

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El uso de videojuego como una modalidad a la técnica psicoanalítica en el tratamiento de adolescentes: estudio de caso

Autor: Lila Madrigal Guridi

**Tesis presentada para obtener el grado de:
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia**

**Nombre del asesor:
María Celina Arredondo**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UVQ M.R.
**UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA**

**“EL USO DEL VIDEOJUEGO COMO UNA
MODALIDAD A LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA
EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES.
ESTUDIO DE CASO”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA
LILA MADRIGAL GURIDI**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA CELINA ARREDONDO**

**ASESOR METODOLOGICO
DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ**

R.V.O.E. MAES-971001

CLAVE 16PSU0023Y

MORELIA, MICHOACÁN, OCTUBRE DE 2006



TM224



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

**“EL USO DEL VIDEOJUEGO COMO UNA MODALIDAD A LA TÉCNICA
PSICOANALÍTICA EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES.
ESTUDIO DE CASO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

LILA MADRIGAL GURIDI

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MARIA CELINA ARREDONDO

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ

RVOE MAES-971001

CLAVE 16PSU0023Y

Morelia Mich. , Octubre de 2006.

Jugar

*.....a las escondidas es su primera actividad
lúdica y en ella elabora
la angustia del desprendimiento,
el duelo por un objeto
que debe perder. A los cuatro meses
el niño juega con su cuerpo
y con los objetos; desaparece tras
la sábana y vuelve a aparecer;
de este modo el mundo
se oculta momentáneamente y vuelve
a recuperarlo cuando sus ojos
se liberan del objeto tras del cual estaba
escondido. También juega
con sus ojos: al cerrarlos y abrirlos
tiene el mundo o lo pierde.*

Arminda Aberastury, 2005.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sino gracias al apoyo de mi familia. A Eric, el compañero, el amigo, el esposo, que siempre estuvo motivándome a seguir adelante en mi crecimiento, culminando con este proyecto, apoyo emocional invaluable.

A mis padres, que gracias a ellos he logrado llegar hasta este momento tan importante de mi vida, enseñándome que el camino a pesar de los obstáculos, siempre tiene una luz, y que con su ejemplo como personas y profesionistas, me impulsan día a día a seguir adelante.

A mi hermano, que siempre ha estado a mi lado y aprendí de él, que con valor, lucha, entrega y cariño, se puede continuar el camino deseado y llegar a las metas planeadas, a pesar de las desavenencias que el destino nos depara.

A mi maestra, asesora y sobre todo amiga, Dra. María Celina Arredondo, que gracias a su empeño, paciencia y confianza, estuvo siempre apoyándome a lo largo de mi formación y culminación de este trabajo, además de ser un ejemplo en la vida profesional y personal.

Agradezco a la Dra. Patricia Bonilla, quien me enseñó que el camino de la ciencia y la investigación, no se aprende en los libros, sino en la práctica, sembrando en mí la pasión por el quehacer científico.

A todos los docentes de la formación, que dieron más allá del elemento académico, compartiendo sus experiencias a lo largo del camino, acompañándome en arduamente.

A mis amigas(os) y colegas, que estuvieron a mi lado, mostrándome mis errores y aciertos, compartiendo conmigo hasta la fecha.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	9
1. LA TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.	10
1.1. Los antecedentes de la técnica.	10
1.2. La constitución del proceso analítico.	12
1.2.1. La situación analítica.	12
1.2.2. El encuadre.	13
1.2.3. El proceso.	17
1.3. Instrumentos de la técnica.	19
1.4. Etapas del análisis.	25
2. TÉCNICA PSICOANALÍTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.	34
2.1 Diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica infantil.	34
2.2 Técnica de juego.	36
2.3 Proceso psicoanalítico en adolescentes.	40
3. MODALIDADES TÉCNICAS.	61
4. JUEGOS Y VIDEOJUEGOS.	74
4.1 Historia del juego.	74
4.2 Historia del videojuego.	74
4.3 Los videojuegos como impacto social, cultural y psicológico de nuestros tiempos.	77
CAPÍTULO II: ASPECTO METODOLÓGICO.	82
1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	83
1. 1. Objetivo General.	83
1.2. Objetivos Particulares.	83
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	83
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	84
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.	84
5. DIMENSIONES CRÍTICAS	87
6. EJES TEMÁTICOS.	88

6.1 Técnica tradicional psicoanalítica con el uso de la palabra	88
6.2 Modificación de la técnica tradicional psicoanalítica con el uso del videojuego	89
7. TEORÍA METODOLÓGICA.	89
8. PARTICIPANTES.	90
9. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	91
HISTORIA CLÍNICA.	91
SESIONES.	91
10. PROCEDIMIENTO.	91
11. ANÁLISIS DE DATOS.	92
12. CRITERIOS DE VERIFICABILIDAD.	93
13. RESULTADOS.	94
14. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	119
CONCLUSIONES.	127
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	129
REFERENCIAS.	130
NOTAS Y ANEXOS.	134

RESUMEN.

En el presente trabajo se estudiaron las aplicaciones técnicas del empleo del videojuego como una modificación a la técnica psicoanalítica, en un estudio de caso de un adolescente de 14 años, en la Ciudad de Morelia, Michoacán, México. Los objetivos fueron el mostrar la utilidad del videojuego dentro de la técnica psicoanalítica, siendo ésta una modificación a la técnica, tomando como instrumentos la Historia Clínica, las Sesiones que fueron transcritas y el videojuego, este último analizado las ocasiones utilizado durante el tratamiento para saber la aplicación y utilidad del mismo; Los resultados confirmaron su aplicación y aprovechamiento de este juego como una técnica más de la psicoterapia psicoanalítica.

Palabras claves: adolescente, técnica, videojuego, historia clínica.

ABSTRACT.

The present work studied the technical applications of the videogame as a modification of the psychoanalytic technique, in a case study of an adolescent of 14 years, in the City of Morelia, Michoacan State, Mexico. The objectives showed this utility of the videogame in the psychoanalytic technique, seeing this as a modification of the technique, taking as instruments the clinical History, the transcript Sessions and the videogame, this one analyzed the moments that where used during the treatment seeing the application and utility of the same; The results confirm the application and profit of this game as another psychoanalytic technique in psychotherapy.

Key words: adolescent, technique, videogame, clinic history.

INTRODUCCIÓN

La técnica psicoanalítica como tal, no ha cambiado mucho desde sus inicios; las modificaciones que se han hecho, han tenido lugar debido a las necesidades poblacionales y el contexto social, económico, político y cultural. Dichas modificaciones se han utilizado para dar tratamiento a pacientes psicóticos, contraindicada en un principio la psicoterapia psicoanalítica, casi imposible de llevarse a cabo, pero que gracias a estas modificaciones ha tenido grandes éxitos y ha dado pie a posteriores investigaciones a profundidad.

El trabajo con niños, también presentó obstáculos con la técnica empleada y conocida, de manera que también ha habido modificaciones y han sido sustentos, del trabajo actual con este tipo de pacientes.

Así como en los niños, los adolescentes también presentan características particulares, que han llevado a diversificar el espectro técnico, e inclusive el uso de juegos a manera de regresión, acorde con las etapas de desarrollo. Actualmente, uno de los juegos más empleados por esta población es el videojuego, el cual no se había considerado como un medio auxiliar, para la elaboración de algunos o varios aspectos dentro del complejo proceso de la psicoterapia psicoanalítica. Es por ello que, dado un caso clínico como el estudiado, dio origen a la posibilidad de reconocerlo como útil técnicamente.

El presente proyecto tiene como finalidad mostrar la importancia y utilidad del uso del videojuego, como un instrumento técnico dentro del proceso psicoterapéutico psicoanalítico, dado que, no obstante que es un juego moderno y tecnológico, es actualmente de gran uso entre la población infantil, y adolescente, mostrando los descubrimientos y el empleo del mismo para determinar y encontrar los procesos psíquicos del paciente, medio por el cual ha sido posible llevar a cabo el tratamiento.

El trabajo consta de un primer capítulo que relata el fundamento teórico, dando primeramente las pautas y aproximaciones acerca de la técnica y de la psicoterapia, en adolescentes; un estudio bibliográfico de los videojuegos, particularmente de los empleados en dicho tratamiento, así como los diferentes trabajos sustentados teóricamente de las modificaciones que se han llevado a cabo en otros estudios.

El segundo capítulo se refiere al aspecto metodológico. Teniendo como objetivo general analizar el uso del videojuego como una modalidad de instrumento técnico útil dentro de la psicoterapia psicoanalítica en adolescentes, en un estudio de caso de un adolescente. Se hace un planteamiento del problema con sus respectivas preguntas de investigación, así como la importancia del estudio con dimensiones críticas. Posteriormente se analizan los ejes temáticos, los cuáles son los siguientes: la técnica tradicional psicoanalítica, haciendo uso de la palabra y la modificación técnica, a partir del uso del videojuego. Se hace referencia a una teoría metodológica en la cual se aborda el enfoque de investigación, dentro de un esquema psicoanalítico. A continuación se establecen los participantes, tanto el paciente, estudio de caso, así como el investigador. Las técnicas de recolección de datos fueron la Historia Clínica y las sesiones con el paciente.

Finalmente se presentan los resultados, con su correspondiente discusión y finalmente se concluye.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. LA TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

1.1 Los antecedentes de la técnica.

Se considera al psicoanálisis, una forma de psicoterapia especial, llegando a consolidarse como ciencia a partir del siglo XIX en Francia, tanto en la Salpêtrière, como en Nancy, con Jean-Martin Charcot y Liébeault y Bernheim respectivamente.

Sin embargo, la psicoterapia considerada como un arte, más que una ciencia, comprendió aspectos teóricos y se practicó desde Hipócrates hasta el Renacimiento. Para Frieda Fromm-Reichmann (1950), Paracelso se considera el padre de la psicoterapia como precursor, comprendiendo la naturaleza humana, y a Vives, Agripa o Weyer como padres de la psicoterapia científica.

A finales del siglo XVIII, con la *reforma hospitalaria* de Pinel, se introduce un trato humano para el paciente con enfermedad mental. Su discípulo Esquirol (1772-1840), crea el *tratamiento moral* (conjunto de medidas no físicas que preservan y levantan la moral del enfermo, especialmente el hospitalizado).

Liébeault aplica la hipnosis desde un enfoque científico y de asistencia, llevando a cabo un tratamiento personal, pero no interpersonal. De igual forma, Charcot trabaja con esta técnica, pero ambos con la finalidad de que el paciente olvide, induciendo una conducta sana para el paciente.

La sugestión como fuente del efecto hipnótico y motor de la conducta humana, es trabajada a profundidad por Hyppolyte Bernheim, en Nancy, dándole énfasis a la relación médico-paciente.

Años después, los trabajos de Janet, Breuer y Freud, destacan la relación interpersonal de la psicoterapia, como tratamiento indispensable. A diferencia de la técnica hipnótica, Breuer y Freud, renuncian a la meta del olvido, finalidad de la

sugestión, haciendo uso del hipnotismo para que el paciente expusiera sus pensamientos y tuviera la oportunidad de hablar y recordar. Posteriormente, el mismo Freud lo abandona, declarándose como “mal hipnotizador”, dando pie a la elaboración de una nueva técnica para llegar al trauma: la coerción asociativa. Así fue como se llega al descubrimiento de la resistencia y del conflicto entre el deseo de recordar y el de olvidar. Sin embargo, ante estos descubrimientos, la coerción ya no se justifica, ya que siempre aparecerá la resistencia, de manera que surge una nueva modificación: *la asociación libre*, a partir de una nueva teoría, la de la resistencia.

Ante estos descubrimientos, tanto la teoría del trauma y la del recuerdo, sucumben a la teoría sexual, centrándose el conflicto no sólo entre el olvido y el recuerdo, sino también entre fuerzas instintivas y represoras. De aquí surge, un nuevo descubrimiento: la interpretación, como instrumento técnico fundamental.

Posteriormente y a través de estos hallazgos, se van definiendo de forma más clara y concisa, los parámetros técnicos que han de llevarse a cabo, desde el encuadre hasta la regla fundamental, que es la regla de abstinencia.

Es Freud quien sustenta la psicoterapia como un tratamiento dirigido a la psiquis, con una teoría científica de la personalidad. Esta psicoterapia, posee características particulares que le dan sustento, como lo es su método, la comunicación; su instrumento, la palabra; su marco, la relación médico-paciente y su finalidad, la cura.

De esta manera se concibe que tanto las teorías de Breuer como de Freud, son enteramente psicológicas.

1.2 La constitución del proceso analítico.

1.2.1 La situación analítica.

Por situación analítica, se entiende el sitio o lugar en el cual se lleva a cabo el tratamiento analítico. De manera que esta relación muy particular entre dos personas, que se definen como analizado y analista, se atienen a reglas de comportamiento, determinadas para llevar a cabo la tarea de explorar el inconsciente de una de ellas, con la participación técnica del otro.

Algunos autores definen la situación analítica de la siguiente manera:

Para Gitelson, citado en Etchegoyen (1999), "...configuración total de las relaciones interpersonales y de los eventos interpersonales que se desarrollan entre el psicoanalista y su paciente". En la misma línea, Lagache, utilizando la palabra ambiente, a manera de situación, explica que el ambiente analítico es ese conjunto de las condiciones materiales y psicológicas, así como su secuencia, en donde se desarrollan las sesiones psicoanalíticas.

Si se trata de reglas, entonces se entiende que son aquellas normas estipuladas de forma empírica, para el mejor desempeño de la tarea analítica, prácticamente de igual forma a las consideradas en 1912 por Freud (op.cit.).

Existe una diferencia entre situación y proceso, en donde la primera tiene una connotación de tipo espacial y la segunda de tiempo. El campo es la zona de interacción entre el paciente y el ambiente, la persona y el analista. De tal manera que la situación analítica, es un campo.

Para Pichon Rivière, este campo además de de ser interactivo es de observación. Willy y Madeleine Baranger (citados en Etchegoyen, 1999), hacen la diferenciación del campo psicoanalítico dada su configuración, en donde la fantasía inconsciente, donde participan ambos componentes, determinan la acción de los mismos.

Grumberger considera que la situación analítica, es el remanso narcisista que motoriza el proceso, o bien el deseo del analista.

Existen divergencias sobre la conceptualización de la participación, en la situación analítica; para algunos autores se refiere al analizado y para otros, se da entre paciente y analista. Pero si se trata de una fantasía compartida, el analista no puede quedar fuera de la situación analítica, porque además de ser compartida, es interaccional, de lo contrario, estorbaría en el surgimiento del insight en el paciente, así como la labor del analista quedaría exclusivamente como teorizante.

Por otro lado, ocurre que la situación es lo estable, lo que permite la labor terapéutica y lo que se establece sobre esta base, es la neurosis de transferencia.

1.2.2 El encuadre.

Para Greenson (1997) el encuadre analítico se refiere al contexto, tanto físico como a los procedimientos acostumbrados de la práctica psicoanalítica, que son parte inherente del proceso psicoanalítico.

Bleger (citado en Etchegoyen, 1999), establece que el proceso analítico necesita un no proceso, y para poder realizarse necesita de esa parte inamovible, el encuadre (setting).

Entonces el encuadre es el conjunto de estipulaciones, que aseguran el mínimo de interferencias a la tarea analítica, que ofrece el máximo de información que el analista puede recibir.

Cuando el encuadre se perturba pasa a ser proceso, ya que lo que define el setting es su estabilidad, sin embargo, llega a cambiar lentamente de forma autónoma, pero nunca en función de las variables del proceso. De manera que

éste no debe depender de las variables. Cuando surge una acción sobre el encuadre, se trataría de un acting out del analista.

El encuadre a su vez, es una oportunidad para repetir la situación inicial de madre e hijo en la simbiosis, dadas sus características.

Zac (en Etchegoyen, 1999), considera que en el tratamiento psicoanalítico, existen tres tipos de constantes:

- i. Absolutas. Aparecen en todo tratamiento psicoanalítico.
- ii. Relativas. Son de dos tipos: las que dependen de cada analista y las que derivan de la pareja analizado-analista. Las que dependen del analista son como aquellas que se refieren a algunos rasgos de personalidad, ideología científica, lugar de consultorio, conformación del mismo, honorarios, días feriados, vacaciones, etc.
- iii. Relativas que dependen de la pareja: son las que más prestan soporte a los conflictos de Contratransferencia.

El encuadre es el marco que alberga un contenido: el proceso. Entre ambas se da una relación continente/contenido (de acuerdo con Bion). Este contenido está constituido por tres elementos: transferencia, contratransferencia y alianza terapéutica; este contenido es variable cambiante.

Las normas que albergan el encuadre, de acuerdo con Zac se refieren a lo siguiente:

Frecuencia y duración de las sesiones (constantes absolutas). Originalmente con Freud, se proponía que la frecuencia fuera de 6 sesiones a la semana, en Argentina se sitúa en 5, sin embargo, actualmente en México, se estipula de 3 a 4 sesiones, dadas las condiciones económicas y laborales. No así en provincia, en donde las sesiones se llevan a cabo 2 veces por semana. Para algunos autores,

este tipo de frecuencia no es lo suficientemente adecuado para poder llamarle un análisis, de manera que se le nombra como Psicoterapia enfocada psicoanalíticamente. En cuanto a la duración, generalmente se refiere a 50 minutos, aunque algunos autores como Winnicott, establecen el análisis *on demand*, o como Lacan, de tiempo libre, discutido ampliamente.

La actitud analítica. La salud mental del analista, es punto esencial para la disposición a trabajar con el paciente, para realizar de la mejor manera posible su labor: explorar sus procesos inconscientes y hacérselos saber.

Para poder llevar a cabo esta actividad tan difícil y constante, Freud asumió dos vertientes: la regla de abstinencia y la reserva analítica.

Lo que el análisis requiere del paciente es la motivación; los síntomas neuróticos o rasgos discordantes de carácter, tienen que hacer sufrir lo suficiente al paciente, para soportar el trabajo analítico, que se refieren a la curiosidad y el deseo de entender, estar dispuesto a soportar el hecho de “revelarse” ante el terapeuta, sus experiencias más íntimas, estar dispuesto a gastar tiempo y dinero, así como renunciar a las ventajas secundarias de su padecimiento.

Se pide que el paciente sea capaz de lo siguiente:

- a) regresionar y progresar
- b) ser pasivo y activo
- c) de renunciar al control y de mantenerlo, así como
- d) renunciar a la prueba de realidad y de conservarla.

Para lograr lo anterior, el paciente debe tener funciones yoicas elásticas y flexibles.

Lo que el psicoanálisis requiere del psicoanalista, es una gran inteligencia y un elevado nivel cultural, pero lo más importante, es que el analista tenga una mente inconsciente inteligible y disponible, además, evidentemente haber pasado por la

terapia psicoanalítica personalmente, de tal manera que le ayuden a que sus conflictos inconscientes, sean controlables y accesibles para emplearlos en su labor con los pacientes. **El *analista espejo***, como aquel que refleja y no proyecta lo que el analizado pone en él.

La regla de abstinencia, se refiere al hecho de que el analista no debe gratificar los deseos del paciente en general y sobre todo, sus deseos sexuales. El encuadre es una actitud mental del analista, de introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso. Entonces el encuadre debe concebirse como una actitud ética que no permite emerger los propios deseos del analista.

El contrato. El propósito del contrato, es el definir las bases de trabajo a realizar, estableciendo de forma clara y concisa tanto los objetivos, como las expectativas y las dificultades que los compromete al trabajo analítico, con lo cual se evitarán ambigüedades o malos entendidos durante el desarrollo del mismo.

Tanto el encuadre como el contrato, serán las estrategias para llevar a cabo el tratamiento, incluyendo el término del mismo; si alguno de los dos participantes, decidiera terminar el tratamiento sin acordarlo de ante mano, será sólo una interrupción. Sin embargo, tanto el analizado como el analista, tienen libertad para rescindir el contrato en circunstancias especiales.

De acuerdo con los consejos de Freud (citado por Etchegoyen, 1999), las cláusulas que confieren el contrato analítico son:

- La regla fundamental.
- El uso del diván.
- El intercambio de tiempo y dinero (frecuencia y duración de las sesiones).
- Ritmo semanal y vacaciones.

Se trata de un contrato democrático, aquel que toma en cuenta las necesidades del tratamiento y las armoniza con el interés y la comodidad, tanto del analizado

como del analista. El contrato llamado autoritario, consiste en que el analista, a su conveniencia, configura las cláusulas anteponiéndolas al desarrollo del análisis.

Si bien dichas cláusulas son recíprocas entre ambas partes, existen derechos y obligaciones que son propias como personas, de manera que la discriminación será difícil. Es el caso de la supervisión de pacientes, la cual evidentemente no queda incluida en el contrato. De esta manera es importante deslindar todo aquello que es parte del contrato y lo que pertenece al fuero interno, a la libertad individual de cada uno de los participantes.

1.2.3 El proceso.

El proceso es una sucesión de eventos con sus conexiones causales más las acciones que el terapeuta va imprimiendo en ciertos momentos, para que la secuencia sea esa y no otra.

Como proceso terapéutico se considera “una serie interrelacionada de sucesos psíquicos dentro del paciente, una continuidad de fuerzas y actos psíquicos que tiene un fin o efecto reparador. Suelen provocarse por los procedimientos técnicos. La abreacción, la recuperación de recuerdos y el insight son procesos terapéuticos” (Greenson, 1997, 23).

De igual manera algunos autores manejan el proceso, como una situación natural, dado que el ser humano busca crecer y desarrollarse, y nuestra labor profesional consistiera en quitar o desbloquear, todos aquellos obstáculos que impiden el flujo normal del psiquismo.

De acuerdo con Etchegoyen (1999), el proceso psicoanalítico es un devenir temporal de sucesos que se entrelazan y llevan a un estado final, mediante la intervención del analista. Este proceso ocurre entre el analizado y el analista, que

trabajando en conjunto se darán relaciones objetales así como transferencias e identificaciones.

El trabajo fundamental del analista en el proceso, es el de buscar aquellos remanentes o huellas del pasado del analizado, que todavía persisten, superando las resistencias.

Actualmente no se puede hablar de un psicoanálisis, ya que existe una gran variedad de esquemas referenciales, de tal manera que no hay una teoría de la técnica única, o un modelo único de proceso psicoanalítico. De acuerdo con la orientación teórica de cada uno, se tendrán distintas versiones de dicho proceso.

Braier (1990) entiende el proceso como la existencia de una serie de fases de un fenómeno, o bien de la evolución de una serie de fenómenos, íntimamente relacionados y que se suceden en una dirección, tendiente a la consecución de un objetivo final. En el proceso terapéutico propiamente, se asisten una serie de estados, tanto en el paciente como en el terapeuta, que se van a producir ante la tentativa de obtención de un fin terapéutico: lograr el estado de mejoría o de salud.

Klimovsky (en Braier, 1990, 23) cita que el terapeuta "...en algunos momentos del proceso, interviene con su acción y produce un cambio", entendiéndose por acción el acto de interpretar. Si no hay cambio, se dice que el proceso se ha estancado.

Todo proceso terapéutico deber ser concebido y definido, en relación directa con sus objetivos. Concebidos desde varios puntos de vista metapsicológicos:

- Topográfico: hacer consciente lo inconsciente.
- Estructural: donde ello era yo debe devenir.
- Dinámico: la acción sobre las defensas del yo, que en el análisis actúan como resistencias. Levantar represiones y sustituirlas por: a) represiones útiles, b) desestimaciones (juicio adverso o de condensación), o bien: las

pulsiones podrán expresarse de un modo directo y, por último, ser sublimadas.

- **Económico:** el analizado arrije a un nuevo equilibrio de las energías en su aparato mental, a la vez que a una redistribución de las cargas, de manera que intercepte los mecanismos de formación de síntomas.

También se conciben otras maneras de formular metas terapéuticas, ya sea desde la teoría de la libido y el proceso transferencial, o bien en cuanto al carácter.

1.3 Instrumentos de la técnica.

Es necesario hacer una diferenciación entre lo que corresponde al material y al instrumento. El material es lo que el paciente da de forma consciente o inconsciente al analista, sobre su estado mental. Esta información la comunica, dada la indicación de la regla fundamental.

Los instrumentos son los medios de los cuales se vale el terapeuta, para recaudar y recibir dicha información, o bien influir cambios o mejoras en el paciente. Los instrumentos se dividen en la siguiente forma:

a) Instrumentos para influir sobre el paciente.

- a. Apoyo.** Es una actividad o acción que lleva a cabo el terapeuta, tratando de dar estabilidad o seguridad al paciente, a manera de respaldo.
- b. Sugestión.** Acción de introducir en la mente del enfermo, algún tipo de juicio o afirmación, para que pueda operar intrasubjetivamente, con la finalidad de modificar una determinada conducta patológica. Está relacionada con la inducción de ideas, emociones e impulsos en un paciente. "Se considera válida dentro del análisis, siempre y cuando ayude al paciente a entrar en la situación analítica y trabajar en ella." (Greenson, 1997, 62).

- c. **Persuasión.** Relacionada al proceso racional; intercambio de ideas, argumentos y polémicas con el paciente.

b) Instrumentos para recabar información.

- a. **Pregunta.**
- b. **Señalamiento.** Llamar la atención del paciente, con el propósito de que observe y ofrezca más información. Busca recibir información.
- c. **Confrontación.** Muestra al paciente dos situaciones contrapuestas, llevándolo a un dilema y advirtiéndolo una contradicción.

c) Instrumentos para ofrecer información.

- a. **Información.** Se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer, dada la deficiente información de éste. Este desconocimiento es objetivo, influyendo en la vida del sujeto.
- b. **Esclarecimiento.** Busca aclarar algo que el individuo sabe, pero que no distingue. Existe una falla personal para el reconocimiento del conocimiento que existe y es que no percibe claramente, algo de sí mismo. Consigue el reordenamiento de la información, de tal manera que cuando ésta existe, el sujeto no la puede aprehender.
- c. **Interpretación.** La interpretación, es la deducción de lo que el paciente tiene realmente en su ánimo y hay que comunicárselo. Significa ayudar a hacer consciente lo inconsciente, señalándolo en un momento exacto y determinado, en un punto específico, aquel sobre el cual se centra momentáneamente el interés del sujeto.

La interpretación es el instrumento que hace consciente lo inconsciente, dándole sentido al material de estudio.

Para Laplanche (1996), la interpretación es la deducción que se logra por medio de la investigación analítica, del material latente que existe en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto; exterioriza los conflictos defensivos y

sus modalidades, apuntando al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. Ya en el proceso de cura, se refiere al proceso de comunicación hecha al sujeto (paciente), para hacerle accesible el sentido latente.

Comprende dos aspectos:

- 1º La transformación de la cantidad física en cualidad psíquica.
- 2º El establecimiento de vías asociativas que supone como condición previa esta transformación.

Roudinesco y Plon (2003), citan que Freud en 1937, definió la interpretación como toda intervención psicoanalítica, que tiende a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos, o de su discurso, puesta de manifiesto por una palabra, un *lapsus*, un sueño, un acto fallido, una resistencia, a través de la transferencia, etc.

En 1958, Lacan (en Roudinesco y Plon, 2003) acentuó la necesidad de examinar de manera incesante el deseo del analizante, pero sin asestarle verdades de confección, esto ante la “manía” interpretativa propia de la época. Los lacanianos inventaron una nueva “jerga interpretativa”, hecha de juego de palabras, matemas, nudos borromeos, etc.

La interpretación, es una elaboración que el analista debe realizar exclusivamente durante el tratamiento, para reconstruir la historia infantil e inconsciente del sujeto. Esta “construcción es a la vez la quintaesencia de la interpretación y también su crítica, en cuanto permite restituir de manera coherente la significación global de la historia de un sujeto, en lugar de atenerse a la captación de algunos detalles sintomáticos”.

Se consideran dos corrientes filosóficas, que tratan sobre el concepto freudiano de la interpretación: la primera (representada por Karl Popper y sus seguidores), que afirma que el psicoanálisis no puede ser promovido al rango de ciencia, en la medida en que no es refutable; y la segunda (cercana a Ricoeur y la

fenomenología), reivindica para el freudismo el estatuto positivo de una hermenéutica, capaz de aportar a la filosofía los instrumentos de una verdadera crítica de las ilusiones de la conciencia.

Vives (1997) considera que la interpretación, es formular palabras que comunican algo al otro (paciente), pretendiendo enriquecer su pensamiento. Tomando en cuenta que a través de los silencios (no haciendo palabras), también se comunica algo. "...su análisis tiene que abordar algo más que las palabras concretas que contienen las ideas interpretadas. Ese algo más es a lo que me refiero cuando uso el término "inefable". Este término designa aquello que difícilmente puede ser expresado en palabras y lo inefable de ciertas interpretaciones, es aquello que envuelve las palabras que expresan las ideas del analista y que tienen por destinatario a su analizado" (Vives, 1997, 239).

Para Racker (1991), la interpretación es el instrumento psicoterapéutico por excelencia, mostrando las siguientes características de pendientes en cuanto a su aplicación:

- i. Cantidad:
 1. De la amplitud de conocimientos psicológicos (cuanto más sabemos, más podremos interpretar).
 2. De los conceptos "secundarios". Los silencios del terapeuta, tienen atribuciones de valor terapéutico.
 3. Del factor individual. Capacidad individual del terapeuta para comprender, de su carácter, de su contratransferencia.
 4. Del factor Genealógico. Aquellas personas involucradas en su formación: analista y control (supervisor), a nivel de moldeamiento.
- ii. Cuándo:

1. Timing: Para Freud (citado en Racker, 1991), las comunicaciones del analista, sólo deberán llevarse a cabo, cuando el paciente se encuentre en transferencia positiva, de no ser así, se analizarán las “resistencias de transferencia” (Transferencia negativa y sexual). Para Vives (1997), el timing es la oportunidad. Ésta es la afirmación segura de cada momento del proceso, que concluyen con la interpretación. La certidumbre deriva de la intuición, donde interviene evidentemente, la maduración del Yo terapéutico. Es la culminación del acto creativo analítico. Si se presentan ciertas vicisitudes, se deberán en gran parte a la contratransferencia del analista.
 2. Otros analistas, consideran que se puede llegar a las interpretaciones en todo momento oportuno, esto es, cuando el analista sabe lo que el analizado no sabe, necesita saber y es capaz de saber.
- iii. Qué:
1. Aspecto dinámico: se refiere en cuanto a la interpretación de las fuerzas internas de lucha.
 2. Aspecto económico: referente a lo que en un momento dado, es lo más importante interpretar.
 3. Aspecto estructural: en cuanto a la interpretación se refiere, a las diversas instancias de la estructura psicológica. Considerándose completa, cuando se refiere al Ello, Yo y Superyó, partiendo del Yo y sus mecanismos de defensa.
 4. Aspecto tópico: partiendo de la “superficie”, cercano a la conciencia, para posteriormente señalarse lo “profundo”, lo más lejano a la conciencia.

Históricamente, la interpretación ha tenido una evolución en cuanto al “Qué” interpretar:

1. Contenidos reprimidos.
2. Resistencias.
3. Estructura de personalidad.
4. Elementos formales de la conducta.
5. Carácter del analizado.
6. Transferencia y sus relaciones de objeto.
7. Actualmente: transferencia, Contratransferencia y su relación mutua (analista ya analizado).

Las actitudes defensivas, tienen un mayor acceso a la capacidad de comprensión del paciente, siendo éstas las que se interpretan primero.

El paciente no preparado, no puede en modo alguno, relacionar las palabras que escucha de su analista con sus vivencias emocionales. Una tal “interpretación”, no interpreta absolutamente nada.”¹ La interpretación divide al yo en una parte que observa y otra que vivencia, en donde la primera puede juzgar el carácter irracional de la segunda. La labor del analista, consiste en anular y retrotraer la deformación causada por las resistencias, a través de la interpretación.

De forma análoga al esclarecimiento, la información existe en el paciente, pero él no tiene el conocimiento.

La interpretación debe ser desinteresada, de manera que su función o finalidad, debe ser exclusivamente para informar al paciente.

¹ Fenichel, O. 1996. *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Paidós. México. 40.

La tarea del terapeuta incluye lo siguiente: la decodificación del vasto contenido de palabras, signos y señales, el lenguaje verbal y no verbal; con la finalidad de conducir a una comprensión integral, para posibles interpretaciones futuras.

Además de veraz y desinteresada, deber ser pertinente y oportuna (timing) para el receptor.

La interpretación a su vez, puede ser considerada como un intento de enfrentar al paciente, con el impacto que él causa en otros (Singer, 1994).

d. Parámetros de Eissler (citado en Etchegoyen, 1999). La técnica analítica depende de tres factores: la personalidad del paciente, la vida real y la personalidad del analista, ocupándose exclusivamente del primero. El autor menciona que ocasionalmente, el paciente necesita algo más que la pura interpretación, siendo éste el parámetro técnico. Como parámetro técnico se entiende la desviación cuantitativa o cualitativa del modelo básico de la técnica, sustentándose en una deficiente estructura yoica del paciente.

Tanto la información como el esclarecimiento, estarán al servicio de la interpretación.

1.4 Etapas del análisis.

La primera etapa, la apertura del análisis.

Esta primera etapa se inicia desde la primera sesión, sin extensión limitada, que varía entre dos y tres meses; se caracteriza por los ajustes que surgen entre dos participantes, mientras plantean sus expectativas y tratan de comprender las del otro.

Generalmente, esta etapa tiene una duración no mayor de dos o tres meses para un paciente típico, neurótico. En los pacientes límites, perversos, adictos y antisociales, dada la característica psicopatológica, tendrá una duración mucho mayor. Es aquí cuando se cimientan los fenómenos transferenciales, que llevarán a la neurosis de transferencia, estableciendo así la alianza terapéutica propia de la segunda etapa. En esta primera etapa, se habla de una transferencia flotante, lo que para Glover es una expresión plástica y adecuada, ya que recoge la gran movilidad del fenómeno transferencial.

En este momento, la libido del paciente se encuentra colocada tanto en el analista como en la situación analítica. De esta manera, el paciente llega a lo que es un “aprendizaje” de la vivencia analítica.

Los fenómenos transferenciales, en un principio se encuentran desmembrados y la labor del analista es irles dando forma, reuniéndolos. En esta primera etapa, la relación analítica se presenta con fluidez, tomando en cuenta las normas convencionales, es decir, se pretende agradar al analista y una vez que estas normas son abandonadas, se dice que se ha sobrepasado la primera etapa.

Al principio del análisis, se observa una relación diádica, como aquella que tuvo la madre con el niño y viceversa, puesta en el análisis el analista como la madre y el analizado como el bebé, condición necesaria para establecer la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia. El analizado llega con sus necesidades primitivas, en donde el analista responderá a ellas.

Para Etchegoyen (1999), el paciente siente la necesidad de un soporte del Yo y el analista funge como un yo auxiliar para el mismo, a lo que se le llama Rapport, ese sentimiento de esperanza de una respuesta diatrófica del analista.

La personalidad del analista ha sido uno de los puntos a discutir, como es el hecho de la humanidad del analista, siendo ésta un factor necesario. Si el analista carece

de objetividad, de bondad, así como de piedad por los defectos del hombre, no puede ser analista. Los factores como la probidad, la honestidad, son fundamentales. Si no se cumplen estas condiciones, no será posible dar una interpretación, ya que ésta no surge de un proceso intelectual, sino de la probidad que sea capaz de tener frente a lo que el analizado esté diciendo o haciendo. Si no es honesto o justo, nunca llegará a una interpretación correcta. Para Gitelson, estos elementos no son factores curativos, sino requisitos.

La segunda etapa o etapa media.

Se considera la más larga y creativa; empieza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego, que van desde la asociación libre, interpretación, ambiente permisivo, etc. El tiempo de duración variará de acuerdo con el momento observable de recuperación, o de modificación de la enfermedad originaria. Se caracteriza por las continuas fluctuaciones del proceso, de regresión a progresión, regidas por la resistencia y el grado en que se presentan.

Esta etapa, se caracteriza por el establecimiento de la neurosis de transferencia. En la etapa anterior, la neurosis traída por el paciente se estabiliza, no tiene tendencia a traer nuevos síntomas, incluso se disminuyen o llegan a desaparecer. Sin embargo, al mismo tiempo surgen otros síntomas isomórficos con los de la neurosis original, revelando así una conexión con el análisis y/o con el analista, a los que Freud llamó neurosis de transferencia (citado en Etchegoyen, 1999).

Por lo tanto, la neurosis de transferencia es un concepto técnico, ya que el propio proceso analítico hace que los síntomas se transformen en otros. Se considera una situación triangular y específicamente edípica, que puede ser modificada por la interpretación. En tratamientos con niños y adolescentes, los fenómenos transferenciales no tardan en presentarse.

Cuando se presenta la transferencia esencialmente negativa, llega a cesar toda posibilidad de un tratamiento psicoanalítico, es decir, que aunque se llega a presentar el fenómeno transferencial, pero éste no se puede resolver.

Se puede llamar a la etapa media del análisis, como neurosis de transferencia y contratransferencia, donde la participación del analista es inevitable. La condición para que esta relación sea especial, consiste en que frente a la actitud convencional que trae el paciente, el analista reaccionará en la forma en que habitualmente lo hacen todos sus congéneres; el analista adoptará una actitud distinta, distinguiéndose por no responder de la forma esperada. Cuando el paciente entiende esta reacción, se habla de una relación propiamente analítica, esperando una respuesta especial, surgida de dos raíces fundamentales: la regla de abstinencia y la interpretación.

Esta etapa durará varios años, nunca meses en donde su evolución dependerá de cómo participen los dos protagonistas. Para Meltzer (en Etchegoyen, 1999, 569), esta etapa la designa como la etapa de las confusiones geográficas, “..ya que la geografía de la fantasía inconsciente está radicalmente perturbada; la diferencia entre sujeto y objeto no ha sido alcanzada o se pierde, por cuanto la identificación proyectiva masiva implica una confusión sustancial entre sujeto y objeto”.

Se habla también del concepto de “pecho inodoro”: el analista funcionará y mostrará que funciona como un continente de ansiedades del analizado, es entonces que el analista contendrá la ansiedad del paciente y la interpretará. Lo sustancial de esta etapa será interpretar el mecanismo, la interpretación proyectiva masiva, restableciendo la relación de objeto y la ansiedad, porque lo que hizo el mecanismo fue anular la relación de objeto para evitar la angustia.

Para la etapa que Meltzer llama la etapa de las confusiones de zonas y modos, la identificación proyectiva ha disminuido, pero ahora se presenta angustiado ante el analista, aunque el vínculo existe, siendo la tarea del analista la de hacer ver al

sujeto que la consecuencia de sus confusiones zonales, es invariablemente la ansiedad.

Finalmente, la configuración más frecuente y difícil de manejar, es el intento de establecer persistentemente un vínculo de mutua idealización. Es tarea del analista, mostrar aquí toda su capacidad para desbaratar ese intento persistente, monótono y multiforme del analizado, en pos de este tipo de idealización. Meltzer asigna a esta etapa una duración de tres a cuatro años en el adulto y de dos a tres en el niño.

La tercera etapa, la terminación del análisis.

Se harán presentes en esta etapa, cierta pena por la despedida; es un proceso de duelo, así como la alegría de haber llegado a la meta, de culminar con la propuesta del tratamiento, pero a su vez la incertidumbre del logro y sus frutos en una realidad por venir.

Es pertinente preguntarnos ¿en qué momento deberá cesar el proceso terapéutico, llegar a la terminación? Para Singer (1994, 305) la respuesta es muy sencilla, aunque engañosa: "...cuando las metas terapéuticas hayan sido logradas."

Se puede llegar a una terminación prematura, por parte del paciente, pero será poco probable si se ha establecido un intercambio auténticamente curativo. Si se llegase a dar, quizá se deba a situaciones resistenciales, ya que cada avance terapéutico representa una simultánea pérdida de la seguridad de lo conocido, y por lo tanto, una lucha con nuevas angustias. Por otro lado el temor, por parte del paciente a "quedarse sin identidad", de su sistema universal defensivo y sin ninguna sensación de sí mismo, pueden contribuir a una terminación temprana.

De igual manera, puede suceder una terminación temprana por parte del terapeuta. Singer (1994, 309) comenta que así como una terapia indebidamente prolongada, es una manifestación de dificultades no resueltas de contratransferencia (no investigadas, que restan eficacia al terapeuta), también el peligro de que una terminación sea llevada a cabo, antes de que las metas terapéuticas se logren, procede de fuentes análogas. “Si la terapia fue prolongada y muy lenta, el terapeuta puede llegar a poner en duda su capacidad profesional...”.

Se pueden considerar algunos aspectos o indicadores, para terminar el tratamiento. La reducción de la sintomatología conturbadora y autodestructiva, sería el criterio más obvio; la auténtica desaparición de los síntomas, implica la resolución de actitudes subyacentes y la formación de nuevas orientaciones. Si la hegemonía de la pseudoactividad, como valor supremo persiste, no se puede hablar de salud o de cura, aún cuando el síntoma haya desaparecido. Para poder determinar si se ha producido una auténtica transformación, será solamente a partir de la indagación continua del sistema de valores del paciente.

De acuerdo con Nunberg (citado en Singer, 1994), se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- el yo se hace más fuerte, ya que no tiene que invertir su energía en las defensas; controla los instintos y adquiere la capacidad de dominarlos y domarlos.
- El pensamiento “fantástico”, sujeto al proceso primario, es reemplazado ahora por el pensamiento realista, como proceso secundario.
- Un yo enriquecido, mediante la asimilación del material reprimido.
- La severidad del superyó se mitiga.
- El yo caótico y desordenadamente neurótico, tan pleno de contradicciones, es reemplazado por un yo ordenado, unificado y mediador.
- El yo recobra su función sintética, su capacidad para mediar entre el superyó y el ello, así como entre el ello y el mundo exterior.

Singer (1994) menciona algunos puntos de vista de varios autores, que han escrito al respecto de los criterios para una terminación del tratamiento:

Adler: Desaparición de los afectos disyuntivos, tales como la cólera, el disgusto, el temor, la angustia y la sustitución por los efectos conjuntivos, como la alegría, la simpatía, reflejo de sentimientos sociales.

Jung: Cuando la terapia ha progresado, hasta el punto en que el paciente es capaz de disfrutar de los beneficios de su inconsciente, de su sabiduría y sus poderes creadores.

Sullivan: Cuando se logra la salud mental, en la medida en que se torna consciente de sus relaciones interpersonales.

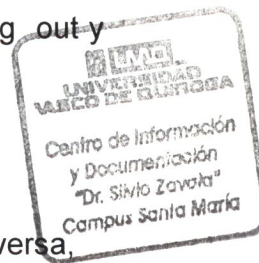
Todos ellos consideran el logro de un estado, caracterizado por el anhelo de un compromiso en una actividad productiva y creadora en diversas áreas de su vida, haciendo con ello posible la terminación del tratamiento.

Los criterios de curación de Hartmann (en Etchegoyen, 1999), serían el reforzamiento del área libre de conflictos, una mejor adaptación a la realidad; para Klein sería elaborar las angustias paranoides y depresivas.

Willy y Hoffer (op.cit.), establecen tres criterios psicológicos para la terminación: El grado de consciencia de los conflictos inconscientes; la modificación de la estructura mental, removiendo las resistencias y la transmutación del acting out y la transferencia (proceso primario) a recuerdo (proceso secundario).

Rickman propone seis aspectos:

- La capacidad de moverse con libertad del presente al pasado y viceversa,
- La capacidad para la satisfacción genital heterosexual,



- La capacidad para tolerar la frustración libidinal y la privación sin defensas regresivas ni angustia,
- La capacidad para trabajar y también soportar no hacerlo,
- La capacidad para tolerar los impulsos agresivos en uno mismo y en los demás sin perder el amor objetar y sin sentir culpa,
- La capacidad para el duelo.

La psicoterapia tiene la meta primordial, de preparar al paciente para la indagación y continua autoinvestigación, así como para la autoconciencia, quitando esos obstáculos que el paciente emplea, para impedir que pueda convertirse en su propio terapeuta, reduciendo esos estorbos que detienen el crecimiento creador implícito en la autoinvestigación.

El fin de la terapia no es sólo el logro de un insight o la comprensión de sí mismo, sino la disposición para entregarse a un esfuerzo que no tiene fin; de tal manera que la terapia puede terminar, cuando el paciente acepta genuinamente su individualidad única y se dedica a una continua búsqueda de identidad personal.

Si hablamos de un análisis terminable o interminable, encontraríamos que “....la tarea “terminable” de la psicoterapia es ayudar al hombre a echar a andar por el camino, en busca de esa “potencia primaria”; el aspecto “interminable” de la psicoterapia es la búsqueda humana de ese camino y su eterna demanda de medios para hacer el viaje significativo” (Singer, 1994, 321).

Para Etchegoyen (1999), el proceso psicoanalítico debe tener por definición un término, porque cuando se inicia se fija dentro del contrato un objetivo y jamás se menciona que se comienza con una tarea hasta la eternidad. Freud: Hacer consciente lo inconsciente, borrar las lagunas mnésicas del primer florecimiento de la sexualidad infantil, del complejo de Edipo.

Se considera que existe sólo una terminación y es la que se logra por mutuo acuerdo, entre analizado y analista. “El análisis como proceso de desarrollo no termina, lo que termina es la relación con el analista, justamente en el momento en que el analizado cree (y el analista lo apoya) que puede seguir solo su camino, cumplidos ya los objetivos que inicialmente se plantearon” (Etchegoyen, 1999, 588).

Se pueden tener indicadores tales como los siguientes:

- Que se hayan modificado los síntomas.
- Normalización de la vida sexual.
- Modificación de las relaciones familiares y sociales.
- Disminución de la angustia y la culpa.
- Indicadores lingüísticos (Lieberman): un yo idealmente plástico, como un logro básico del tratamiento psicoanalítico, yo que ha podido incorporar las cualidades o funciones que le faltaban y moderar las que tenía en exceso.

Si es una decisión unilateral, se habla de una interrupción o terminación irregular del análisis. Cuando esta interrupción proviene de factores internos se habla de resistencia; cuando proviene del analizado, se llama resistencia incoercible.

Existen diversos modelos de terminación: para Balint y Abadi, la terminación es isomórfica con la experiencia del nacimiento; la tarea principal del analista es acompañar a su analizado, en su natural proceso de liberación. Para Klein, es la réplica exacta del destete. Sylvia Payne considera la terminación, como homóloga a veces al temor a crecer o ser grande, a dejar la escuela o la universidad, renacer, destetarse o cumplir un proceso de duelo, como momentos críticos del desarrollo.

Sin embargo, casi la mayoría de los autores consideran que este desprendimiento o terminación puede generar una fobia a la mejoría, por el temor a quedarse solo, abandonado y sin protección. Se pueden presentar tres resistencias en esta etapa: La fobia a la mejoría, la intensificación del proceso de duelo y rebajamiento de la capacidad del analista.

Para la técnica de la terminación o desprendimiento, se pueden seguir dos acciones, dependiendo del estilo del analista:

1. Fijar la fecha concreta,
2. Estableciendo primero, que el análisis no se prolongará más de una fecha y fijando después el día preciso en se llevará a cabo la última sesión.

“No hay que olvidarse, sin embargo, que toda relación de trabajo tiende a perpetuarse en términos de relación humana, lo es muy legítimo; pero en cuanto a esta finalidad desplaza y desvirtúa la inicial, estamos en realidad frente a una situación perversa. Entonces se empieza a crear privaciones que de pronto serían más importantes que la de continuar la relación” (Etchegoyen, 1999, 606).

Posteriormente a la terminación, se puede tener un proceso postanalítico o Follow up.

2. TÉCNICA PSICOANALÍTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

2.1 Diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica infantil.

El primer caso de tratamiento con niños, tratado psicoanalíticamente registrado, fue el caso Juanito antes de 1909, posteriormente en 1920, Freud describió sus observaciones sobre el desarrollo temprano de su nieto Ernest (citados en Salles, 2003).

Ferenczi en 1913, registró un fracaso en la aplicación de la técnica psicoanalítica en niños, ya que pretendía que el niño fuera paciente y permaneciera recostado en el diván. A su vez, en el mismo año, Herminia von Hug-Hellmuth, escribió su trabajo Estudio de la vida mental del niño. Durante la década de 1920 y 1930, otros autores mencionan trabajos con niños como Berta y Staff Bornstein, Alice Balint, Anna Freud y Melanie Klein. Vera Schmidt utilizó los conocimientos psicoanalíticos, para tratar niños de edad preescolar en Rusia y Françoise Dolto en París, Francia y más tarde Arminda Aberasturi en Buenos Aires, Argentina (citados en Salles y colaboradores, 2003).

La terapia psicoanalítica, es una terapia causal, que trata de contrarrestar las causas de la neurosis, teniendo como objetivo resolver la conflictiva neurótica del paciente, o bien la neurosis infantil (que sirven de núcleo a la neurosis adulta).

Para Braier (1990), las psicoterapias psicoanalíticas las considera cada vez más necesarias en el momento actual, ya que se han venido empleando en una proporción creciente, ya sea por derecho propio o como una alternativa válida, para responder a la demanda masiva de asistencia psicológica, o bien por una realidad económica y social, la cual llega a ser de difícil acceso y realización como un tratamiento propiamente psicoanalítico.

En relación con el tratamiento psicoanalítico de adolescentes, es importante distinguir los siguientes problemas especiales:

- 1) Aquellos relacionados con la autonomía y la dependencia.
- 2) Las conductas contrafóbicas.
- 3) Los asuntos relacionados con la sexualidad.
- 4) La contratransferencia.
- 5) La interrupción prematura.

Manuel Isaías López (en Salles y cols., 2003) menciona los aspectos importantes para el tratamiento psicoterapéutico con adolescentes:

- a) La importancia del conocimiento profundo del desarrollo del adolescente, como instrumento fundamental del terapeuta.
- b) Disponibilidad del terapeuta para permitir y alentar la vinculación del paciente con su persona, como objeto transitorio.
- c) Aptitud específica del terapeuta de adolescentes, para responder afectivamente a las necesidades emocionales de su paciente.
- d) Características de personalidad del terapeuta, para el desarrollo de una relación real, que promueva el cambio deseado en las estructuras de la personalidad del paciente.
- e) Adiestramiento del psicoterapeuta de adolescentes, en el manejo técnico del material que surge en la situación terapéutica.

Chiozza (1998) traza los parámetros esenciales, que delimita la psicoterapia:

1. Es una actividad.
2. Posee un propósito consciente, deliberado.
3. Se propone influir psíquicamente.
4. Dicha influencia se dirige hacia una persona, o a un grupo de personas.
5. Se realiza con una serie de principios, que constituyen una profesión.
6. Los fines hacia los cuales se encamina, constituyen los fundamentos que hacen de esa tarea una profesión.

2.2 Técnica de juego.

Freud (en Aberastury, 2005) considera que un niño juega no sólo para repetir situaciones placenteras, sino también para elaborar las que le resultaron dolorosas o traumáticas. A través del juego, el niño manifiesta sus conflictos, de ahí que se pueda reconstruir su pasado, así como en el adulto se puede lograr a partir de la palabra.

“La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo” (Winnicott, 2000, 61).

Winnicott (op. cit.) asigna un lugar en el juego, espacio potencial entre el bebé y la madre, enfrentándolo al mundo interior y a la realidad exterior; para él lo universal es el juego, correspondiendo a la salud, facilitando el crecimiento y a su vez, la salud misma. Conduciendo a relaciones de grupo, puede ser una forma de comunicación en psicoterapia, por lo que el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunidad, consigo mismo y con los demás.

Lo natural es el juego y el fenómeno altamente refinado del siglo XX es el psicoanálisis, de acuerdo con Winnicott.

Por otro lado, el juguete “...posee muchas de las características de los objetos reales, pero por su tamaño, por su condición de juguete, pero el hecho de que el niño ejerce dominio sobre él, porque el adulto se lo otorga como algo propio y permitido, se transforma en el instrumento para el dominio de situaciones penosas, difíciles y traumáticas, que se le crean en la relación con los objetos reales” (Aberastury, 2005, 14).

Winnicott (2000), hace referencia a la zona intermedia, como necesaria para la iniciación de la relación del sujeto con el mundo, siendo posible gracias a una buena crianza, durante la fase crítica primaria. La zona intermedia, es la que se ofrece al bebé entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad. El juego en el adolescente, permite observar cómo esta zona intermedia, le permite al sujeto relacionarse con el mundo, sin que sea amenazante por sus características virtuales. El objeto no está, se encuentra

parcialmente, pero puede ser medio de identificación y sucumbir con la disipación del deseo; sobre todo el de agresión.

El objeto transicional, con sus respectivas características: Amado, acunado, mutilado, no cambia (a no ser que se desee); debe sobrevivir, móvil, con textura, con cualidades propias y no es una alucinación; entonces podría decirse que la computadora y el juego en sí posee dichas características, convirtiéndose, en el objeto transicional del sujeto. El juego, con sus personajes, prácticamente real, subjetivamente permite la exploración y la colocación del deseo en un objeto controlable en su totalidad, dependiendo de las habilidades con que cuente el jugador; teniendo como meta no solo el ganar, sino el ser mejor, juego tras juego, tratando de resolver el conflicto una y otra vez.

El bebé cuenta con la experiencia, incremento de la percepción, comienzo de la actividad mental, la utilización de satisfacciones autoeróticas y el recuerdo, para poder afrontar la separación con la madre.

Freeman (1992), cita cómo la fantasía se refiere a esa imagen mental, ya sea consciente o inconsciente, relacionada con el deseo. La fantasía es un aspecto importantísimo en la resolución de un conflicto, mediante una formación de compromiso. Si bien el deseo básico se mantiene igual, lo que se modifica son las versiones de la fantasía. La fantasía se convierte en el vehículo del impulso instintual.

La fantasía puede precisamente fungir como la salida de cualquier emoción que lo amerita, pero que no puede expresarse en forma abierta por el temor de perder el amor del objeto.

La fantasía está formada tanto por realidad externa como interna y puede usarse tanto para crear amor o destrucción. Sin embargo, la delimitación social demarca la aceptación o rechazo de dichas fantasías, convirtiéndose en tabúes o anhelos.

Si la fantasía provoca una descarga libidinal o tanática de los deseos, puede liberarnos o atarnos a ese pasado.

Bien sabemos que el concepto de fantasía, es un guión imaginario en el cual se encuentra el sujeto y representando, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo, deseo inconsciente generalmente.

La realidad psíquica, además de ser sinónimo de mundo interior, también designa un núcleo resistente, único en realidad, comparándolo con la mayoría de los fenómenos psíquicos; imposible de confundir con la realidad material.

La fantasía se encuentra en estrecha relación con el deseo. Posee características muy particulares: Escenas organizadas, susceptibles de dramatizarse (sobre todo visualmente); generalmente el sujeto es partícipe de la fantasía; posibilidad de permutaciones de papeles y atribuciones; da lugar a procesos defensivos más primitivos (formación reactiva, negación, proyección, etc.); ligazón de la escenificación del deseo, en donde lo prohibido se encuentra presente.

Al jugar el niño, logra desplazar al exterior sus miedos, problemas internos, sus angustias y los domina mediante la acción. Al tener ese dominio sobre objetos externos, hace activo lo que sufrió de manera pasiva, cambia el final que fue penoso, tolerando papeles y situaciones que en la realidad, en la vida real le serían prohibidos, así como repetir situaciones placenteras. El juego permite elaborar.

La derivación de afectos y conflictos en objetos que él domina y que son reemplazables, cumple la necesidad de descarga y de elaboración, sin hacer peligrar la relación con sus objetos primarios.

“En las personificaciones en el juego, se observa cómo puede cambiar el objeto, con gran rapidez, de bueno a malo, de aliado a enemigo; por eso los juegos en el niño, cuando es normal, progresan constantemente hacia identificaciones cada vez más aproximadas a la realidad” (Aberastury, 2005, 16).

2.3 Proceso psicoanalítico en adolescentes.

La adolescencia es un periodo de desarrollo en el sujeto, que oscila entre la niñez y la adultez, teniendo una duración variable, a la cual se le ha llegado a definir a partir de épocas de crisis.

Ericsson en 1959 (citado en González y col. 1998), el adolescente es un a persona en desarrollo psicosomático, psicosocial e interpersonal.

Existen diversas etapas dentro del momento de desarrollo, las cuales se describirán brevemente a continuación:

- a) Preadolescencia. Sus relaciones son de tipo homosexual (“club de tobi”), los impulsos se encuentra aumentados, existe duelo por el cuerpo infantil. Curiosidad en el funcionamiento y proceso sexual. Busca aceptación. Manifestaciones de sentimientos de culpa y angustia.
- b) Adolescencia temprana. Ruptura con la niñez. Emergen fantasías masturbatorias. Comienza la relación social con ambos sexos. Le da enorme importancia a los amigos. Busca relacionarse con gente igual a él. Predominan sentimientos de vacío, soledad, aislamiento y

depresión. Aparecen conductas delictivas para llamar la atención. Surgen "nuevos amores".

- c) Adolescencia propiamente dicha. Inicia la búsqueda de pareja idealizada. Identificación psicosexual. Búsqueda de un líder. Crisis religiosa, tendencia grupal. Autoobservación. Sensibilidad extraordinaria. Intenta acercarse al padre o a la madre. Predominan sentimientos depresivos. Existe un alejamiento de la fantasía infantil. Impera el área cognitiva. Se observa arrogancia y rebeldía en su conducta.
- d) Adolescencia tardía. Son proposititos. Aparece la integración social. Existen constancia emocional y de la autoestima. El amor y la ideología quedan asentados. Formación de una identidad psicosexual estable. Aumenta la productividad. Mayor capacidad del pensamiento abstracto.
- e) Postadolescencia. Se armonizan los impulsos. Se ejerce la moralidad, dignidad personal o autoestima. Se acentúan las tradiciones. Aparecen fantasías acerca del futuro. Integración en áreas como el romance, la familia, el matrimonio y el rol de padre o madre. Ahora las relaciones serán permanentes o de larga duración.

El adolescente llega a establecer relaciones vinculares de transición, que funcionan como aparatos metabólicos que modifican el aspecto vincular de los afectos, promoviendo la movilidad afectiva, la individuación y finalmente la disponibilidad para las relaciones reales. Una de estas figuras vinculares de transición, se encuentra en el psicoterapeuta; su función será mantenerse disponible a la vinculación y alentarla y como instrumento de trabajo imprescindible, será el conocimiento profundo del desarrollo adolescente como proceso multidimensional progresivo y regresivo. La labor terapéutica con adolescentes, consiste en la intervención sobre los fenómenos relacionales patológicos que el terapeuta ha detectado.

Primer contacto.

Generalmente se acepta el contacto telefónico como el contacto inicial, en donde de acuerdo a algunos terapeutas, se solicitan datos como el nombre del paciente, motivo de consulta general, referencia, número telefónico en donde contactarlo, si es personal o indirecta la cita, etc., con la finalidad de facilitar ese primer encuentro y tener las referencias necesarias.

El adolescente llega a establecer contactos telefónicos posteriores a las primeras entrevistas, por diversas razones:

- Por algo que se hubiera tratado en la primera entrevista y le haya afectado.
- Olvido de alguna información durante este primer encuentro.
- Que no se haya sentido satisfecho, o se haya quedado con la impresión de que no se le comprendió.
- Deseo confesar algún secreto o situación embarazosa o humillante, que no comentó durante la entrevista inicial.

Cuando el adolescente falta a la consulta sin previo aviso, queda a consideración del terapeuta llamarlo o no; considerando una probabilidad de dificultad transferencial.

Como reacciones transferenciales a la interrupción de la sesión por llamadas telefónicas, se tienen las siguientes, de acuerdo con González (1998):

- 1) El paciente descubre que otras personas tienen problemas similares al suyo.
- 2) Siente libertad para llamar por teléfono, cuantas veces se le presente un problema que atañe al proceso.
- 3) El paciente se siente "salvado por la campana", resistencia.

Cuando se presentan estas interrupciones, se puede retomar el comentario previo a este hecho o bien, analizar las fantasías debidas a dicha interrupción.

Primera entrevista.

Generalmente todo proceso psicoterapéutico inicia en el momento en que el sujeto se da cuenta de que “necesita ayuda para aliviar sus angustias, sus dolores emocionales y otros síntomas “ (González 1998, 84). Si bien el solicitar este primer encuentro, puede ser ya por parte del propio paciente o bien por sus padres, dada la edad del sujeto.

Previo a la primera entrevista, es importante saber la referencia, la forma de realizar la cita, la forma de llegar al consultorio (desde el atuendo personal, hasta la hora de llegada, su estancia en la sala de espera, etc.).

La duración de la primera entrevista puede durar entre 30 y 50 minutos y puede ser en una o en varias sesiones. Se establece el verdadero contacto con el paciente. Esta primera entrevista es de suma importancia, ya que de aquí dependerá si el adolescente recibirá ayuda o no. El proceso consiste en: observar, conversar, escuchar e investigar.

- 1) Observar: La observación directa de la apariencia general, su forma de caminar y de sentarse, serán importantes aspectos a observar por el psicoterapeuta, tratando de entender las manifestaciones preverbales del adolescente.
- 2) Conversar: Se puede iniciar la conversación con preguntas no sugestivas, dilemáticas, sugestivas pasivas, sugestivas activas o neutras, recomendándose estas últimas de preferencia. También se pueden utilizar durante la entrevista, preguntas proyectivas, guía, espejo, o bien abiertas y cerradas. Se pretende que sea un interrogatorio-conversación, no un interrogatorio-policíaco.
- 3) Escuchar: Contenido manifiesto y latente; escuchar implica entender en forma reflexiva la motivación y el deseo de curación en un adolescente; es un arte y el saber escuchar contribuye a la ayuda.

- 4) Investigar: El deseo de conocer la razón del motivo de consulta, su etiología, ya sea biológica, psicológica o social, así como comprender las pautas de conducta repetitivas, permanentes y estables.

El espacio en donde se llevará a cabo la primera entrevista es muy importante, en donde se recomienda que los colores de paredes sean de colores que no cansen, en tono mate; un lugar que albergue intimidad y comodidad, así como un mobiliario adecuado.

Debe establecerse el rapport, en donde el terapeuta ofrezca actitudes de aceptación y de aliento.

Una vez terminada la entrevista con las características anteriores, es posible que ésta sea la última y única entrevista, por lo que se recomienda dar cierta información al paciente, como un prediagnóstico y un pronóstico. Wolber en 1972 (citado en González et al, 1998) recomienda: no argumentar, menospreciar o desafiar al paciente; no elogiar al paciente o darle falsos puntos de apoyo; no hacer promesas falsas; no interpretar o especular sobre la dinámica del problema; no dar diagnósticos al paciente; no preguntar sobre los aspectos sensitivos de su vida; no acostar al paciente en el diván durante la primera sesión; no vender el tratamiento al paciente; no unirse a los ataques (cuando el paciente ataca a sus padres, amigos, etc.) y no participar en críticas a otros terapeutas o profesionales.

De acuerdo con Salles (2003), en las entrevistas diagnósticas o de evaluación inicial en adolescentes, es importante explorar la relación establecida por el sujeto con los miembros de la familia extensa, así como con el personal de servicio, ya que son personas importantes en la vida intrapsíquica del sujeto; asimismo, la indagación sobre la presencia o ausencia de mascotas.

Levinsky (1998) considera que es necesaria la participación de un equipo interdisciplinario, con el fin de esclarecer la planeación terapéutica de las diferentes áreas afectas.

Contrato.

Tomando en cuenta el hecho, de que por su estadio del desarrollo el adolescente no puede comprender con exactitud lo referente al tratamiento, además se habla de un doble contrato, con el adolescente y con los padres o encargados del mismo. Si es mayor de 18 años y es independiente, el manejo es similar al del adulto.

El contrato comprende: Lugar, horario, duración de la sesión, frecuencia de las sesiones, pago, duración del tratamiento y las enfermedades del paciente.

1. Lugar. Debe quedar establecido el lugar en el cual se llevará a cabo el tratamiento, previendo con el paciente las conveniencias e inconveniencias de distancia, ya que de lo contrario ello podría convertirse en una resistencia.
2. Horario. Si bien se recomienda hacer de esta variable una constante, con el paciente adolescente, se deberá considerar si el horario se establecerá como rígido o flexible, dependiendo del caso, ya que generalmente durante la primera etapa del tratamiento, el adolescente intentará, a manera de resistencia, llegar tarde u olvidar el día o la hora exacta.
3. Duración de la sesión. Normalmente se utilizan de 45 a 50 minutos la sesión, pero con adolescentes dependerá del terapeuta, o quizá del paciente, ya que algunos adolescentes solamente pueden trabajar entre 30 y 40 minutos, teniendo la implicación de hacer ver tanto al chico(a) como a los padres que el contrato es por sesión y no por duración.

4. Frecuencia de las sesiones. Con pacientes adolescentes se puede tener cierta flexibilidad, entre cuatro y dos sesiones, o inclusive en algunos casos simbióticos una vez por semana.
5. El pago. Este aspecto puede generar cierta dificultad, si no se establece claramente desde un principio; quedando de acuerdo que por cuestiones técnicas, la sesión a la cual no asista tendrá que pagarla. También deberá contemplarse la frecuencia del pago, así como quién dará el dinero, es decir, si el propio adolescente o bien alguno de los padres.
6. Duración del tratamiento. En este rubro debe establecerse la fecha de inicio y la fecha probable de terminación. Si bien la fecha de terminación es impredecible, se puede llegar a estimar una duración aproximada del tratamiento. De igual manera se establece la posición del tratamiento, que generalmente será cara a cara, pero si el adolescente responde progresivamente durante el tratamiento, puede llegar a emplearse el diván.
7. Enfermedades del paciente. Cuando la enfermedad es una resistencia, deberá preverse y cobrarse, impidiendo que por esta causa sucumba en la tan frecuente resistencia.

Aunque generalmente los contratos son bipartitas, en el caso de los niños y adolescentes será tripartita, informando al paciente de la inclusión de los padres, en sesiones de orientación. Todo ello con "...el propósito de interesar, motivar y comprometer a los padres, a que realicen una labor responsable en el proceso psicoterapéutico de sus hijos y también de favorecer un cambio que permita modificar la retroalimentación patológica entre padres e hijos" (González y cols., 1998, 102).

Alianza terapéutica.

Para Greenson (1997), la alianza de trabajo es una actitud racional y relativamente no neurótica, que tiene el paciente frente a su psicoterapeuta. Actitud racional y objetiva de los sentimientos que tiene el paciente, hacia el analista.

Se puede reconocer a través de ciertas manifestaciones clínicas, como la disposición del paciente a realizar los procedimientos psicoanalíticos, así como su capacidad de trabajar analíticamente con los insights dolorosos y regresivos, que se provocan durante el tratamiento. Esta alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista.

La alianza de trabajo proporciona la motivación cotidiana, así como la capacidad de realizar la labor analítica.

Sandler (1998) por otro lado, la considerará como una reacción no neurótica pasional y razonable que el paciente tiene frente al psicoterapeuta, quien le permite intervenir en el proceso psicoterapéutico.

Etchegoyen (1999) concibe la alianza terapéutica, como el núcleo de la situación analítica (antes definida), epicentro en la neurosis de transferencia. Ambas son una relación de objeto y no pueden ser lo mismo que el sitio que las contiene.

“La situación psicoterapéutica es una relación interpersonal y desde el punto de vista del psicoanalista, es también una relación de objeto, que se caracteriza por el establecimiento de relaciones reales o transferenciales entre paciente y terapeuta” (González, Romero y de Tavira, 1998, 122).

Los fenómenos de transferencia generalmente son inconscientes, irracionales e inapropiados a la situación real en la cual se manifiestan y la alianza terapéutica nace en relación directa con la realidad y racionalidad entre uno y otro.

Lo que el paciente adolescente aporta a la alianza terapéutica es lo siguiente: un deseo consciente o inconsciente de cooperar con el terapeuta; disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas; aceptación de su problema y laborar en el trabajo analítico; aportará sinceridad, así como una confianza básica, llevando a tener fe en el analista y en el método analítico.

También aportará su capacidad de formar neurosis de transferencia, deseos de mejorar y disposición con las personas importantes que le rodean.

Lo que el terapeuta aporta a la alianza terapéutica, de acuerdo con Greenson (1997), son el interés constante por el entendimiento y en el insight del análisis continuo de las resistencias, así como en sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no enjuiciadoras.

Para Wolber (1977, citado en González, Romero y de Tavira, 1998):

1. Comunica un entendimiento del problema.
2. Manifiesta interés.
3. Muestra tolerancia y aceptación.
4. Da muestras de objetividad.
5. Muestra empatía.
6. Analiza las resistencias relacionadas con la alianza de trabajo.

También considera el autor citado, como manifestaciones clínicas de la alianza de trabajo, las siguientes: Manifestaciones verbales y no verbales, como el que le agrade su terapeuta, que se sienta relajado con él y le tenga confianza; sin embargo, el hecho de que el adolescente a pesar de sus resistencias, continúe trabajando en psicoterapia, indica el establecimiento real de la alianza.

También se puede llegar a una pseudoalianza terapéutica, cuando ésta es aparente pero se observa que no progresa el paciente en su tratamiento, o bien habla, reflexiona y analiza a otras personas. De tal manera que es recomendable romper cuidadosamente con esta pseudoalianza.

Es importante resaltar la importancia del papel que juegan los padres durante el tratamiento psicoterapéutico de sus hijos, ya sean niño o adolescentes. La cooperación consiste desde el transportarlos a las consultas, así como cubrir los honorarios y dar la información pertinente para un buen desempeño durante el

trabajo analítico. Al respecto comenta Salles (2003, 317) “al principio los padres fueron considerados simples transmisores de información y receptores de cierta orientación”... “Conforme avanzó la técnica en psicoanálisis de niños más y más jóvenes, fueron tratados en psicoterapias psicoanalíticas profundas e intensas, y el énfasis giró entre el ambiente (padres) y los conflictos internalizados, que se pensó eran los que causaban los síntomas”...”Actualmente se piensa que diferentes situaciones clónicas requieren de diversas medidas y programas especiales.”

De tal manera que, no solamente el adolescente entrará en una relación especial con el terapeuta, esa relación que determinará el proceso psicoanalítico, sino que también los padres, desde el momento en que deciden y permiten esta relación, también forman parte del tratamiento, ya sea con información, con su presencia, y evidentemente con los cambios que irán surtiendo efecto en el paciente, a lo que generalmente también tienen una respuesta al mismo.

Resistencia.

Se entiende por resistencia, a todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos psicoanalíticos y se encuentra prácticamente de principio a fin del tratamiento. Estas resistencias defienden el *status quo* de la neurosis del paciente. “Solo en el psicoanálisis es donde el terapeuta trata de descubrir la causa, el objeto, el modo y la historia de las resistencias” (Greenson, 1997, 51).

De acuerdo con Laplanche (1996), menciona que durante la cura psicoanalítica se define la resistencia, como todo aquello que en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente; de igual manera, durante el psicoanálisis se presenta una actitud de oposición a sus descubrimientos, por

cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e inflingían al hombre una vejación psicológica.

La resistencia puede desempeñar funciones resistenciales: El silencio del paciente, el paciente no desea hablar, la postura del paciente, la fijación del tiempo, etc.

Roudinesco y Plon (2003) mencionan que en el vocabulario freudiano, la palabra resistencia aparece en tres modalidades:

- a) Inspirada por la reflexión sobre la técnica y la práctica analíticas.
- b) De tipo teórico, fuertemente influida por la formulación de la segunda tópica.
- c) De carácter interpretativo.

En el marco de la segunda tópica, Freud (op.cit.) identificó cinco formas de resistencia:

- 1) Tomar la forma de represión como tal.
 - YO 2) De la resistencia transferencial.
 - 3) De un beneficio secundario, ligado a la persistencia de la neurosis, mientras la curación es vivida como un peligro para el yo.
- ELLO Lleva a la compulsión repetición: Podía superarse cuando el sujeto integraba una interpretación (reelaboración).
- SUPERYÓ Se expresaba en términos de culpabilidad inconsciente y necesidad de castigo.

La resistencia expresa los intentos del paciente, de mantenerse inconsciente de los aspectos provocadores de angustia, dentro de sí mismo. "Como toda teoría, mantiene que la resistencia se produce cuando la investigación terapéutica toca

conflictos serios, provocadores de angustia; hay tantas teorías de la resistencia como teorías acerca de los orígenes de la angustia” (Singer, 1994, 228).

Se puede observar clínicamente la resistencia en diversos comportamientos, de acuerdo con Greenson (1997), durante el proceso psicoanalítico, tales como:

- 1) El paciente calla.
- 2) El paciente "no siente deseos de hablar".
- 3) Afectos que indican resistencia: ausencia de afecto, impropiedad del afecto.
- 4) La postura de paciente: rigidez, envaramiento, enovillamiento protector, el bostezo, el modo de entrar el paciente a consulta, etc.
- 5) Fijación en el tiempo.
- 6) Los acontecimientos externos o de escasa importancia.
- 7) Evitación de temas.
- 8) Rigideces. Todo cuanto se vuelve rutina y el paciente lo ejecuta sin modificación en las horas de su visita, ha de considerarse resistencia.
- 9) El lenguaje de evitación. El empleo de frases hechas, de términos técnicos o el lenguaje vano. Su objetivo es retener la comunicación, personalmente reveladora:
 - a. El retraso, la inasistencia y el olvido del pago.
 - b. La ausencia de sueños.
 - c. El paciente se aburre.
 - d. El paciente tiene un secreto.
 - e. La actuación.
 - f. La alegría frecuente en la consulta.
 - g. El paciente no cambia.
 - h. Resistencias silentes.
- 10) La supresión y la represión.
- 11) La intensificación de síntomas.
- 12) La autodevaluación.
- 13) Fuga forzada hacia la salud.

- 14) Inhibiciones intelectuales.
- 15) El insight como resistencia.
- 16) La disociación de la hora de tratamiento, del resto de la vida.
- 17) El desprecio de la normalidad.
- 18) La renuencia a abandonar las experiencias placenteras en la hora del tratamiento.
- 19) Las resistencias de transferencia.

También se pueden clasificar de la siguiente manera:

- 1) Según el origen de la resistencia: De represión, de transferencia, la ganancia de enfermedad o secundaria, compulsión a la repetición y la adhesividad a la libido, las que nacen de la culpabilidad inconsciente y la necesidad de castigo.
- 2) Según los puntos de fijación. Es posible describir las resistencias orales, fálicas, de la latencia y de la adolescencia. Así también, se puede decir que la forma y el tipo de resistencia cambian en un paciente durante el curso del análisis.
- 3) Según los tipos de defensa. De represión, aislamiento, de transferencia (aquellas que derivan de las expectativas defraudadas en el psicoanálisis), la actuación, las caracterológicas, las encubridoras, etc.
- 4) Según la categoría diagnóstica.

Transferencia.

Todas las corrientes del freudismo, consideran que la transferencia es esencial para el proceso psicoanalítico. Aunque existen múltiples divergencias entre las diferentes escuelas, ya sea por su lugar en la cura, por el manejo que tenga el analista de ella, al momento, o a los medios de su disolución.

En 1905 Sandor Ferenczi (en Roudinesco, 2003) observó que existían transferencias en todas las relaciones humanas, por ejemplo entre maestro y pupilo, entre médico y enfermo, etc., así también en el tratamiento psicoanalítico, en donde el paciente ubica inconscientemente al terapeuta como una figura parental.

Freud descubrió para 1920 en *Más allá del principio del placer* (Obras completas, tomo 3, traducción de Ballesteros, 1996) que la neurosis original era reemplazada en la cura por una neurosis artificial o "neurosis de transferencia". Y el mismo autor en 1923, en *Dos artículos de enciclopedia (op.cit.)*, considera que si el analista utiliza la transferencia, es el medio auxiliar más poderoso del tratamiento.

Para Melanie Klein (en Roudinesco, 2003), la transferencia es una nueva puesta en juego durante la sesión, de la totalidad de los fantasmas inconscientes del paciente. El fantasma no es sólo la expresión de defensas mentales contra la realidad, sino la manifestación de las pulsiones. Se origina en los mismos procesos de amor y odio, agresión y culpa, que en los estadios más precoces que determinan las relaciones objetales.

Para Winnicott, el concepto de transferencia se encuentra estrechamente relacionado, con la repetición del vínculo materno, de tal manera que por ello, es que abandona el uso de la neutralidad estricta, similar a lo empleado por Ferenczi.

En 1970, Heinz Kohut elaboró el concepto de transferencia narcisista o transferencia en espejo. En donde el paciente vive al analista como una prolongación de sí mismo y el analista debe aceptar esta relación transferencial, en la medida en que permite la restauración del self, cuya herida está relacionada con las dificultades vividas en la relación arcaica con la madre (citados en Roudinesco, 2003).

Lacan (op. cit.) la definió como la puesta en acto, por la experiencia analítica, de la realidad del inconsciente, indicando que los momentos fuertes de la transferencia, se inscriben en los tiempos débiles del análisis. En cada inversión, el analizante avanza en el descubrimiento de la verdad; es una relación entre el yo del paciente y la posición del gran Otro. También la considera como la materialización de una operación del ámbito del engaño, que consiste en que el analizante instale al analista, en la posición de “sujeto supuesto saber”, es decir, que le atribuya el saber absoluto.

Para Avenburg (citado en Etchegoyen, 1999) la transferencia consiste en utilizar al analista como resto diurno, como un soporte del deseo inconsciente y su objeto infantil. De tal manera que las transferencias son aquellos impulsos o fantasías que se hacen conscientes durante el proceso psicoanalítico, con la característica de que los personajes del pasado son colocados ahora en el analista; la transferencia es un fenómeno inevitable durante el tratamiento psicoanalítico. En un principio, la transferencia fue concebida como un obstáculo, a la vez que como agente de cura, creando así un dilema.

Para Laplanche y Pontalis (1996, 439), la transferencia es “...el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica”. Es decir, una repetición de prototipos infantiles, que son vividos con sagaces sentimientos de actualidad. Se puede reconocer como el terreno en el cual se desarrollará la cura psicoanalítica, caracterizándose por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

La transferencia existe tanto fuera como dentro del análisis, diferenciándose en que es detectada y llevada a la conciencia. Se define a partir de tres parámetros: Presente y pasado, consciente e inconsciente, realidad y fantasía.

Tiene características tales como una relación de objeto primaria, inconsciente como proceso primario e irracional, en donde tanto como los sentimientos, los impulsos y deseos que aparecen en el presente, sólo pueden explicarse haciendo referencia al pasado.

Para Greenson (1997), lo que caracteriza a la reacción transferencial es el ser repetitiva, inapropiada y racional. La transferencia es una repetición, una reedición de una relación objetal antigua. Es un anacronismo, un error cronológico pero inconsciente, que puede apreciarse en forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes e ideas o defensas contra ellos. Se produce en el análisis y fuera de él, en las personas neuróticas, psicóticas y normales, es decir en todas las relaciones humanas hay una mezcla de reacciones realistas y de transferencia. Generalmente son inapropiadas, tanto en calidad como en cantidad.

Freud clasifica la transferencia en positiva y negativa, siendo la primera erótica y sublimada. El papel básico que desempeña la transferencia positiva en el proceso psicoanalítico, consiste en que suministra la energía suficiente o necesaria para la colaboración del analizado. La transferencia negativa o sexual, perturba la colaboración del analizado. Sin embargo, para Singer (1994), toda transferencia es esencialmente negativa, ya que requiere y mantiene una persistente deformación del terapeuta e indica que una diferenciación entre transferencia positiva y negativa parecería lógicamente imposible

Para Ferenczi (citado en Etchegoyen, 1999), la sugestión es una forma de transferencia.

La neurosis de transferencia, es un efecto especial en el inicio de la cura, cesando la creación de nuevos síntomas, surgiendo como reemplazo otros nuevos, dirigidos hacia el analista y su entorno.

El amor de transferencia, es aquel en el cual surgen aquellos sentimientos de enamoramiento hacia el terapeuta, reeditando la relación de objeto del triángulo edípico. Sin embargo, existe el amor transferencial neurótico y psicótico, a veces denominándolos transferencia erótica y transferencia erotizada. Se entiende por erotización, una sobrecarga de los componentes eróticos de la transferencia, una deficiencia libidinal, acompañada de una gran necesidad de ser amado. Para Blitzsten (citado en Etchegoyen, 1999), en una situación transferencial, el analista es visto como si fuera el padre, en una erotización de la transferencia es el padre.

Racker (1991) hace referencia a los trabajos de Freud en 1912 (1996, Obras completas, tomo 2, traducción de Ballesteros.) y 1920 (op.cit. tomo 3) en donde en el primero, la transferencia la considera preponderantemente como resistencia, ya que la repetición es una resistencia. Y en la segunda obra, considera la repetición como tendencia del ello, mientras que la resistencia proviene del yo, oponiéndose a la repetición. De tal manera que, la transferencia es resistencia y lo resistido, dependiendo de cual de los dos aspectos se enfoque. “La transferencia es resistencia y es lo resistido, o sea, el analizado repite defensas infantiles (que son las “resistencias de transferencia”), para no hacer consciente situaciones infantiles de angustia y dolor que está por revivir en la transferencia”.

Singer (1994) encuentra en común, entre los teóricos sobre el tema de la transferencia, que ésta actúa al servicio de la resistencia, pero difieren en sus sugerencias acerca de los tipos de problemas, que los seres humanos a toda costa tratan de evitar. Para algunos la transferencia se encuentra al servicio del mantenimiento de tendencias regresivas y para otros, ayuda al individuo en su lucha por sobrevivir.

Contratransferencia.

La relación analítica, se ha definido desde una perspectiva que abarca no solamente desde el paciente, sino también desde el analista, como una relación bipersonal, recíproca, es decir, de transferencia y contratransferencia.

De acuerdo con Roudinesco (2003), la contratransferencia es el conjunto de manifestaciones del inconsciente del analista, relacionadas con las manifestaciones de la transferencia al analista. Señala que Freud en 1910 evoca la existencia de una contratransferencia, que se instala en el médico por la influencia del paciente, sobre la sensibilidad inconsciente del primero, agregando que el médico requiere, reconocer en sí mismo esa contratransferencia y así poder dominarla. De igual manera, no sólo recomienda sino que reclama, que el analista inicie su actividad con un autoanálisis de forma continua, conforme a sus experiencias con el enfermo (paciente). Posteriormente Freud en 1913, menciona que el analista no debe darle nunca al analizante, nada que prevenga de su propio inconsciente. Deberá reconocer y superar su contratransferencia, para estar libre de sí mismo.

Heimann y Little (en Roudinesco, 2003) redefinieron la contratransferencia, como el conjunto de reacciones y sentimientos, que el analista experimenta respecto de su paciente. Para Heimann, en la medida en que el inconsciente del analista engloba al del paciente, el primero debe servirse de la contratransferencia, como un instrumento que facilite la comprensión del inconsciente del analizante; esta concepción, no lleva a una comunicación de los sentimientos del analista al paciente, como lo consideraba Ferenczi. Por otro lado Little rechaza toda idea de distancia: El analista y el analizante son inseparables y el analista le debe comunicar al paciente, los elementos de su contratransferencia.

Para Lacan (en Roudinesco, 2003), "...la noción de contratransferencia carece de objeto, ya que sólo designa los efectos de la transferencia que alcanzan al deseo

del analista, no como persona, sino en tanto él es puesto en el lugar del Otro por la palabra del analizante, es decir, en una tercera posición que hace la relación analítica irreductible a una relación dual”.

Freud (citado en Etchegoyen, 1999) la define como una respuesta emocional del analista, a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico, es decir en función del analizado. Sin embargo, el mismo Freud la mencionó como un obstáculo dentro del proceso analítico, el cual debería ser removido. Si bien se deriva de aquellos “puntos ciegos” no analizados en su propio proceso, el analista no sólo tiene la labor, sino la responsabilidad de trabajarlos, una vez que se ha dado cuenta de dicho fenómeno. Tanto para Racker (1991) como para Heimann (citada en Etchegoyen, 1999), mencionan que el *metier* (oficio) del analista, consiste en escuchar y escrutar su contratransferencia, concebida como intuición. Ésta última debe considerarse como el momento de ruptura, en que de repente se impone algo inesperado a nuestra comprensión.

Laplanche y Pontalis (1996), la definen como el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado, frente a la transferencia de éste.

Como ya se mencionó anteriormente, para Racker y Heimann, la contratransferencia más que considerarse como un obstáculo, es como un instrumento sensible, de gran utilidad para el desarrollo del proceso analítico. Se considera como la posición básica frente al analizado. Racker (1991) menciona que existen dos aspectos de la Contratransferencia: por un lado, la respuesta contratransferencial a la transferencia manifiesta y actual y por el otro, la respuesta contratransferencial a la transferencia latente y potencial, pero reprimida y bloqueada. También se diferencia una parte de la contratransferencia, que resulta de la identificación del analista con el Yo y el Ello del analizado (identificación concordante) y otra parte, que resulta de la identificación del analista con los objetos internos del analizado (identificación complementaria).

Así como se considera una transferencia negativa y positiva, a su vez existe la contratransferencia positiva y negativa, en donde la primera perturba la comprensión del analista y necesita ser constantemente analizada y disuelta y la segunda, suministra la energía necesaria para ver el inconsciente del analizado, superando de esta manera las contrarresistencias del analista. También se considera que puede presentarse una “neurosis de contratransferencia”, ya que la identificación con los objetos transferidos del analizado, implica la vivencia de las angustias y defensas patológicas de estos objetos. Todo lo anterior, considerándose no sólo como contrarresistencias, sino también como un instrumento para la comprensión de las relaciones de objetos primarias del analizado.

Racker (1991) considera que la contratransferencia, opera en tres formas:

- 1) Como obstáculo. Peligro de escotomas o puntos ciegos.
- 2) Como instrumento. Para detectar qué es lo que está pasando en el paciente.
- 3) Como campo. En el que el analizado puede realmente adquirir una experiencia viva y distinta de la que no tuvo originariamente.

Es importante distinguir que el término contratransferencia, implica que el punto de partida es la transferencia del paciente.

Joseph Sandler (1998, 110) menciona que el paciente “...procura efectivizar, o provocar en la realidad actual, la interacción entre el sí-mismo y el objeto, representada en su fantasía de deseo inconsciente predominante; interacción que supone un cierto rol para el sujeto y otro para el objeto (la llamada relación “relación de roles”).”

Chediak (1979, citado en Sandler, 1998), divide las reacciones del analista en la siguiente forma:

- 1) La comprensión intelectual, basada en la información que proporciona el paciente y en los conocimientos intelectuales que posee el analista.
- 2) La respuesta general ante el paciente como persona. La reacción del paciente ante la personalidad del analista.
- 3) La transferencia del analista sobre el paciente.
- 4) La contratransferencia del analista.
- 5) La identificación empática con el paciente.

Money-Kyrle (citado en Etchegoyen, 1999) introduce otra variante, dentro de la clasificación de la contratransferencia: La normal, es decir, aquella que se presenta de forma regular y que interviene por derecho propio en el proceso analítico. Se puede definir como aquella en donde el analista asume un papel parental, complementario al del paciente, de tal manera que si la transferencia reactiva conflictos infantiles, lleva a la condición de la contratransferencia como parental.

También se puede distinguir entre la contratransferencia directa e indirecta, esta última cuando el objeto que moviliza la contratransferencia del analista, no es el analizado mismo sino otro y la directa, cuando proviene del paciente.

Winnicott (en Etchegoyen, 1991) la clasifica en tres tipos:

- 1) Los sentimientos contratransferenciales anormales, que deben considerarse como una prueba de que el analista necesita más análisis.
- 2) Aquellos que tienen que ver con la experiencia y el desarrollo personal del analista y de los que depende el trabajo de cada analista.
- 3) La verdaderamente objetiva del analista, el amor y odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente, mediante una observación objetiva.

Finalmente Singer (1994, 282) considera que "...todas las reacciones del terapeuta, si se examinan cuidadosamente, estimulan el progreso terapéutico,

porque representan modos de comunicación sutiles y como algunos autores las llaman “prelógicas”, que pueden estimular la comprensión y el insight”.

3. MODALIDADES TÉCNICAS.

Freud señala en 1913 (citado en Braier, 1990): “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 ordinario legítimo, no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente erróneo lleve en algún caso a la meta.....sin embargo, estas constelaciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin”. Lo anterior permite observar cómo el propio Freud advierte contra la rigidificación de la técnica, aunque a su vez, deja lugar al cuestionamiento y la innovación. Se considera entonces, permanecer abiertos, menciona Braier (1990), (sin apartarnos de los recursos legítimos que pertenecen a la técnica psicoanalítica), a la posibilidad de combinar las diferentes alternativas de que se disponen.

El mismo Freud durante su largo camino por consolidar un método, advierte varias etapas, las cuales puntualiza de manera muy precisa Perrés (1998), en el siguiente esquema:

Primer periodo. Método tradicional: Tratamientos físicos y tratamiento moral, 1886/1887 (¿?)

En 1886 Freud regresa de Francia, de su estancia en la Salpêtrière haciendo contacto con Charcot. Retornaba como Psicopatólogo y acudían pacientes neurológicos y aquellos que podríamos englobar dentro del término de “neuróticos”. Las patologías de la época eran personalidades múltiples, como la histeria. Se hacía una diferenciación entre las “neurosis mayores” (histeria e hipocondría) y las “neurosis menores” (neuralgias, o dolores). Posteriormente, la

hipocondría se diluye como entidad nosológica, quedando como un síntoma de otras afecciones.

Para finales de 1880, se consideran las siguientes patologías: neurosis (histeria y neurastenia) y otras poco estudiadas (fobias, obsesiones, trastornos epilépticos y neurosis traumáticas).

En 1887, Kraepelin propone el concepto de Neurosis: Trastornos nerviosos funcionales. La terapéutica propuesta para las neurosis: Curas dietéticas y tratamiento psíquico, este último entendido en el sentido de una delicada y paciente, pero firme pedagogía.

Técnicas terapéuticas empleadas en esa época:

- Tratamientos Físicos. Electroterapia, distintas formas de hidroterapia y determinadas sustancias farmacológicas, "cura del reposo". Beard proponía el siguiente tratamiento para la neurastenia: Tónicos físicos y psíquicos sistema nervioso, ejercicio muscular, electrización general, administración de fósforo, estrocnina y arsénico.
- Tratamientos Morales. Desde Pinel, Esquirol y Reil (principios del siglo XIX):
"Camino de la razón". A mediados del siglo XIX: utilización voluntaria y premeditada de la influencia psíquica más sutil sobre el alienado.
 - "Pedagogía psíquica": técnicas de persuasión.

Todas ellas técnicas de manipulación.

Cuatro principios básicos del tratamiento moral:

- "Principio del aislamiento".
- "Principio de la ocupación o del trabajo en todas sus formas".
- "Principio de la vida en común".
- "Principio de sustituir la voluntad del paciente por una autoridad extraña".

Charcot propone la siguiente terapéutica:

- Tratamiento psíquico o moral. Aislamiento total del paciente.
- Tratamiento médico propiamente dicho.
- Electrización estática e hidroterapia metódica.

Es posible encontrar remanentes de ese “tratamiento moral”, por lo menos durante toda la prehistoria del psicoanálisis.

En 1888 Freud diferencia tres tareas terapéuticas específicas:

- Las que conciernen a la predisposición histérica. Medidas psicoprofilácticas.
- A los estallidos histéricos (histeria aguda). Tratamientos tradicionales.
- A los síntomas histéricos (histeria local). Medidas directas e indirectas: técnicas físicas, haciendo referencia a la sugestión hipnótica.

Forel señala la hidroterapia, la sobrealimentación o la ingestión de valeriana como tratamientos para la histeria.

- 1891: escribe un artículo sobre “hipnosis”. Propone la sugestión hipnótica, el contacto físico con el paciente y otras técnicas como la dietética, la mecánica, etc.
- 1892: masajes, tratamiento moral, cura hidropática. Caso de Elisabeth von R.
- 1888-1893: tratamiento moral. Caso de Cécile.
- 1894: sobrealimentación.
- 1895: masajes en hipnosis leve.
- 1896: Kraepelin, en la quinta edición de su tratado, incorpora junto con los métodos físicos ya citados, la posibilidad de sugestión hipnótica.

Segundo periodo. Método de sugestión hipnótica, 1887/1889 (¿1892?).

- 1887, diciembre. Método de sugestión hipnótica.

- Mayo de 1889: periodo de eliminación de síntomas por medio del método de la sugestión hipnótica, termina en esta fecha, habiendo comenzado en mayo de 1887.
- 1883, inicia Bernheim, la crítica a la Escuela de la Salpêtrière de Charcot, fundamentalmente en dos aspectos: la concepción de hipnotismo y la de histeria.

Freud oscila en forma ambivalente entre las posturas de Charcot y las de Bernheim. Defiende la necesidad de la terapia sugestiva y su carácter inofensivo, no deja de indicar ya un aspecto reprochable de la sugestión, sobre el que continuará reflexionando muchas veces: “pero quizás lo reprochable sea la sugestión, la sofocación de la libre personalidad por el médico”.

En 1889 visita Nancy por varias semanas y conoce personalmente a Liébeault y a Bernheim.

Tercer periodo. Método hipnocatártico, 1889/1892 (¿1896?)

Empleó este método entre 1889 y 1892, casi como único método. Desde 1892, utilizó en forma simultánea el método hipnocatártico y el catártico. A partir de 1896 abandonó en forma definitiva la hipnosis, utilizando exclusivamente el método catártico, que fue modificando y puliendo con posterioridad, hasta fundar la técnica y el dispositivo psicoanalíticos.

Subdivide este periodo en dos subperiodos:

- Momento inicial: esbozo del método hipnocatártico 1889 a ¿1890?
- Método hipnocatártico propiamente dicho: de ¿1891? A 1892 (¿1896?)
- Las pacientes tratadas con este método de quienes han quedado datos fueron las siguientes: Emmy, Câcilie, Rosalie H., Matilde H., y “la paciente que se le arrojó en los brazos”.

Câcilie fue tratada por Freud entre 1888 y 1893. Los ataques histéricos que presentaba la paciente (alucinaciones, dolores, convulsiones, largas declamaciones, etc.). Freud introducía la hipnosis, convocaba a la reproducción de la vivencia traumática y ponía término al ataque mediante las reglas del arte. Descubre el “conflicto y la defensa”, eje de su teorización. Su técnica con esta paciente, prefigura las actuales modalidades y recursos de la terapia gestáltica (y en cierto sentido de la psicodramática), lo que no deja de ser importante y llamativo.

Freud carga sobre sus hombros, todas las formas de psicoterapia que han emergido en el siglo XX.

Cuarto periodo. Método catártico, 1892 a ¿1898?

Este periodo puede extenderse entre 1892 y 1898. Son los inicios de la búsqueda en el campo de las psiconeurosis y el de las neurosis actuales. Comienza su camino de búsqueda, entre la clínica y la técnica y la teoría, en los que el principal paciente fue él mismo.

Cuatro ángulos diferentes de los descubrimientos de Freud, que a continuación se enumeran:

1) NIVEL TEÓRICO.

Pasaje de la teoría del trauma a la teoría de la seducción, hasta el abandono de ésta y el descubrimiento de la fantasía (fantasía inconsciente), como expresión de una realidad psíquica, diferente de la material. Freud partió de la teoría del trauma psíquico, siguiendo la conceptualización de Charcot de la “herencia neuropática”. Por trauma psíquico se entendía, el efecto de un “agente externo” sobre el psiquismo.

Freud comprueba el origen sexual de las neurosis. En todos los casos, van apareciendo como causa de trastornos de la vida sexual del paciente. Las clasifica

como: neurosis actuales y traumas ante experiencias de una “sexualidad presexual”. La teoría de la seducción va apareciendo a partir del 8 de octubre de 1895 (carta a Fliess). Tendrá su auge durante 1896 y principios de 1897.

2) NIVEL PSICOPATOLÓGICO.

La constitución de la primera teorización psicopatológica general de Freud o la que, a partir de conflictos sexuales, se ordenará en el campo de las neurosis actuales, teniendo estas categorías diferentes etiopatogenias, distintas ecuaciones psicopatológicas y por lo tanto, diferentes resoluciones terapéuticas.

Freud descubrió que otras psiconeurosis (como la neurosis obsesiva), funcionan en torno a la defensa, comprobando además que algunas psicosis tienen por base el mismo mecanismo. El concepto de Defensa, se convirtió en el eje de su primera conceptualización psicopatológica, en lo que tienen que ver con las psiconeurosis, con las neurosis que funcionan en el “terreno psíquico”.

A partir de 1892, dedicó especial atención a las neurosis que funcionan y se originan en un “terreno somático”, las que luego denominó “neurosis actuales”. En 1894, aísla una nueva entidad: la “neurosis de angustia”, distinguiéndose de la anterior por su mecanismo y su etiopatogenia. De tal manera, que al explicarse como de origen somático, se le diera tratamiento moral.

Las neurosis actuales: neurastenia y neurosis de angustia. En 1915, Freud agregó la hipocondría. La neurastenia es la neurosis somática, típicamente masculina. Es un cuadro monótono que presenta siempre la misma sintomatología, que se caracteriza por el déficit de tensión sexual somática, provocada por la falta de ésta en el órgano terminal. Dicha falta se origina por la masturbación excesiva, o en las poluciones involuntarias que impiden dicha acumulación.

La neurosis de angustia tiene su origen somático, con elevado quantum de tensión sexual somática, que se transformará de modo directo en angustia somática. Remite a las prácticas nocivas de la relación sexual. Dentro de las psiconeurosis

se encuentran la histeria y la neurosis obsesiva; posteriormente se agregaría la fobia. También hace múltiples referencias a la psicosis histérica y a la melancolía.

3) NIVEL TÉCNICO.

Irá conceptualizando su práctica, introduciendo innovaciones a partir del abandono de la hipnosis, que lo conducirán al método de la asociación libre, que caracteriza, fundamenta y posibilita el trabajo psicoanalítico.

Freud cita 14 pacientes, que se inscribirían dentro de su concepción de neurosis actuales. cinco de ellos son diagnosticados como neurasténicos, siete como neurosis de angustia, uno como hipocondría y otro carece de especificación diagnóstica. De los 14, sólo aparecen pocas referencias a los tratamientos efectuados. Menciona el uso de la cura de reposo y no aparecen tratamientos psíquicos efectuados a estos pacientes, dada su conceptualización psicopatológica.

Tratamientos por patología:

- Neurastenia: deshabituarse al paciente de la masturbación, llevarlo al “comercio sexual normal”.
- Neurosis de angustia: consejos médicos a la pareja, con relación a su modalidad de actividad sexual, profilaxis.
- Neuropsicosis: Freud menciona más de 20 casos de histeria, ocho neuróticos obsesivos y fóbicos y algunos pacientes psicóticos (dos de paranoia y uno de psicosis alucinatoria); para todos ellos utiliza el método catártico.

Aprendió a visualizar el efecto de resistencia en el paciente, resistencia nacida de la misma fuerza que había efectuado la represión. Dentro del método catártico, se encuentran interpretaciones “silvestres”. La meta sería alcanzar la abreacción, la descarga de la excitación almacenada.

Lo que diferencia el método hipnocatártico del catártico, sería el trabajo con pacientes en estado de vigilia, descubriendo los efectos de la resistencia, la posibilidad del paciente de “saber” y “no saber” simultáneamente y entender la estructura del aparato psíquico.

Se puede observar que el trabajo técnico de Freud, era directivo y directo, empieza a “escuchar” al paciente.

4) NIVEL DE IMPLICACIÓN PERSONAL DE FREUD EN SUS DESCUBRIMIENTOS Y CONCEPTUALIZACIONES.

Freud irá penetrando en su propia neurosis y en su llamado “autoanálisis”. Este proceso se repite constantemente en cada analista en formación, quien “incorpora” de otra manera la teoría y la práctica psicoanalíticas, cuando atraviesa por su propio proceso analítico, acercándose a su “saber inconsciente”. Algunos de estos descubrimientos se encuentran en sus cartas y son aquellos como el Complejo de Edipo, entre otros.

Quinto periodo. Método de la Asociación Libre o método psicoanalítico (a partir de 1898).

El método de la Asociación Libre es el único que posibilita y fundamenta la situación analítica y mantiene por ello su total vigencia en la actualidad. El psicoanálisis no nace de meras modificaciones técnicas, sino a partir de un específico sustrato sociohistórico, de una compleja articulación entre la teoría, la técnica y el llamado “autoanálisis” de Freud, siendo éste el verdadero eje estructurante de los otros vectores, en ese pasaje de la prehistoria a la historia del psicoanálisis.

En el “Proyecto” de 1895, se observan consideraciones sobre las “investiduras desinteresadas”, que constituyen la génesis teórica de las “representaciones involuntarias”, analizadas posteriormente en “La Interpretación de los sueños”.

Estas representaciones involuntarias, originadas por la acción deliberada, constituirán el punto de partida para entender los sueños y crear una técnica para interpretarlos. El descubrimiento de esa técnica, le permitirá la extensión de la asociación libre, hasta convertirla en método fundamental del psicoanálisis.

En 1898, escribe “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, donde hace referencia al método psicoanalítico, que reemplazaba al método catártico, pero sin describirlo aún. Se sabe que la primera versión de “La interpretación de los sueños”, fue realizada en febrero y julio de 1898, teniendo su redacción definitiva entre mayo y septiembre de 1899. En el segundo capítulo, hace referencia al método terapéutico psicoanalítico.

1901: “Psicopatología de la vida cotidiana”: Freud aplica el método de la asociación libre, para interpretar diversos actos fallidos. “Fragmento de análisis de un caso de histeria “ (caso Dora, fue realmente publicado hasta 1905).

1903. Freud escribe un artículo titulado “El método psicoanalítico de Freud”, como contribución para un libro de Lowenfeld: “El método catártico ya había renunciado a la sugestión; Freud emprendió el segundo paso: abandonar la hipnosis. He aquí el modo en que hoy trata a sus enfermos: sin ejercer sobre ellos ninguna influencia de otra índole, les invita a tenderse cómodamente de espaldas sobre un sofá, mientras él, substraído de su vista, toma asiento en una silla situada detrás. Tampoco les pide que cierren los ojos, y evita todo contacto y cualquier otro procedimiento que pudiera recordar a la hipnosis. Una sesión de esta clase transcurre como una conversación entre dos personas igualmente alertas, a cada una de las cuales se les ahorra todo esfuerzo muscular y toda impresión sensorial que pudiera distraerla y no dejarle concentrar su atención sobre su propia actividad anímica”.

Muestra cómo la asociación libre, sustituirá con ventaja a esa ampliación de conciencia. Describirá la regla fundamental, que se enuncia al paciente en los términos ya citados.

1907. Rank: “La técnica analítica ha cambiado hasta tal punto, que el psicoanalista ya no trata de extraerle material que le interesa, sino que permite al paciente seguir el curso natural y espontáneo de su pensamiento”.

Freud en 1909, indicó los tres procedimientos técnicos ahora utilizados, para descubrir los contenidos inconscientes del paciente:

- Asociación Libre del paciente (inseparable de la atención flotante del analista).
- Interpretación de los sueños.
- Apreciación de sus actos fallidos.
- Valoración del “extraño fenómeno” de la transferencia.

La transferencia fue convirtiéndose paulatinamente, con el desarrollo teórico freudiano, en el verdadero eje de la situación analítica así como de la teoría de la cura psicoanalítica. “Si la transferencia es repetición, será fundamental recordar para no volver a repetir. El principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia”. Convirtiendo la neurosis ordinaria en neurosis de transferencia, curable psicoanalíticamente.

Hasta 1910, introducirá el concepto de “contratransferencia”.

Con el esquema anterior, se puede observar cómo desde sus inicios, el psicoanálisis ha tenido sus propias modificaciones.

En psicoanálisis, siempre hay una técnica que configura una teoría y una teoría que fundamenta una técnica. “Sólo en el psicoanálisis podemos ver como un determinado abordaje técnico conduce en forma inexorable a una teoría (de la

curación, de la enfermedad, de la personalidad, etc.), que a su vez gravita retroactivamente sobre la técnica y la modifica para hacerla coherente con los nuevos hallazgos; y así indefinidamente.”²

Se encuentra entonces que la teoría de la técnica no sólo intenta dar respaldo teórico a la técnica, sino que también señala la indiscutible unión entre ambas.

Breuer introduce una modificación técnica, llevando a nuevas teorías de la enfermedad y de la curación: la *técnica catártica*. Descubre la disociación de la consciencia, postulando que la causa de este fenómeno es el *estado hipnoide*. Freud lo atribuye a un trauma. Esta técnica (hipnosis catártica), llevó a descubrir la disociación de la consciencia y a teorías que finalmente llevarían a modificar la técnica existente para esa época.

En pacientes psicóticos, se han hecho modificaciones a la técnica, dadas las características del paciente; a algunas de ellas hace referencia Fromm-Reichmann (1981), desde el uso del diván, en donde el paciente no entiende la prescripción del diván, además de que si el terapeuta es el puente o vínculo del paciente con la realidad, el hecho de estar sentado detrás del paciente, no beneficia al respecto; de manera que es frecuente recurrir a sentarse cara a cara, sentarse en el suelo, etc., siempre teniendo la precaución de no parecer en actitud amenazante para el paciente.

En el aspecto de la asociación libre, el autor refiere ser totalmente innecesario, ya que “ellas exhiben espontáneamente las actitudes adecuadas y la capacidad para la expresión libre que el psicoanalista trata de establecer en los pacientes neuróticos por medio de la asociación libre”.³

² Etchegoyen, H. (1999) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu. 23.

³ Fromm-Reichmann, F. 1981. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco depresivos*. Buenos Aires. Ediciones Hormé.

Respecto a la interpretación explica que, debido a la patología y al mundo en el cual vive el paciente psicótico, que comprende con mayor claridad sus producciones, resulta redundante la explicación de lo que éste ha dicho con anterioridad; recomienda evitar que el paciente note el efecto en el Psicoanalista, respecto a la falta de claridad. Además de no ser necesaria la interpretación en este tipo de pacientes, se ha ido disminuyendo esta actividad en pacientes no psicóticos.

Las finalidades de la intervención psicoterapéutica, siempre serán las siguientes: entablar una relación positiva; aliviar la ansiedad; aumentar el contacto con la realidad; contribuir y comprender a resolver los conflictos; integrar las experiencias en un todo congruente y fortalecer al Yo y promover la maduración. (Reca, T. 1979, 79), "...del mismo campo psicoanalítico procede el reconocimiento de la necesidad de modificar la técnica psicoanalítica si se desea aplicar el psicoanálisis al tratamiento de psicóticos. La asociación libre, desde luego, queda totalmente proscrita, ya que sólo puede contribuir a acentuar la desintegración. Los principales tipos de intervención que llegó a efectuar Reca (1979), con pacientes psicóticos, fueron los siguientes: actitud de tipo maternal; aceptación, apoyo, empatía; indagación o busca de mayor información; información; noción de realidad, directa o por señalamientos; facilitación y estímulo a la expresión de sentimientos; establecimiento de relación entre la expresión y otros hechos; interpretación (simbólica y directa) y realización simbólica. De tal manera que se puede observar que si bien llega a utilizar la interpretación, fundamento de la técnica clásica, también llega a utilizar otros medios, de acuerdo en que favorezca el tratamiento con este tipo de paciente en particular.

En 1926 A. Freud, publicó en alemán su obra "El tratamiento psicoanalítico de niños", en esta obra "...habla de las alteraciones que había que hacer a la técnica clásica para poder trabajar con los niños, de la sustitución de las asociaciones libres por el juego libre, de la importancia de trabajar con los padres del paciente, de la selección de los pacientes y de la naturaleza de la transferencia en el

psicoanálisis infantil (de la presencia de reacciones transferenciales pero no de neurosis de transferencia)” (Salles, 2003).

De acuerdo con Greenson (1997, 210) considera que “...los pacientes psicóticos, los casos límite, los caracteres denominados por los impulsos y los niños pequeños, por lo general requieren de modificaciones en la técnica psicoanalítica.” En muchos casos, estas modificaciones y desviaciones del psicoanálisis, pueden ser necesarias para satisfacer las necesidades del paciente.

El mismo Freud (citado en Greenson, 1997), predijo que algún día sería necesario hacer una aleación con el “oro puro” del psicoanálisis, para poder tratar a un número mayor de pacientes.

Fiorini (2000) considera que la experiencia clínica, es la experiencia de la diversidad, que tenemos múltiples direcciones y múltiples dimensiones de la clínica. Asumir esa diversidad de fenómenos en la clínica, es un modo de asumir la castración. Todas las formas de omnipotencia, aparecen pretendiendo cerrar algún uno. Refiere Fiorini acerca de un comentario de Pontalis, en el cual se observa que este último no considera que exista una sola teoría, sino de un conjunto de teorías, con desiguales grados de desarrollo, que no se puede decir que es una obra unificable, por el hecho de que responde a un mismo autor, porque un autor es varios autores.

Toda teoría, de acuerdo con Foucault y Deleuze (en Fiorini, 2000), llega a un punto de detención que se levanta frente a ella como un muro infranqueable, un muro que tendrá que ser atravesado, perforado por cierto tipo de práctica. Así mismo Deleuze considera que en la actualidad, habrá que investigar articulaciones de superficie (maneras en que dinámicas profundas del individuo, del grupo, de la institución y del país se abrochan en un momento dado y producen un efecto). Y se deben analizar, porque es lo que ocurre en un tiempo y un lugar determinado, no ocurre ni ayer ni mañana, ocurre hoy.

4. JUEGOS Y VIDEOJUEGOS.

4.1 Historia del juego.

La historia del juego como técnica terapéutica, es relativamente nueva. De la escuela de Viena, Freud, A. en 1926 refiere que el juego es un recurso para promover la verbalización del niño, lo que toma como medio verdadero de análisis, durante el periodo de latencia.

Por otro lado Hug – Hellmuth, en 1921 (citado en Salles, 2003), también trata sobre el uso del juego en el niño, donde se utilizan sus propios juguetes en el curso de las sesiones, recomendando hacerlo en su propia casa.

Fries en 1937, cita que “el juego es una fuente de indicios hacia la vida interior del niño, pero enfatiza la conveniencia de ocultar la interpretación hasta que él ha obtenido acceso a sus experiencias traumáticas únicas y específicas, mediante el manejo sistemático de sus resistencias”.⁴

Para Klein en 1932 (citado en Salles, 2003), el juego infantil es equivalente a las asociaciones libres de pacientes adultos, en un proceso psicoanalítico. El juego infantil es la traducción al supuesto lenguaje del inconsciente, evidentemente dentro del marco de configuración transferencial del proceso.

4.2 Historia del videojuego.

Se puede decir que la historia de los videojuegos, tiene su inicio a partir de 1946, con la aparición de la electrónica, base de los juegos electrónicos. Sin embargo,

⁴ Schaefer, C. E. y O'Connor, K. J. 1988. Manual de terapia de juego Vol. 1 Manual Moderno. México. 9

Kent (2001) hace un recuento de las diferentes etapas que llevaron al videojuego, hasta lo que se conoce en nuestros días:

A partir de 1889: Fusajiro Yamauchi establece la compañía Marufuku, la cual distribuía tarjetas de juego japonesas, llamadas Hanafuda. En 1951 Marufuku cambia su nombre al de Nintendo, un término que significa "deja la suerte al cielo". En Estados Unidos se regularizan las leyes que permiten las máquinas "traga monedas", siendo Marty Bromley, quien administra los cuartos de juego en bases militares en Hawai, comprando máquinas y abriendo negocios llamados Service Games (SEGA). Ya en 1954 David Rosen comienza con la compañía Rosen Enterprises embarcando máquinas de fotos automáticas a Japón. En Estados Unidos de Norteamérica un estudiante del MIT, Steve Russell crea Spacewar, el primer juego interactivo en el año 1961 y para 1962 Nolan Bushnell inicia su carrera de ingeniería en la escuela de la universidad de UTAH. Dos años después Rosen Enterprises, inicia con Service Games, en más de 6,000 locales para formar Sega Enterprises. Para 1968 Ralph Baer patenta su juego interactivo de televisión. En 1970 Magnavox otorga la licencia a Ralph Baer su juego. Al mismo tiempo Bushnell comienza su trabajo en la versión de arcade del Spacewar; al año siguiente Nutting Associates compra el juego de Bushnell y lo contrata para que lo manufacture. Y esta compañía empieza a embarcar Computer Space, el primer arcade de videojuego.

En el año 1975 Atari crea el prototipo de Home pong el cual es vendido a Sears Roebuck. Nazco comienza a crear videojuegos. Midway Games importa el juego de Taito llamado Gunfight, el primer juego que utiliza un microprocesador.

A partir de esa fecha salen al mercado en diversas modalidades los videojuegos, desde un Arcade hasta microprocesadores domésticos, teniendo al alcance del público juegos tales como: *Donkey Kong*, *Pac-Man*, *Tempest*, etc., llegando hasta nuestros días videojuegos de tercera dimensión con una calidad y tecnología tan avanzada, en donde la estrategia y la simulación de situaciones reales, son los

escenarios más comunes; además de complejidad cada vez mayor, incrementando el nivel de habilidades y destrezas del jugador; tal es el caso del videojuego *Star Craft*, el cual será analizado en este trabajo.

GÉNEROS DEL MUNDO DE LOS VIDEOJUEGOS

Begoña Gros y el Grupo F9.

ARCADES	JUEGOS DE SIMULACIÓN	JUEGOS DE ESTRATEGIA	JUEGOS DE MESA
<p>Juegos de gran rapidez, poca estrategia y mucha emoción, de rápido aprendizaje y con usuarios menores de 12 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plataforma. • Deportivos. • Laberintos. • Dispara y olvida. 	<p>Juegos en los que se simulan acciones de la vida real, de aprendizaje más complejo y con usuarios a partir de 12 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simuladores instrumentales • Simuladores de situaciones. <ol style="list-style-type: none"> 1. de deportes. 2. de comportamientos humanos. 	<p>Juegos donde la estrategia en la toma de decisiones, las maniobras, los cálculos o establecimiento de hipótesis, serán la clave para llegar al objetivo final. Suelen ser largos y permiten guardar los pasos realizados. Admiten el trabajo en equipo y son recomendables a partir de los 12 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aventuras gráficas. • Juegos de rol. • Juegos de estrategia militar. 	<p>Juegos de siempre, sobre tablero, fichas o cartas, preguntas y respuestas, etc. En este caso todos los elementos quedan sustituidos por la pantalla.</p>

4.3 Los videojuegos como impacto social, cultural y psicológico de nuestros tiempos.

Siguiendo la línea de las heridas narcisistas a la humanidad, planteadas por Freud (Copérnico, Darwin y el mismo Freud), se puede considerar una cuarta: aquella anunciada por la ciencia ficción, la de la posibilidad de una continuidad entre la máquina y el hombre (Balaguer, 2002).

Hemos pasado desde los juegos bidimensionales de los ochenta, hasta los juegos tridimensionales en los noventa, considerándose más allá de un entretenimiento, sino como la creación de una realidad virtual asombrosa.

Javier Echeverría (citado en Castells y Bofarull, 2002) lo denomina el “Tercer entorno”, que estaría situado en un espacio virtual situado en el ámbito de las televisiones, ordenadores, videojuegos, Internet, celulares, etc. Y es en este entorno en donde los jóvenes actualmente viven y se desenvuelven, debido en gran medida por el atractivo que les genera.

En 1999, Tapscott (citado en Balaguer, 2002), realizó diversas investigaciones con los niños de Free Zone (sitio de Internet dirigido a público infantil o adolescente), quien encontró que estos chicos(as) en la actualidad prefieren los videojuegos, pasando más tiempo en la red, ya que esto les permite controlar lo que ven, en lugar de quedar en pasividad frente al televisor.

En otro apartado del trabajo de Balaguer (op.cit.) menciona que Douglas Rushkoff relata que actualmente lo que los padres quieren, es un entretenimiento fácil o de información predigerida, pero lamentan que sus hijos no tengan la capacidad suficiente de concentración para soportar esa programación y que los niños, en lugar de recibir medios simplemente, están cambiando de manera activa la imagen de esa pantalla.

“Los videojuegos son el primer fruto del encuentro de la televisión y el ordenador; gracias a los videojuegos, el usuario, por primera vez, podía controlar lo que sucedía en la pantalla” (Balaguer, 2002).

Otro aspecto que resulta interesante y atractivo para los jóvenes, es el hecho de poder conectarse con otras personas alrededor del mundo, volviendo el mundo tan pequeño que incrementa su omnipotencia. Las nuevas generaciones son parte de los millones de ordenadores que permiten un fluir de bytes, llevando a posturas tecnofílicas o tecnofóbicas, como consecuencia.

Aunque se vive en una época en donde la apatía supera en gran medida la actividad del joven, actualmente esta relación cibernética permite que a través de los videojuegos, quieran superarse, aprender los trucos, resolver problemas (sobre todo si son juegos de estrategia) y buscar soluciones inteligentes. Lo que para generaciones pasadas eran juegos complejos como el ajedrez, los videojuegos han superado en supremacía esa complejidad. Menciona Balaguer (2002, 4) que “Cada pantalla a resolver mueve intensos afectos que pueden ir desde la ansiedad, pasando por la frustración y la rabia hasta la satisfacción y el orgullo de encontrar y develar el sistema subyacente”.

Pero también se puede considerar, que los videojuegos se han transformado en un lugar donde los jóvenes quedan entre inmersos y depositados por los padres (no existe nana más constante, silenciosa y barata), un lugar en cierta forma alienante que separa las generaciones de padres e hijos. Ha llegado a fungir como un puente que separa y permite que los adultos se alienen en el trabajo y los hijos en el ciberespacio, sin convivir ni compartir.

Turkle (1997) comenta: “...el juego, en su aspecto formal, es una acción libre ejecutada “como si” y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella provecho alguno, que se ejecuta

dentro de un determinado tiempo y un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual”.

También se ha llegado a relacionar la violencia con los videojuegos, teniéndose diversas posturas al respecto, como por ejemplo el hecho de que los videojuegos agresivos estimulan la conducta agresiva, en donde se imita lo que se ve en la pantalla; otra postura contradictoria a la anterior, plantea una catarsis de la carga agresiva en el sujeto, teniendo un efecto de relajamiento al canalizar la agresión latente, teniendo como consecuencia un efecto positivo sobre la conducta del sujeto.

Se han considerado algunos videojuegos que educan, tales como los arcades, los de simulación deportiva, de conducción deportiva, simuladores de vuelo, aventura gráfica, estrategia, de construcción y gestión, educativos y adivinanzas, lógica y preguntas.

De acuerdo con Castells y Bofarull (2002), consideran que los videojuegos, con sus excepciones que son pocas, son sexistas. Reproducen y perpetúan modelos y roles masculinos y femeninos llenos de tópicos, fuera de toda realidad, que alejan a los niños del encuentro con modelos normales y creativos para su futuro.

Se debe considerar que el ciberespacio, está produciendo cambios en las percepciones acerca de la sexualidad, de la comunidad y de lo artificialmente inteligente y lo vivo.

Anthony Gidens (en Balaguer, 2001, 3) menciona: “Freud creía estar instituyendo un tratamiento científico para la neurosis, cuando en realidad lo que estaba haciendo era construir un método para renovar la identidad personal en los primeros pasos de una cultura destradicionalizadora”. Considerando lo anterior, nos encontramos actualmente en la misma situación.



Ahora bien, si se comparte el videojuego, como padres o educadores, con el chico(a), se pueden tener posibilidades bastante positivas, tales como: aumento de la diversión en grupo, aclarar dudas, responder preguntas, descubrir habilidades, educar en el autocontrol, en la reflexión, un conocimiento mutuo entre padres e hijos, o maestros y alumnos, crecimiento de habilidades sociales, aumento de curiosidad, capacidad de expresar nuevas ideas, etc. (Castells y Bofarull, 2002).

Por otro lado, el lado negativo, se pueden encontrar la adicción, jugar maniacamente, como una ludopatía, llegar a cuadros patológicos como un estado depresivo, trastorno límite de la personalidad, conductas suicidas y con actos delictivos, con hurtos y falsificaciones, etc. Sin negar que este tipo de trastornos estarían acompañados de una infancia infeliz, con una desintegración familiar, con padres alcohólicos, o madres ausentes o sobreprotectoras.

Finalmente, lo que se pretende es encontrar un equilibrio y no satanizar un juego más actual, original y poder prever las consecuencias positivas y negativas del uso del videojuego.

Starcraft, original.

Juego de estrategia creado por la compañía Blizzard, en donde la estrategia es a tiempo real; tomando decisiones al momento para poder ganar o perder el juego.

El juego se divide en tres grandes campañas: la campaña *terran*, la *protoss* y la *zerg*. Lo recomendado es comenzar desde la primera campaña, ya que además de su complejidad, a lo largo de cada batalla se da una pequeña introducción acerca de la historia y sus guerreros. Cuando se trata de llevar misiones, se siguen ciertas instrucciones o mandatos, en donde generalmente se está luchando

por el bien común de tu raza en turno, defendiéndose de las amenazas alienígenas o bien por justicia.

Cada raza tiene sus razones para luchar, no existen equivocaciones, dependerá de la posición que se desee adoptar por el momento. Estas razones dan sentido al juego y a la empatía con todos los jugadores.

Se considera que los *terran* son humanos, una raza especial de ellos. Las otras dos razas son alienígenas.

**CAPÍTULO II:
ASPECTO METODOLÓGICO**

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar la importancia del uso del videojuego como una modalidad de instrumento técnico útil dentro de la psicoterapia psicoanalítica en adolescentes, en un estudio de caso de un adolescente.

1.2 OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Analizar como se muestra la alianza terapéutica a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica de un adolescente.
2. Conocer como se muestra la resistencia a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica de un adolescente.
3. Identificar como se muestra la transferencia a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica de un adolescente.
4. Describir como se muestra la contratransferencia a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica de un adolescente.
5. Describir como se muestra la Interpretación a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica de un adolescente.
6. Evaluar cómo se utiliza el videojuego a través de las etapas del proceso psicoanalítico y su elaboración del material psíquico.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La técnica de la psicoterapia psicoanalítica, a lo largo de la historia, ha tenido modificaciones, de acuerdo a la población tratada, o bien al momento social y cultural por el cual van pasando las generaciones; sin embargo actualmente se ha presentado en la práctica psicoterapéutica de adolescentes, un nuevo reto, en donde los jóvenes, sobre estimulados con aparatos eléctricos y electrónicos, así como cibernéticos, se encuentran cada vez más envueltos en un ensimismamiento tal, que no permite el uso de la palabra para lograr comunicarse, sino a través de

dichos aparatos. De tal manera que ¿cómo lograr entender y profundizar en el psiquismo del adolescente que no permite la entrada a través de la palabra y qué solo emplea el lenguaje cibernético? Este ha sido un problema al cual las nuevas generaciones de psicoterapeutas nos hemos enfrentado y no queda más que, además de conocer ese “mundo” poder hacer uso del mismo, para tener no sólo acceso al joven, sino poder crear una relación, esa relación terapéutica esencial para que se de el proceso analítico. De ahí se parte este estudio de caso, que si bien es uno solo, comparte aspectos propios de la juventud actual, con la finalidad de que llegue a ser útil para otros procesos con similares situaciones.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Es útil el videojuego como instrumento técnico en la psicoterapia psicoanalítica para adolescentes?

¿Se puede observar la alianza terapéutica a través del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica?

¿Es probable encontrar las resistencias, haciendo uso del videojuego en la psicoterapia psicoanalítica con adolescentes?

¿Se puede explorar la transferencia y la contratransferencia, durante un proceso psicoterapéutico con adolescentes, a partir del uso del videojuego?

¿Se logra hacer interpretaciones durante una psicoterapia psicoanalítica a través del videojuego?

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La sociedad, durante las últimas décadas, ha tenido cambios y avances gigantescos, sobre todo en materia de ciencia y tecnología; claro ejemplo de ello, y tema de esta investigación, es el ámbito cibernético. El acceso a dichos aparatos, es cada vez más popular, encontrándonos una máquina o bien llamada

“maquinita de la esquina”, es establecimientos públicos, hasta una computadora personal, o también conocido como ordenador, de uso doméstico.

Si bien poco se ha escrito acerca de la técnica psicoanalítica general y menos aún la empleada en adolescentes, sigue siendo fundamental la técnica propuesta por Freud en sus inicios. Dadas las características poblacionales dentro del contexto temporal, se han tenido que ir haciendo modificaciones; principalmente en pacientes psicóticos, incluyendo a los niños.

Actualmente, el uso del videojuego como medio lúdico recreativo, es frecuente tanto en niños como en adolescentes, sin embargo, en la literatura de investigación psicoanalítica, no es frecuente encontrar el estudio de este aspecto desde la perspectiva de instrumento. La práctica en psicoterapia psicoanalítica requiere, dada la población más frecuente en adolescentes, de un estudio más amplio al respecto.

Los jóvenes son los consumidores más comunes de estos aparatos, llevándolos cada vez más a situaciones de enajenación, observándose una disminución en sus relaciones sociales, familiares y escolares. Ante una sociedad, en donde la computadora se ha convertido en la mejor “nana”, por ser de un bajo costo, de duración interminable (hasta que no falla alguna parte), fácilmente sustituible y suficientemente atractiva como para permanecer no sólo durante minutos, sino horas, frente a ella. Esto lleva consigo a dificultades de comunicación, sumamente importante no solo en su vida cotidiana, sino también para aquellos que requieran o soliciten un tratamiento psicoterapéutico. Dado que la palabra, es el instrumento por excelencia de trabajo de cualquier intervención psicoterapéutica, esto evidentemente ocasiona una conflictiva durante el trabajo con dichos adolescentes.

Guzmán (en Melgoza, 2002), nos dice que la adolescencia, a partir del s. XXI, presentan características comunes socialmente determinadas, como lo es la

existencia de una dependencia prolongada económica, una sociedad global perturbada, así como la influencia de medios masivos de comunicación progresiva.

En la práctica profesional, con mayor frecuencia, nos relacionamos con adolescentes, que dada la variedad y dinamismo de sus intereses, nos han confrontado con el hecho de tener una actualización en los mismos. Conocer su lenguaje y saber utilizarlo, es una de las pautas establecidas para tener éxito dentro de una psicoterapia.

Considerando que existen huecos tanto en la teoría como en la técnica psicoanalítica para el abordaje terapéutico, así como el hecho de que no existen modificaciones en el trabajo con adolescentes, a diferencia de aquellos empleados con adultos, como la planteada por E. Jackobson y Sullivan, se piensa necesario indagar sobre este tema, a fin de poder establecer un mejor contacto con los pacientes adolescentes e inclusive niños, en donde el ordenador, está siendo cada vez más presente en su vida diaria como medio de comunicación.

Se considera que es un trabajo viable, dado que es posible realizarlo, debido a la técnica, llama asociación libre, la cual da pauta como una herramienta tanto para la redacción de las sesiones, como para el acercamiento con el paciente.

Si bien, la información obtenida durante esta investigación se centra en un estudio de caso, se considera que es un reflejo de una situación social actual. De acuerdo con Autiquet (2002, 95) cita lo siguiente: "el enfoque psicoanalítico de la cultura (o de la civilización) es una psicoarqueología o una metapsicología de la cultura. Pone al descubierto el hecho de que las fuerzas pulsionales que se encuentran en el origen de la cultura no son distintas de las que actúan en el origen de las producciones psíquicas individuales, y que los fenómenos culturales sólo son los efectos, en conformidad con los mismos procesos, de los conflictos que tienen

lugar entre las diferentes instancias psíquicas, sólo que recharacterizados en un escenario más vasto”.

Este estudio pretende ayudar a resolver la problemática en la práctica terapéutica con adolescentes, ya que ante la gran diversidad y aumento en la ciencia y tecnología, se encuentra sobre estimulado, teniendo frecuentemente como consecuencias, limitaciones en materia de comunicación social y familiar, mostrando una incapacidad en este aspecto, evidenciando responder con mayor facilidad a aparatos cibernéticos, no así con sujetos reales a su alrededor. Siendo esto un problema a su vez dentro del proceso psicoterapéutico, es decir, si se trabaja particularmente a través de la palabra, cómo hacerlo con estos jóvenes, que solamente lo pueden hacer por medio de un ordenador.

5. DIMENSIONES CRÍTICAS.

La recolección de datos está dada en función de las sesiones terapéuticas desde el inicio del tratamiento, a partir de la entrevista con la madre, debido a que en este tipo de tratamiento, los padres están incluidos dentro del proceso. Es importante señalar que la recolección de las sesiones es sobre la base de la subjetividad que, como terapeuta se posea, pero que de acuerdo con el valor de dicha subjetividad y la relevancia del lenguaje en psicoanálisis, ésta es una fuente más que da significado, acercamiento al inconsciente.

Esta ciencia no aspira a la lógica racional del lenguaje, sino justamente al valor que posee el constructo del lenguaje en el entorno psicoanalítico.

Es decir, que lo que es válido para una persona, no necesariamente es válida para todos como lo es en las ciencias exactas.

Es sumamente importante hacer referencia a la singularidad del sujeto, ya que el inconsciente es singular, sin embargo, la propuesta de esta investigación es encontrar la utilidad del videojuego en otros tratamientos, porque hay algo que es plural no total, el hecho de que a los adolescentes actuales, tengan afición por los videojuegos, es común en gran mayoría de ellos.

6. EJES TEMÁTICOS.

6.1 Técnica tradicional psicoanalítica con el uso de la palabra:

- Alianza terapéutica. Para Greenson (1997), la alianza de trabajo es una actitud racional y relativamente no neurótica, que tiene el paciente frente a su psicoterapeuta. Actitud racional y objetiva de los sentimientos que tiene el paciente, hacia el analista.
- Resistencia. Es todo aquello que, tanto en actos como en palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente, como oposición a sus descubrimientos durante el tratamiento psicoanalítico (op.cit., 384).
- Transferencia. Designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Es una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche, 1996, 439)
- Contratransferencia. Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (op.cit., 84).
- Interpretación. Es una deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto, sacando a la luz modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula

en toda producción del inconsciente. Tiene la finalidad de hacerle accesible el sentido latente (Laplanche, 1996, 201).

6.2 Modificación de la técnica tradicional psicoanalítica con el uso del videojuego:

- Alianza terapéutica.
- Resistencia.
- Transferencia.
- Contratransferencia.
- Interpretación.

7. TEORÍA METODOLÓGICA

El psicoanálisis fue un término creado por Sigmund Freud en 1896, denominando un método particular de psicoterapia el cual deriva del procedimiento catártico de Josef Breuer, basado en la exploración del inconsciente con la ayuda de la asociación libre por parte del paciente y de la interpretación por parte del analista.

Roudinesco y Plon (2003), por extensión se da el nombre de psicoanálisis a:

1. El tratamiento realizado con este método.
2. La disciplina fundada por Freud (y sólo ella) en cuanto comprende un método terapéutico, una organización clínica, una técnica psicoanalítica, un sistema de pensamiento y una modalidad de transmisión del saber que se basa en la transferencia y permite formar profesionales del inconsciente.
3. El movimiento psicoanalítico, es decir una escuela de pensamiento que engloba a todas las corrientes del freudismo.

Descartes vincula su duda metódica con la existencia y con el ser "...las grandes ideas "Alma", "Dios" y "Mundo" que apoyan en su *cogito*, son construcciones. La duda metódica no lo llevó a ellas, sino a enfrentar al pensamiento con una especie de vacío que llenó con dichas ideas. Su gran obra no fue tanto de hallazgo como de invención. La pregunta que de aquí se puede desprender para la investigación en psicoanálisis, es sino le ocurre algo similar, en el momento en que acepta la mentira de la conciencia y se enfrenta al inconsciente. Tal vez al psicoanálisis lo que le ocurre es que para construir su objeto, simultáneamente tiene que construir su método. En este sentido, método y teoría en psicoanálisis coinciden" (Zarco Neri, 2000, 69).

8. PARTICIPANTES.

El paciente es un sujeto de 14 años, adolescente, estudiante del 2° grado de secundaria. Sus padres están divorciados desde que el tenía aproximadamente 2 años de edad, cambiando de residencia a la ciudad de Morelia, proviniendo de la ciudad de México.

El un chico delgado, alto, con características sexuales secundarias observables en pleno desarrollo; viste ropa holgada, generalmente deportiva, su rostro denota tristeza y aburrimiento.

Acude a terapia a petición de madre, la cual se encuentra preocupada que dada la edad del hijo, y no tener una figura masculina cerca para poder platicar libremente, ella desea que su hijo tenga un espacio de expresión fuera del contexto familiar, además de presentar problemas escolares, siendo esto un factor importante dado que la escuela a la cual asiste Mario, sugiere un tratamiento psicoterapéutico.

Mario no presenta conciencia de enfermedad.

9. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

HISTORIA CLÍNICA. Método sistemático utilizado frecuentemente por el psicoterapeuta con el objeto de obtener un diagnóstico, proponer y diseñar un tratamiento adecuado que consiste en recabar toda aquella información suficiente y necesaria que permita comprender el estado actual de la personalidad del paciente. En la historia clínica quedan registrados los eventos traumáticos y significativos durante la vida del paciente; esto es, debe quedar clara la influencia del pasado sobre el estado actual del paciente. Se divide en dos partes: descriptiva y examen mental. La historia clínica se refiere a una descripción de todos los acontecimientos y experiencias importantes de la vida del paciente, o alguna parte principal de ella, en las propias palabras del protagonista, o de las personas que den referencia a la misma.

SESIONES. Se encuentran dentro del modelo psicoanalítico considerado para llevar a cabo el tratamiento implica la formulación de un contrato en el cual se establecen acuerdos entre el paciente y el terapeuta que incluyen honorarios, horarios de citas, el lugar, vacaciones y lo referente a sesiones: tiempo de duración de éstas y frecuencia por semana. Se reconoce la sesión como un intercambio entre el paciente y el terapeuta en el cual el paciente podrá expresar libremente lo que se siente y piensa, y el terapeuta le devolverá con su experiencia la interpretación que se haga de su discurso encaminado hacia su restablecimiento.

10. PROCEDIMIENTO.

El modelo de investigación utilizado para mostrar los objetivos se llevó a cabo con un estudio de caso en un proceso analítico de un paciente de inicio psicoterapéutico en agosto de 2001, hasta el término del estudio, dando prioridad a las sesiones de la etapa inicial y media, dadas las características del paciente,

además del abandono hacia la tercera etapa del tratamiento, siendo aún suficiente el material, para llevar a cabo la investigación (50 sesiones, aprox.).

Los datos recabados durante estas sesiones permitieron la elaboración de la Historia clínica así como el reporte de las sesiones. Se llevó a cabo un análisis de las sesiones a través de las cuales se podrán observar los objetivos y el problema aquí planteado.

La información, está comprendida en cuadros comparativos de acuerdo a dos periodos: fase inicial, sesiones de la 1 a la 10; fase media, sesiones 11 a 50; observándose la relación por categorías con la técnica tradicional, la modalidad y la interpretación de cada rubro.

De igual manera se hizo la discusión, haciendo uso de los cuadros comparativos, de una interpretación de la historia clínica, para beneficio del entendimiento de los cuadros.

La psicodinamia forma parte del trabajo como aspecto fundamental para entender los cuadros comparativos y su respectivo análisis de resultados.

En la discusión de resultados se expone la interpretación y entendimiento de la información que arrojaron los instrumentos empleados, es decir, la historia clínica así como las sesiones, de acuerdo con los ejes temáticos y sus categorías o constructos.

11. ANÁLISIS DE DATOS.

En un primer tiempo se tuvo una revisión del material, a partir de las transcripciones de las sesiones. Posteriormente se codificó la información en categorías, asignando unidades de análisis a categorías de análisis. Las

categorías se formaron a partir de los ejes temáticos, es decir, dentro del contenido de las sesiones se ubicó la información que coincidía con los conceptos dados, de tal manera que el discurso del paciente y su significado, lograron categorizar. A continuación se fue refinando la codificación. Se llevó a cabo una discusión de la información con el supervisor del caso así como la verificación de la misma, con documentos teóricos, llegando a un consenso. Finalmente se llega a la interpretación de los datos.

12. CRITERIOS DE VERIFICABILIDAD

Se obtuvo suficiente información de acuerdo al planteamiento del problema, a partir de las sesiones terapéuticas, profundizando hasta donde era posible, además de la consistencia del tratamiento. Si bien puede resultar subjetivo, sin embargo "...la profundidad mínima en una investigación cualitativa consiste en haber realizado las descripciones detalladas del contexto, los sujetos y el fenómeno analizado, así como descubrir los significados de las categorías" (Hernández, R., 2003, 604). Los resultados obtenidos con la recolección de sesiones terapéuticas, la observación y el análisis de contenido de cada una de las sesiones, dan credibilidad a la investigación.

Ante la recomendación de triangular la información, se considera que a través de la supervisión constante del caso, por un especialista (a su vez terapeuta), se llegaron a las mismas interpretaciones, discutiendo sobre la información dada, así como el aspecto teórico, a partir de documentos.

13. RESULTADOS.

Los resultados se obtuvieron a través de un proceso complejo, desde el análisis de los datos, hasta la triangulación entre el analista, el supervisor y un modelo teórico (psicoanálisis). Obteniendo las tablas, en las cuales a continuación se describen los resultados, tomando la información de las sesiones, categorizándolos de acuerdo a los ejes temáticos.

CUADRO 1
ETAPA INICIAL
SESIONES 1-10

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
ALIANZA TERAPÉUTICA	La madre pide la sesión y llega Puntual.		En la entrevista resulta útil conocer las fantasías que tienen los padres respecto al adolescente y al tratamiento. Además de permitir observar la relación de objeto y de relación con el terapeuta. Confianza básica. Los padres muestran su alianza terapéutica en tanto aceptan las condiciones del tratamiento.
	La madre explica cómo ve a Mario.		
	La madre busca un espacio para que su hijo pueda platicar.		
	La madre verbaliza sus temores		
	Los abuelos consiguen la referencia para la atención psicológica de su nieto.		
	Acepta los elementos del encuadre y del contrato.		Greenson menciona que el interés por el entendimiento del tratamiento apoya la alianza.
	Llama para hacer cambio de sesión.		Se observa cómo se manifiesta confianza tomando en cuenta al terapeuta. Se ha roto ya la sensación de obligación por ir al tratamiento.
	Durante la sesión me pide llegar tarde dando una explicación.		
	Llega generalmente puntual.		
	Voltea a ver la computadora, pero no		Manifiesta interés por

	<p>pregunta nada.</p> <p>Pregunta qué juegos tiene la computadora. Al percatarse de los juegos predeterminados, comienza a platicar de su afición por los videojuegos.</p> <p>Habláremos del juego.</p> <p>Desaparece actitud de aburrimento. Desaparece el cansancio Desaparece el silencio prolongado.</p> <p>Pregunta si la computadora tenía bocinas.</p>		<p>los artefactos del consultorio, especialmente la computadora.</p> <p>Muestras incipientes de confianza para entablar un diálogo relacionado con la computadora.</p> <p>Manifestaciones clínicas que permiten la continuidad en el trabajo.</p> <p>El paciente cada vez va mostrando mayor interés por este objeto en el consultorio.</p> <p>El paciente muestra un vínculo de confianza no verbal, a través de la confianza de utilizar como recurso el videojuego dentro del tratamiento.</p>
		<p>Lleva el juego a la sesión.</p> <p>Pregunta si podemos jugar, para poder entender el juego</p> <p>Instalamos el juego en la computadora del consultorio. Explica la historia del juego.</p>	

CUADRO 2
ETAPA MEDIA
SESIONES 11 – 50

CATEGORIA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
ALIANZA TERAPÉUTICA	El paciente ya no cambia, ni cancela sesiones.	Pide más tiempo de duración de la sesión para seguir jugando.	Manifestaciones clínicas de alianza ahora favorecidas por el uso del videojuego.
	Platica más de lo que pasa actualmente en su vida.	Pregunta al terapeuta si ya sabe más sobre el videojuego	Muestras de empatía, se inicia un nuevo lenguaje que permite el sentirse entendido y aceptado, se siente escuchado. El videojuego facilita exteriorizar sus fantasías.
		Muestra cómo jugar al terapeuta, así como códigos de trampas para ganar pronto.	
		Responde a algunas dudas sobre el juego y juega durante la sesión.	
	Paga las sesiones que fueron canceladas a última hora		Muestras de compromiso para el tratamiento.
		Mario habla más de sí mismo, a través del videojuego.	Una muestra de alianza
		Comenta de un nuevo videojuego durante la sesión.	terapéutica es la motivación que siente el paciente para compartir sus intereses e

<p>inquietudes. Cuando el paciente cumple con otro tipo de tratamientos relativos a su vida cotidiana, asume el compromiso con el tratamiento psicoterapéutico. Hace uso de su juicio, previendo situaciones de conflicto o de problemáticas posteriores.</p>		<p>Solicita a su madre le pongan aparatos ortodónticos, que anteriormente abandonaba y actualmente los usa constantemente.</p>	
<p>El paciente continúa motivado, y la espera a su horario da muestras de demora, poco comunes en adolescentes.</p>	<p>L</p>	<p>Llega 20 minutos antes a la sesión. Espera en la sala de espera a que salga el paciente anterior a su cita.</p>	
<p>Se siente importante dentro del tratamiento, en donde él también enseña.</p>	<p>Platica de un nuevo videojuego "Digimon World", con un semblante diferente, sonriente y emocionado. Habla durante la sesión del significado de los videojuegos</p>	<p>Acepta seguir trabajando, ya sea jugando, hablando, escribiendo, pintando, etc. No falta a las sesiones Acepta aumentar el número de sesiones</p>	
<p>Muestras clínicas clásicas de alianza terapéutica.</p>	<p>Aconseja al terapeuta sobre el videojuego, en un</p>		
<p>Signos de</p>			

<p>empatía, confianza básica y actitud cordial.</p>	<p>tono como de "maestro", sin prepotencia o competencia.</p>	
<p>Muestra tolerancia e interés.</p>	<p>Cuando jugaba, era paciente, demoraba para poder atacar al contrincante, una vez que estuviera lo suficientemente fuerte</p>	
<p>Tolerancia, objetividad y aceptación.</p>	<p>Una vez que se daba cuenta que, finalmente sería casi imposible derrotar o ganar la campaña, se retiraba de la batalla con la mejor de las disposiciones.</p>	
<p>Manifestación no verbal de agrado al terapeuta.</p>	<p>Trataba de ganar en cada juego lo mejor posible frente al terapeuta.</p>	
<p>El adolescente, a pesar de sus resistencias, continúa trabajando en psicoterapia, indicando el establecimiento real de la alianza.</p>	<p>Ocasionalmente, aunque aparentemente se notara que perdería en el juego, él persistía y continuaba jugando hasta el final, en donde generalmente ganaba.</p>	
<p>Demuestra elementos de alianza, ayudando al otro.</p>	<p>A veces, cuando jugaba, seleccionaba dos batallones, para combatir a un tercero, y se ayudaban mutuamente entre los bandos aliados.</p>	

CUADRO 3
ETAPA INICIAL
SESIONES 1-10

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
RESISTENCIA	Lleva el juego a la sesión.		Se consideran elementos resistentes dado que evita hablar de sí mismo, desviando la atención de su interés hacia la computadora. Para Mario puede representar un factor de riesgo involucrarse en la terapia, entonces la diada paciente terapeuta se encuentra amenazada por este antecedente. La madre advierte respecto a una traición, exigiendo de forma inconsciente, lealtad. No quiere que la controlen, que le pongan límites, incluyendo al terapeuta. Lo cual corrobora su incredulidad para el éxito del tratamiento, mostrando ambivalencia. Muestras de ambivalencia, respecto al deseo del hijo, de la amenaza de un tercero, de la salud y de los tratamientos que ha llevado; con la cual su hijo puede repetirlo durante el tratamiento psicoterapéutico. Mario introyecta un mensaje de hombre= inmaduro, ¿para qué crecer, para qué cambiar? Todas estas dimensiones muestran cómo, al igual que la madre, Mario no acepta todo aquello que está en el orden de lo tradicional, de lo convencional o de lo socialmente aceptable, sino que la madre proyecta en Mario sus
	Pregunta si podemos jugar, para poder entender el juego		
	Instalamos el juego en la computadora del consultorio.		
	Explica la historia del juego.		
	La madre cuando es engañada se divorcia.		
	La madre no perdona la traición del padre.		
	La madre tiene problemas con la autoridad.		
	La madre define al padre como alguien que no cree en los tratamientos.		
	Mario no había sido planeado, pero dada la noticia del embarazo, fue muy deseado.		
	La madre deseaba un niño, el padre una niña.		
La salud de la madre durante el embarazo fue buena, pero deterioró la relación de pareja drásticamente.			
El parto fue bueno pero nació con dos semanas de retraso (a decir de la madre).			
La madre expone que son sus padres los que no creen en el psicoanálisis.			
La madre considera al padre como un hombre inmaduro.			
Mario siempre ha tenido conflicto en las escuelas tradicionales, en la actual, continúa probando materias.			

<p>Mario se adapta "dependiendo del maestro"</p>	<p>modificaciones en el entorno de la realidad en lo educativo, en la salud. El desprecio a la normalidad. La intensificación de los síntomas.</p>
<p>Muestra dificultades en las materias básicas: biología, física y español.</p>	
<p>Las enfermedades son tratadas con medicina Naturistas, homeopatía y acupuntura.</p>	
<p>Las reglas son impuestas por la madre, aplicando el método de las "tres llamadas".</p>	<p>Resistencia como advertencia al tratamiento de qué solo se tendrán tres tiempos u oportunidades para el tratamiento.</p>
<p>La madre utiliza el castigo de prohibir el play station, la televisión y la computadora.</p>	<p>Resistencia superyóica.</p>
<p>Los abuelos no creen en la capacidad de su hija para resolver el conflicto de pareja, ni su papel como madre para educar a su hijo.</p>	<p>Resistencia transferencial: Mario al ver que sus abuelos no creen en su madre, ésta tampoco cree en él, no existe capacidad de cambio.</p>
<p>Le cuesta trabajo hablar de sí mismo, de lo que pensaba, de lo que sentía, de su familia, de la relación que tiene con los miembros de su familia.</p>	<p>Manifestaciones clínicas tradicionales descritas por Greenson, todas ellas estorban la libre asociación, obstaculizando el desarrollo del proceso, operando contra su Yo. Se enlistan como mecanismos defensivos y maniobras propias de los adolescentes. Además de ser características propia de la adolescencia, en donde la relación hombre-mujer, causa conflicto, por el temor a la seducción.</p>
<p>Llega cansado a las sesiones.</p>	
<p>Momentos de silencio.</p>	
<p>Momentos de enfado.</p>	
<p>Se limita a jugar él solo.</p>	
<p>No se "percató" de mi presencia.</p>	
<p>Voltea a ver la computadora, pero no pregunta nada.</p>	<p>Inhibición intelectual</p>
<p>Aliño personal: descuidado, con ropa holgada....</p>	<p>Resistencia, en donde rompe el estereotipo de lo que se espera de él.</p>
	<p>Resistencia, ya que si no se tienen los elementos "necesarios", no podrá trabajar</p>

CUADRO 4
ETAPA MEDIA
SESIONES 11 – 50

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
RESISTENCIA I	Muestra un poco de enfado al hablar de su familia.		Evitación de temas, no tiene deseos de hablar. Supresión.
	Ocasionalmente cancelaba		Resistencia de transferencia.
	A veces dejaba de ir, argumentando que simplemente tenía "flojera".		El paciente intensifica síntomas y formas de relación, abandona y desprecia.
	Llega a negarse a pagar las sesiones canceladas de última hora, argumentando que no tenía dinero o que su mamá no le había dado.		Olvido de pago y muestra compulsión a la repetición. <i>No me dan, no doy, mostrados como acting out.</i> Resistencias de transferencia.
		Utilizaba el dinero para comprar más videojuegos, ya que éstos los adquiría en sábado, y generalmente los lunes era cuando cancelaba.	
		Platica con mucha emoción del juego <i>Black and White</i> , pero no lo lleva a sesión.	supresión
		Pide más tiempo de duración de la sesión para seguir jugando.	La renuencia a abandonar las experiencias placenteras en la hora del tratamiento.
	Llega tarde a algunas sesiones		Resistencias de transferencias
		No paga algunas sesiones a tiempo, con la posibilidad de comprarse nuevos videojuegos.	
		Poner resistencias sobre el material del contenido del videojuego	
		Mientras juega, ocasionalmente, no muestra ningún afecto, ya sea perdiendo o ganando, en donde no evidenciaba ni enojo ni alegría, respectivamente.	Afectos que indican resistencia: ausencia de afecto, impropiedad del afecto.

		<p>Se mostraba desesperado por terminar el juego o no deseaba que terminara el tiempo de sesión, para seguir jugando.</p>	<p>Fijación en el tiempo Renuencia a abandonar situaciones placenteras durante el tratamiento. Resistencias orales.</p>
		<p>Llega a jugar siempre con la misma estrategia.</p>	<p>El paciente no cambia</p>
		<p>Cuando juega, a veces, no habla durante todo el tiempo de juego.</p>	<p>No siente deseos de hablar.</p>
<p>Habla para cancelar la sesión del lunes siguiente, posterior al fallecimiento de su madre</p>	<p>Llega 20 minutos antes de la sesión</p>		<p>Resistencias transferenciales</p>
<p>Queda algunos momentos en silencio durante la sesión, aclarando que no desea hablar sobre lo que siente acerca de la muerte de su madre, pero que lo hará después.</p> <p>Dice que en realidad no sabe para qué le sirve venir, que hay momentos que quisiera decir muchas cosas de lo que siente, lo que piensa y que no lo hace porque piensa que no es interesante, o que no les importa a los demás. Incluye esos momentos de grandes silencios, no sólo son conmigo, son con mucha gente, y si le hacen un pregunta, contesta algo que en realidad piensa, pero si se la hace otra persona con diferentes puntos de vista sobre un mismo tema, cambia de parecer, y es cuando crea confusión.</p>			<p>Supresión y represión.</p>
<p>Asegura ya no desear asistir a terapia, a pesar de haber hablado tanto con el padre como con Mario sobre la importancia de seguir en terapia, sobre todo después del fallecimiento de la madre, deciden no continuar, Mario abandona el tratamiento.</p>			<p>Lenguaje de evitación, evitación de temas, autodevaluación, inhibición intelectual. Resistencias transferenciales.</p>
			<p>Resistencia transferencial.</p>

CUADRO 5
ETAPA INICIAL
SESIONES 1-10

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
TRANSFERENCIA	<p>La madre trasmite dificultad para fungir como madre y padre</p> <p>La madre expresa, que las diferencias de género, Mario las notó a muy temprana edad. Existen además, temores de ver al hijo crecer como hombre y ella ser mujer, sintiéndose incapacitada para resolver dudas, sobre todo de tipo sexual.</p> <p>La madre tiene problemas con la autoridad.</p> <p>La madre construye su casa con ayuda de sus padres, pero vive sola con su hijo.</p>		<p>La madre está buscando en el tratamiento, un objeto (el terapeuta) que funja como padre.</p> <p>Demanda transferencial, en donde la madre espera que el terapeuta ponga un freno a los deseos incestuosos sobre el hijo hombre. La madre transfiere la posición del "sujeto supuesto saber" en la terapeuta.</p>
	<p>La madre menciona que su hijo no tiene una figura paterna.</p> <p>La madre dice: El control de esfínteres fue manejado casi por intuición y por parte de la guardería.</p> <p>Los padres se bañaban con él, dándole explicaciones cuando surgían dudas.</p> <p>La madre dice que Mario no ha tenido un modelo a seguir, ni alguien a quien preguntar sus dudas.</p> <p>Expresa entusiasmo al mencionar que ya llega sólo y se va sólo, del consultorio.</p>		<p>Pide ayuda con la terapia, pero deja claro que su hijo sólo es para ella. Mostrando brotes de ambivalencia que se pueden convertir en resistencias, cuando vea amenazada los rasgos de dependencia que un hijo debe tener en relación con sus padres, de acuerdo con sus padres (repetición compulsión).</p> <p>Busca quien cumpla esta función, en este caso la terapeuta.</p> <p>La madre siempre deja que el control provenga de la parte externa. Evidenciando la incapacidad que tiene de empatizar con el niño.</p> <p>La madre necesita de un compañero para poder dar explicaciones.</p> <p>Espera que la terapeuta cumpla con este rol. Evidenciando la madre, sus propias dificultades del manejo de la sexualidad, relacionado con los objetos primarios. Necesidad pretérita.</p> <p>Espera que la terapeuta cumpla con este rol. Evidenciando la madre, sus propias dificultades del manejo de la sexualidad, relacionado con los objetos primarios. Necesidad pretérita.</p> <p>Las relaciones que se presentan</p>
	<p>Las relaciones más cercanas de Mario, son con</p>		

	<p>la madre y con el padre, con la primera de autoridad, y con el segundo de "cuatismo". Los abuelos, de consentimiento. Se mudaron tres veces de hogar; llega el gato, muere su conejo y viaja a Argentina.</p>		<p>anteriormente, convierte a la terapeuta en el tercero deseado pero también en el Odiado.</p>
--	--	--	---

CUADRO 6
ETAPA MEDIA
 Sesiones 11 – 50

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
TRANSFERENCIA	Se comunica constantemente por teléfono con su padre. Al igual que lo hace durante un tiempo, con la terapeuta, ya fuera para cambios o cancelaciones de sesiones.		Transferencia positiva que pone en evidencia la figura del padre puesta en la terapeuta.
	Consideraba a la pareja de su padre como "una tonta". Ocasionalmente se desesperaba con la poca rapidez (de acuerdo a sus parámetros) que presentaba la terapeuta, para aprender sobre el videojuego.		Transferencia negativa agresiva.
		Algunas veces escogía el jugar sorpresivamente, otras lento.	Transferencia erótica.
		Jugaba el videojuego de tal manera, que acababa con su contrincante de forma devastadora.	Poniendo a prueba la práctica sexual adolescente en la fantasía.
	Ante la falta de pago, argumenta que su madre no le había dado dinero.		Transferencia negativa, él no le da a la terapeuta, lo que a él no le dan. La terapeuta no se merece el pago.
		Compra videojuegos "piratas" de fácil acceso, llevándolos al consultorio. Pero otras veces habla del valor de los videojuegos originales y los cuáles posee, sin llevarlos a la terapia.	El "juego" con el terapeuta es de nivel inferior. No se merece algo bueno.
	Ataque sorpresivo	Imaginaba a su contrincante, como aquél sujeto que lo había hecho enojar y lo destruía. Observándose la transferencia negativa hacia	

		<p>Cuando jugaba siendo un Zerg⁵, lograba acumular un gran número de sujetos, que unidos eran como una "marabunta" y acababan con todo a su alrededor.</p> <p>Cuando era Terran era más pasivo, con una estrategia más elaborada y una meta bien definida.</p> <p>Cuando era Protoss, era cuando se sentía más omnipotente incrementando su estado narcisista.</p> <p>Cuando viajaba a la ciudad de México a visitar a su padre jugaba en el Nintendo, un juego de fútbol, siendo esto para Mario poca cosa.</p>	<p>un objeto no identificado del cual guarda coraje.</p> <p>Diferentes momentos transferenciales, en donde el personaje determina el afecto desplazado del objeto al terapeuta.</p> <p>Transferencia positiva al jugar con la terapeuta como juega con el padre.</p> <p>Transferencia negativa, poniendo a la terapeuta a prueba con un juego más complejo, comparándola con el mismo padre.</p> <p>Dificultad de hablar de su de sí mismo en cuanto a ser vivo. Y de no poder resolver las dificultades con la relación materna, de no tener claro su origen y su desarrollo. Por otro lado, la descalificación del padre.</p>
<p>Reprobaba algunas materias en la escuela como biología y español. Materias relacionadas, asociando por un lado la maestra de biología con la y por la materia de español, la profesión del padre.</p>	<p>Hacia comentarios reprobatorios sobre la forma de jugar de la terapeuta.</p>	<p>Manifestación de su relación con el padre, llevándolo en el tratamiento.</p>	
<p>Habla sobre como</p>	<p>Dios bueno: en donde</p>	<p>Transferencia Elegir el</p>	

	<p>juega un nuevo videojuego en donde la temática es jugar a ser Dios</p>	<p>le brinda a "su pueblo" todo lo necesario para su bienestar.</p>		<p>positiva donde expone su deseo de compartir de dar, amoroso, caritativo.</p>	<p>papel de dios, proyección narcisista que comparte con la terapeuta.</p>
		<p>Dios malo: envía sequias, tormentas, mataba a sus seguidores, no perdonaba.</p>		<p>Transferencia agresiva, exponiendo la amenaza a lo que puede hacerle a la terapeuta, a través de la fantasía, cuando esta enojado.</p>	<p>La transferencia ambivalente se observa así como los objetos escindidos.</p>
	<p>Comienza a dejarse el pelo largo como el padre, manifestando que la madre no está de acuerdo con esta conducta.</p>			<p>Transferencia positiva en donde espera la aprobación a la terapeuta, como un objeto paterno: por la identificación y como transgresión a la regla.</p>	
	<p>Al no darle dinero su madre para comprarse videojuegos, deja de pagar las sesiones a tiempo.</p>			<p>Negativa, castigando, en donde lo que no puede hacerle a la madre, lo hace a la terapeuta.</p>	
	<p>Llega 20 minutos antes de su sesión</p>			<p>T. Positiva, tratando de ser cumplido, quedando bien. Está cerca del terapeuta. Transferencial al transgredir con el horario y el espacio terapéutico.</p>	
			<p>Da consejos a la terapeuta sobre el videojuego, en tono de</p>	<p>Transferencia positiva.</p>	

	<p>maestro.</p> <p>A veces, cuando jugaba, seleccionaba dos batallones o más, para combatir a un tercero, y se ayudaban mutuamente entre los bandos aliados.</p> <p>Sigue mostrándome cómo jugar con el videojuego.</p>	<p>Evidencia el interés en el apoyo de otro, como lo siente con el terapeuta.</p> <p>Transferencia erótica.</p>
--	---	---

CUADRO 7
ETAPA INICIAL
SESIONES 1-10

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
CONTRATRANSFERENCIA	<p>Todos los elementos que la madre aporta en la entrevista acerca de la historia de Mario, así como de su propia biografía, además de las demandas y expectativas que tenía sobre el tratamiento.</p> <p>Relación que se establece con Mario a partir de la primera entrevista y durante el tiempo inicial del tratamiento.</p>	<p>Se desconoce el juego, por lo tanto, existe incompreensión en el discurso de Mario, cuando lo platica, hasta que finalmente lo muestra en imagen.</p>	<p>Todo ello motiva a la terapeuta a trabajar con el paciente, siendo sumamente interesante, creando una fuerte cantidad de dudas, esperando con grandes expectativas trabajar con Mario. Por otro lado, incertidumbre de poder cubrir el perfil de terapeuta que la madre esperaba.</p> <p>Interés en el paciente, incertidumbre ante las actitudes y comportamientos.</p> <p>Desesperación, temor a lo desconocido, sentimiento de reto, exceso de demanda. Lleva a la actuación a la terapeuta, en donde compra lo necesario para poder jugar con él.</p>

CUADRO 8
ETAPA MEDIA
SESIONES 11 – 50

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL	MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
CONTRATRANSFERENCIA		<p>Toda la forma en que Mario va explicando el videojuego, mostrando cómo jugar, narrando la historia o temática, las claves (sus secretos), el propósito del juego, etc.</p>	<p>Aparecen sentimientos que llevan al acompañamiento del paciente, intriga a la terapeuta sobre el juego y la importancia que tiene para el paciente</p>
		<p>Se preguntaba a Mario, sobre algunas dudas que surgían en el terapeuta, cuando ésta jugaba fuera sesión.</p>	<p>Ante el desconocimiento de cómo jugar, surge cierta desesperación, es un juego tan complicado, por lo que la impotencia llega a sobreponerse en estos momentos. Crea incertidumbre e inseguridad ante la dificultad del videojuego.</p>
		<p>Descalificaciones constantes del paciente.</p>	<p>Enojo, devaluación ante dichas descalificaciones, en donde era evidente la pericia y astucia del paciente sobre la terapeuta, en la materia del videojuego.</p>
		<p>No dejaba jugar a la terapeuta; Hacia referencia al hecho que no podría llegar a jugar en red por falta de habilidades, siendo siempre reprobatorio.</p>	<p>Sensaciones de amenaza.</p>
		<p>El monto de agresión amenaza a la terapeuta ante los impulsos más primarios.</p>	<p>Sorpresa, desesperanza, duelo, preocupación hacia el paciente.</p>
	<p>La terapeuta se entera del fallecimiento de la madre, la forma es abrupta, sorpresiva.</p>		<p>Logro de poder contactar finalmente al padre ausente del paciente.</p>
	<p>Ante la muerte de la madre, se tiene la oportunidad de conocer al padre en una entrevista. Se propone aumentar las sesiones,</p>		<p>Impotencia, preocupación.</p>

	<p>pero existe preocupación cuando Mario no acepta de buena manera esta propuesta.</p>		
	<p>Mario decide no continuar con el tratamiento, ni siquiera de permitir cerrar a través de algunas sesiones.</p>		<p>Impotencia, frustración, sentimiento de estar "atada de manos".</p>

CUADRO 9
ETAPA INICIAL
SESIONES 1-10

CATEGORÍA	TÉCNICA TRADICIONAL		MODALIDAD TÉCNICA	EXPLICACIÓN
INTERPRETACIÓN	SESIÓN	INTERPRETACIÓN TERAPÉUTICA		
	<p>Explica la historia y los personajes: El juego se divide en tres grandes campañas: la campaña <i>terran</i>, la campaña <i>protoss</i> y la <i>zerg</i>. Lo recomendado es comenzar desde la primera campaña, ya que además de su complejidad, a lo largo de cada batalla se da una pequeña introducción acerca de la historia y sus guerreros. Cuando se trata de llevar misiones, se siguen ciertas instrucciones o mandatos, en donde generalmente se está luchando por el bien común de tu raza en turno, defendiéndose de las amenazas alienígenas o bien por justicia.</p> <p>Cada raza tiene sus razones para luchar.</p>	<p>Él desea compartir su mundo virtual. En un inicio no se hacen interpretaciones, solamente esclarecimientos, tratando de entender que había en el inconsciente del paciente que dejara ver su apego a los juegos.</p> <p>Posteriormente se abordó qué lo hacía sentir este tipo de juegos dando información aclaratoria sobre la agresividad que se mostraba, la elección de los personajes y las características de cada uno de ellos.</p>		<p>La respuesta ante estas interpretaciones clásicas, no surtían efecto sobre el paciente.</p>

	<p>no existen equivocaciones, dependerá de la posición que se desee adoptar por el momento. Estas razones dan sentido al juego y a la empatía con todos los jugadores.</p> <p>Se considera que los <i>terran</i> son humanos, una raza especial de ellos. Las otras dos razas son alienígenas. Platica la técnica del juego: el uso del teclado, las estrategias, claves,</p>			
	<p>Ante el hecho de que no se contaba con dos ordenadores, no pueden jugar terapeuta y paciente al mismo tiempo, tomando la decisión de jugar contra el ordenador, por turnos.</p>	<p>Se explica su necesidad y demanda de querer que la terapeuta compre todos los elementos necesarios para que él pueda jugar, y así relacionarse conmigo.</p>	<p>1</p>	

CUADRO 10
ETAPA MEDIA
SESIONES 11 – 50

CATEGORÍA INTERPRETACIÓN	TÉCNICA TRADICIONAL INTERPRETACIÓN TERAPÉUTICA		MODALIDAD TÉCNICA INTERPRETACIÓN TERAPÉUTICA		EXPLICACIÓN
	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	
			Acababa de forma devastadora con su oponente,	Relacionado estrechamente con un conflicto con la madre o con el padre, sacando todo su coraje en el juego.	Las interpretaciones van favoreciendo la asociación libre en el juego, y por consiguiente el tratamiento, dado que a partir de las interpretaciones clásicas, no se logró con el objetivo.
	Durante la sesión de orientación que se sostuvo con la madre, comenta que últimamente ha sufrido de dolores de cabeza constantes.	Su hijo representa un dolor de cabeza			
	Se le cuestionaba sobre la falta de pago, pagando sin mayor dificultad después de esto.	La agresión vertida sobre la terapeuta			
			Ataque sorpresivo	Se imagina a su madre cuando ésta lo está haciendo enojado, destruyéndola, siendo desplazado	

			en el juego. Se sentía pequeño e impotente, pero en gran número lograba acabar con su oponente, como lo hacía con sus objetos.
		Cuando jugaba a ser un Zerg	Se sentía con una mayor estabilidad emocional, una mayor identificación con sus objetos.
		Cuando era Terran	Se sentía omnipotente e incrementado su estado narcisista.
		Cuando era Protoss	
Reprobaba la materia de español	Siendo la especialidad del padre es la forma que tiene atacar al objeto.		
Reprobaba la materia de biología	No lograba entender sus propios cambios corporales, además de que la maestra le recordaba a su madre.		
		Cuando no lograba ganar a otros competidores en la red.	El problema que le generaba identificarse con el padre, narciso, el problema de comunicación con él.

		<p>Jugaba a ser Dios bueno, les brindaba un buen clima, para que sus seguidores tuvieran una buena cosecha, les daba ánimos. Jugaba a ser un Dios malo, les daba sequías, diluvios, les mandaba rayos aniquilándolos enseguida</p>	<p>Se le interpreta la ambivalencia, y la escisión en la se vive, así como su sadismo o gratitud hacia sus objetos.</p>	
	<p>Explica el juego de "Digimon World" en donde primero hay que criar a un "digimon" desde que es huevo, y poco a poco va creciendo, pasando por diferentes etapas, bebé, bebé en crecimiento, adolescente, joven, adulto, obviamente mejorando sus habilidades y</p>	<p>Se le interpreta la relación que establece analógicamente de la vida y desarrollo de ese Digimon a su propia vida, y el ver, a través del juego, su desarrollo, tanto con carencias como con gratificaciones, y sus deseos puestos en el personaje, y la forma en que él lo trata, de cómo le hubiera a él gustado que fuera su crecimiento,</p>		

		<p>destrezas. Le pedí me contara en qué etapa creía él que se encontraba, y me comentó de cada una de ellas con quien se identificaba, y porqué, inclusive comentando ese porqué en función de recuerdos de su propia niñez, cosa que nunca había hecho.</p>	<p>ahora tratando de repararlo a través del juego.</p>	
--	--	--	--	--

1

14. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

a) Alianza terapéutica.

Respecto de la importancia de la participación de los padres durante el proceso terapéutico, Salles (2003) refiere que no solamente es importante establecer la alianza terapéutica con el paciente (niño-adolescente), sino que también con los padres, ya que finalmente de ellos dependerá gran parte del tratamiento. Esta relación y aportes a la alianza se observan en tanto que la madre acepta las condiciones del proceso, muestras de las fantasías favorables hacia él mismo, así como hacia la terapeuta; por otro lado, el papel de los abuelos, también denotan evidencias de alianza en el tratamiento, desde el momento en el que buscan la referencia para que su nieto sea atendido, y su disposición para algunas de las sesiones de orientación.

De acuerdo con Greenson (1997), la alianza terapéutica es una relación no neurótica, objetiva, con manifestaciones clínicas tales como disposición del paciente al proceso psicoanalítico, capacidad de trabajo analítico con insights dolorosos y regresivos. El interés por el entendimiento, que también es considerado como un indicador de alianza, se hace evidente desde el momento en el cual acepta las condiciones del encuadre y del contrato.

Para González (1998), también es una relación de objeto, ya sea real o transferencial entre paciente y terapeuta; en donde el paciente aportará su deseo inconsciente o consciente de cooperar con el terapeuta, aceptación de su problema laborando en el tratamiento, sinceridad, confianza básica teniendo fe en el analista y sus deseos de mejorar. Durante la etapa inicial y a través del discurso

de la madre durante las entrevistas iniciales, se puede observar esta confianza básica, la cual establecerá poco a poco durante el curso del trabajo analítico que aún de manera incipiente, permitirá entablar un diálogo relacionado con la computadora así como el llegar a tomar en cuenta al terapeuta, rompiendo la sensación de obligación al asistir ahora por interés propio. Una confianza no verbalizada, al permitir, el terapeuta, el recurso de videojuego dentro del tratamiento.

En otro momento, durante la etapa _media, cuando el terapeuta permite ser aconsejado sobre el videojuego por parte del paciente, éste demuestra nuevamente su confianza, haciendo uso del programa cibernético.

Wolber (González, 1998), clasifica las manifestaciones de alianza en las siguientes: entendimiento del problema, muestras de interés, tolerancia y aceptación, de objetividad, empatiza, analiza sus resistencias, trata de agradar al terapeuta, se siente relajado con él y le tiene confianza. Durante la primera etapa, sus manifestaciones de interés por la computadora van aumentando cada vez más hasta que en la fase media se consolida aún más, una vez que la computadora ya se conforma como parte del tratamiento, haciendo uso constante de ella; observadas en prácticamente todas las manifestaciones clínicas de alianza antes mencionadas.

b) Resistencia

De acuerdo con Freud (1890, 1891), se muestran en la experiencia terapéutica manifestaciones de los elementos que se oponen a los fines del tratamiento, a o cual se llama resistencia. Menciona que siempre aparecen.

Si se está hablando de un proceso analítico, como se puede observar en los resultados se observan diferentes manifestaciones en los dos periodos (inicial y medio).

Apoyados en las clasificaciones mencionadas por Greenson (1997), también se analizan dichas manifestaciones clínicas, siendo en el adolescente las más típicas, de acuerdo con González (1998): el paciente no desea hablar, la postura del paciente, el aburrimiento y la intensificación de síntomas.

En la primera fase, la resistencia se observa con la finalidad de obstaculizar el proceso psicoanalítico.

En la segunda fase, se relacionan más con los puntos de fijación como lo señaló Greenson (1997), en este caso especialmente, se distinguen las de orden oral y anal, como son la supresión y la no renuncia a experiencias placenteras.

Es importante mencionar que, también las resistencias tienen que ver con el periodo de adolescencia, de acuerdo con las planteadas según los tipos de defensa, algunas de ellas son: represión por inhibición intelectual y autodevaluación que tendría que ver más claramente con características de dicho periodo.

c) Transferencia.

La transferencia es esencial para el proceso analítico, en toda relación se establece, la diferencia es que, en el proceso analítico ésta puede alcanzar un significado, en torno a las relaciones de objeto, como lo mencionaba Freud. En este caso se muestran expresiones tanto de la madre como del paciente adolescente, en las cuales existen demandas de orden objetal, como buscar quién

ponga límites, tanto en lo externo como en lo interno, o como transferir idealizaciones de padre todo poderoso a la terapeuta.

Se coloca en ella, el ideal de tener todo lo que evite la relación sexual madre e hijo, función que correspondería al padre.

En general el tratamiento inicia con transferencias positivas por parte de la madre.

Con el paciente existe dificultad para establecer este vínculo, debido a que no hay mucha comunicación ni medio por el cual promover un acercamiento. Escasamente las primeras muestras de darle gusto al terapeuta y así mismo son las de exponerle que ya puede irse sólo a casa, lo cual habla de la sensación de libertad que le manifiesta como una confianza; anuncio también que sería un indicador para la posterior conformación de una transferencia propiamente dicha.,

Racker (1991) menciona que no se debe olvidar lo dicho por Freud en 1912 “lo primero en la transferencia es visto preponderantemente como resistencia”, esto se muestra en el cuadro de resistencias, del periodo inicial.

Esta manifestación de transferencia resistencial no se debe olvidar que es para evitar la angustia infantil en el temor a la regresión.

En la fase media, el videojuego favorece la regresión, lo cual ayuda a que la transferencia se haga presente, mostrándose la forma positiva y negativa continuamente.

De acuerdo con Melanie Klein (en Roudinesco, 2003), la transferencia es una nueva puesta en juego durante la sesión, de la totalidad de los fantasmas inconscientes del paciente; puede decirse que el videojuego proyecta los trastornos del inconsciente y que el paciente se maneja con esos “fantasmas”,

encontrando en el videojuego, elementos que permiten manifestar resistencias, como cuando toman los elementos formas de objetos, que le permiten a su vez, desencadenar sus afectos, según el personaje que sea (Terran, Zerg o Protoss), lo cual hace ante la presencia de un terapeuta (auxiliar del objeto), lo cual amenazaría el desbordamiento de la estructura psíquica pero se contiene gracias a la interpretación de las resistencias, que hace el terapeuta.

Cuando comienzan los juegos a formar parte del tratamiento, se observan sistemáticamente expresiones transfereenciales, como son las relacionadas con lo que espera del padre, el cómo puede ganarle, que responde a la competencia con éste, a las manifestaciones de enojo con tendencia destructiva, y otras hacia la descalificación que hace hacia este objeto, etc.

Y en la línea de la transferencia materna, también se muestran diversas expresiones, las cuales se observan más ambivalentes como intentar darle gusto a la madre, enseñarle lo que él sabe (su falo), y las de orden negativo, como cuando la satisfacción que podría otorgarle el juego en compañía de la terapeuta, jamás fue expresada con un acto de gratitud o al menos con un afecto amoroso.

d) Contratrtransferencia.

La contratrtransferencia es una manifestación del inconsciente del analista ante lo transferido por el paciente. Se considera sumamente importante el análisis personal del terapeuta para no devolverle al paciente algo que provenga de su propio inconsciente, contaminando el trabajo terapéutico.

Tanto en la etapa inicial como en la etapa media, estas manifestaciones fueron dando pie a la búsqueda incesante del material inconsciente del paciente, como se observa la desesperación y el temor a lo desconocido, así como el sentimiento de

reto ante el exceso de demanda, llevando a la actuación de la compra de lo necesario, como los videojuegos, promoviendo el entendimiento del mismo. No debe olvidarse que la contratransferencia es un instrumento para la comprensión de las relaciones de objeto primarias, además de ser un punto de partida de la transferencia.

Considerada para Racker (1991) como obstáculo, instrumento o como campo, en donde ésta última, el paciente puede adquirir una experiencia viva y distinta de lo que no tuvo en su propia vida; el terapeuta lleva a la acción la compra y búsqueda del material solicitado por el paciente, lo cual no había sido atendido por sus objetos primarios, sino a través del tratamiento por medio de la terapeuta; y si la contratransferencia normal de acuerdo con Money-kyrle (en Etchegoyen, 1999), el terapeuta asume el rol parental complementario al del paciente, se cumple con este mandato.

Otra clasificación divide la contratransferencia en directa e indirecta, en donde la primera, evidentemente está dada por el paciente mismo, y en la segunda, el objeto que moviliza la contratransferencia del analista no el analizado sino otro, como fue el caso durante la primera etapa del tratamiento, que ante la información que ofrece la madre, lo que transfiere sobre sí misma y del hijo, lleva a una reacción por parte de la terapeuta. Y durante la última parte de la etapa media, la contradicción de los actos del padre, en donde por un lado colabora intensamente en el proceso de su hijo, ante el fallecimiento de la madre, para después unirse a la resistencia transferencial del hijo, sobre el abandono del tratamiento, generando la angustia y desesperación en el terapeuta. Esta misma redacción permite observar, como es una reacción transferencial, la de unir al padre y a la madre, como deseo inconsciente del paciente.

Al final de la etapa media, con la interrupción del análisis, genera sentimientos de impotencia, frustración y enojo, como reflejo de los sentimientos transferidos por parte del paciente, al sentirse abandonado por la madre, con su muerte, pero en

donde finalmente permite ver los efectos de la resistencia transferencial, en donde muere la madre, muera la terapeuta.

Finalmente, si toda reacción del analista estimula el progreso terapéutico, estimulando a su vez la comprensión y el insight, esto se logra a través del proceso, a partir del análisis constante de las contratransferencias.

e) Interpretación.

Se considera que no hay interpretaciones en la primera etapa, dado que de acuerdo con Laplanche (1996), se requiere material latente suficiente, en donde se exterioricen sus conflictos, deseos, defensas, etc., y evidentemente, el acceso a dicha información, era denegada por Mario, es decir no existía realmente una comunicación y si esto no se cumple, no existe una interpretación.

Por otro lado, las condiciones necesarias para que se pueda dar una interpretación entre otras, las que tienen que ver con la cantidad, entre ellas la amplitud de conocimientos psicológicos, cuanto más sabemos, más podremos interpretar, y el material psíquico no era suficiente; del cuándo, se considera que se puede llegar a las interpretaciones en todo momento oportuno, esto es, cuando el analista sabe lo que el analizado no sabe, necesita saber y es capaz de saber, otro aspecto ausente durante la etapa inicial; el qué, en donde ni los contenidos reprimidos, ni resistencias, entre otros, eran evidentes, o suficientes para poder hacer una interpretación.

Ya para el segundo tiempo, la etapa media, y por medio del videojuego, los elementos necesarios como lo son, la cantidad, el momento y el qué (información), eran vertidos por el paciente a partir del juego, plasmando, primero de forma no verbal, jugando, después, verbalizando, el contenido del juego, para finalmente relacionar todo ello con el contenido de su propia vida, ya sin necesidad del mismo videojuego.

Roudinesco y Plon (2003), citan que Freud en 1937, definió la interpretación como toda intervención psicoanalítica, que tiende a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos, o de su discurso, puesta de manifiesto por una palabra, un *lapsus*, un sueño, un acto fallido, una resistencia, a través de la transferencia, etc., en donde se propone agregar uno más, a partir de este trabajo, el uso del videojuego, en donde a través del acto del juego, se permita emerger todo el material necesario para poder lograr la interpretación, en casos en donde no se logre por la vía regia.

CONCLUSIONES.

El videojuego, sí es una herramienta útil dentro de un proceso psicoanalítico para un caso de un adolescente.

El uso del videojuego, en la sesión terapéutica favorece la regresión y expone las relaciones de objeto.

El uso del videojuego, muestra el desarrollo de un proceso analítico, lo cual es observable en las manifestaciones clínicas, como son la alianza terapéutica, las resistencias, la transferencia, la contratransferencia y la interpretación.

De forma más específica, se concluye, que para poder determinar que se ha establecido una alianza terapéutica, deberán considerarse una serie de elementos que puedan indicar su consolidación, y en el caso aquí presentado, se observan con mayor firmeza una vez que el elemento computadora y el videojuego, es aceptado para que forme parte del setting terapéutico dando pie a continuar de manera provechosa con el tratamiento.

Respecto de la manifestación de resistencias se concluye que las resistencias se presentan en todo proceso analítico.

A pesar de que se presenten en el proceso analítico del adolescente las primeras resistencias en contra del tratamiento intentando sabotearlo, éstas pueden ser trabajadas para continuar con el proceso.

Cuando en el tratamiento se implementa el uso de videojuego, el tipo de resistencias observables se relacionan con el desarrollo de éste y atienden a los puntos de fijación y a la etapa de adolescencia que el paciente tiene.

Las resistencias mostradas a través del videojuego se pueden interpretar sin amenazar directamente al paciente ni al terapeuta.

El paciente apoyado con la modalidad del videojuego, manifiesta claramente resistencias transferenciales.

El tipo de transferencia que establece una madre, a través del tratamiento es regularmente positiva. Las demandas transferenciales de la madre, giran alrededor de la necesidad de una figura paterna que de límites, que sea capaz de reestablecer la relación con ella, y que evite la sexualización de esta relación.

Las primeras manifestaciones de transferencia en el adolescente, son resistenciales, por ello no se pueden identificar indiscriminadamente.

El tipo de transferencia del inicio del tratamiento tiene relación con evitar situaciones infantiles de angustia.

El uso del videojuego durante las sesiones terapéuticas incrementa significativamente la transferencia tanto positiva como negativa.

El videojuego favorece la regresión, éste a su vez la transferencia, y ésta el desarrollo y progreso del tratamiento.

La interpretación no es una meta en el tratamiento de un adolescente ya que por su propia condición puede ser muy amenazante y generalmente de poco entendimiento dado el momento de desarrollo por el cual está cursando el paciente. De tal manera que será de mayor el uso de otros instrumentos previos a la interpretación, como lo son el ofrecimiento de información, el esclarecimiento o los parámetros de Eissler.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El presente trabajo tuvo ciertas limitantes, como lo fue el hecho de no encontrar referencias sobre otras investigaciones similares a la presente, para que con ello se tuvieran parámetros, no sólo de metodología, sino de resultados y de ahí poder tener un comparativo.

Durante el proceso psicoterapéutico, y como se menciona durante la investigación, fue necesario conocer el videojuego, y sobre todo saber jugarlo, y dada la complejidad del mismo, fue de difícil entendimiento durante la primera fase del tratamiento, invirtiendo largas horas de práctica para lograr tener un acercamiento, llegando ocasionalmente a situaciones de frustración, llevando a una asesoría particular de jugadores “expertos”.

Por otro lado, la interrupción del tratamiento por parte del paciente, con lo cual no se pudo tener un cierre y concluir adecuadamente el análisis.

Se sugieren próximas investigaciones sobre el tema, ya que como se mencionó anteriormente, no se tiene suficiente información sobre este fenómeno cada vez más común, y si no se cuenta con el adecuado conocimiento, será difícil llevarlo a cabo. Investigaciones tales como el uso del videojuego como técnica en procesos en niños y adultos, ya sea en investigaciones de caso, correlación de casos, grupos o en otras aplicaciones, como su función en procesos de aprendizaje.

A los videojuegos se les han colocado un sin fin de adjetivos, tanto afirmativos como descalificativos, y futuras investigaciones al respecto, sugieren un empleo racional, adecuado y funcional, ya que no se puede negar que está presente en nuestras vidas.

REFERENCIAS.

1. Aberastury, A. (2005). *El niño y sus juegos*. Argentina: Paidós.
2. Aletheia. (2000) *Psicología y psicoanálisis*. Revista anual 19. México.
3. Anzieu, D. (1998). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
4. Autiquet, M. (2002). *El psicoanálisis*. México: Siglo XXI
5. Balaguer, R. (2001). *La voz del psicoanálisis frente a las Nuevas Tecnologías*. Recuperado el 3 de enero de 2006 del sitio web: <http://www.cibersociedad.net/archivo.php?art=1>
6. Balaguer, R. (2002). *Videojuegos, Internet, Infancia y Adolescencia del nuevo milenio*. Recuperado el 3 de enero de 2006 del sitio web: <http://www.cibersociedad.net/archivo.php?art=6>
7. Baldaro, B. (2004). *Videojuegos agresivos y no violentos: efectos psicológicos y cardiovasculares a corto plazo en jugadores habituales*. Recuperado el 13 de enero de 2006 en el sitio web: <http://psicologiacognitiva.consultapsi.com/moldules.php?name=News&file=article&sid=16>
8. Bleichmar, N. M., Leiberman, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
9. Bonilla, M. P. Y García, G. (2002). *La perspectiva cualitativa en el quehacer social*. México: CADEC.
10. Braier, E. (1990). *Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica. Metapsicología de la cura*. Argentina: Nueva Visión.
11. Braunstein, N. (2003). *Psicología: ideología y ciencia*. México: Siglo XXI.
12. Castells, P., de Bofarull, I. (2002). *Enganchados a las pantallas. Televisión, videojuegos, Internet y móviles*. España: Planeta Prácticos.
13. Chertok, L., de Saussure, R. (1980). *Nacimiento del Psicoanalista*. España: Gedisa.

-
14. Chiozza, L. (1998). *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*. Argentina: Alianza.
 15. Etchegoyen, H. (1999) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
 16. Fendrik, S. (1989). *Psicoanálisis para niños*. Argentina: Amorrortu.
 17. Fenichel, O. (1996). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. México: Paidós.
 18. Fiorini, H. J. (2000). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Argentina: Nueva Visión.
 19. Fiorini, H. J. (2000). *Teoría y Técnica de psicoterapias* (18th ed.). Argentina: Nueva Visión.
 20. Freeman, L., Kupfermann, K. (1992). *El poder de la fantasía*. México: Pax
 21. Freud, S. (traducción de López-Ballesteros, L.1996). *Obras Completas*. Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.
 22. Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco depresivos*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
 23. González, F. L. (2002). *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. México: Thomson Editores.
 24. González, J. F. (1999). *Televisión y juegos electrónicos ¿amigos o enemigos?* España: Editorial Eos.
 25. González, J., Romero, J., y Tavira, F. (1998) *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.
 26. Greenson, R. (1997) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno Editores.
 27. Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
 28. Kent, S. (2001). *The ultimate history of videogames*. Estados Unidos de Norteamérica: Prima Publishing.
 29. Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Paidós.

-
30. Levinsky, D. (1998). *Adolescencia. Reflexiones psicoanalíticas*. Argentina: Lumen.
 31. Levis, D. (1997). *Los videojuegos, un fenómeno de masas*. España: Paidós.
 32. Mannoni, M. (2002). *Un saber que no se sabe*. Barcelona: Gedisa.
 33. Melgoza Magaña, M. E. (2002). *Adolescencia: un espejo de la sociedad actual. Serie: repasando y repensado la adolescencia*. Argentina: Lumen.
 34. Newman, J. (2004). *Videogames*. Estados Unidos: Routledge.
 35. Palacios, A. (2004). *Teoría de la técnica psicoanalítica (Caleidoscopio)*. México: CEID.
 36. Perrés, J. (1998). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
 37. Pulice, G., Manson, F., Zelis, O. (2000). *Investigación en Psicoanálisis*. Argentina: Letra Viva Editorial.
 38. Racker, H. (1991). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. México: Paidós.
 39. Reca, T. 1979. *Psicoterapia de las psicosis en la adolescencia*. Argentina: Paidós.
 40. Roudinesco, E., Plon, M. (2003). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
 41. Salles, M. (2003). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Plaza y Valdes.
 42. Sandler, J. (1998). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. México: Paidós.
 43. Sauval, M. (2006). La letra invisible de la cultura digital. Recuperado el 13 de enero de 2006 en el sitio web: <http://www.acheronta.org/acheronta22/sauval.htm>
 44. Schaefer, C. E., O'Connor, K. J. (1988). *Manual de terapia de juego. 1*. México: Manual Moderno.
 45. Turkle, S. (1997). *La vida en pantalla: la identidad en la era de Internet*. Barcelona: Paidós.
 46. Valls, J. L. (2004). *Metapsicología y modernidad*. Argentina: Lugar Editorial.

47. Vives, J. (1997). *El proceso psicoanalítico*. México: Plaza y Valdés, Editores.
48. Winnicott, D. W. (2000). *Realidad y Juego*. España: Gedisa.
49. Wolf, M., Perron, B. (2003). *The videogame theory reader*. Estados Unidos: Routledge.
50. Zarco Neri, M.A. (2000). El problema del método de investigación en psicoanálisis. *Cuadernos de Psicoanálisis*. 1,2 (XXXIII), 63-69.

NOTAS Y ANEXOS.

HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS GENERALES.

- Nombre: Mario.
- Edad: 13
- Sexo: Masculino
- Escolaridad: Secundaria 2°
- Fecha de nacimiento: 19.11.87
- Lugar de nacimiento: México D.F.
- Nombre del padre:
- Edad: 47
- Ocupación: profesionista.
- Nombre de la madre: (finada 2002)
- Edad: 43
- Ocupación: traductora
- Nivel socioeconómico: Medio
- Domicilio:
- Religión: ninguna
- Fuente de información: la madre, padre y abuelos maternos.
- Grado de confiabilidad: alto.
- Referido por: La abuela.
- Frecuencia: 1 vez a la semana.
- Posición: cara a cara.
- Fecha de admisión: agosto 2001.
- Fecha de elaboración: julio 2002
- Psicoterapeuta: Lic. Lila Madrigal Guridi.
- Supervisor: Dra. Celina Arredondo

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.

Mario aparentemente es un chico común y corriente, con 13 años de edad y evidentemente con todos los conflictos tanto orgánicos como psicológicos propios de la adolescencia; usualmente asiste a terapia con ropa holgada, pantalones de mezclilla y camisetas con algún motivo gráfico. Zapato deportivo. Su complexión física es delgada, con facciones alargadas y lleva el pelo corto.

III. IMPRESIÓN DEL PACIENTE.

Da la impresión de ser un chico triste, demasiado silencioso, como si guardara toda la información para sí mismo. Sus movimientos lentos denotan una ligera depresión, o por lo menos melancolía.

IV. MOTIVO DE CONSULTA.

- Manifiesto: El motivo de consulta es la alienación marcada visiblemente observada en el uso de la computadora y sobre todo del videojuego, lo cual preocupa demasiado a la madre. Además de que desea que su hijo tenga un espacio en donde poder conversar libremente fuera del seno familiar.
- Latente: Mario presenta una conflictiva propia de la etapa en la que se encuentra, sin embargo la alienación a través del videojuego, le permite escapar por esos momentos, de una realidad en donde la madre con conductas sobreprotectoras asfixia al hijo, aunado al hecho de una figura paterna ausente, prácticamente nula en su función. El problema de identificación se encuentra vigente y no logra encontrar un lugar, un espacio en donde ser, solo a través del videojuego.

V. FACTOR DESENCADENANTE.

Poco tiempo después de llegar a vivir a la ciudad de Morelia, lejos de su espacio, lejos del padre, en una nueva ciudad, un nuevo hogar, viviendo con los abuelos y tener tanto tiempo con la madre, han generado que no logre adaptarse al medio, y cuando inicia a jugar compulsivamente con el ordenador y en la red, teniendo poco contacto social, escolar y familiar.

VI. ENFERMEDAD ACTUAL.

Mario se muestra alejado de cualquier contacto social, solamente le interesa jugar con videojuegos en la computadora y en el Internet, no tiene amigos ni relación significativa con algún compañero de escuela. Pasa horas jugando frente a la pantalla, o bien con su gato. Anteriormente, a decir de la madre, Mario se mostraba feliz, alegre, le gustaba pintar, actuar, salir al cine y al teatro, tenía amigos, pero ahora todo ello ha quedado de lado.

VII. HISTORIA FAMILIAR.

Cuenta con una familia uniparental (madre), debido al divorcio de sus padres cuando él tenía 1 año de edad. Ambos padres profesionistas, Alma de 43 años de edad, antropóloga pero trabajando como traductora independiente. El padre, licenciado en Letras, Antropólogo y catedrático de una Universidad Nacional. Hasta la edad de 12 años vivió con su madre en la Ciudad de México, pero debido al nivel de vida estresante y peligroso, deciden madre e hijo retirarse a provincia, en donde residen los abuelos maternos, ambos arquitectos. Cabe mencionar que la familia materna es sudamericana, refugiados en México desde hace más de 20 años, además de tener una condición económica buena.

De acuerdo con el relato de la madre, el padre de Mario ha tenido un vida muy desorganizada, desde su historia personal hasta la época presente, pobres vínculos, y observándose en la inestabilidad con la última pareja que tiene, y con la cual tiene un hijo de un año. además de problemas de alcoholismo, motivos de divorcio. Ausente, y poco fuerte como figura paterna, ha fungido como “amigo” de Mario, no como padre. Actualmente vive con su pareja con la cual tiene un hijo de un año de vida, al cual Mario quiere mucho, aunque poco lo ha frecuentado.

La madre llevó una vida tranquila, a partir de la llegada de Mario al mundo; siendo una madre hasta cierto punto sobreprotectora, sin pareja, solo amistades. Dependiente emocionalmente de los padres, y con fuertes sentimientos no

elaborados, de odio hacia el padre de Mario. Al año de tratamiento de Mario, muere de imprevisto debido a un tumor cerebral no identificado a tiempo.

VIII. HISTORIA PERSONAL.

La historia del desarrollo de Mario nos muestra un parto normal, no planeado pero deseado por la Madre, más no por el padre. Así como el padre deseaba una niña, y la madre un varón. Nace en una clínica de asistencia pública. Se quedó sin leche, optando por el biberón, hasta los 14 meses. La alimentación fue y sigue siendo de forma irregular. El sueño ha sido tranquilo; siempre ha tenido su propio cuarto, pero ocasionalmente se llega a pasar a la cama de la madre cuando tiene pesadillas. El control de esfínteres se llevó a cabo en la guardería, llegando a tener enuresis nocturna, hasta la llegada de una mascota, un gato llamado "dragón", a la edad de 7 años. En el desarrollo sexual, ambos padres han sido muy abiertos en información cuando se requiere, sin embargo actualmente, y con la ausencia del padre éste no ha tenido una figura masculina fuerte que le resuelva dudas de la edad correspondiente. Su salud en general ha sido buena, llevando tratamiento enfermedades comunes de tipo naturista, homeopática y acupuntura. Su carácter ha sido fuerte, y muy expresivo, actualmente todo lo contrario. Ha sido manipulador y adulator. Los patrones de juego han sido desde armar, hasta juguetes como bicicleta. Actualmente solamente es en la computadora y "play station". Hasta hace dos años, asistía a clases de Tae Kwan Do, básquetbol, fútbol, etc. No llevan una religión, y como eventos significativos, se han mudado tres veces, con los consecuentes cambios de escuela, además de un viaje al país de origen de la madre con la finalidad de conocer a la familia.

PSICODINAMIA

Mario presenta un impulso de muerte elevado, en donde la agresión es mostrada de forma enmascarada, agresión pasiva constante, y deseos igualmente competitivos. El impulso libidinal en este momento se encuentra bajo, con una depresión casi distímica en los últimos años, y ahora dada la muerte de la madre y la situación referencial se ha agudizado.

El ello predomina en sus actividades cotidianas y propias de la edad (adolescente), en donde la satisfacción del placer impera por sobre las demás actividades, empobreciendo al superyó, el cual se encuentra muy laxo, con una figura paterna pobre, ausente, tomando lo que puede del abuelo materno, pero que no ha sido lo suficientemente fuerte. El yo se encuentra en una situación difícil, en donde el área cognoscitiva se ha visto empobrecida sobre todo en el área memoria, juicio. Los mecanismos de defensa más empleados por Mario, son la escisión, negación, identificación proyectiva y sobre todo aislamiento, supresión, sublimación con reservas, intelectualización, proyección, devaluación primitiva y control omnipotente.

Sus relaciones de objeto tienden a ser de tipo narcisista, ya que este aspecto predomina en su personalidad, y se le facilita la relación sólo con aquellos objetos que él siente se encuentran a su altura y competencia. Dada la figura paterna pobre, y una madre buena, y hasta cierto punto contenedora, presenta características de tipo narcisista, con necesidades de tener un self idealizable.

La madre viene de una familia de inmigrantes, en donde ella no siente arraigo al país, dada la profesión de los padres (ingeniería) y la de ella (antropología), los padres “construyen hacia arriba, ella desea conocer el pasado, hacia abajo”, sin embargo no obtiene las respuestas deseadas, dedicándose a otra actividad totalmente ajena, la traducción. Nuevamente con la idea de encontrar la traducción, el sentido a su vida. De base depresiva, que finalmente encuentra un

sujeto lo suficientemente narcisista, pero que con la llegada del hijo cambia su perspectiva, quedando nuevamente sola, solo con su hijo, ese pene protector, que debe cuidar para poder sentirse completa, de ahí el cuidado intensivo que ella no tuvo al lado de sus padres.

El padre, que a su vez tuvo un padre ausente, una madre sobreprotectora, busca también respuestas en la filosofía, en las letras, y finalmente en la antropología, pero no logra encontrarse a sí mismo, porque el narcisismo es tan elevado, que no le permite desarrollarse, ni vincularse, ni tener redes con los otros. La extensión narcisista del hijo no lo es para él, al contrario, viene a “estorbar” en esa diada que finalmente había formado con una mujer deprimida que soportaba todo, pero toda esa atención ahora tendría que ser compartida con el hijo, lo cual no fue tolerado, abandonando a ambos.

La disposición de los abuelos al principio del tratamiento, es parcialmente real, pero con la llegada de la muerte inesperada de la hija, viene a desatar un caos, en donde su papel de abuelos clama emergentemente ser nuevamente padres, pero no conciben unos padres como los de Mario. Ellos ya están en un momento de vida, en donde esperaban descansar, y no desean nuevamente, en el fondo, volver a otro ciclo que ya no les compete.

Como se puede observar, Mario es un chico el cual, desde el concepto de sostenimiento, no se logró adecuadamente, ya que si consideramos el hecho de que la madre debe brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo, y así lograr integrar, internalizar los estímulos como una representación de sí mismo y de los otros, para adquirir un yo sano, sirviendo esta madre como un yo auxiliar, se observa que en realidad y a pesar de ser una madre aparentemente “buena”, aún poseía vestigios de un duelo no elaborado, es decir, una depresión depositada en el niño, apareciendo esa falsa reparación manifestándose a través de la identificación de Mario con la madre, formando una

culpabilidad, de forma defensiva organizada por la madre para combatir la depresión y la culpabilidad inconsciente.

Mario presenta un impulso de muerte elevado, en donde la agresión es mostrada de forma enmascarada, agresión pasiva constante y deseos igualmente competitivos. El impulso libidinal en este momento, se encuentra bajo, con una depresión casi distímica en los últimos años y ahora, dada la muerte de la madre y la situación referencial, se ha agudizado.

Se pueden observar rasgos de oralidad, en aspectos pasivos pero agresivos, así como anales, en donde la retención juega un papel muy importante.

Su adaptación ha sido de tipo autoplástico sobretodo, en donde el aislamiento y retención de lo afectivo le ha servido para poder seguir adelante. Momentáneamente haloplástico, igualmente de forma pasiva llega a conseguir que el otro cambie su conducta para beneficio personal.

Las resistencias que presenta Mario tienen que ver con el silencio constante, la negativa, inconstancia en las sesiones y rasgos psicopáticos de tipo económico. La transferencia ha sido frecuentemente hacia la figura materna, y actualmente con el padre. La interpretación se ha venido dando a través del video juego, único medio de comunicación como canal accesible por parte del paciente.

En cuanto a los aspectos contratransferenciales, dadas las resistencias y los sentimientos depositados en la terapeuta, la devaluación, denigración y sobre todo la competencia en desventaja, así como la agresión pasiva, llevaban a responder en algunas ocasiones, con el mismo tipo de agresión, pero reactiva, la cual evidentemente después fue manejada, dados los lineamientos recomendados a través de la supervisión del caso.

El futuro de Mario en el último de los casos sería el hecho de identificarse con el padre, en donde ese narcisismo le llevara a ser algo en la vida, ya que de lo contrario, identificándose con la madre depresiva, y sin tener objetos contenedores y reales a su alcance, pueda llegar una depresión, experimentándose a través del abuso de sustancias, o inclusive a un suicidio, dada la culpa tan grande que se genera debido a sus fantasías destructivas de sus objetos, que finalmente se cumple con la muerte de la madre, que como fantasía de los padres, subyace el hecho de un suicidio inconsciente, ya que ella muere de una lesión cerebral al parecer no diagnosticada a tiempo, en donde los abuelos argumentan que la madre seguramente ya sabía de esto, pero no quiso alarmar a nadie. El padre de Mario no cree esta hipótesis, pero existe ese fantasma no resuelto.



Imagen de soldado Terran (superior), batalla (inferior).





Imagen de soldado Zerg



Escenarios del videojuego



Soldado Protoss (superior), campo de batalla (inferior).

