. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Horme.

Bodner, G. (2023). El proceso de simbolización en la transferencia. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, X(II). <https://www.revistamentalizacion.info/ultimonumero/bodner.pdf>

Grinberg, L. (s.f.). La identificación proyectiva según Melanie Klein. Teoría de la Identificación. <https://teoriaspsicologicas2.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/10/identificacion-proyectiva-segun-klein-l-grinberg.pdf>

Hinshelwood, R. D. (2004). Diccionario del pensamiento kleiniano. Amorrortu.

Klein, M. (1926). Principios psicológicos del análisis infantil, en Obras Completas, Tomo I. Paidós.

Klein, M. (1932). El psicoanálisis de niños, en Obras Completas, Tomo II. Paidós.

Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en Obras Completas, Tomo III. Paidós.



Eje Clínica
psicoanalítica
contemporanea

La semantización de las emociones: origen de la comunicación y de la simbolización.

Una perspectiva desde el psicoanálisis

Ema Ponce de León Leiras¹

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo mostrar el proceso de semantización y contención de las emociones en la constitución temprana de la psique, desde una perspectiva psicoanalítica. El eje central se sitúa en el modo en que las descargas emocionales del infante —descritas desde la «experiencia de satisfacción» freudiana hasta la función alfa desarrollada por Bion— son interpretadas y transformadas por el otro significativo. Basándose en el diálogo tónico-emocional (De Ajuriaguerra), se plantea que las excitaciones corporales primitivas son significadas por el otro, configurando un camino que va de las «protorepresentaciones» hacia el lenguaje. En este marco, se diferencia entre emoción, entendida como cambios fisiológicos primarios; afecto, construido en el vínculo a partir de una función reguladora; y sentimiento, correspondiente a un nivel consciente de elaboración. Desde esta perspectiva, la «disregulación emocional», un constructo psicopatológico actual, se concibe como una consecuencia del fallo en la contención y metabolización de las emociones en los vínculos tempranos, donde también intervienen factores neurobiológicos, genéticos y traumáticos. Finalmente, se subraya que el encuentro terapéutico ofrece un camino para la resignificación de experiencias afectivas no elaboradas, favoreciendo los procesos de simbolización.

Palabras clave: emoción, semantización, simbolización, protorepresentaciones, disregulación emocional.

Abstract

This work aims to trace the process of semantization and containment of emotions in the early constitution of the psyche, from a psychoanalytic perspective. The key lies in how the infant's emotional discharges, described from Freud's "experience of satisfaction" to Bion's "alpha" function, are interpreted and transformed by the significant other. Based on the tonic-emotional dialogue (De Ajuriaguerra), the author proposes that primitive bodily excitations are signified by the other, configuring a path that goes from "proto-representations" to language. A distinction is made between emotion (primary physiological changes), affect (constructed in the bond with a regulatory function), and feeling (conscious level). "Emotional dysregulation," a current psychopathological construct, is seen as a consequence of the failure in the containment and metabolization of emotions in early bonds, where neurobiological, genetic, and traumatic factors also intervene. The work emphasizes that the therapeutic en-

¹ PhD, psicoanalista (Asociación Psicoanalítica del Uruguay e International Psychoanalytical Association). Correo-e: ema.pdl@gmail.com

counter offers a path for the re-signification of unprocessed affective experiences, promoting symbolization.

Resumo

Este trabalho se propõe a rastrear o processo de semantização e contenção das emoções na constituição precoce do psiquismo, a partir da psicanálise. A chave reside em como as descargas emocionais do infante, descritas desde a “vivência de satisfação” de Freud até a função alpha de Bion, são interpretadas e transformadas pelo outro significativo. A partir do diálogo tônico-emocional (De Ajuriaguerra), a autora propõe que as excitações corporais primitivas são significadas pelo outro, configurando um trajeto que vai das “proto-representações” até a linguagem. Distingue-se entre emoção (alterações fisiológicas primárias), afeto (construído no vínculo com função reguladora) e sentimento (nível consciente). A “desregulação emocional”, um construto psicopatológico atual, é vista como uma consequência da falha na contenção e metabolização das emoções nos vínculos precoces, onde também intervêm fatores neurobiológicos, genéticos e traumáticos. O trabalho sublinha que o encontro terapêutico oferece uma via para a ressignificação das vivências afetivas não processadas, promovendo a simbolização.

Introducción

Desde la perspectiva psicoanalítica, la contención o el desborde de las emociones remite de manera central a la historia de los vínculos infantiles y al modo en que cada sujeto fue constituyendo su psiquismo, apropiándose —o no— de los recursos que el ambiente pudo ofrecer. En los inicios de la vida, la contención de las emociones es una función que recae en los otros significativos, para luego ir incorporándose al psiquismo a través de recursos propios, tales como el desarrollo de la capacidad de pensar y simbolizar.

En la actualidad, la psiquiatría ha comenzado a investigar de manera sistemática la “«desregulación emocional» como un constructo comple-

jo que ocupa un lugar relevante en la psicopatología del niño y el adolescente. En ese sentido, resulta fundamental adoptar un enfoque interdisciplinario que tome en cuenta los factores neurobiológicos, genéticos, epigenéticos y traumáticos que intervienen en los procesos de regulación y desregulación emocional.

Recorridos teóricos del psicoanálisis

Dada la importancia del tema, el psicoanálisis se ocupó desde sus inicios de los procesos de descarga y contención de las emociones, pero utilizando otra terminología². La metapsicología freudiana conceptualizó el funcionamiento psíquico en términos de pulsiones, afectos y representaciones, sin emplear el término de emoción. En este marco, no se encuentra una elaboración conceptual psicoanalítica que señale las diferencias entre afectos, emociones y sentimientos, cuestión que será retomada más adelante.

Freud propuso un primer modelo conjetural del inicio de la vida psíquica en el «Proyecto de psicología para neurólogos» (Freud, 1985), ampliado posteriormente en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900). Este modelo, retomado y reformulado en diversas elaboraciones posteriores, ha sido denominado «vivencia de satisfacción». De él se tomarán algunos aspectos relevantes para el tema que nos ocupa, en particular aquellos vinculados con la intervención del otro frente al desamparo originario del ser humano. El bebé emite una serie de descargas ligadas a la necesidad de alimento y amparo, señales de displacer y de «desborde» que son recibidas por un «semejante» —en los términos utilizados por Freud al describir el primer encuentro mítico—, quien las interpreta y responde con una «acción específica»: puede calmarlo a través del contacto y/o el alimento, o bien dejarlo, total o parcialmente, librado a su desborde.

Freud concibe asimismo otra posibilidad: cuando el objeto está ausente y no hay respuesta, el bebé puede «alucinar» la satisfacción. Esto supone la activación alucinatoria del recuerdo-huella

² En 1890, en «Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)», Freud se refiere a la «expresión de las emociones», aludiendo de manera explícita a la incidencia de lo anímico sobre el cuerpo, es decir, a la aparición de alteraciones corporales concomitantes. En este texto, denomina «afectos» a estos estados anímicos, utilizando al parecer ambos términos indistintamente y remitiendo siempre a su correlato corporal. Se trata de la época en que Freud investigaba la histeria y sus manifestaciones corporales.

de la experiencia de satisfacción, proceso que daría lugar al primer desear. De esta manera se inaugura una construcción progresiva de lo psíquico, y la puesta en funcionamiento del Yo, que permitirá establecer distinciones fundamentales entre el principio de placer y el principio de realidad, entre el objeto alucinado y el objeto real, así como entre la inmediatez de una descarga desorganizada y la satisfacción diferida, que implica el trabajo del pensamiento. Pensar supone reconocer la ausencia y renunciar a la satisfacción alucinatoria.

En este sentido, Freud señala: «Sobre el prójimo aprende el ser humano a discernir» (Freud, 1985, p. 376), subrayando que los intercambios con el otro constituyen la matriz de la regulación emocional en relación con la realidad, las frustraciones y las vivencias hostiles que estas conllevan.

El modelo de la vivencia de satisfacción, formulado en los momentos inaugurales del psicoanálisis, continúa resultando interesante para pensar el par contención-desborde. El desborde remite a la descarga desorganizada propia de los inicios de la vida, mientras que la contención, inicialmente proveniente de la respuesta del objeto, puede comenzar a ejercerse desde el Yo a través del pensar y de diversos mecanismos de defensa que permiten tramitar los impulsos y las emociones.

Otra línea relevante que contribuye a la capacidad de contención es la introducción e internalización de las prohibiciones y los límites a lo largo de la infancia, proceso en el cual es fundamental la función del tercero y la triangulación.

Si bien Freud describió la existencia de un trauma emocional originaria entre el infante y el otro, fueron Klein, Winnicott y Bion quienes desarrollaron este aspecto más ampliamente. Todos ellos otorgaron un lugar significativo a las emociones en sus teorías; sin embargo, fue Bion quien realizó un desarrollo conceptual en el que las emociones y la contención ocupan un lugar central.

Para Bion, las emociones constituyen un eje fundamental de la experiencia temprana. Concibe a un bebé sobrecargado de malestar y pánico, afectos que requieren ser evacuados. En este contexto, el bebé necesita de la contención y «función reverie». Esta función, desempeñada por la madre, implica la necesidad de recibir di-

chas emociones, traducirlas y devolverlas transformadas al bebé. Bion denomina elementos beta a esas «sensaciones-emociones crudas» que deben evacuarse y función alfa a la tarea de transformarlas. Los conceptos de alfa y beta remiten al proceso semiótico que está en juego: el continente opera como un procesador de signos, transformando los elementos beta (Bion, 1962).

La psicología del desarrollo de la década de 1980 presenta una línea de continuidad con la propuesta de la segunda tópica freudiana en «Inhibición, síntoma y angustia» (Freud, 1926) donde la angustia señal cumple una función reguladora de la descarga de excitación. Desde esta perspectiva, los afectos operan como señales para el Yo, cumpliendo una función protectora o adaptativa. En el psicoanálisis contemporáneo, diversos autores han destacado la función reguladora y organizadora del afecto, así como su valor evaluativo del funcionamiento psíquico y del comportamiento (Emde, 1989; Fonagy et al., 2004; Greenspan, 2008).

Junto con estas líneas de pensamiento, se desarrolla un marcado interés por la investigación de la díada madre-bebé. Entre los aportes más relevantes se encuentran los de psicoanalistas orientados al estudio del desarrollo y la observación, como Daniel Stern, con su concepto de «entonación afectiva» de la madre; Robert Emde (1989), quien sitúa a las emociones y los afectos en el centro del desarrollo psíquico; y Tronick (1989), con sus modelos de regulación mutua y el estudio de los recursos tempranos del bebé para autorregularse. En la teoría de la mentalización de Fonagy y colegas (2004), el infante desarrolla la capacidad de mentalizar y de regular sus afectos a partir de la experiencia de ver sus estados afectivos reflejados y transformados en el cuidador durante las interacciones afectivas tempranas. Estos conceptos son muy útiles en la práctica psicoterapéutica, en particular en el trabajo con pacientes cuya capacidad de mentalización y autorregulación se encuentra comprometida, situación frecuente en la clínica actual.

Luego de este recorrido, resulta evidente que el tema de las emociones ha adquirido un lugar progresivamente más relevante en las teorías y en la investigación contemporánea.

Distinciones conceptuales

Si bien la formulación freudiana del afecto no desconoce su raíz corporal y constitucional, vinculado a la base emocional, lo articula con el concepto de pulsión, entendida como una demanda interna de carácter cuantitativo sobre el aparato psíquico. En este marco, el afecto constituye el elemento cualitativo y subjetivo, evaluador y regulador, que permite dar curso a dichas demandas. El uso del concepto de afecto en psicoanálisis resulta complejo, tanto por su fuerte carga teórica como por las variaciones que el propio Freud introdujo a lo largo de su obra (Freud, 1893-1895, 1915a, 1915b).

Desde una posición personal, considero que la distinción conceptual entre emoción y afecto resulta clínicamente operativa para el trabajo con niños y con estados mentales primitivos (Ponce de León, 2015).

Mientras que la pulsión freudiana constituye un constructo teórico que opera como un puente entre lo somático y lo psíquico, las emociones pueden ser consideradas como la manifestación visible de ese pasaje del cuerpo a lo psíquico, en tanto forman parte del bagaje neurofisiológico constitucional y, al mismo tiempo, constituyen las primeras primeras señales que adquieren significado en el vínculo con el otro.

En ese sentido, se propone reservar el término emoción para designar los cambios químicos y fisiológicos que, en sus inicios, se manifiestan como excitaciones endógenas —emociones primarias tales como el miedo, la rabia, la alegría y el disgusto—. Estas emociones serían inconscientes en sentido descriptivo y se registrarían inicialmente en un sistema de memoria corporal propio de la indiferenciación psique-soma.

Los afectos, en cambio, se construyen a partir de las emociones: emergen de la experiencia emocional compartida en el vínculo y adquieren la función de marcaje, diferenciación y evaluación, permitiendo regular y modular las

vivencias emocionales. Su consolidación supone un logro en términos de mayor complejidad psíquica y es fruto de la intersubjetividad.

Por último, los sentimientos suponen un nivel de conciencia respecto de las emociones y los afectos experimentados.

De la emoción a la simbolización³

El trayecto entre el cuerpo y la psiquis supone una construcción compleja, aunque se produce con la inmediatez propia de las sinapsis. Esta formulación funciona tanto como metáfora cuanto como referencia válida para dar cuenta de que lo biológico y lo psíquico interactúan de manera simultánea y con un grado de imbricación mucho mayor del que habitualmente se supone.

Desde esta perspectiva, considero fundamental incorporar los hallazgos de otras disciplinas al modelo psicoanalítico, del modo en que probablemente lo habría hecho Freud de haber contado con dichos desarrollos, procurando su articulación a nivel metapsicológico. La metapsicología debe estar supeditada a la clínica y, en este sentido, propongo una «metapsicología encarnada», en el sentido de una psique enraizada en el cuerpo. A mi entender, el concepto winnicottiano de psique-soma es una de las aproximaciones más cercanas a esta idea.

Un elemento consustancial a la emoción en los inicios de la vida es el «tono muscular», noción desarrollada por el psicólogo francés Henri Wallon y retomada posteriormente por Julián de Ajuriaguerra, psicoanalista y psiquiatra activo en las décadas de los 1960 y 1970, y que luego fue relativamente relegada en el campo de la psicología del desarrollo y de la observación empírica. Estos autores introducen el concepto de «diálogo tónico-emocional» entre la madre o cuidador privilegiado y el bebé. El tono muscular, anterior en la ontogénesis al desarrollo del sistema nervioso, constituye el sustrato corporal de las emociones, las cuales se transmiten en un vínculo cuerpo a cuerpo y, más precisamente, a través de las variaciones del tono, en un pro-

³ Lo que sigue bajo este título se encuentra desarrollado en mi tesis doctoral (Ponce de León, 2015).

ceso bidireccional que cumple varias funciones:

1. Comunicación inmediata de los estados anímicos y corporales.
2. Significación y traducción en gestos intencionales.
3. Regulación mutua.
4. Contención y transformación de las emociones en juego.

La tensión tónica en el recién nacido es una de las fuentes más primitivas del sentimiento de unidad corporal, y las variaciones de dicha tensión son susceptibles de dar lugar a las emociones. La privación se expresa en la hipertonía, con emociones que se manifiestan a través de la descarga motriz pura, las respuestas vegetativas y los gritos. La satisfacción, en cambio, se traduce en la relajación de la hipotonía. En esta etapa del desarrollo, la cualidad del tono y las sensaciones de placer-displacer resultan indisociables.

A través del vínculo, las emociones se transforman progresivamente y se configuran estados afectivos compartidos y diferenciados: desde el placer y la alegría de una excitación regulada por el *handling* (manipulación) y el movimiento ritmado, hasta el sufrimiento y la cólera, asociados a la acumulación de excitación.

Si bien las emociones se mantienen a lo largo de toda la vida como reacciones inmediatas y como signos corporales visibles, progresivamente se integran en un proceso más sutil, fusionándose con los afectos y los sentimientos. Puede pensarse que las emociones, al ser transformadas y metabolizadas en el vínculo, dan lugar a afectos diferenciados que adquieren cualidades singulares, propias de la historia de ese vínculo en particular, y que se configuran como sentimientos cuando emociones y afectos acceden a la conciencia, permitiendo al sujeto identificarlos y ponerlos en palabras.

A partir de estos aportes, resulta posible enriquecer el modelo freudiano de la vivencia de satisfacción incorporando elementos de la ob-

servación de la díada madre-bebé.

El encuentro entre el tono-emoción de ambos partenaires constituye el punto de contacto entre la necesidad del bebé desvalido y el deseo de la madre de auxiliarlo. Del lado del portador de la acción específica, el tono de la respuesta se configura como un eslabón comunicacional encarnado (*embodied*), generado en el marco del diálogo tónico. Esta vivencia puede ser concebida también como un modelo del origen del desear y del representar y, por ende, de la simbolización, aunque Freud no la haya formulado en estos términos.

Surge entonces la pregunta de cómo se producen los primeros eslabones simbólicos a partir de las emociones. La propuesta aquí planteada es que los registros corporales primitivos, constituidos a partir de excitaciones somáticas endógenas, emociones y descargas motrices, adquieren sentido en el vínculo intercorporal, el cual posee una cualidad simbolizante. Es en este encuentro donde se produce esta transformación de la excitación en formas primitivas de representación, tal como ha sido conceptualizado por distintos autores. No obstante, no todo se transforma: una parte de esta materia psíquica originaria persiste a lo largo de la vida como un «resto» no representable.

En relación a las distintas conceptualizaciones sobre los niveles primitivos de representación, cabe destacar los aportes de Anzieu (1987), quien introduce la noción de «significantes formales»; de Rosolato (1978, 1984), con los «significantes de demarcación»; y de Piera Auglanier (1975), con el concepto de «pictogramas».

Desde una posición personal, se retoma la noción de «proto-representaciones»⁴, definidas como una amalgama de sensaciones sensoriales de orden predominantemente táctil, propioceptivo y cenestésico, marcadas por el afecto. Cabe recordar que las «representaciones de cosa» en Freud son de orden visual y, desde esta perspectiva, corresponderían a un momento posterior del desarrollo. Como se ha señalado, diversos

⁴El término «proto-representaciones» fue propuesto y conceptualizado por Pinol-Douriez (1984), pero lo defino con matices diferentes.

autores psicoanalíticos han descrito la función materna transformadora y continente que posibilita la evolución hacia el proceso representacional y la capacidad de simbolización: Freud alude al sistema de para-excitación (1895), Bion a la metabolización y a la función rêverie (1962), y Winnicott (1986) y Fonagy y colegas (2004) al proceso de espejamiento.

Cuando el vínculo con la madre o cuidador no logra otorgar sentido y contención a los afectos que emergen del encuentro —por múltiples factores—, las excitaciones sobrecargan un aparato psíquico aún precario, dando lugar a una desorganización somatopsíquica y a la eventual descarga cruda y explosiva.

En este sentido, la falta de contención y transformación de las emociones en los vínculos tempranos suele generar emociones desconectadas del registro psíquico y fallas en los procesos de simbolización, lo que frecuentemente dejará secuelas en las posibilidades de autocontención y se manifiesta en reacciones reiteradas de desborde frente a las frustraciones o a los estímulos externos.

La perspectiva esperanzadora radica en que estas vivencias afectivas no procesadas permanecen en estado latente, a la espera de ser significadas por otro en una experiencia nueva que finalmente las contenga y les otorgue sentido. El encuentro terapéutico, así como otros encuentros a lo largo de la vida, constituyen espacios potenciales de transformación continua, incluso en aquellos casos en los que la constitución subjetiva ha sido precaria.

Bibliografía

- Anzieu, D. (1987). Los significantes formales y el yo-piel, en D. Anzieu, D. Houzel, J. Guillaumin, A. Missenard, M. Enriquez, A. Anzieu, J. Doron, E. Lecourt y T. Nathan, *Las envolturas psíquicas* (pp. 15-67). Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1993 [1975]). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu.
- Bion, W (1980 [1962]). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós Ibérica.
- Emde, R (1998). Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis. *Psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis de APDEBA*, 20 (3), 473-516-
- Fonagy, P., Gergely, G. y Jurist, E. L. (eds.) (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Karnac
- Freud, S (1988 [1890]) Tratamiento psíquico, tratamiento del alma, en S. Freud, *Obras completas* (T. 1). Amorrortu.
- Freud, S. (1988 [1900]). La interpretación de los sueños, en S. Freud, *Obras completas* (T. 4). Amorrortu.
- Freud, S. (1915a). La represión, en S. Freud, *Obras completas* (T. 14). Amorrortu.
- Freud S. (1915b). El inconsciente, en S. Freud, *Obras completas* (T. 14). Amorrortu.
- Freud. S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia, en S. Freud, *Obras completas* (T. 20). Amorrortu.
- Freud, S. (1988). Proyecto de psicología, en S. Freud, *Obras completas* (T. 1). Amorrortu.
- Freud, S. (1988). Estudios sobre la histeria, en S. Freud, *Obras completas* (T. 2). Amorrortu.
- Greenspan, S. (2004) *The first Idea: How Symbols, Language and Intelligence Evolved from Our Primate Ancestors to Modern Humans*. Perseus Books.
- Ponce de León, E. (2016). *Cuerpo y palabra en el abordaje psicoterapéutico de niños con dificultades severas de simbolización: terapia psicomotriz con intervenciones psicoanalíticas*. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://ucm.on.worldcat.org/oclc/1026198396>
- Pinol-Douriez, M. (1984). *Bebé agi-bebé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*. PUF.
- Rosolato, G. (1978). Symbol formation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 303.
- Rosolato, G. (1984). Destin du signifiant. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 30, 139-170.
- Tronick, E. Z. (1989). *Emotions and emotional communication in infants*. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.
- Winnicott, D. (1986). El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño, en D. Winnicott, *Realidad y juego*, pp. 147-156. Gedisa

Un cuerpo que enferma y habla: manifestaciones histéricas de una paciente oncológica en un contexto hospitalario

Karina Jiménez Calderón¹

«La idea de muerte remitiría siempre a la representación de la castración».

Alizade, 1996, p. 45.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo describir las manifestaciones clínicas de la histeria en la contemporaneidad y vincularlas con una viñeta clínica correspondiente a una paciente oncológica diagnosticada con cáncer de colon de mal pronóstico. Dicha paciente se encuentra hospitalizada en el área de emergencias de un hospital estatal especializado en enfermedades neoplásicas.

En primer lugar, se abordará el lugar que ocupa el cuerpo histérico en los ideales contemporáneos. En segundo lugar, se describirán las manifestaciones clínicas y los fundamentos psicoanalíticos de la histeria en la actualidad. En tercer lugar, se desarrollarán algunas nociones del cáncer desde una perspectiva psicoanalítica. En cuarto lugar, se presentará la viñeta clínica y su análisis, considerando especialmente la contratransferencia en el trabajo con pacientes histéricos. Por último, a modo de conclusión se plantea la presencia de una doble castración vivida en Catalina, articulada entre la histeria y la irrupción de la enfermedad oncológica.

Palabras clave: histeria, pacientes oncológicos, cáncer, contratransferencia.

Abstract

This paper aims to describe the clinical manifestations of hysteria in contemporary times and

to link them with a clinical vignette of an oncology patient diagnosed with advanced colon cancer and a poor prognosis. The patient is currently admitted to the emergency department of a state hospital specialized in neoplastic diseases. First, the position of the hysterical body within contemporary ideals will be addressed. Second, the clinical manifestations and psychoanalytic foundations of current hysteria will be described. Third, some notions of cancer from a psychoanalytic perspective will be developed. Fourth, the clinical vignette will be presented and analyzed, considering countertransference in the work with hysterical patients. Finally, as a conclusion, the presence of a double castration experienced by Catalina—through both hysteria and the oncological illness—is proposed.

Key words: hysteria, oncology patients, cancer, countertransference.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo descrever as manifestações clínicas da histeria na contemporaneidade e vinculá-las a uma vineta clínica de uma paciente oncológica diagnosticada com câncer de cólon de mau prognóstico. A paciente encontra-se internada no setor de emergências de um hospital público especiali-

¹ Licenciada en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Egresada de la formación del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL). Predocente en la Universidad de Lima. Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Correo: krjimenezc@gmail.com. ORCID: 0009-0009-4225-8994

zado em doenças neoplásicas. Em primeiro lugar, será abordado o lugar que o corpo histérico ocupa nos ideais contemporâneos. Em segundo lugar, serão descritas as manifestações clínicas e os fundamentos psicanalíticos da histeria atual. Em terceiro lugar, serão desenvolvidas algumas noções sobre o câncer a partir de uma perspectiva psicanalítica. Em quarto lugar, será apresentada a vinheta clínica e analisada considerando a contratransferência no trabalho com pacientes histéricos. Por fim, como conclusão, propõe-se a presença de uma dupla castração vivida por Catalina — através da histeria e da doença oncológica.

Palavras-chave: histeria, pacientes oncológicos, câncer, contratransferência.

El cuerpo histérico en la época contemporánea

Las manifestaciones clínicas de la histeria y la forma de comprenderla han variado a lo largo del tiempo. Si bien la histeria fue fundante para los inicios y el desarrollo del psicoanálisis, su descripción y conceptualización actuales, en algunos aspectos, difieren de aquellas que le dieron origen. La indagación de los motivos inconscientes que subyacen a los síntomas histéricos constituyó el punto de partida que orientó la elaboración de aportes posteriores. Estos desarrollos complementaron, cuestionaron y ampliaron la comprensión psicoanalítica de la histeria como estructura, de modo tal que resulte acorde con sus diversas manifestaciones en la clínica contemporánea.

Pese a estas transformaciones, el lugar privilegiado otorgado al cuerpo y a la sexualidad en la histeria se ha mantenido, aunque sus modalidades de expresión se articulan hoy con las demandas y características propias de la época actual. Las expresiones de salud y enfermedad varían según el contexto y el tiempo; por lo tanto, la histeria solo puede ser observada y comprendida a luz de nuestra sociedad contemporánea, con su particular modo de sentir, mostrar y vivir el cuerpo y la sexualidad.

Rojas y Sternbach (1994) proponen una serie de ideales y valores que atraviesan la subjetividad contemporánea y que persisten hasta la actualidad: ideales ligados a la ima-

gen, al consumo, a la juventud, a la levedad, y al aquí y ahora. Estos dan cuenta de un culto a la apariencia física, de un intento constante por sostener un cuerpo «casi adolescente», y la vigencia de un presente eterno y fugaz, en el que se prioriza la posibilidad del placer, la experiencia inmediata y la satisfacción de necesidades urgentes (Rojas y Sternbach, 1994).

No obstante, la persecución incesante de estos ideales suele desembocar en el fracaso cuando la ilusión de juventud y de presente perpetuo se ve confrontada con la realidad del cambio corporal, el envejecimiento y la aparición inevitable de enfermedades físicas. Por lo tanto, el foco se sitúa en un cuerpo que intenta mantenerse joven y visualmente atractivo mediante la utilización de diversos recursos, como el maquillaje, la vestimenta, el gimnasio, las dietas y las cirugías estéticas. Sin embargo, en algún punto, el declive se hace evidente, sin posibilidad de retorno.

Alizade (1996) sostiene que la vulnerabilidad corporal que deviene de la ruptura con la imagen de un cuerpo entero y sano obliga a transitar los senderos psíquicos de la castración. Asimismo, señala que la desesperación por conservar la juventud es frecuente en las sociedades occidentales, donde predomina un rechazo narcisista a aceptar las marcas de la castración que se inscriben en el cuerpo (Alizade, 1996). A partir de ello, la autora propone el concepto de «muertes parciales» para nombrar aquellas marcas de la condición mortal que aparecen en el cuerpo a través de enfermedades, accidentes, disfunciones y del envejecimiento.

Considerar estos ideales contemporáneos y su contraste con la realidad permite comprender las patologías actuales, entre ellas la histeria. Vinent (2012) sostiene que la histeria es posiblemente la que más ha modificado sus manifestaciones, ya que suele adoptar la apariencia que se encuentra «de moda». En ese sentido, tal como menciona Nasio (1990), el sujeto histérico contemporáneo vive su sufrimiento de un modo diferente al de un siglo atrás; sin embargo, las causas de su padecimiento se mantienen vigentes, aunque enriquecidas por nuevos planteamientos teóricos.

La castración y el deseo insatisfecho en la histeria

Ante la premisa de vivir en una época donde existe una exacerbante atención puesta en el cuerpo, es este el que predominantemente habla, y aquello que comunica ocupa un lugar central en la escena. En la histeria, en particular, se observa una marcada exhibición del cuerpo, el cual debe resultar llamativo y atractivo con el fin de obtener la atención del otro. Se trata de un comportamiento altamente seductor y provocativo, orientado a suscitar la mirada ajena mediante la utilización de diversos recursos sensoriales y afectivos. De este modo, la persona histérica convierte al otro en espectador de una escena en la que intenta atraparlo en un vínculo donde no queda lugar para un diálogo de ida y vuelta (Mancini et al., 2022). Asimismo, Mancini y colegas (2022) agregan que la seducción ejercida por la persona histérica no tiene como objetivo capturar al otro en el plano sexual, sino que puede operar en otros ámbitos, por ejemplo, intensificando su sufrimiento o exhibiendo exageradamente una cualidad propia.

Sin embargo, estos recursos son usados para ocultar una falta. En este sentido, el uso de accesorios como el maquillaje, objetos ornamentales y un lenguaje altamente sensorial constituyen un intento de ocultar su castración (Torres, 1999). Teniendo en cuenta que se goza de aquello que se tiene y se desea aquello de lo que se carece, la persona histérica hace desear al otro al confrontarle su propia falta (Serra, s. f). Por lo tanto, a pesar de constituirse reiteradamente en objeto de deseo para los otros, la persona histérica nunca llega a devenir objeto de goce (Serra, s. f). Ello conlleva a que el histérico viva y haga vivir al otro que seduce en una experiencia constante de insatisfacción (Nasio, 1990). En ese sentido, el juego histérico consiste en captar el deseo del otro a partir de la puesta en escena de la castración con la cual se identifica, ofreciéndose como el objeto capaz de llenar esa falta; sin embargo, antes de satisfacerla, se retira, haciendo reaparecer el vacío en el otro y reavivando así el deseo (Serra, s. f).

El temor de la persona histérica a convertirse en objeto de goce se encuentra encubierto por una actuación contrafóbica, en la que asume

un rol protagónico a través de la seducción y la exhibición de su cuerpo (McWilliams, 2011). Se trata de un cuerpo sexuado, pero dividido entre una parte genital anestesiada y atravesada por inhibiciones sexuales, y el resto del cuerpo no genital intensamente erotizado (Nasio, 1990). De este modo, la seducción de la persona histérica suele desembocar en un malentendido, ya que se utiliza un código genital que es interpretado por los otros como tal, cuando la demanda es en realidad pregenital (Vincent, 2012). Así, pese a que la persona histérica busca y propicia el acercamiento sexual, hay un rechazo e incluso asco frente a lo sexual (Torres, 1999). Se trata, como describe Nasio (1990), de un simulacro de sexualidad caracterizado por tocamientos masturbatorios y juegos sexuales infantiles, que difícilmente conducen a una relación sexual propiamente dicha.

La persona histérica es aquella que, al encontrarse a un paso de concretar un acto sexual o una relación que implique mayor compromiso, fracasa debido a su imposibilidad de constituirse en objeto de goce (Moscone, 1990, citado por Perales, 2011). Esto la ubica reiteradamente en la posición del tercero excluido: aun cuando escenifica dramas en los que es quien desata el conflicto o aquel por quien el conflicto se resuelve, termina retirándose y quedando fuera de la escena triangular, donde quien triunfa es otro (Nasio, 1990). Esta situación tiende a repetirse de manera insistente, recreando en el presente una misma escena del pasado. En ese sentido, la histeria sigue un recorrido regresivo de carácter edípico y oral del deseo, en el que se repite la escena fantasmática de insatisfacción y exclusión (Capellá, 1996).

De este modo, la histeria se presenta bajo una envoltura adulta que funciona como un disfraz, bajo el cual —como describe Mc Williams (2011)— se encuentra una niña o niño que se siente muy pequeño, temeroso y defectuoso en su capacidad para afrontar la vida (Ramos, 2014). Esto se vincula con la fijación oral propia de la persona histérica, en la que, al no haberse sentido deseada ni mirada por la madre, persiste una sensación de no ser nunca suficiente (Vincent, 2012). En consecuencia, el comportamiento se-

ductor y exhibicionista responde a la necesidad de despertar y sostener el deseo del otro para sentirse valioso (Vincent, 2012), al mismo tiempo que permite pasar de una sensación interna de inferioridad a un sentimiento más activo de poder (Mc Williams, 2011). Asimismo, a partir de la experiencia de castración y de la sensación de minusvalía, las mujeres histéricas pueden crecer creyendo que su sexo carece de valor en comparación con el de los hombres, mientras que los varones histéricos pueden sentir que no se comportan conforme a lo que se esperaría de ellos como tales (Mc Williams, 2011)

Psicoanálisis y cáncer

La realidad subjetiva de los pacientes oncológicos se encuentra con frecuencia atravesada por el dolor y el sufrimiento, los cuales no se restringen únicamente a una dolencia física, sino que incluyen, en muchos casos, un sufrimiento psíquico que surge ante la posibilidad de muerte. Esto se intensifica especialmente cuando el pronóstico no es favorable y cuando, con el avance de la enfermedad, reaparece el dolor físico intenso y difícil de tolerar.

Ante un diagnóstico de cáncer, la vida se ve amenazada no solo por la enfermedad en sí misma, sino también por lo que esta representa. El cáncer suele ser figurado como un agente externo, silencioso, impredecible y agresivo, que trae consigo la muerte (Caldas, 2014). En este sentido, Scordino (2019) postula que el paciente oncológico identifica «algo malo» en su interior, situando al cáncer como un cuerpo extraño que crece dentro de sí. No obstante, la autora subraya la importancia de que el paciente pueda reconocer su dolor como propio y ponerlo en palabras, posibilitando así un pasaje del dolor al sufrimiento y la elaboración de estas vivencias en un «saber sufrir» (Scordino, 2019).

A partir de ello, el cáncer suele marcar un antes y un después en la vida de quien lo padece, al confrontarlo con su propia finitud y activar una serie de miedos y angustias. Abadie y Labaronnie (2023) sostienen que un diagnóstico oncológico introduce desafíos en el plano de las significaciones y los sentidos, los cuales podrían intensificar el sufrimiento subjetivo. Asimismo,

la incertidumbre respecto de la causa y el pronóstico suele causar una angustia intensa que irrumpe en la continuidad de la vida cotidiana y puede provocar una ruptura en esta. En este proceso, es posible transitar por diversos afectos, que van desde el desánimo hasta la desesperación y la depresión, momentos en los que suele perderse la motivación y el sentido de la vida (Sallin y Ferreira, 2024).

A partir de dichos insumos teóricos, se presentará el caso de una paciente oncológica con características aparentemente histéricas, a la que se suman las angustias propias de la enfermedad y del contexto hospitalario.

El caso de Catalina

Catalina es una mujer adulta joven de 29 años, con un diagnóstico de cáncer de colon de mal pronóstico. Se encuentra hospitalizada en emergencias, dado que requiere un procedimiento médico que no puede realizarse en otro hospital. Es físicamente atractiva, aparenta menos edad de la que tiene y presenta una contextura delgada. Llama la atención su cabellera larga y ligeramente ondulada, que acomoda hacia un lado, así como la forma en que permanece recostada en la camilla. Al observarla a la distancia, lo primero que se me viene a la mente es la imagen de una sirena.

A diferencia de la mayoría de los pacientes del área de emergencias, es ella quien inicia el contacto conmigo de manera inesperada. Durante la conversación, me formula algunas preguntas acerca de mis funciones en el hospital, mostrando interés mientras se toca el cabello de forma reiterada. Luego comienza a relatar, con un tono energético, lo terrible que resulta para ella la hospitalización. Expresa sentirse indefensa al llevar únicamente una bata de hospital, así como incomprendida por el personal médico. Refiere sentirse sola y poco considerada. En un momento, descubre parte de la bata y me muestra una cicatriz vertical extensa y la bolsa de colostomía. Con gestos de asco y fastidio, manifiesta su desagrado por tener que llevar «cosas que huelen mal» y por las vías médicas, que describe como colgando de ella y generándole deseos de arrancárselas. Más adelante, relata los distintos tratamientos oncológicos recibidos y se descri-

be a sí misma como una «rata de laboratorio», sometida a un experimento en el que hacen con su cuerpo lo que desean.

A lo largo del encuentro, Catalina transita por una amplia gama de afectos que incluyen interés, asco, enojo, indiferencia, tristeza y llanto. Cambia de tema de manera imprevista, sorprendiendo con sus comentarios y respuestas, y presenta dificultades para profundizar en un asunto específico. Da la impresión de seguir un guion cargado de detalles formales, pero con escasa elaboración de contenido. Por momentos adopta una actitud seductora y activa: modula la voz, se mueve constantemente, levanta ligeramente la bata y alarga los silencios mientras me sostiene la mirada antes de responder. En otros momentos, en cambio, se retrae, asume un papel más pasivo, baja el volumen de la voz, se limita a asentir y luego me dirige una mirada infantil y triste, mientras observa distintas partes de su cuerpo como si le resultaran ajenas. Tengo la sensación de que, a medida que avanza la conversación, pierde el interés inicial, se aburre y posteriormente lo retoma de manera intermitente.

Se muestra particularmente preocupada por su apariencia física y por el impacto de la enfermedad en esta. En un momento, me pregunta si tengo un espejo. Al preguntarle para qué lo necesita, me responde que quiere ver cómo luce y revisar qué tan amarillos están sus ojos a causa de la ictericia. Al señalarle que parece ser algo que le genera inquietud, confiesa tener miedo de cómo va a quedar y de que los demás la perciban como una persona enferma.

Al preguntar por las personas que la han visitado en emergencias, menciona a su pareja. Relata que tiene una relación desde hace años con un hombre casado, mayor que ella, vínculo que ha mantenido oculto a su familia, quienes creen que se trata solo de un amigo que se preocupa por ella. Se refiere a él como un «ex», ya que, pese a continuar juntos, afirma que desde hace tiempo que quiere dejarlo porque siente que no la comprende. Catalina atribuye esta incompreensión a las diferencias entre hombres y mujeres. Mientras lo describe como «racional», «capaz» y con una «autoestima alta», se define a sí misma como «temerosa», «insegura», «incapaz de hacer las

cosas». Agrega que fue criada como una «chica temerosa», con miedo a que los demás le hagan daño o se aprovechen de su inocencia ya que es una «chica tranquila».

Describe a su padre como alguien que la entiende. Refiere que recientemente, durante una visita, le contó por primera vez acerca de esta relación y no se sintió juzgada, lo cual fue significativo para ella, dado que considera que su enfermedad podría ser un castigo divino por no haber dejado a su pareja pese a saber que él tenía familia. En relación con su madre, señala que la apoya moralmente, diciéndole que es fuerte por atravesar esta enfermedad; sin embargo, aún no ha logrado contarle acerca de su relación. Antes de finalizar este primer encuentro, intenta persuadirme para que convenza a las enfermeras de que la dejen levantarse y caminar, ante lo cual le explico que en el área de emergencia ello no es posible. Nos despedimos cordialmente y le indico que regresaré en los días siguientes.

Durante los días posteriores la visito nuevamente. Las conversaciones suelen ser breves y Catalina continúa intentando persuadirme para que convenza a las enfermeras de permitirle caminar y de conseguirle agua para beber a escondidas, ya que tiene restringida la ingesta. Asimismo, cuando me encuentro conversando con otros pacientes, desde su camilla realiza movimientos y gestos para captar y acaparar mi atención. Finalmente, termino accediendo y le consigo agua, que bebe a escondidas mientras me observa. En ese momento experimento una sensación de complicidad y advierto que Catalina despierta en mí compasión, pero también temor, en tanto logra movilizarme a actuar. En una ocasión, al conversar con su madre, me llama la atención que comente: «Catalina no es mala, sino que es como una niña grande».

Este caso permite observar particularidades de la histeria, en las que el cuerpo y lo que este comunica ocupan un papel central para su comprensión. Considerando que las angustias de la persona histérica se organizan en torno al complejo de castración, se evidencia en Catalina una oscilación entre una posición pasiva, en la que vive la castración, y una posición activa, en la que se ubica fálicamente para intentar defenderse de

ella (Fiorini, 2008). Este papel activo se manifiesta a través de conductas seductoras, persuasivas y hasta teatrales, que confrontan al otro con su falta y le permiten a Catalina ubicarse como objeto que llene dicha carencia; mientras que, en el papel pasivo, pierde el interés en el vínculo y termina por borrarse de la escena. Esta dinámica se observa en su relación conmigo, con el personal médico y con su pareja. Las enfermeras, al no permitirle caminar ni beber agua, la desilusionan y la colocan en una posición pasiva, en la que queda herida y castrada. Frente a ello, me busca y persuade utilizando diversos recursos para atraer mi atención, alternando momentos de mayor y menor interés, hasta que finalmente accedo a su demanda al darle el agua.

En la relación de pareja esta dinámica se manifiesta cuando ingresa en una diada como tercera, y pese al aparente interés del otro, termina retirándose y quedando excluida de la escena. No obstante, esta exclusión aparece como un destino al ocupar el lugar de amante y permanecer durante años en un espacio de tensión e insatisfacción. El hecho de referirse a su pareja como «ex» da cuenta del escaso compromiso de parte de ella ante la relación, a la vez que evidencia su imposibilidad de desligarse de ella. Al percibirse de manera devaluada, es posible que esta figura masculina, descrita como «capaz» y con «autoestima alta», funcione como un ideal que porta aquello que Catalina siente que le falta, y al que se apegaba para sostener una mayor sensación de seguridad y valía personal (Mc Williams, 2011), dinámica que también parece reproducirse en el vínculo con su padre.

Sin embargo, junto al apego y la cercanía con figuras masculinas, también se hace presente un temor hacia ellas, que emerge cuando menciona el miedo a que se aprovechen. Como modalidad defensiva, Catalina recurre a una conducta infantil e indefensa que suscita ternura y compasión en los otros, tal como ocurrió conmigo al acceder a ayudarla tras escuchar su vivencia de soledad, incompreensión y frustración.

La enfermedad y la hospitalización parecen intensificar una vulnerabilidad interna que se manifiesta particularmente en la relación con su cuerpo. Se trata de un cuerpo vivido como em-

pequeñecido, que se exhibe pero que, al mismo tiempo, se intenta ocultar mediante una apariencia atractiva y seductora, utilizada como disfraz para evitar el contacto con sentimientos de indefensión y vulnerabilidad, y para impedir que el otro perciba su falta. En el contexto hospitalario, Catalina se encuentra privada de recursos visuales como maquillaje, accesorios o vestimenta, y ve además limitada su posibilidad de obtener de otros aquello que demanda, dadas las restricciones propias del hospital. Esto desencadena afectos de fastidio, irritabilidad, enojo y tristeza, que emergen con facilidad.

Por otra parte, en Catalina —a diferencia de muchos pacientes oncológicos adultos— el cáncer no parece haber promovido una transformación en la forma de pensarse a sí misma o de pensar su vida, sino fundamentalmente en la vivencia de su cuerpo. Se trata de un cuerpo experimentado como maltratado, expuesto y dañado por la enfermedad, los tratamientos y los procedimientos médicos, lo cual despierta sentimientos de rechazo, asco y vergüenza hacia sí misma. Así, además de ser un cuerpo psíquicamente empequeñecido por rasgos de una estructura aparentemente histérica, es un cuerpo atacado por la realidad externa mediante tratamientos químicos y por la misma enfermedad. Todo ello exacerba la sensación de vulnerabilidad, al punto de anular su posibilidad de pensar y pensarse. De este modo, Catalina no vive el cáncer primordialmente como una amenaza vital, sino como una experiencia sostenida de castración, en la que se ve privada de los recursos visuales y sensoriales que le permiten sostener una sensación de valía personal.

Conclusiones

A modo de conclusión, el caso de Catalina ilustra las particularidades de la histeria en el contexto de una enfermedad grave y de la hospitalización, condiciones que tienden a exacerbarlas por su carácter amenazante, novedoso y cambiante. A ello se suman los ideales de la época contemporánea en torno al cuerpo, la juventud y el eterno presente, que entran en tensión con las exigencias de una realidad que no admite postergaciones, como la irrupción de enfermedades físicas que desgastan y transforman el cuerpo.

Así como el cuerpo histérico es vivido con vergüenza y como empequeñecido, la experiencia del cáncer en el cuerpo introduce una vivencia de falta y daño que reactualiza la castración.

Por último, el caso presentado pone de relieve la necesidad de prestar especial atención a la contratransferencia en el trabajo con estos pacientes. Tal como propone Tizón (2018), la histeria puede pensarse más que como una estructura psíquica, como una estructura vincular, en la que se utiliza un lenguaje emocional para captar la mirada del otro, en relación con una fijación oral de base, y reescenificar en el presente una escena edípica pasada en la que persisten la insatisfacción y la exclusión. En este marco, el terapeuta se enfrenta al desafío de no responder a las actuaciones ni dejarse arrastrar por la seducción o irritación que estas suscitan, sin por ello desestimarlas, dado que es precisamente a través de ellas que el terapeuta puede acceder a la indefensión y sufrimiento del paciente histérico (Guàrdia i Porcar, 2012).

Bibliografía

- Abadie, P. y Labaronnie, C. (2023). Especificidades de la clínica psicoanalítica con pacientes adultos que padecen cáncer. *Anuario de Investigaciones*, 30, 205-211.
- Alizade, A. (1996). *Clínica con la muerte*. Amorrortu.
- Caldas, O. (2014). Representaciones del cáncer en pacientes oncológicos jóvenes [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5915>
- Capellá, A. (1996). *La histeria y lo obsesivo: análisis de la clínica psicoanalítica*. Herder.
- Fiorini, H. J. (2008). El abordaje clínico de las estructuras histéricas, en H. J. Fiorini, *Estructuras y abordajes en psicoterapia psicoanalítica* (pp. 61-81). Nueva Visión.
- Guàrdia i Porcar, M. (2012). ¡Mírame!: Entresijos de la histeria en la infancia. *Temas de Psicoanálisis*, 4, 1-11.
- Mancini, M., Scudiero, M., Mignogna, S., Urso, V. y Stanghellini, G. (2022). La seducción no es sexoducción: histeria desexualizante y desfeminizante. *Frontiers in Psychology*, 13, 963117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.963117>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press.
- Nasio, J. D. (1990). *El dolor de la histeria*. Paidós.
- Perales, C. (2011). La histeria masculina. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 28(2), 72-81.
- Ramos, J. (2014). Personalidades histéricas (histriónicas). [Reseña del libro *Diagnóstico psicoanalítico. Comprendiendo la estructura de personalidad en el proceso clínico*, de N. McWilliams]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 47. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000857#contenido>
- Rojas, M. y Sternbach, S. (1994). *Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Lugar.
- Sallin, E. y Ferreira, A. (2024). Psychoanalysis and Cancer: Psychoanalytic Interpretation of Illness. *CTA Scientific Cancer Biology*, 8(7).
- Scordino, R. (2019). Sufrimiento en pacientes con cáncer. Intervenciones del analista. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 15. <https://apra.org.ar/15.html>
- Serra, M. (s. f.). *La histeria* [Material no publicado].
- Tizón, J. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación: variaciones psicopatológicas, relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras*. Herder.
- Torres, J. (1999). Un goce de la histérica: Un caso de relación simbiótica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(1). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/elgocedelahisterica.html>
- Vinent, M. A. (2012). La histeria en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, 4. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/TdP-No4-A.-Vinent.pdf>

El *holding* en los comienzos de la formación en el CPPL

Sol Gracia Sierralta Patrón¹

Resumen

Este artículo explora los inicios de la formación en psicoterapia psicoanalítica en el Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL), proponiendo como eje conceptual la noción de *holding* winnicottiano para comprender cómo una institución formadora en psicoanálisis puede operar como un «ambiente suficientemente bueno», capaz de ofrecer un espacio donde la identidad clínica puede comenzar a organizarse. Precisamente, este artículo enfatiza la reflexión sobre los comienzos, en este caso, el inicio de la formación en psicoterapia psicoanalítica durante los años conocidos como pandémicos en el CPPL. Ello permite pensar en las primeras vivencias que experimentan los psicoterapeutas al iniciar su proceso de formación, en un contexto particular, y la importancia de sus primeros vínculos con docentes, colegas y supervisores. Así, este texto incluye información recogida a través de entrevistas a formandos de la promoción 39 del CPPL, así como de la experiencia personal de la autora en este proceso, a modo de inspiración para una reflexión que propone explorar la formación en el CPPL desde una mirada del *holding* winnicottiano.

Abstract

This article explores the early stages of training in psychoanalytic psychotherapy at the Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL), proposing the Winnicottian notion of holding for understanding how a psychoanalytic training institution can function as a

“good-enough environment,” capable of offering a space in which clinical identity can begin to take shape. More specifically, the article emphasizes reflection on beginnings—in this case, the onset of psychoanalytic psychotherapy training during the years marked by the pandemic at the CPPL. This perspective makes it possible to consider the first experiences encountered by psychotherapists as they enter their training process within a particular context, as well as the significance of their initial bonds with instructors, colleagues, and supervisors. The text includes information gathered through interviews with trainees from 39 Class of the CPPL, along with the author’s personal experience in this process, serving as inspiration for a reflection that seeks to explore training at the CPPL through the lens of Winnicottian holding.

Resumo

Este artigo explora os inícios da formação em psicoterapia psicanalítica no Centro de Psicoterapia Psicanalítica de Lima (CPPL), propondo a noção de *holding* winnicottiano para compreender uma instituição formadora em psicanálise como um “ambiente suficientemente bom”, capaz de oferecer um espaço onde a identidade clínica possa começar a se organizar. Principalmente, o que este artigo enfatiza é a reflexão sobre os começos, neste caso, sobre o início da formação em psicoterapia psicanalítica durante os anos conhecidos como pandêmicos, no CPPL. Isso convida a pensar nas primeiras vivências

¹ Egresada de la Formación del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL). Licenciada en Sociología (PUCP). MA en Management and organizational Dynamics (University of Essex) y MA en Human Resources Management (University of Westminster). Actualmente ejerce la práctica clínica y se desempeña como docente universitaria.

experimentadas pelos psicoterapeutas ao iniciar seu processo formativo, em um contexto particular, e na importância de seus primeiros vínculos com professores, colegas e supervisores. Assim, este texto inclui informações recolhidas a partir de entrevistas com formandos da turma 39 do CPPL, bem como da experiência pessoal da autora nesse processo, como inspiração para uma reflexão que propõe explorar a formação no CPPL a partir de uma perspectiva do holding winnicottiano.

Este artículo propone reflexionar sobre los primeros encuentros de los formandos en el CPPL a la luz del concepto de *holding* winnicottiano aplicado a una organización. El recorrido formativo en el CPPL se comprende con mayor claridad cuando se analiza desde el inicio mismo del proceso, particularmente desde la búsqueda del centro de formación. Siguiendo a Fiorini (2021), en una primera entrevista psicoterapéutica el paciente busca espontáneamente a un psicoterapeuta, mientras que este ofrece un espacio de contención que posibilita la narración de la historia del paciente a su propio modo y en su propio tiempo. Una dinámica análoga puede observarse en la elección de un centro de formación psicoanalítica. Entre los entrevistados, las razones para elegir el CPPL fueron diversas; sin embargo, varios coincidieron en señalar que lo eligieron por tratarse de un espacio en el que ya habían tenido experiencias previas de tipo vivencial, terapéutico o académico, a través de talleres, charlas y otras actividades promovidas por el centro. El modo en que estas actividades fueron abordadas por la institución constituyó un factor decisivo en su elección como centro de formación. De este modo, para algunos formandos, el CPPL ya se configuraba como un espacio conocido y confiable, propicio para el despliegue de su propia subjetividad.

Así también, la mayoría de los formandos entrevistados evocan las entrevistas de postulación como un primer espacio en el que la institución brindó un tipo de cuidado emocional semejante al *holding* winnicottiano. A diferencia de otros procesos de admisión, centrados principalmente en el presente y en la experien-

cia profesional o académica, estas entrevistas invitaban a los postulantes a relatar aspectos de su historia personal, vivencias infantiles y experiencias que, por lo general, no forman parte de los procedimientos de admisión.

Esto se vincula con lo señalado por Ogden (1992) acerca de la primera entrevista entre un psicoanalista y su paciente, particularmente en relación con la importancia de permitir que el paciente narre su historia a su propio modo, brindándole el espacio y el tiempo necesarios para hacerlo. Recuerdo que en mi entrevista de postulación al CPPL, cuando abordé mi decisión de empezar la formación, me sentí conmovida no solo por evidenciar el tiempo que había esperado para finalmente tomar la decisión de iniciar mi formación, sino porque encontré un espacio de contención donde pude hablar con sinceridad sobre mi historia, con la seguridad de estar siendo escuchada con afecto y atención. Además, recuerdo haber pensado que estaba en una entrevista de evaluación, y que lo narrado podría ser una razón para no ser admitida. Pero rápidamente encontré una mirada, silencio y espacio para seguir hablando, y luego palabras que me hicieron sentir segura y acogida. señala Ogden, el rol del analista en la primera entrevista es contener los temores iniciales del paciente, pero a la vez ofrecerle espacio y tiempo para que narre su historia a su manera, y eso fue lo que pude percibir en ese momento. De modo similar, a lo planteado por Ogden respecto al primer encuentro entre analista y paciente en la transferencia-contratransferencia, en el inicio de mi formación, el pasado y el presente adquirieron un nuevo sentido en el vínculo que empecé a forjar con el CPPL durante la entrevista de postulación.

A partir de ese momento, el concepto de «primera entrevista» adquirió un significado diferente. Si bien la postulación al CPPL no constituye *per se* el inicio de un proceso psicoterapéutico, estas entrevistas iniciales son recordadas como si lo hubieran sido, marcando un primer momento entre el formando y el centro de formación. Aunque se trata de una instancia de carácter evaluativo, la contención ofrecida a los formandos en este importante primer momento se inscribe en un clima de confianza que les facilitó compartir

aspectos familiares y experiencias de la infancia que difícilmente serían compartidos en otros contextos de evaluación. De esta manera se habilita un espacio emocional en el que el centro ofrece una primera experiencia de sostén, anticipando el tipo de entorno formativo al que los formandos estaban por ingresar.

En el CPPL, el formando se inserta desde el inicio en un espacio de cuidado, donde el *holding* se manifiesta también en el recibimiento de la nueva promoción que inicia su formación. Este recibimiento se realiza en una ceremonia en la que participan formandos, docentes y autoridades del centro, y que es evocada por los entrevistados como un ambiente de acogida y horizontalidad, acompañado de la vivencia de disponibilidad emocional de parte de quienes los recibían. Esta experiencia, según relatan, contrastaba con la formalidad característica de otras instituciones educativas por las que habían transitado anteriormente. Este gesto inicial en la formación, instituye un entorno que favorece la transición del postulante a la posición de formando, permitiendo una experiencia que anticipa el tipo de vínculo que sostendrá el resto de la formación.

Así, tanto la primera entrevista como el inicio de la formación en el CPPL pueden ser pensados desde la perspectiva del *holding* winnicottiano. Winnicott (1986) sostiene que el *holding* no se reduce al contacto físico, sino que implica la anticipación de las necesidades del bebé, así como la disponibilidad y la confiabilidad de un entorno suficientemente bueno. En este sentido, podría considerarse que todo comienzo remite, de algún modo, a un estado primitivo semejante al descrito por el autor, en el que se busca contención frente a la incertidumbre inherente a aquello que está por venir.

Esta misma idea puede trasladarse a la forma de funcionamiento del CPPL, en tanto el centro, como institución, puede pensarse como representante de la función materna, mientras que el formando ocupa una posición análoga a la del bebé. Stapley (1996), desde la psicología de las organizaciones, profundiza este paralelismo al señalar que, aun cuando en una institución no exista literalmente una madre, sus miembros

buscan la satisfacción de necesidades similares a las de un infante, dentro de un entorno de contención adecuado y con la misma intención de identificarse con ella. En este sentido, las organizaciones cumplen una función parental simbólica, en la medida en que proveen estructura, continuidad y límites que posibilitan el desenvolvimiento y el desarrollo del individuo.

A ello se suma la recepción por parte de los docentes en el CPPL, quienes ofrecen desde el primer día un espacio de aprendizaje «sin juicio», en el que es posible expresar dudas, inseguridades, ideas personales y vivencias afectivas. Esta experiencia, a su vez, favorece el aprendizaje de cómo construir un espacio similar para los futuros pacientes de los formandos que inician su formación. Este espacio es particularmente significativo, ya que, pese a la complejidad de las materias abordadas, permite que todos los formandos—independientemente de sus disciplinas de origen— puedan contribuir no solo desde lo conceptual, sino también desde sus emociones y sentimientos. Asimismo, la posibilidad de participar durante el primer año de formación como observadores en espacios de supervisión y en la Campaña Gratuita de Salud Mental que se ofrece anualmente en el CPPL contribuye a comenzar a delinear una identidad clínica propia.

Los grupos de supervisión en psicoterapia psicoanalítica adquirieron un carácter formativo particular durante el primer año, etapa en la que los formandos participan como observadores de los casos presentados por colegas de años superiores. La gran mayoría de entrevistados recuerda estos espacios como un periodo de aprendizaje marcado por una fuerte experiencia de contención, en el que se les permitió opinar sin temor a ser juzgados, pero también recibieron correcciones dentro de un clima de respeto y cuidado. Asimismo, algunos formandos señalan que ese primer año de participación como observadores en los grupos de supervisión funcionó como una instancia preparatoria para el segundo año de formación, momento en el que presentaron por primera vez a sus propios pacientes en nuevos grupos de supervisión.

Recuerdo que mi primer grupo de supervisión se caracterizaba por una participación acti-

va, a pesar de desarrollarse en modalidad virtual y en horario nocturno. Éramos dos formandos de primer año, es decir, dos observadores, que fuimos aprendiendo progresivamente que nuestra voz y nuestra mirada, aun sin contar todavía con pacientes, tenían un lugar y un valor dentro de ese espacio. Pude observar cómo, de manera paulatina, nuestras intervenciones y comentarios comenzaron a incorporar los contenidos teóricos trabajados en clase.

Posteriormente, en los años siguientes, al presentar casos propios en supervisión, pude reconocer un proceso similar en los formandos de primer año que participaban como observadores. Constaté que, hacia el término de su primer año, los formandos observadores en los grupos de supervisión solían enriquecer el intercambio, especialmente mediante aportes teóricos y observaciones genuinas sobre los casos. Esto permite pensar que en los grupos de supervisión se configura un espacio particular que favorece el despliegue del potencial clínico de los formandos de primer año en esta etapa inicial de la formación. Un ejemplo de ello, desde mi experiencia como observadora, fue una supervisión en la que no se presentó ningún caso y se abrió, en cambio, un espacio amplio para preguntas relativas a la técnica y al encuadre, lo que resultó significativamente formativo para mi posterior experiencia clínica.

Estas instancias operan como zonas transicionales en las que el formando puede ensayar una posición profesional aún en proceso de construcción, sostenido por una estructura institucional que acompaña su desarrollo y lo resguarda de la ansiedad inherente a los primeros encuentros con el sufrimiento psíquico. La identidad clínica del formando comienza a gestarse dentro de un espacio de contención emocional. Esta dinámica, presente en los inicios de la formación en el CPPL, dialoga con la teoría del *holding* winnicottiano. Winnicott (1965) sostiene que, en los primeros momentos de la vida, el bebé se constituye en relación con la madre, quien lo sostiene no solo física sino también emocionalmente, al ofrecer un ambiente continuo y confiable que hace posible la integración del *self*. Durante este periodo, la

madre provee una forma de atención empática a las necesidades del bebé que requiere un cuidado sostenido. Este concepto permite iluminar la relevancia del entorno formativo en el desarrollo clínico profesional.

El *holding* no se limita a la función de contención, sino que implica también la presentación del mundo de modo tolerable, gradual y adecuado para el sujeto. Cuando la madre falla de manera significativa en esta función, no se genera «una mala experiencia» aislada, sino la configuración de un entorno que puede resultar inadecuado para el desarrollo futuro del individuo, pues dificulta la integración del *self*.

Esta analogía puede trasladarse al ámbito de la formación psicoanalítica: cuando el entorno formativo no logra ofrecer apoyo, regulación y contención, el formando carece de un espacio que facilite su constitución como clínico, y la formación pierde su función de sostén para la emergencia de un *self* profesional. En el caso del CPPL, se presenta una particularidad relevante, ya que no existe una imposición ni una orientación exclusiva hacia una corriente psicoanalítica específica. La cátedra incluye contenidos y docentes que provienen de diversas perspectivas psicoanalíticas, lo que brinda al formando la posibilidad de reconocer, desde su propio *self* y sus experiencias personales, aquellas con las que se siente más identificado.

La propuesta formativa del CPPL puede comprenderse a la luz de lo planteado por Abram (1996) en relación con el *holding*: resulta poco beneficioso ofrecer al niño aquello que responde a las necesidades de los padres y proyectarlo sobre él, ya que esto interfiere en el desarrollo del *self*. Del mismo modo que en la crianza carece de sentido ofrecer al niño aquello que satisface necesidades de los padres y no a las propias, en la formación psicoterapéutica resulta contraproducente que docentes o supervisores proyecten sus expectativas o demandas personales sobre los formandos.

Cuando esto ocurre, se obstaculiza el crecimiento singular de cada futuro terapeuta, cuya trayectoria requiere un acompañamiento sensible y ajustado a sus particularidades. El cuidado institucional, en este marco, consiste en respon-

der con precisión a las necesidades reales del formando, de manera análoga a la adaptación materna al bebé descrita por Winnicott. En este sentido, el CPPL, al igual que la madre suficientemente buena, ofrece un entorno continuo y atento que favorece el desarrollo de una identidad clínica propia, permitiendo al formando ir internalizando su modo particular de estar y operar en el trabajo psicoterapéutico.

Por otro lado, el desarrollo del primer año de formación de la promoción 39 del CPPL estuvo marcado por el contexto pandémico. La incertidumbre propia de ese periodo formaba parte de la vida cotidiana de todos, sumándose además al inicio de una nueva etapa vital y formativa para estos estudiantes en su proceso de formación en psicoterapia psicoanalítica. Se instauraron rutinas inéditas, en las que la vida doméstica y laboral se articuló con los estudios, la atención de los primeros pacientes, los grupos de supervisión y otras actividades propias de la formación en el CPPL.

Un ejemplo de estas experiencias fue la participación, como observadores, en una primera Campaña Gratuita de Salud Mental organizada por el CPPL y realizada de manera virtual durante ese periodo. Algunos formandos iniciaron así su quehacer clínico —al menos como observadores participantes— a través de dispositivos electrónicos, lo que marcó una diferencia significativa respecto de promociones anteriores. El uso de dispositivos virtuales introdujo una forma de despersonalización propia del entorno mediado por pantallas, que en el contexto de la pandemia, cumplió una función reguladora al contribuir a mitigar la ansiedad vinculada al contagio.

El carácter particular de la salud mental marca diferencias con el cuidado ejercido por otros profesionales de la salud, así como con las modalidades de vínculo con el paciente. Serrano de Dreifuss (2005) incide en el cuidado por el que cuida, concepto que adquiere relevancia en el marco de la formación en el CPPL. Esta articulación permite concebir la formación psicoanalítica no solo como un proceso de transmisión de saberes teóricos y técnicos, sino también como la encarnación de un modo de cuidado que los formandos internalizan y transforman en criterio clínico propio.

Para comprender estas dinámicas, resulta útil el marco teórico de las defensas sociales. Autores como Krantz, Menzies y Hirschhorn han estudiado cómo las instituciones desarrollan prácticas colectivas destinadas a manejar ansiedades profundas. Según Krantz (en Long, 2013), aquello que suele ser percibido como simples problemas organizacionales puede expresar, en realidad, conflictos emocionales al interior de un grupo humano.

En este sentido, tales manifestaciones suelen corresponder a lo que Menzies denomina defensas sociales, las cuales surgen como respuesta a situaciones que evocan incertidumbre y sentimientos dolorosos. La angustia experimentada por el grupo es desplazada y tramitada a través de prácticas que, aunque puedan parecer poco significativas en un primer momento, contienen información relevante sobre el colectivo que las produce.

En este estudio, Menzies analiza la relación entre el profesional de la salud y los pacientes en el servicio de enfermería de un hospital, mostrando cómo las enfermeras desplazan la angustia asociada al enfrentamiento cotidiano con la muerte hacia rutinas y actividades burocráticas, mecánicas y, en muchos casos, deshumanizantes. De este modo, mediante un mecanismo de defensa social frente a la ansiedad vinculada a la muerte de los pacientes, logran sostener su labor cotidiana (Menzies, 1960).

Este tipo de defensas sociales no es exclusivo de determinadas instituciones, sino que puede observarse en diversos tipos de organizaciones. Hirschhorn (1990) señala que toda organización se enfrenta

cotidianamente a situaciones de incertidumbre; en este contexto, una defensa social frecuente para reducir la ansiedad asociada a lo impredecible consiste en el desarrollo de rutinas y estructuras burocráticas que permiten anticipar y regular las demandas. Este mecanismo pudo observarse en la formación en el CPPL durante los años de pandemia.

Los entrevistados pertenecen a una promoción que inició sus estudios cuando la pandemia aún estaba presente en Perú, en el año 2022. Según lo relatado en las entrevistas, el inicio de la formación estuvo marcado no solo por la vir-

tualidad, sino también por el persistente temor al contagio. Durante el primer semestre, las clases regulares de los miércoles y sábados se desarrollaron de manera virtual, mientras que, una vez al mes, las sesiones de los sábados, de mayor duración, se realizaron de forma presencial. Los grupos de supervisión y tutoría se llevaron a cabo igualmente en modalidad virtual, mientras que los procesos de psicoanálisis personal se desarrollaron de manera indistinta, tanto virtual como presencial.

Esto permite comprender por qué, durante el 2022 —momento en que los formandos de la promoción 39 iniciaron su formación—, el CPPL recurrió a horarios fijos, normas claras, límites explícitos y estructuras relativamente rígidas como formas de estabilizar un escenario altamente cambiante.

Progresivamente, el CPPL fue ampliando la presencialidad de sus actividades y clases, a la par que integró de manera más sistemática la virtualidad dentro de su propuesta formativa. No obstante, en este mismo proceso, especialmente desde la mitad del programa hacia su finalización, surgieron también momentos de disconformidad, tal como se recoge en las entrevistas como en la experiencia de la autora. En determinados momentos surgió la percepción de que la institución no lograba captar plenamente ciertas necesidades del grupo; algunas demandas formuladas en espacios de tutoría parecían no ser escuchadas y dieron lugar a discusiones intensas.

Estas tensiones pueden leerse, siguiendo a Winnicott (1971), como parte del movimiento propio del entorno suficientemente bueno, que inicialmente se adapta de manera casi total a las necesidades del bebé y luego, progresivamente, reduce dicha adaptación en la medida en que este puede tolerar la frustración. En este sentido, podría considerarse que, en el CPPL, estas fricciones formaron parte del proceso de diferenciación del formando, favoreciendo la construcción de su propia especificidad como psicoterapeuta psicoanalítico.

En este sentido, también se puede pensar al CPPL como la madre suficientemente buena que comienza por adaptarse casi completamente a las necesidades del bebé y luego, gra-

dualmente, se adapta menos, en la medida que el formando pueda tolerar estas frustraciones. El entorno suficientemente bueno es lo que ayuda al bebé a desarrollar un sentido de continuidad del ser. Y en el CPPL es lo que ayuda al formando a encontrarse desde su especificidad como psicoterapeuta psicoanalítico.

Van Buskirk y McGrath (1999) señalan que la identidad del bebé se constituye a partir del sostén recibido de la madre en los primeros momentos de vida. Este sostén temprano no es únicamente afectivo, sino también organizador, en tanto la madre opera como la primera estructura externa que permite al niño otorgar sentido al mundo.

Hacia el cierre del proceso formativo, varios estudiantes expresaron haber internalizado profundamente este sostén institucional. El adecuado sostén brindado durante el inicio de la formación dio lugar a una identificación emocional con el CPPL. Un formando de la promoción 39 lo expresó de manera elocuente: «Ahora que estamos terminando, siento que me llevo el centro conmigo. El CPPL ha sido como nuestro objeto primario. Es la institución y las personas que me han maternado y paternado. Por eso siento que me llevo al centro conmigo porque son quienes me han formado». Esta expresión sintetiza con claridad el modo en que cuidado y formación se articulan en los primeros momentos de la formación psicoanalítica, permitiendo que la institución misma se constituya en un referente interno desde el cual se organizará el quehacer clínico futuro.

Bibliografía

- Abram, J. (1996). *The Language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's Use of Words*. (2a ed.). Karnac Books.
- Fiorini, H. (2021). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Editorial Nueva Visión.
- Hirschhorn, L. (1990). *The workplace within: psychodynamics of organizational life*. MIT Press.
- Long, S., Newton, J. y Chapman, J. (2006). Role dialogue: organizational role analysis with pairs from the same organization, en J. Newton, S. Long y B. Sievers, B. (Eds.), *Coaching in Depth* (pp. 95-112). Karnac Books.
- Menzies, I. (1960). *A Case study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital*. *Human Relations*, 13, 95-121.
- Ogden, T. (1992). *Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting*. *Psychoanalytic Inquiry*, 12(2), pp. 1-13.
- Serrano de Dreifuss, O. (2-4 de diciembre de 2005). *Preocupación y cuidado por el que cuida* [Trabajo presentado]. XIV Encuentro Latinoamericano D. W. Winnicott, Lima, Perú.
- Stapley, L. (1996). *The Personality of the Organisation: A Psycho-dynamic Explanation of Culture and Change*. Free Association Books Ltd.
- Van Buskirk, W. y McGrath, D. (1999). *Organisational Cultures as Holding Environments: A Psychodynamic Look at Organisational Symbolism*. *Human Relations Journal*, 52(6).
- Winnicott, D. W. (1986). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Amorrortu. [Obra original publicada en 1965]
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionales y fenómenos transicionales, en D. W. Winnicott, *Realidad y juego* (pp. 11-30). Amorrortu. [Obra original publicada en 1951].
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego* (pp. 131-144). Amorrortu. [Obra original publicada en 1967].