

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRIA EN AREA ESPECÍFICA
CLINICA PSICOANALITICA**



**MANEJO DEL ENCUADRE COMO ESTRUCTURANTE EN EL
TRATAMIENTO PSICOANALITICO**

REPORTE DE CASO CLINICO

**PRESENTA
GUILLERMO ROCHA GONZALEZ**

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES
ASESORA**

Monterrey, Nuevo León, Septiembre de 2012

INDICE

CAPITULO I INTRODUCCION.....	4
1.1 ANTECEDENTES.....	6
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
1.4 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.....	9
1.5 JUSTIFICACION.....	10
CAPITULO II FUNDAMENTACION TEORICA.....	12
2.1 LA HISTORIA DE LA CONSTRUCCION DEL METODO PSICOANALITICO.....	14
CAPITULO III METODOLOGIA.....	24
3.1 DESCRIPCION METODOLOGICA.....	24
3.2 INSTRUMENTO.....	25
3.3 MUESTRA.....	25
3.4 PROCEDIMIENTO.....	26
3.5 TECNICA UTILIZADA.....	27
CAPITULO IV PRESENTACION DEL CASO.....	29
4.1 MOTIVO DE CONSULTA.....	29
4.2 DEMANDA DE ANALISIS.....	29
4.3 SINTOMATOLOGIA ACTUAL.....	29
4.4 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.....	30
CAPITULO V HISTORIAL CLINICO.....	35
5.1 LA TRANSFERENCIA Y EL SENTIDO DE PERTENENCIA.....	36
5.2 LA INICIACION DEL TRATAMIENTO.....	38
5.3 EL MOTIVO DE CONSULTA COMO PRIMER ACERCAMIENTO.....	41

5.4 COMPONENTES DEL ENCUADRE.....	45
5.4.1 SOBRE EL CONTRATO Y LOS ACUERDOS.....	47
5.4.2 ESTABLECIMIENTO DEL HORARIO Y EL TIEMPO COMO MOMENTOS PARA SENTIR.....	48
5.4.3 HABLAR Y ESCUCHAR.....	50
5.4.4 NEUTRALIDAD Y ABSTINENCIA.....	51
CAPITULO VI OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	53
6.1 ANALISIS DE LOS OBJETIVOS.....	53
7. OBSERVACIONES.....	57
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
9. BIBLIOGRAFIA.....	60

DEDICATORIA

A mi padre, que siempre ha sido mi mayor ejemplo de responsabilidad y dedicación para sobresalir ante todo, por su apoyo en cada momento y por hacer de mí una persona de bien. A mi hermana, quien me sigue enseñando lo que es la fortaleza y ganas de luchar ante cualquier adversidad. A mi hermano, mi mejor compañero en la vida y en la cancha que con sus ocurrencias y disparates ha llenado la parte alegre de mis días.

También quiero dedicar este trabajo a toda la gente que me ha acompañado en algún momento importante en mi camino personal y profesional; A Brenda que ha sido un motivo para cumplir mis metas; a mis compañeros del CIC que representan lo que siempre he pensado de ayudar al que mas lo necesita. A Fide que me ha dado su cariño y su conocimiento en el manejo de los pacientes; a mis siempre compañeros de clínica CASA, Máyela, Pedro, Jorge, Karina, Lalo, Héctor, Ana, Oscar, Mario, Silvia, Rada, Ana María, Deya, Elvira, Memín, Dulce, Emmanuel, Chuy, Johana, David, Germán, Don José, Rubí, Mayra, Iván, Dr. Castillo, Ninfa, Dra. Gruzman y todos aquellos que durante mas de 10 años compartieron “locos momentos” en el trabajo con pacientes psiquiátricos.

Es para ustedes

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, a sus maestros y todo su personal, que me han permitido aprender y crecer como alumno, terapeuta y supervisor. Al Director, Mtro. Armando Peña Moreno que ha sido un apoyo constante y me ha exigido lo necesario para impulsar mi crecimiento profesional. A la Dra. Blanca Montoya que me ha acompañado pacientemente en este muy largo camino de elaboración de tesis; a los maestros Graciela Navarro y Alejandro Moreno que representan una admiración a su trabajo y un orgullo que sean mis asesores

Agradezco también el apoyo brindado por CONACYT que con su apoyo de beca permitió el ingreso a mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis.

Quiero completar mi agradecimiento con el reconocimiento al Dr. Guillermo Vanegas Arrambide, por el acompañamiento terapéutico y humano que me ha permitido considerarlo como un referente en mi forma de ver el trabajo terapéutico.

A mis compañeros y amigos los maestros Angélica Limón, Miguel Villegas y la Dra. María Elena Urdiales, por confiar en mi trabajo como supervisor y permitirme hacerlo con orgullo.

A los pacientes que me dan la posibilidad de acompañarles en su camino con la posibilidad de encontrar un crecimiento y aprendizaje que siempre es mutuo.

CAPITULO 1 INTRODUCCION

El manejo del encuadre en psicoanálisis ha sido durante muchos años un tema de duda y discusión, hablar del qué y el como ha llevado a revisar a grandes teóricos el manejo técnico del mismo Freud en sus mas famosos casos, es importante mencionar que el propio termino “encuadre” nunca fue utilizado por el padre del psicoanálisis y no fue sino hasta los años 40 que aparece en los escritos de algunos psicoanalistas.

En la introducción de Trabajos sobre la técnica psicoanalítica (1914) Strachey hace referencia a Ernest Jones, donde nos comenta que en 1908 Freud acariciaba la idea de escribir una Allgemeine Technik der Psychoanalyse (Exposición general de la técnica del psicoanálisis), de alrededor de 50 paginas y de las cuales treinta y seis habían sido escritas ese mismo año, este escrito nunca se conoció tal cual, algunas opiniones señalan que debido a que Freud cuidaba el que no fuera leído por los pacientes que definitivamente tomarían elementos del manejo técnico del procedimiento psicoanalítico y es por eso que Freud planteaba hacer llegar este escrito solo a algunos psicoanalistas específicos.

Freud durante la descripción de su teoría se dedica a brindar algunos consejos básicos para garantizar la eficacia del tratamiento basándose en sus investigaciones, en las cuales, va observando,

descubriendo y recomendando algunas maneras de lo que hay que hacer y lo que hay que evitar. Cada paciente y cada sesión fueron dando la experiencia necesaria para ir elaborando y modificando el conjunto de técnicas y estrategias que dan paso al trabajo psicoanalítico.

Es de gran relevancia en la obra freudiana el tema del método psicoanalítico, que crea gran expectativa el cuestionarse el por qué no desarrolló tal cual una descripción definida o una teoría que fundamente el como hacer para llegar a la cura en psicoanálisis, que solo nos queda reunir esos esbozos técnico para intentar formar una estructura del método psicoanalítico.

En una época en donde abundan las propuestas de psicoterapia y sobre todo basándose en una necesidad de fundamentar su aplicación y validez sosteniéndose en la aplicación estratégica totalmente estructurada cual si fuera una receta de cocina, añadiendo la oferta de la “cura rápida”, encontramos al psicoanálisis adaptándose a la demanda del cliente sin olvidar la propuesta del que analiza basándose en su estilo y experiencia. En esta ocasión el estilo del que escribe y que no está de mas decir que se adapta a esa demanda intentará abarcar esta importancia del encuadre psicoanalítico a partir de la presentación de un caso clínico, para ejemplificar principalmente la capacidad de dicho método como estructurante en el tratamiento de un hombre que después de recorrer muchos otros

“espacios terapéuticos” le dio un voto de confianza a la propuesta psicoanalítica.

1.1 ANTECEDENTES

Los antecedentes del encuadre nos remontarían a los escritos técnicos de Freud sobre el tratamiento psicoanalítico mostrados como recomendaciones y advertencias las cuales va encontrando en el día a día y el encuentro con sus pacientes.

Al ubicar los inicios de el ¿cómo? y el ¿que hacer? del método psicoanalítico nos encontraremos con las experiencias de Freud y su aprendizaje en la aplicación de la catarsis, la hipnosis y la sugestión, hasta su encuentro con la asociación libre.

Es en este proceso donde se va formando eso que ahora llamamos encuadre, el cual se nos va señalando en los llamados escritos *sobre técnica* de Freud. Entre ellos se cuentan el texto sobre la interpretación de los sueños, los trabajos de 1904 («El método psicoanalítico de Freud»), donde muestra la importancia de visualizar la resistencia, pero donde aun no plantea la transferencia; el caso de Dora en que muestra la relevancia sobre el uso de los sueños; el historial de «El hombre de las ratas», en que evidencia su manera y oportunidad de realizar las interpretaciones.

Mediante sus escritos, Freud, transmite su interés por fundamentar su teoría y su aplicación, pero son pocos los textos donde involucra la manera de llevar a cabo este procedimiento, quizá para respetar la individualidad de cada encuentro clínico y sobre todo, el estilo que cada analista le imprima en su trabajo.

Los trabajos entre los que podemos encontrar mayor información acerca de cómo llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico debemos considerar los publicados entre 1910 y 1915, donde Freud considera necesario que se trabaje bajo un cierto patrón para la práctica analítica en donde se establecen normas que facilitan la tarea y le dan el contexto adecuado, sosteniendo que la aplicación misma propicia la cura a diferencia del llamado psicoanálisis salvaje. Al mismo tiempo formula advertencias acerca del furor terapéutico, y de la contratransferencia y recomienda el análisis personal del analista. Es así que a lo largo de sus escritos Freud desarrolla y propone un marco que implícitamente aceptan el analista y el paciente, formado por una serie de normas a las que se someten para que pueda tener lugar el trabajo psicoanalítico en donde todo incumplimiento de estas normas por parte del paciente es motivo de análisis y cualquier infracción por parte del psicoanalista deberá ser objeto de autoanálisis.

Es en la práctica clínica donde me he encontrado con la importancia del cumplimiento de las recomendaciones Freudianas adaptadas

claro con un estilo personal basado en el aprendizaje del propio proceso de análisis y de la necesidad del paciente, donde se llevan de mutuo acuerdo las reglas del juego.

Entre los principales teóricos que pusieron su atención a estas propuestas Freudianas y que comenzaron a usar el término encuadre es Donald Winnicott, el cual comenta en la lectura de su artículo “Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes?”, (Conferencia pronunciada en la Sociedad Científica de la Universidad de Oxford, 19 de mayo de 1961):

El psicoanálisis es un método para tratar a personas aquejadas de algún sufrimiento incluso de enfermedades psiquiátricas utilizando medios psicológicos, es decir, sin recurrir a aparatos, fármacos ni hipnotismo. Fue creado a fines del siglo pasado, cuando se empleaba el hipnotismo para eliminar síntomas. Freud no estaba satisfecho de los resultados que obtenían tanto él como sus colegas; además, comprobó que eliminar un síntoma mediante el hipnotismo no lo ayudaba a profundizar su comprensión del paciente. Por lo tanto, adaptó el encuadre del hipnotismo a otro en el cual él trabajaba con el paciente en pie de igualdad y dejaba que el tiempo hiciera su obra. El paciente se presentaba todos los días a la hora convenida y no había ninguna prisa por eliminar síntomas, ya que había surgido una tarea más importante: la de capacitar al paciente para que se revelara todo lo concerniente a sí mismo. De este modo, también Freud se enteraba y usaba la información para formular interpretaciones al paciente y, al mismo tiempo,

para ir construyendo gradualmente una nueva ciencia, la ciencia que hoy llamamos psicoanálisis.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar los aspectos que conforman el manejo del encuadre como estructurante en el tratamiento psicoanalítico

1.2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el aspecto estructurante del encuadre en el caso de un paciente con antecedentes de episodios psicóticos.
- Analizar las consecuencias psíquicas desencadenadas por establecimiento del dispositivo analítico como un espacio personal.

1.3 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Las limitaciones del presente trabajo se encuentran en la necesidad de tomar a consideración solo algunas de las sesiones, principalmente las que tienen relación con el tema del encuadre y la referencia del paciente respecto al dispositivo analítico como un espacio para reencontrarse y permitirse ser quien es. Existe la posibilidad de no incluir información de relevancia debido a la complicación que representa el transcribir tal cual el discurso de cada una de las sesiones.

Debido a que el objetivo fundamental está en realizar un análisis de los aspectos que conforman el encuadre del dispositivo analítico y su aplicación, no se abordaran otros temas o descubrimientos que pueden representar para el lector de gran interés para el entendimiento y conocimiento de la historia del paciente.

1.4 JUSTIFICACION

En la actualidad, el tema del psicoanálisis ha dado lugar a un considerable número de opiniones y recriminaciones que intentan demeritar sus resultados y su aplicación, tratando de presentarle como un proceso anticuado y poco accesible. Dentro de los principales retos en la puesta en marcha del psicoanálisis se encuentra el poco conocimiento del como se lleva a cabo el trabajo clínico y sus alcances, mostrándolo como un tratamiento frío e inaccesible.

El método en psicoanálisis ha sido transmitido por generaciones a través del análisis didáctico y la supervisión clínica, sin embargo, son muy pocos los abordajes teóricos que fundamenten la eficacia de la técnica. El presente proyecto busca ser presentado como una posibilidad de abordaje práctico y su fundamentación teórica en la revisión del uso del método psicoanalítico en la actualidad. La propuesta esta basada en la experiencia clínica y el estilo de quien la presenta, buscando poder aportar mi conocimiento y forma de vivir el psicoanálisis al lector.

Con el mismo interés científico con el que se pretende pueda ser aplicado por los conocedores del psicoanálisis, se busca que este proyecto represente una herramienta de presentación para quienes se inician en el cautivador mundo psi y a la vez puedan ser atrapados como quien escribe en el gratificante encuentro con el restablecimiento y la cura de quienes confían sus emociones en ese que representa un acompañante de su subjetividad.

CAPITULO 2 FUNDAMENTACION TEORICA

Freud nos presentó en amplitud durante sus escritos una base completa sobre el psicoanálisis y su aplicación, nos muestra lo relacionado a la técnica, el qué hacer con el paciente y al qué le pasa, el historial, los cambios a lo largo del tratamiento, etc. También define y atiende al marco en que se cumple la tarea psicoterapéutica, proponiendo normas estables que valen para quienes participa en el análisis, con lo cual insta un como se hace.

El encuadre forma parte del cómo hacer, los primeros indicios de la técnica están presentes en la prehistoria del psicoanálisis. Ya que es su técnica lo que dio mérito al trabajo de Breuer, así como a las historia de las experiencias de Freud con la aplicación de la catarsis, la hipnosis y la sugestión, hasta que ancló en la asociación libre.

En esa historia, la definición de los contenidos de lo que será el encuadre en tanto procedimiento, ocurre progresivamente y tiene un punto central, los llamados escritos *sobre técnica* de Freud. Los mismos donde se representan una serie de antecedentes en las obras de Freud en que se van definiendo sus rasgos. Entre ellos se cuentan el texto sobre la interpretación de los sueños, los trabajos de 1904 («El método psicoanalítico de Freud»), donde pone de relieve el valor de visualizar la resistencia, pero donde aun no

plantea la transferencia; la conferencia sobre «Psicoterapia», en que ubica al psicoanálisis como antítesis de la sugestión; el historial de Dora en que, en el plano técnico, muestra sobre todo el uso de los sueños; el historial de «El hombre de las ratas», en que evidencia su manera y oportunidad de realizar las interpretaciones.

Freud inicia su artículo Sobre la iniciación del tratamiento (1913) de la siguiente manera:

“Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que solo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico.”

En el presente apartado se presentarán las aproximaciones teóricas y clínicas con respecto al uso del método psicoanalítico y sus componentes principales, realizando una revisión de los escritos técnicos de Freud y las evidencias de el manejo de sus casos clínicos, así como los conceptos propuestos por los diccionarios Psicoanalíticos de Laplanche/Pontalis y

Roudinesco, para por último realizar un repaso de autores de la actualidad entre los que sobresale la propuesta de Horacio Etchegoyen.

2.1 LA HISTORIA DE LA CONSTRUCCION DEL METODO PSICOANALITICO

Encontrar se refiere al acto de establecer los límites dentro de los cuales un acontecimiento tiene lugar o cobra sentido, en psicoanálisis se entiende como un conjunto de normas, acuerdos y procedimientos que rodean cada encuentro para el análisis. Es en los escritos técnicos en los cuales Freud nos va mostrando el que hacer y como darle lectura. A continuación revisaremos esas recomendaciones del creador del psicoanálisis.

Un artículo clave en la comprensión del como hacer psicoanálisis lo encontramos en Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912) donde Freud lo presenta como reglas técnicas que espera sean tomadas en cuenta por los futuros analistas con el fin de ahorrarse muchos gastos inútiles y los salve de incurrir en omisiones, pero resalta que estas técnicas han sido adecuadas para su individualidad.

Situando como la tarea inmediata que enfrenta el analista que atiende a más de un enfermo por día, habla de la capacidad de guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura y que pudiera

existir el riesgo de confundir esta información con la expuesta por otro paciente, es a partir de esta situación donde hace una completa revisión de la "atención parejamente flotante", advirtiendo sobre el riesgo de la toma de notas durante las sesiones, el cual puede convertirse en una obstrucción en la fluidez del discurso y representar una selección basada en los intereses del analista, y puntualiza como única opción para tomar notas, que puede ser considerado solamente si el caso tratado servirá para alguna publicación científica, aunque advierte que mientras el caso no esté cerrado no es bueno elaborarlo científicamente. Desautorizando todo recurso auxiliar y recuerda que lo que no escucha la mayoría de las veces encuentra su significado solo con posterioridad.

Es entonces donde Freud formula la regla fundamental para los psicoanalistas de la siguiente manera; uno debe alejar cualquier injerencia consciente sobre sus capacidades de fijarse y abandonarse por entero a sus "memorias inconscientes" expresado en términos técnicos: "Uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo".

Posteriormente hace la invitación al que escucha para dejar de lado todo afecto y comprensión humana que pudiera ser impuesta y recomendó al analista como muy necesaria la importancia de someterse a un proceso psicoanalítico, siendo necesario exigirle que haya tomado nota de sus propios complejos que pudieran perturbarlo de lo que cada analizado ofrece. Además aclara el concepto de no ser solo transparente sino más bien como

un "espejo" frente al paciente "mostrar sólo lo que le es mostrado", evitando ponerse en igualdad ante el analizado haciendo comunicaciones sobre su vida. Concluyendo el artículo manifestando su poca confianza en realizar un tratamiento individual con parientes y personas cercanas.

Es en "Sobre la iniciación del tratamiento" de 1913, donde Freud nos presenta ciertas reglas sobre la iniciación de la cura, las cuales las presenta como consejos y recomendaciones, mas no como obligatorias. Refiere "la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica, y hacen posible que un proceder de un ordinario legitimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo lleve en algún caso a la meta".

Tales reglas solo tendrían valor si se comprendieran y asimilaran en forma apropiada sus fundamentos; y de hecho una gran proporción de estos artículos esta destinada a exponer el mecanismo de la terapia psicoanalítica, y ciertamente de la psicoterapia en general. Una vez aprendiendo ese mecanismo, es posible entender las reacciones del paciente (y del analista) y formarse un juicio acerca de los probables efectos y méritos de cualquier procedimiento técnico".

Es en este texto donde Freud habla acerca de las sesiones de inicio para el tratamiento psicoanalítico, las cuales se pueden considerar de prueba tanto para el paciente para determinar llevar un tratamiento, como para el psicoanalista que aclarará sus dudas acerca si el paciente es candidato o no para dicho tratamiento, y a un parecer personal podrá emplearse lo que se haya encontrado para definir la manera de realizar los acuerdos que comprenderán el encuadre.

Freud aconseja asignarle una hora fija a cada paciente la cual se deberá respetar por ambas partes considerándola como el tiempo que le pertenece totalmente al paciente aunque no la utilice. Respecto a la frecuencia de las sesiones Él prefería trabajar con cada paciente seis veces por semana aunque menciona que en casos "benignos" con tres veces a la semana es suficiente, esto es para que el paciente no pierda contacto y sea más constante y la vida no se interponga a la cura, situación que en la actualidad queda muy lejos de poder sostenerse y se convierte en unos de los principales acuerdos realizados entre la propuesta del analista y la posibilidad del paciente.

En cuanto a la duración del tratamiento, Freud dice que no hay alguna respuesta específica, lo que sí propone es que se le debe de informar al paciente antes de que tome la decisión de iniciar el proceso de cura es que es un tratamiento largo, aunque no recomienda pedirle al paciente un mínimo de tiempo para tener resultados ya que el paciente puede interrumpir

su tratamiento cuando él quiera pero es necesario advertirle que esto no será para su beneficio.

La solicitud por excelencia que buscan todos los que se analizan es llegar a la cura lo más pronto posible, sobre todo a comparación de las diferentes propuestas terapéuticas que basan su tratamiento en un proceso a corto tiempo. Se puede lograr, sólo que de forma lenta debido a la atemporalidad de los procesos inconscientes, a la prohibición que debe imponerse el analista de guiar al paciente al tratar aspectos de su vida por separado porque "la neurosis de un ser humano posee los caracteres de un organismo; sus fenómenos parciales no son independientes unos de otros, pues se condicionan y suelen apoyarse recíprocamente; siempre se padece de una sola neurosis..." (Freud, 1913).

Respecto a los honorarios del analista, Freud menciona en este artículo que "el hombre de cultura trata los asuntos de dinero de idéntica manera que las cosas sexuales, con igual duplicidad, mojigatería e hipocresía" (Freud, 1913). Aconseja no dejar pasar largos periodos de tiempo para que el paciente pague ni dejar que el tratamiento sea demasiado barato ya que no sería significativo para el paciente. El analista puede cobrar caro pero puede decir que nunca ganará lo mismo que médicos con otras especialidades; y por lo mismo, puede negar la asistencia gratuita, ya que según su experiencia, un tratamiento gratuito resulta ser más importante para el analista que para el paciente y las resistencias se vuelven más grandes ya

que no existen motivos para la cura. Para justificar lo que cobramos, Freud negocia diciendo que el hacer más productivo y saludable al paciente a la larga le va a ahorrar dinero. "No hay nada en la vida más costoso que la enfermedad y... la estupidez" (Freud, 1913).

Sobre el uso del diván, el cual tiene su origen en la práctica de la hipnosis, Freud lo recomienda basándose en dos motivos, el primero, porque no soportaba el hecho de que los pacientes lo vieran durante mucho tiempo de frente, lo cual resultaba ser muy cansado pensando en que atendía un gran número de pacientes al día, y segundo, porque mientras escuchaba, Freud, que se dejaba llevar por sus procesos inconscientes, no quería que sus pacientes lo vieran haciendo gestos o expresiones e interrumpieran así sus asociaciones libres. Por último nos señala que la reacción del paciente ante el uso del diván puede ser material de análisis.

En otro escrito "¿En qué punto y con qué material se debe comenzar el tratamiento?" (Freud, 1913) trata el tema de cómo iniciar el tratamiento, Freud nos dice que es el paciente quien debe elegir con qué quiere empezar. Freud les decía a sus pacientes, "Antes que yo pueda decirle algo, es preciso que haya averiguado mucho sobre usted; cuénteme, por favor, lo que sepa de usted mismo" (Freud, 1913). Freud nos aconseja no esperar ni propiciar un relato sistemático, y nos advierte que para evitar la contaminación del tratamiento, es importante que el análisis se quede entre él y el analista.

En lo que respecta a las interpretaciones, Freud propone que es necesario primero establecer una alianza terapéutica y nunca iniciar y formular la interpretación antes de que el paciente este próximo a ésta.

En los años 20 tuvo varias divergencias sobre asuntos técnicos con sus contemporáneos que pretendían realizar algunos cambios, y al final de su vida llega hasta a cuestionarse seriamente sobre las posibilidades y futuro del psicoanálisis.

Revisando esto podemos definir dos vertientes de lo propuesto por Freud que hoy llamamos encuadre, una vertiente es el manejo de lo externo que se conforma por todos los dispositivos que son impuestos por el analista como por ejemplo el horario, la duración de las sesiones, la reposición del tiempo por alguna llegada tarde del analista, el espacio físico, el uso del diván o la atención frente a frente, el manejo de los honorarios y los aspectos que pudieran presentarse como las vacaciones, el pago de las sesiones que no se asistió, etc.

La otra vertiente trata sobre el manejo del orden psíquico, el cual sostiene dos normas fundamentales, la que somete al paciente a hablar asociando libremente y, la que somete al analista a no satisfacer al paciente en sus deseos transferenciales.

Uno de los primeros autores en utilizar el término encuadre y a tratar de definirlo es Winnicott, quien habla del encuadre como "la suma de todos los detalles de la técnica", donde incluye la forma en que el analista actúa frente a los diferentes aspectos del tratamiento. Introduce el concepto de espacio transicional, un espacio intermedio entre lo subjetivo y lo objetivo, entre la realidad y la fantasía. Es en este espacio transicional donde el paciente puede por fin crear, ser espontáneo, jugar, un espacio en el que son dos los que vehiculizan un inconsciente. Un segundo aporte importante de Winnicott es el de la validez e importancia de la intervención.

Otra propuesta sobre el encuadre la hace Bleger quien considera que dos elementos componen siempre el suceso psicoanalítico. Un elemento variable ligado a la dinámica individual del paciente, un proceso que se convierte en el objeto de análisis y de interpretación, el otro es un elemento constante, un "no proceso". Según el autor el encuadre lo constituye el conjunto de elementos constantes que deben posibilitar el advenimiento del elemento variable, el desarrollo del proceso hacia una cura. En este sentido el encuadre es siempre algo implícito, del que no se habla, y que se hace visible a partir del momento que no se respeta, momento en el que se convierte a su vez parte del proceso y tiene que ser por tanto analizado. Y aunque muchas veces el material que surge de este rompimiento puede ser muy interesante para los fines interpretativos, no recomienda provocar esta ruptura (Bleger, 1967).

Horacio Etchegoyen, en su libro, "Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica" (1986), establece que el contrato define las bases del tratamiento y genera el tener claros los objetivos, las expectativas y las dificultades que invariablemente van a presentarse durante el tratamiento. Establece la importancia de ser claro y conciso en el momento de formular el contrato y tomar en cuenta al paciente. Considerando que no se establece el mismo para un obsesivo que para un psicótico, sobre todo en lo referente a la regla fundamental. Etchegoyen refiere que el analista sabe que el contrato no será cumplido y que lo importante es el análisis de cómo el paciente se comporta frente a él.

Los psicólogos del yo afirman que Freud creó el encuadre para lograr la regresión del paciente y que el analista pueda controlarla. Piensan que el encuadre implica privación sensorial, frustración afectiva, limitación del mundo objetual y ambiente infantil, debido a esto creen que el encuadre infantiliza al paciente principalmente por el silencio del analista.

Etchegoyen (1986) no apoya tal argumento, para él la regresión en el proceso analítico no tiene que ver con el encuadre, si no con la enfermedad: "el paciente viene con su regresión, su enfermedad es la regresión" (Etchegoyen, 1986). Sostiene que la función del encuadre sirve para detectar y contener la regresión y refiere que a medida que avanza el análisis y se va resolviendo la neurosis de transferencia disminuye la regresión pero el encuadre se mantiene constante. Según este autor, el encuadre no se creó

para promover la regresión, si no al contrario, el encuadre es la respuesta a la neurosis de transferencia. Así mismo, el encuadre protege al paciente de lo que el paciente pueda descubrir del analista y de los errores de éste último, por eso el encuadre contiene al paciente.

Es importante el mencionar que a Freud lo podríamos ubicar como un analista que experimentó, y que pocas reglas fueron las que siguió en su trabajo clínico, por ejemplo, analizó a Ferenczi durante sus viajes, con quien además sostuvo una relación de amistad. Por otro lado, los analistas de aquellos días no eran siempre un espejo neutro para los pacientes. Tenían múltiples relaciones; entre ellos eran al mismo tiempo, amigos, mentores, analistas y pacientes. Además, el concepto de neutralidad y abstinencia, cuando son llevados a una práctica extrema, pueden dar lugar a un analista distante y frío que puede carecer de todo contacto personal con el paciente. Esto fue exactamente el motivo por el cual Sandor Ferenczi no estuvo de acuerdo con los analistas de su época —é incluso abogó por más pasión y ternura hacia los pacientes.

CAPÍTULO 3 METODO

3.1 Descripción metodológica

El presente proyecto se basa en el trabajo clínico y sus repercusiones terapéuticas, es por eso que esta basado en el método Psicoanalítico desde un enfoque cualitativo.

El método Psicoanalítico lo entendemos a partir de una metodología hermenéutica: se trabajará a partir del propio dispositivo psicoanalítico el cual comprende la asociación libre, la atención flotante, la neutralidad y la transferencia, se considerará como proceso analítico la transformación del sujeto, sus manifestaciones resistenciales y las elaboraciones desencadenadas por el mismo proceso y como parte de este método se encuentra nuestro motivo de revisión, el cual se basa en el establecimiento del encuadre el cual será entendido desde el horario, los honorarios, el tiempo, las frecuencias y el espacio analítico.

El trabajo consta de descripciones de las sesiones a manera de viñetas clínicas, las cuales manifiestan a través del discurso y los actos del paciente las manifestaciones de su vida diaria, brindando la oportunidad de observar y acompañarle en sus experiencias, creencias, preocupaciones, reflexiones y opiniones. Esto mostrará la forma en que interactúa y se relaciona en un mundo que considera como difícil de entender.

El diseño del presente estudio de caso esta dedicado en seguir la línea de tiempo en que se fue realizando el trabajo clínico, con la finalidad de presentar de una manera mas limpia el proceso inconsciente que se elaboró dentro de las sesiones presentadas.

3.2 INSTRUMENTO:

El instrumento con el cual se trabaja este análisis de caso consta del material clínico recabado durante el proceso de análisis.

3.3 MUESTRA

Un caso clínico, un sujeto en análisis, hombre de 36 años, material clínico extraído del discurso del paciente el cual fue recaudado a través de viñetas clínicas. Este hombre acudió a solicitar específicamente tratamiento de enfoque psicoanalítico, teniendo un gran historial de tratamientos de tipo psiquiátrico, incluyendo dos internamientos, también participó en terapia Gestalt y cognitivo conductual a las cuales renunció por no entender la forma de trabajar y le resultaron ser confusas y complicadas.

3.4 PROCEDIMIENTO

Se realizó la canalización de tratamiento a manera de urgencia por parte del encargado del departamento de pre-consulta de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

El mismo día que acudió a solicitar tratamiento se estableció la fecha y el horario para la primera cita, siendo muy claros y precisos en el cubículo en el cual se llevaría la sesión, se le hizo saber que este primer encuentro sería para escuchar su interés por atenderse y que es lo que el buscaba y a la vez hacerle saber lo que se le podía ofrecer.

Se realizó este primer encuentro para establecer los criterios de tratamiento y la demanda del paciente, donde una vez considerándolo apto para un proceso psicoanalítico se le propuso una forma de trabajo en donde se acordaron dos sesiones por semana de cuarenta y cinco minutos aproximadamente, siendo en el mismo espacio y aclarando que sería siempre el mismo terapeuta, Se habló de la confidencialidad y se dejó para las siguientes sesiones el establecimiento de las reglas de asociación libre y otras, las cuales son la parte fundamental de nuestra presentación de caso.

3.5 TÉCNICA UTILIZADA:

□ **Atención flotante:** Regla técnica a la que procura atenerse el psicoanalista al no privilegiar, en su escucha, ninguno de los elementos particulares del discurso del analizante.

□ **Memoria del terapeuta:** Radica en la capacidad del analista para poder recordar lo hablado en sesión, se apoya en la escritura de dichos recuerdos en las llamadas viñetas de casos clínicos.

Asociación libre: Método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar, durante la cura, todo lo que se le ocurre sin ninguna discriminación, más allá que le parezca inadecuado o inapropiado.

□ **Interpretación:** Consiste en realizar una lectura de los aspectos inconscientes del paciente, y de esta manera ir en busca del insight, desde el hecho de hacer consciente lo inconsciente. Es pues un instrumento que en principio tiene la finalidad de informar al paciente aspectos que el mismo desconoce de sí.

□ **Confrontación:** Tipo de interpretación que apunta a confrontar una situación con otra. La intencionalidad es que a partir de dicha intervención emerja una idea o una asociación que se enlace con un contenido inconsciente.

□ **Señalamientos:** Método que sirve para llamar la atención sobre un aspecto y así profundizar u obtener más información al respecto.

CAPITULO 4 PRESENTACION DEL CASO HISTORIA CLINICA

4.1 MOTIVO DE CONSULTA:

Joaquín asiste a terapia contando varios tratamientos previos, entre los cuales se encuentran el trabajo con cuatro psiquiatras distintos, a uno de ellos le llama su padrino debido a que él le apoyó mucho durante el último de sus tres internamientos previos en hospitales psiquiátricos, además acudió a tres tratamientos psicoterapéuticos dos de enfoque cognitivo conductual y uno desde la Gestalt, habían pasado más de cinco meses desde su último tratamiento y debido a la dificultad en sus relaciones interpersonales ya que había iniciado estudios en la Universidad decidió solicitar tratamiento para ser apoyado con el proceso de adaptación en la sociedad académica y en su entorno.

4.2 DEMANDA DE ANALISIS

Desde la demanda de análisis podemos encontrar características de gran importancia para la revisión del tema del presente proyecto, ya que su demanda iba por la línea de ser reconocido como parte de la comunidad universitaria y el poder ser escuchado como una persona “normal” sin tener

que cuidarse por lo que se dice o hace por el miedo a ser juzgado o rechazado.

4.3 SINTOMATOLOGIA ACTUAL

Existe un gran sufrimiento por el rechazo, desde unos padres totalmente ausentes y devaluadores, una hermana que desde hace años se “olvidó” de él y una esposa que decidió irse a estudiar a otro país y después confesar su infidelidad con una mujer, motivo por el cual era inminente el empezar a tramitar el divorcio. Aunque no se presentaba ningún síntoma psicótico como delirios o alucinaciones, los cuales habían sido motivo de internamiento psiquiátrico, pareciera que el buscar este nuevo tratamiento respondía a una urgencia por aguantar la situación actual y evitar un quiebre psicótico. Al momento de iniciar la terapia está siguiendo un tratamiento farmacológico tomando medicamento antipsicótico de nueva generación y neuro estabilizadores.

4.4 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Por los antecedentes podemos definir claramente una estructura psicótica, aunque no se presentó ningún síntoma de esta índole si se llegaron a trabajar algunos delirios que Joaquín presentó durante sus internamientos. A su llegada al tratamiento se evidenciaban mas bien ciertos rasgos melancólicos debido incapacidad de identificación y aceptación

familiar, además del rechazo y abandono por parte de la esposa y su reciente confesión de infidelidad que desembocó en sentimientos de devaluación.

- Estructura subjetiva

- Contexto familiar:

La familia esta compuesta por la madre, el padre y dos hijos, Joaquín nuestro paciente, es el hijo mayor. Su hermana se fue a estudiar a otro país desde hace mas de cuatro años, en donde allá se casó y ya no planea regresar, se comunica con muy poca regularidad y solo habla con la madre. El padre ya es un hombre de avanzada edad que andará rondando los setenta años, viene de una familia de empresarios que heredó negocios familiares, aunque todo lo vendió les sirva para vivir con comodidades en una zona muy exclusiva de San Pedro, se muestra como un hombre ausente y poco comunicativo que solo se dedica a leer el periódico, dormir y ver televisión. La madre se percibe como una mujer ausente afectivamente e interesada por un estilo de vida superficial, pasa la mayor parte de sus días con amigas y eventos sociales, no participa en los cuidados del

hogar y tiene muy poca relación con su esposo y su hijo Joaquín.

- Figuras significativas

Existen muy pocas referencias sobre personas cercanas, fuera de los padres, la hermana y la esposa que recalando son ausentes en la relación de afecto con Joaquín, existen algunos ex compañeros de trabajo o escuela que son percibidos como amigos, fuera de eso lo que resalta es la relación con psiquiatras que estuvieron en algún momento a cargo del tratamiento medico y resalta la relación actual con un psiquiatra el cual es considerado como padrino, donde en el discurso de todas las sesiones es la única persona percibida con muestras de afecto, el cual es lo mas cercano a una relación con una figura paterna.

- Estructuración Edipica:

Madre ausente afectivamente percibida como un ser que rechaza, padre ausente y devaluado, referido como alguien que solo heredó dinero y no supo que hacer con el. A partir de esto podemos considerar como la relación con su esposa como una extensión de la sostenida con la madre y la cual sirvió para colocarse en un lugar de identificación con el

padre como un hombre devaluado incapaz de sostener un matrimonio.

- Eventos traumáticos:

1. El abandono de la hermana, cuando se fue a estudiar al extranjero.
2. El abandono de la esposa, quien aún casados se fue también al extranjero a estudiar.
3. La confesión de la esposa, de mantener una relación amorosa con una mujer.
4. El primer internamiento psiquiátrico, ya que los posteriores los refiere como un momento de descanso.
5. El despido de su trabajo, en donde le dieron como justificación el no encajar en la empresa.
6. La dificultad para relacionarse socialmente.

- Perfil subjetivo:

Su auto concepto es el de alguien simpático y amigable, poco comprendido por ser a veces demasiado sincero. Se considera inteligente aunque esto le trae problemas con sus compañeros de clases, se muestra como una persona muy formal aunque bromea mucho al hablar, incluso cuando el tema pudiera ser doloroso, trata siempre de hacer lo

adecuado para no ser rechazado, intelectualiza demasiado, al grado de ponerse a leer sobre psicoanálisis para aprender a ser “un buen paciente”, busca siempre la aprobación y evita mostrarse en desventaja en cualquier momento, en cada señalamiento siempre da una aprobación como para mostrar que ya sabía.

- **Intervención clínica**

- **Elaboración de la demanda:**

La demanda se elaboró mediante una serie de señalamientos acerca de su forma de relacionarse, principalmente por el lado de la intelectualización y el “hacer de mas” para ser aceptado o evitar ser rechazado que por lo general le salía contraproducente, esto con la finalidad de observarse mas a si mismo que a los demás.

- **Elaboración y evolución de la sintomatología:**

Uno de los síntomas principales de Joaquín era el pobre manejo de los afectos, donde a través de la intelectualización buscaba sobresalir fracasando para lograr establecer relaciones estables, durante el proceso psicoanalítico a través de señalamientos e interpretaciones

principalmente desde la transferencia pudo reconsiderarse la forma de relacionarse ante los demás , logrando principalmente, una aceptación propia.

CAPITULO 5 HISTORIAL CLINICO

El siguiente apartado se compone de fragmentos de viñetas recaudadas en las sesiones que Joaquín asistió a tratamiento, tales fragmentos se combinan con puntualizaciones importantes dirigidas al lector resaltando lo necesario para darle seguimiento al fundamento de esta presentación de caso.

El historial clínico de Joaquín se estructura a partir de situaciones que marcaron significativamente el análisis para darle un rumbo a sus relaciones interpersonales, estos momentos importantes resaltan las premisas propuestas en este trabajo: La aplicación del encuadre como estructurante en el manejo clínico y parteaguas en el establecimiento de relaciones afectivas. Es importante señalar que la presentación de las viñetas o fragmentos no siguen un estricto sentido cronológico, sino que están basados mas en el seguimiento de lo necesario para que el lector conozca el caso.

5.1 LA TRANSFERENCIA Y EL SENTIDO DE PERTENENCIA

Joaquín es un joven de 36 años, estudiante de doctorado dentro de la Universidad Autónoma de Nuevo León, después de varios procesos de tratamiento psicológico y psiquiátricos acude a solicitar apoyo psicológico en la Unidad de Servicios Psicológicos, refiriendo ser estudiante de la Universidad y por lo tanto busca hacer uso del servicio que su nueva Alma Mater le ofrece.

Se le realizó una entrevista por parte del departamento de pre consulta de dicha unidad la cual refería: "El joven Joaquín asiste a solicitar tratamiento psicológico debido a que acaba de iniciar estudios de doctorado dentro de la universidad, comenta que viene a hacer valer su derecho a ser atendido y que como lleva varios años con diferentes psicólogos y psiquiatras, ahora quiere ser atendido aquí. Dice tomar medicamentos psiquiátricos ya que ha estado internado varias veces y si no los toma se puede poner muy mal". El caso fue referido como urgencia debido a los antecedentes psicóticos.

Después de la pre consulta acudió a la oficina del director de la facultad para presentarse con él, al no poder hablar con él entregó una carta con su secretaria, explicando que era alumno de doctorado en una facultad de la universidad y debido a eso solicitaba tratamiento psicológico. Este es un primer acercamiento al tema de la transferencia la cual está ligada a la

universidad como un Alma Mater de la cual espera recibir la atención necesaria al formar parte de la comunidad estudiantil. Dicha situación formó parte de un señalamiento en sesiones posteriores marcando la necesidad de ser atendido por esa madre ausente que tiene en casa, encontrándola en esa alma materna como es la universidad. Su respuesta fue:

- No lo había pensado así, por que aunque se que mi madre no me ha hecho sentir importante, no creo necesitarlo, aunque si me gustaría sentirme parte de la familia-.

La transferencia fue referida por Freud como un malentendido para el paciente donde el objeto no es quien realmente es, sino que es tomado por otro objeto. El paciente dota de una peculiar identidad al objeto, dice qué y cómo es el objeto para él, y lo hace tomando como idéntico a otro objeto de la historia del paciente, objeto que fue u objeto que no pudo ser y quedó como anhelo incumplido, y que de cualquier modo pertenece a la historia del paciente como lo no- propio del presente (Paciuk, 2002).

Puede sostenerse entonces que el valor central de la transferencia va más lejos que la repetición. Alude a la significación del presente y del pasado, y dice que todo remite (rememora, repite, corrige, responde, se vuelve en lo contrario) a otra cosa y que toda cosa vale por representar otra cosa que ella misma. Esa otra cosa fue vivida o no vivida, quizá sea de otro tiempo o de otro sector de la actualidad; así por ejemplo, el pasado (real o fantaseado) del paciente puede ser re-presentado por el presente y por ello

el presente (y el pasado también) cobra sentido y la vida del paciente recupera cierta unidad (Idem, 2002)

5.2 LA INICIACION DEL TRATAMIENTO

El primer encuentro con Joaquín fue mediante una llamada telefónica, el mismo día que realizó la entrevista de pre-consulta debido a que fue referido como urgencia por los antecedentes psiquiátricos, se estableció contacto con él un par de horas después, refiriendo que aún seguía en el área de la facultad de psicología ya que estaba adaptándose al ambiente estudiantil, se estableció la cita para el día siguiente.

El día de la cita Joaquín se comunicó vía telefónica tres horas antes de la hora acordada, dejó mensaje en recepción para confirmar su asistencia a la sesión, una hora más tarde volvió a comunicarse para preguntar si no había algún cambio de planes ya que él estaba listo para la sesión. Se presentó cuarenta minutos antes de la cita a la recepción y entregó una tarjeta de presentación, además de tomar el nombre de la recepcionista comentando que se estarían viendo por un tiempo aun indefinido.

A la hora puntual acudo a la recepción para dirigirnos al cubículo en el cual se realizarían las sesiones, Joaquín vestía de una manera llamativa, llevaba pantalón de vestir, camisa de mezclilla, corbata colorida, tenis

deportivos y gorra, llevaba una mochila que lo acompañó durante todas las sesiones la cual refirió le servía para que se dieran cuenta que era estudiante y no maestro de la universidad.

Se notaba angustiado, comentaba que no sabía que decir pero tenía muchas cosas por hablar, así que me presenté y le hice saber que no necesitaba empezar de alguna manera específica. Comenté que podríamos tomarnos unas cuantas sesiones y dependiendo de eso le propondríamos una forma de trabajo o incluso él podría decidir si seguía interesado en la propuesta terapéutica o decidía hacer algún cambio (Freud, 1913), a lo que refiere:

- *Eso sí que es nuevo, he tomado varias psicoterapias y en ninguna me habían dado la posibilidad de elegir que hacer, de hecho es la primera vez que asisto a un tratamiento por convicción propia y no porque me mandaron o me llevaron-*

Esta propuesta formó parte del inicio del encuadre ya que al establecer tal criterio, que representó para Joaquín el darle un lugar de importancia a su palabra y por lo tanto llegó la primera reacción evidente, la mochila que tenía puesta entre sus piernas la hizo a un lado para colocarla sobre el suelo y se permitió hablar:

- *Pensé que me harían preguntas sobre mi infancia o algo así, es por eso que no traía nada preparado, de hecho de haber sabido hubiera*

apuntado lo que quería decir. Soy alumno de la Universidad y estoy estudiando un doctorado en la Facultad de trabajo social, anteriormente siempre estuve en escuelas privadas y ahora que estudio aquí, quiero tomar estos servicios como buen universitario-.

Fue significativo que su presentación fue dirigida a hacer saber que era estudiante de la universidad, por lo que se le preguntó si él pensaba que tenía que ser parte de la Universidad para ser atendido a lo que respondió:

-Si, de hecho como soy alumno sé que tengo el derecho de ser atendido y si no lo fuera tal vez correría el riesgo de ser rechazado por no cumplir con algún criterio para recibir tratamiento-

Aquí empieza a manifestarse el temor a ser rechazado y la preocupación por no cumplir con ciertos criterios, esta información se repite en varias sesiones siendo evidencia de una demanda de tratamiento.

Esta primer sesión se desarrolló en contestar sus dudas referentes al cómo se trabajaría el tratamiento y que tendría que hacer él para ser “un buen paciente” y estar a la altura de la psicoterapia, después de esta presentación se estableció un segundo acuerdo, la próxima sesión, la cual fue programada para dos días después, estableciendo el mismo horario, lo que aproveché para preguntarle sobre el porqué había llegado tan temprano y el haber hecho las llamadas para confirmar la sesión, respondió que estaba preocupado a que algo fuera a salir mal, como que le fueran a cancelar la

sesión o a que lo dejara plantado, se aclaró que no habría cancelación o cambio de horario sin avisarle previamente. Aclarado esto terminamos la primera sesión.

Es importante mencionar que durante esta primer sesión se realizaron preguntas enfocadas en establecer el por qué fue referido como un caso de urgencia psicológica, aunque no se encontró alguna situación de riesgo o indicadores que establecieran un cuadro psicótico actual.

5.3 EL MOTIVO DE CONSULTA COMO PRIMER ACERCAMIENTO

El discurso que sostiene la posibilidad de iniciar un nuevo tratamiento esconde la verdadera demanda de análisis, aunque empieza a dar indicios valiosos de lo que nuestro paciente después logra elaborar:

-Solicité la terapia porque soy alumno nuevo de doctorado y como parte de la universidad quiero hacer uso de este servicio, ya que esto me hace sentirme tranquilo al hacer valer uno de mis derechos como universitario-

El acercarse al tratamiento y poder verlo como un derecho propio, libra en Joaquín la angustia de ser rechazado ya que el ser estudiante le brinda un criterio que lo incluye y de alguna manera asume que no habrá motivo (aunque el considera tener algunos) para ser rechazado. Es

precisamente el tema del rechazo que posteriormente emerge para trabajar la demanda en el análisis.

La segunda sesión llegó puntal a la cita, un poco menos ansioso inicia hablando y manifestando sentirse más tranquilo, refiere haber hojeado algunos libros de psicoanálisis que le serán de utilidad para aprovechar mejor la terapia, al preguntarle, él por que cree necesario tener que leer sobre el tema responde:

-Siempre es bueno el conocimiento, y si planeamos estar aquí durante algún tiempo no me gustaría estar en desventaja y estropear la terapia-

¿En desventaja? Pregunté

-Si, me daría mucha lastima estropear la terapia por falta de conocimiento y tampoco me gustaría hacerte perder el tiempo-

Se empieza a manifestar la forma de relacionarse intelectualmente, siendo esto uno de los temas principales del tratamiento, ya que sus relaciones interpersonales están basadas en la intelectualización, teniendo que demostrar que él sabe para no ser devaluado y también otra característica que se repite es la de tener que hacer más de lo normal.

Aunque ya se mostraba material para señalar, como este de sentirse en desventaja y tener que cuidar el tiempo del terapeuta decidí esperar el

tiempo adecuado en donde podríamos considerar una alianza terapéutica establecida en la cual se podría regresar cierta información. Como publica Freud en Sobre la iniciación del tratamiento de 1913, ante la pregunta de ¿Cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones al analizado? El responde “No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un rapport en regla” posteriormente sitúa como la primera meta del tratamiento el allegar al paciente a dicho tratamiento y a la persona del médico.

Pensando en eso la respuesta fue dirigida a la base del tratamiento, así que el siguiente dialogo se dio de la siguiente manera:

- comenté, si bien el tratamiento que estamos llevando se puede basar en el conocimiento, es en el de su propia persona, en el cual lo que se buscaría es en que pueda conocer sus propias reacciones, sentimientos o todo aquello que forma parte de Joaquín-

Respondió, - *eso me tranquiliza, ya que de alguna manera me puedo sentir en desventaja por no saber que hacer que hacer o como reaccionar-*

Le pregunté: -¿Y esto lo haces en otras situaciones?-

En el siguiente fragmento se muestra como la forma de ubicarse en el tratamiento es una repetición de lo que hace afuera, esto nos va llevando a

conocer la dinámica de sus relaciones a través de la transferencia ya manifestándose en tratamiento.

- *Por lo general procuro saber de todo y eso me hace sentir mas tranquilo, por ejemplo ahora en el doctorado, trato de adelantarme en las lecturas lo mas posible para que durante las clases pueda opinar y así los demás me consideren importante, y eso lo hago en casi todas partes, como no hay nada interesante en mi vida y la gente se puede aburrir de mi , pues al menos procuro que me tomen como el inteligente-*

¿Y ser el inteligente es suficiente?, pregunté

- *claro que no es suficiente, pero algo es algo, siento que no tengo nada mas que mostrar y por eso recurro a prepararme mas de lo necesario y de esa forma sobresalir-*

¿Cuando te diste cuenta de eso?

- *Buena pregunta, creo que nunca lo había pensado- se queda pensando un largo rato, haciendo gestos faciales que me parecían muy chistosos y el se daba cuenta de eso, después de un rato responde y es cuando empieza a hablar de su experiencia en el primer internamiento en el psiquiátrico.*
- *Creo que fue cuando estuve internado en el psiquiátrico del Estado, ahí me llevaron casi con engaños, aunque no recuerdo muy bien, pasé los primeros días de mi estancia ahí muy mal, no hablaba nada*

y me alejaba de todos, mucha gente se reía de mi por que decían que les parecía muy raro, después conforme me fui sintiendo mejor, me di cuenta que tenía que hacer algo para recuperar mi imagen y empecé a leer libros cuando todos me veían, como vi que eso funcionaba decidí formar un grupo de lectura con los demás pacientes y después se incluyeron algunos enfermeros y de esa manera todos me vieron diferente porque decían que era la persona mas inteligente del hospital-.

Ha sido interesante hasta este punto como la regla de la asociación libre y la escucha neutral nos ha dado la posibilidad en un par de sesiones de identificar la manera de relacionarse con su mundo externo nuestro paciente, esto con la finalidad de estabilizar la devaluación de su mundo interno.

5.4 COMPONENTES DEL ENCUADRE

En Consejos al médico, Freud formula una serie de indicaciones, desde metodológicas, donde destaca la Regla Fundamental de la asociación libre, otras recomendaciones son las referidas al contrato con el paciente en relación a la frecuencia, los honorarios, etc. y por ultimo las relacionadas al lugar del analista, donde menciona la abstinencia.

Entre las características explícitas o implícitas del encuadre psicoanalítico encontramos:

El definir qué se va a hacer, objetivos y conductas, como actuará cada uno, qué se espera que haga y qué no se espera, estipular que el trabajo será hablando, el habla será el vehículo para ambos, pero no cualquiera habla, se propone la asociación libre de censura de parte de uno e interpretación de parte del otro, ello crea cierta asimetría donde ambos hablan, pero distinto; el paciente debe decir todo lo que se le ocurra y el analista por su parte dosifica lo que dice y la oportunidad de decirlo, aplicando cierta estrategia (inspirada en la teoría y la experiencia y el estilo propio).

Referente a lo espacial: el paciente ocupará el diván y el analista se ubica de modo que uno no vea la cara del otro, en las sesiones participarán solo el analista y el analizando, el analista no intervendrá en la vida del paciente fuera de la sesión, se excluye la relación social.

En cuanto al tiempo, se establece la duración y frecuencia de las sesiones, hora, puntualidad, ausencias, interrupciones, etc. - el tiempo tiene además otra forma de presencia.

La duración de las sesiones, la reposición del tiempo por alguna llegada tarde del analista, el espacio físico, el uso del divan o la atención frente a frente, el manejo de los honorarios y los aspectos que pudieran presentarse como las vacaciones, el pago de las sesiones que no se asistió, etc.

5.4.1. SOBRE EL CONTRATO Y LOS ACUERDOS

En la tercer sesión se presentó la propuesta de trabajo y las normas para llevarlo a cabo, Freud lo llamaba el pacto, en el cual intervienen los términos en que se llevarán a cabo las sesiones, se propuso un tratamiento individual, en donde se le pide que hable lo mas libre que se sienta y tratando de no descartar cualquier comentario ya que todo se considera valioso, se hablo de una duración de aproximadamente cuarenta y cinco minutos cada sesión, se acordaron los dos días de la semana en que se realizarían estas sesiones, considerando las posibilidades de agenda por parte de los dos.

Estas condiciones de trabajo representaron el entendimiento de lo que se haría en el tratamiento, Joaquín lo estableció como un trato terapéutico:

-entonces ese es el trato para el tratamiento verdad?, que raro, mucha gente me había dicho que el psicoanálisis era sentarte frente a una persona que todo el tiempo se quedaba callada y te hacia hablar, me lo hacían creer como algo difícil de entender pero me queda más claro que nada-

5.4.2 ESTABLECIMIENTO DEL HORARIO Y EL TIEMPO COMO MOMENTOS PARA SENTIR

Dentro de las primeras situaciones a llamar la atención sobre Joaquín fue la extrema puntualidad, o lo que él nombró “el momento para sentir”. Desde la primer cita fue muy peculiar el hecho de llamar tres veces para confirmar la sesión justo 3 horas antes del horario acordado, durante el paso de las sesiones Joaquín llegaba desde treinta a cuarenta y cinco minutos antes ya que no quería perder ni un minuto para trabajar la psicoterapia, y fue en la quinta sesión donde se mostraría la forma del entendimiento que le dio al establecimiento del horario, fue la primera vez que no llegaba con importante anticipación, aunque llegó con cerca de cinco minutos de retraso, esto no lo angustió y al contrario de lo que hubiera esperado, hizo mención de algo que le serviría para el manejo del tratamiento. Mencionó:

-Ya sé que es un poco después de la hora, pero como quiero estoy tranquilo porque cumplí como debe de ser, ahorita que venia en camino y sonó mi alarma del inicio de la sesión empecé yo mismo el momento para sentir- hizo un silencio esperando que le preguntara que es ese “momento para sentir”

Pregunté *-¿ y aquí es donde esperas que te pregunte que es ese momento para sentir?-*

Sonríe y responde

- si, sabia que querrías saber que es eso, y fue algo que se me ocurrió saliendo de la sesión pasada, ya que me di cuenta que estaba diciendo cosas que nunca le hubiera dicho ni a mis amigos o a alguien cercano, pero también cuando me iba, pensé que eso nadie mas lo debería saber porque me sentiría muy en desventaja y es por eso que lo llamaré el momento para sentir, ya que lo que hable en ese momento será con la total verdad, y eso es simplemente la hora a la que empieza la sesión y dura hasta que se termina, o sea, empieza a las tres de la tarde y termina alrededor de las tres cuarenta y cinco-.

El momento destinado para las sesiones, donde debemos incluir los demás puntos del encuadre ya representaba un espacio de poder hablar libremente, que aunque al menos Joaquín lo define en base a el tiempo, es precisamente la propuesta de este proyecto, el reafirmar que el como se lleva a cabo el trabajo psicoanalítico representa la posibilidad de estructurar y brindar un alivio para quien se analiza.

Para identificar el que era lo que le brindaba ese momento de sentir y la diferencia de porque no hacerlo en otro momento, le cuestioné que en base a que se estaba permitiendo ese sentir y porque no hacerlo en otras ocasiones, a lo que respondió:

-pues lo hago porque aquí es diferente, lo que me agradó fue el acuerdo de que aquí no se me va a juzgar y además porque se

me da la libertad de decir lo que yo quiera y cualquier cosa se considera importante, creo que eso no lo había experimentado antes-

5.4.3. HABLAR Y ESCUCHAR

El encuadre establece el escenario del psicoanálisis, ubica a cada uno de los personajes participantes en su lugar y en su función, aquí ambos, psicoanalista y paciente, trabajan en el plano del hablar, asociar e interpretar y en el plano de la escucha.

El analista **escucha al paciente**, pero no es una escucha igual a otras: ante la asociación libre del paciente, el psicoanalista atiende con preferencia a ciertos puntos como la resistencia, la transferencia, la escisión. Etc. Y lo hace a partir de cierta toma de posición con las que privilegia su atención flotante, cuida su neutralidad y cumple con la abstinencia, y renuncia a la manipulación.

El escuchar sin juzgar y sobre todo sin devaluar lo que se escucha, ofrece a Joaquín un espacio de confianza que por momentos causó cierta incertidumbre.

-A poco no me va a juzgar si le digo algo que le parezca bobo, o se va a reír si digo algo que parezca chistoso, porque debo decirle que aunque diga cosas de manera chistosas, por dentro me hacen

sentir triste pero nunca lo digo-

Aunque hay criterios básicos del encuadre en el tratamiento psicoanalítico, no existe un estándar del que escuchar o como decir lo que se escucha, esto se forma a través del estilo del analista, generalmente basado en su experiencia reunida a través de supervisiones, su práctica y el análisis propio.

5.4.4. NEUTRALIDAD Y ABSTINENCIA

Hablar de abstinencia es proponer que el analista no intervenga en la vida del paciente, pero no se trata sólo de abstención en lo que hace a demandas afectivas o sexuales, sino y más generalmente, de evitar su actuación en el marco de la identificación proyectiva.

Hablar de neutralidad es pedirle al analista un suspender sus espontáneas tomas de partido frente a las ocurrencias de la vida del paciente, a lo que debemos agregar que esa suspensión preserva la curiosidad del analista, la cual lleva a permitir el desarrollo de secuencias sin presumir que él sabe de antemano a dónde es que ellas irán a parar.

El punto involucra también otro aspecto, el de la necesaria neutralidad del analista frente a sí mismo. La neutralidad es una norma del trabajo del analista que propicia una actitud que le invita a poner en cuestión

lo que siente, su pertinencia, y a aclarar de qué habla, qué origen tiene y a qué apunta; finalmente, es el establecimiento de una instancia interna, la de preguntarse el qué es lo que siente (la llamada contratransferencia).

Esta neutralidad no es de todo manifiesta, ya que no se establece dentro del trato que se realiza, pero su aparición es implícita, esto se manifestó en una de las sesiones en la cual se abordó el tema de los previos terapeutas de Joaquín:

- *Es muy rara la forma en la que te manejas, ya que pareciera que solo existes aquí adentro (cubículo) y después desapareces, yo estaba acostumbrado a que otros terapeutas me los encontraba en diferentes partes, de hecho uno es mi padrino, es un psiquiatra que me ha ayudado mucho y aunque empezó siendo mi terapeuta, hoy es también mi jefe porque trabajo en un proyecto con él y eso ha cambiado la relación-*

-¿Cómo que ha cambiado?- pregunté

-*Pues aunque confió mucho en él y me trata muy bien, ahora siento que ya no puede ser mi psiquiatra porque si le cuento todo lo que hago o lo que pienso, creo que ya no confiaría en mi para el trabajo que estoy haciendo-*

Evidentemente el hecho de que la relación terapéutica haya salido del espacio establecido ha generado para Joaquín cierta desconfianza hacia

lo que el terapeuta pueda pensar y por ende la manera en que podría juzgar estando fuera de lo que nosotros conocemos como dispositivo analítico, es por eso que la neutralidad establece condiciones manejables para nuestro paciente.

Esta neutralidad está en la base de poder asumir que en lo que el analista siente como contratransferencia, están involucrados tanto él mismo (su transferencia) como el paciente. Por ello, ante la contratransferencia, el analista se dispone a analizarse.

CAPITULO 6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo uno. Analizar el aspecto estructurante del encuadre en el caso de un paciente con antecedentes de episodios psicóticos.

Objetivo dos. Analizar las consecuencias psíquicas desencadenadas por establecimiento del dispositivo analítico como un espacio personal.

6.1. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS

Objetivo uno. Analizar el aspecto estructurante del encuadre en el caso de un paciente con antecedentes de episodios psicóticos

El ajuste del encuadre y la calidad del encuentro analítico se define en gran parte por la actitud y disposición de quienes llevan a cabo el proceso.

En el trabajo presentado la disposición fue un factor primordial, tanto por parte del analizado que siempre se presentó como “interesado en hacer las cosas bien”, como de lado del analista en donde el cumplimiento de la escucha libre flotante y la abstinencia necesaria se complementa con la flexibilidad necesaria para brindar un espacio confiable y disponible para el trabajo analítico.

Es precisamente la combinación de flexibilidad con reglas claras y entendibles que aportó la posibilidad de trabajar con esa demanda con la que llegó Joaquín a la consulta, la cual se basó en un principio en la necesidad de ser reconocido como parte de la comunidad universitaria y el poder ser escuchado como una persona “normal” sin tener que cuidarse por lo que se dice o hace por el miedo a ser juzgado o rechazado.

El iniciar un proceso terapéutico en una unidad perteneciente a la misma Universidad significó el ser aceptado como parte de la institución y eso le dio la posibilidad de sentirse parte de un grupo en el cual logró identificar a través de esta aceptación como la primer forma de ser escuchado y de darle atención a un dolor que incluso ya había llevado a diferentes entidades terapéuticas.

Este sentirse escuchado presentó también la posibilidad de escucharse, esto como resultado de encontrar un espacio para llevar su dolor y “dejarse conocer” como él le llamaba.

El encuadre jugo su papel como estructurante de un manejo terapéutico, el cual una vez entendido pudo ser llevado al afuera, a la vida diaria de Joaquín, el cual una vez comentó

Me di cuenta que también fui escuchado afuera, estaba platicando con mi amiga de lo que yo sentía y para cuando me respondió que nunca me había escuchado decirle algo así.

Green en 1964, nos decía que no estamos en la época del Edipo, sino en la de Hamlet. Transitando por ese confín entre el ser y el no ser (la clínica del vacío). Se trata de pacientes a quienes se les ofrece una experiencia que permita adquirir la capacidad de pensar. Son sujetos que nos hablan de sensaciones de vacío, del sin sentido, y del no poderse involucrar emocionalmente. He aquí donde el encuadre ofrece un sitio seguro para pensar, sentir e involucrarse de manera segura con esos referentes con los cuales alguna vez se fracasó, mediante la adquisición de conocimientos, tanto de si mismo como de sus objetos internos y externos. creando la posibilidad de desarrollar procesos de simbolización

Objetivo dos. Analizar las consecuencias psíquicas desencadenadas por establecimiento del dispositivo analítico como un espacio personal.

El encuadre cumple una doble función de liberar y a la vez poner límites al funcionamiento en sesión del paciente y el analista. Es en ese sentido que se puede pensar en una matriz activa y un conjunto de elementos que realizan una necesaria puesta de límites (Green, 2003).

Es importante mencionar la debilidad del Yo que llegó solicitando “apoyo emocional”, un Yo que al parecer no sentía sus sentimientos, sino que se limitaba a actuarlos en base a no causar – causarse daño, un Yo muchas veces derrumbado que no había logrado integrar los vínculos objétales, dichos vínculos que fueron integrándose durante el paso de las sesiones con el nuevo elemento de la relación con el analista en el cual se permitía dar un vistazo a los vacíos internos.

Desde un principio los acuerdos establecidos de cómo llevar la relación terapéutica fue colocando los pilares necesarios para darle soporte al discurso que sesión tras sesión era menos cuidado y mas libre. La ansiedad que se presentaba por el hecho de no saber que decir o no cometer errores al hablar de algo fue disminuyendo, en ningún momento existió un intento por imponerse o resistirse a la forma de llevar el tratamiento, que mas allá de verlo como una resistencia representaba un voto de confianza y aceptación de trabajar en conjunto.

Como resultado del trabajo se encuentra el Yo como un todo coherente, donde se integraron los contenidos rechazados, los cuales se pudieron elaborar y asimilar en la relación analítica, recreando un mundo que estaba inmovilizado, aparentemente vacío.

OBSERVACIONES

Durante el tiempo de tratamiento Joaquín logró acercamiento con sus padres mejorando la relación, además renunció al doctorado que se encontraba estudiando ya que refirió sentir que no era lo que necesitaba y que continuaría proyectos personales.

Aproximadamente un año después del término del tratamiento, en un encuentro casual con Joaquín me hizo saber que se encontraba estable, que no había tenido “recaídas emocionales” y que se encontraba muy contento con lo que estaba haciendo.

En lo personal fue muy gratificante el trabajo realizado con Joaquín ya que al inicio se presentó como un reto importante por la demanda de ayuda que venía de parte de él y por interés personal de apoyar en su bienestar.

Cabe mencionar que se presentaron algunas dificultades durante el periodo del tratamiento con la Institución, debido a sus conductas “raras” como la forma de vestirse muy llamativa, la manera de relacionarse con el personal de la clínica como intendencia y recepcionista con quienes siempre busco cierta camaradería al punto de terminar por ganárselos e incluso acompañarles en sus horarios de comida.

Otra complicación que he encontrado es al escribir este reporte de caso, ya que entiendo que parte de mi forma de llevar a cabo el tratamiento se aleja de lo considerado como ortodoxo y esto puede generar críticas de parte del lector, las cuales estoy a la orden de abrir un espacio de dialogo.

Aunque pueda resultar complicado el tratar de plasmar el desarrollo del tratamiento mediante un escrito, espero se pueda transmitir la satisfacción sentida por un servidor al ser parte del proceso llevado por Joaquín y el cual se reafirmo durante un breve saludo en un encuentro casual posterior.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo con pacientes con antecedentes psicóticos generalmente lleva a modificar o adaptar los aspectos formales del encuadre. Es imprescindible la actitud del clínico para crear el vinculo necesario que pueda librar las complicaciones externas y que facilite el contacto respetando la individualidad de cada paciente, la suma de esto genera un encuentro original e irrepetible, que basado en la flexibilidad técnica se constituya un encuadre que contenga el proceso terapéutico.

Mediante la disposición flexible del encuadre se busca se posibilite la construcción, en conjunto con el paciente de momentos de encuentro y de la

experiencia de una adecuada relación. Logrando ir mas allá de una técnica fija y rígida aplicada al igual para todos los pacientes.

En este encuadre “hecho a la medida” se le presento a Joaquín esa posibilidad de ser incluido y aceptado, atendiendo sus particularidades y el espacio para ser escuchado pero sobre todo para escucharse a si mismo y a partir de ahí permitirse sentir.

La propuesta de tratamiento hecha a Joaquín logró la conexión buscada por él, respetando su tiempo y su manera de vincularse, dicho encuentro con alguien que le pudiera escuchar y acompañar en su historia y su presente le dio la posibilidad de permitir escucharse y elaborar.

El encuadre es necesario ser revisado durante todo tratamiento clínico, más es fundamental el que sea manejado respetando la necesidad de cada paciente, siempre pensando en su bien y en lo que para el represente una cura.

Como conclusión final y a manera de recomendación, es prioritario que el analista identifique la necesidad del paciente y de una manera coherente con su formación provea de los recursos necesarios para cada persona que solicita tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, J. (1967) *Simbiosis y Ambigüedad*. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós
- Etchegoyen, H. (1997). *Los fundamentos de la Técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Roudinesco E.(1997) *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós
- Sullivan H.(1959) *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique
- Abraham K. (2008) *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Aguilar ediciones.
- Garza A. (2001) *Psicoanálisis y psicosis*. Madrid Ed. Síntesis
- Leclaire S.(2001) *Principios de una psicoterapia de las psicosis*. Madrid Editorial Síntesis
- Nasio J. (2001) *Un psicoanalista en el diván*. Buenos Aires: Paidós
- Ferenczi S. (1997) *Sin simpatía no hay curación*, el diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu
- Doria R. (1995) *Hacia el psicoanálisis de las psicosis*. Buenos Aires: Lumen
- Freud, S. (1900) *La interpretación de los sueños*. Obras completas, vol. IV, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1904): *El método psicoanalítico*. Obras completas, vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905): *Sobre psicoterapia*. Obras completas, vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1910): *Sobre el psicoanálisis silvestre*. Obras completas, vol. XI Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1910): *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Obras completas, vol. XI, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1912): *Sobre la dinámica de transferencia*. Obras completas, vol. XII, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1912): *Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico*, vol. XII, Buenos Aires: Amorrortu

- Freud, S. (1913): *Sobre la iniciación al tratamiento*. Obras completas, vol. X11, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1914): *Neurosis y Psicosis*. Obras completas, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- PACIUK, S. (2002). *Elogio del encuadre*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis no. 96: 37-56.
- SCHROEDER, D. (2010). *Repensando el encuadre interno*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis n. 110: 144-60
- Schroeder, D (2010). *El concepto de encuadre.-* Revista Uruguaya de Psicoanálisis n. 111: 203 - 227
- Alizade A. (2002) *El rigor y el encuadre interno*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis; 96: 13-16 - 13
- Casas M. (1980) *Entre la repetición y la ausencia* Revista Uruguaya de Psicoanálisis. no 60: 47-54.
- Viñar M. (2002) *Sobre el encuadre y proceso analítico en la actualidad*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis no. 96: 31-36.
- Schkolnik F. (2008) *Practica psicoanalítica: trabajando las diferencias ¿Una práctica psicoanalítica o varias?*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis. no 106:7-21