



AUTORREFERENCIA

Introducción

Angélica García Zapata
Mireya Ospina Botero

La autorreferencia en el contexto de la psicología clínica se refiere a la capacidad del terapeuta para observar, analizar y reflexionar sobre su propio funcionamiento interno, sus emociones, pensamientos y reacciones durante el proceso terapéutico. Este concepto no solo implica el reconocimiento de la subjetividad del terapeuta en la relación clínica, sino que también subraya la importancia de que los profesionales sean conscientes de cómo sus experiencias personales pueden influir en la relación terapéutica y en la eficacia de sus intervenciones (González, 2019). En esencia, la autorreferencia constituye un proceso continuo de autoexploración que es fundamental para garantizar una práctica ética y efectiva.

La autorreferencia permite al psicólogo diferenciar sus propias emociones y creencias de las del consultante, lo que es crucial para mantener una relación terapéutica empática y profesional, sin caer en la fusión emocional o en respuestas automáticas que puedan distorsionar la percepción del consultante. Este proceso de diferenciación se apoya en una supervisión constante y en la autorreflexión, que ayudan al terapeuta a identificar las áreas en las que sus emociones personales podrían estar interfiriendo con el proceso terapéutico (López y Martínez, 2020).

Desde la perspectiva de la terapia sistémica, la autorreferencia no solo se refiere al reconocimiento del self del terapeuta, sino que se entiende como una interacción dinámica que ocurre en el campo relacional del contexto terapéutico. El psicólogo debe tener en cuenta su lugar en la red de significados que se generan durante la sesión y ser capaz de reflexionar sobre su posición, sus emociones y su impacto en el sistema que conforma junto al consultante (Moreno, 2021). Esta habilidad para hacer consciente

su participación en el proceso y sus propias respuestas emocionales es esencial para mantener un marco terapéutico ético y efectivo.

Asimismo, el proceso autorreferencial del psicólogo tiene implicaciones éticas importantes. Al ser consciente de su propia subjetividad, el profesional puede reconocer y manejar los sesgos y posibles juicios que podrían influir en su percepción del paciente y en la toma de decisiones terapéuticas. La ética de la autorreferencia no solo exige que el psicólogo se responsabilice de sus respuestas emocionales, sino que también requiere que estas sean manejadas de manera que beneficien el proceso terapéutico y promuevan el bienestar del consultante (Gutiérrez y Ramírez, 2018).

La autorreferencia se vincula también con el desarrollo de la empatía y la presencia terapéutica. Al estar en contacto con sus propias emociones y procesos internos, el psicólogo puede desarrollar una comprensión más profunda de las experiencias emocionales de sus pacientes y ofrecer una relación terapéutica auténtica. No obstante, esta práctica demanda un balance cuidadoso: mientras que un psicólogo desconectado de sus emociones puede ser percibido como distante o mecánico, uno que se involucra emocionalmente sin una adecuada autorreferencia puede perder objetividad y profesionalismo (Pérez y Sánchez, 2019).

En conclusión, la autorreferencia del psicólogo no solo es un componente esencial del self profesional, sino que es una práctica ética, reflexiva y autorreguladora que impacta directamente en la calidad de la relación terapéutica. Este proceso continuo de autoobservación y ajuste permite al terapeuta ofrecer un espacio terapéutico seguro, auténtico y adaptado a las necesidades del paciente.

Este capítulo reflexiona sobre el lugar de las emociones y la autorreferencia en el proceso psicoterapéutico. El manejo de las emociones y de la autorreferencia son esenciales en la formación del psicólogo clínico, ya que permiten al psicólogo ser un recurso clave en la intervención y cambio de los sistemas consultantes. La autora invitada concluye que

los programas de psicología deben incorporar estrategias para gestionar las emociones, resiliencia y autorreferencia, para mejorar la salud mental, tanto de los terapeutas como de los pacientes, así como de los psicólogos practicantes. Los textos comparten la autorreflexión sobre la historia de vida, motivaciones para estudiar psicología clínica y cómo sus experiencias personales influyen en su práctica. Se profundiza en las rutas de desarrollo clínico y la importancia de reconocer las emociones y desafíos del terapeuta en el contexto de la consulta. Finalmente, se comparten aprendizajes de la práctica clínica y recomendaciones para futuros psicólogos. Se destaca la reflexión sobre el proceso personal y profesional que implica convertirse en psicólogo y trabajar en el ámbito de la salud mental.

Referencias

- González, R. (2019). La autorreferencia en la práctica psicoterapéutica: Implicaciones y aplicaciones. *Revista de Psicología Clínica*, 41(3), 234-247.
- Gutiérrez, M., y Ramírez, S. (2018). Ética y autorreferencia en la psicoterapia. Editorial Ética y Psicología.
- López, J., y Martínez, L. (2020). Autorreferencia y supervisión en psicología clínica: Una perspectiva reflexiva. *Revista Internacional de Psicoterapia*, 36(2), 145-160.
- Moreno, C. (2021). *El self en terapia sistémica: Reflexión y autorreferencia del terapeuta*. Editorial Sistémica y Terapia.
- Pérez, A., y Sánchez, D. (2019). Presencia terapéutica y autorreflexión: Estrategias para una práctica efectiva. *Psicología Contemporánea*, 27(4), 189-202.

Emociones y autorreferencia

Autor: Ana Elvira Castañeda Cantillo⁵

Resumen

El manejo de las emociones y de la autorreferencia son dos pilares centrales en la formación y ejercicio profesional del psicólogo clínico sistémico, dado que permiten al terapeuta convertirse en el mayor recurso para movilizar los cambios establecidos con los sistemas consultantes. Esta investigación se orientó a comprender el manejo de las emociones y de los procesos autorreferenciales del terapeuta dentro del contexto de su práctica clínica. Se adoptó bajo un enfoque cualitativo, que, de acuerdo con Flick (2007), “tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales, debido al hecho de la pluralización de los mundos vitales” (p,18). Para ello, se enmarcó en el paradigma hermenéutico, que posibilita reconstruir las interpretaciones de los sujetos frente a sus experiencias. Como entrada metodológica, siguió el estudio de caso único con estudiantes de psicología en práctica clínica de pregrado y posgrado. Se concluyó que es muy importante para los programas de psicología implementar estrategias de formación sobre la gestión de las emociones, el manejo de la resiliencia y sobre procesos autorreferenciales. Esto, de manera que se optimice su implementación en la intervención psicoterapéutica, no solo para generar transformaciones importantes en los sistemas consultantes, sino en la salud mental de los terapeutas, aspecto central que se requiere cuidar; de cara a enfrentar los retos y desafíos que hoy se presentan frente a la salud mental.

5 Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica y de Familia. Doctora en Educación. Docente del Seminario Evaluación clínica desde el enfoque sistémico, Niños y Adolescentes, en la Especialización en Psicología Clínica (Universidad Católica de Pereira).

Referentes conceptuales

Las emociones en la psicoterapia

El dominio de las emociones se convierte en un pilar fundamental en la vida de las personas, dado el impacto generativo que tiene en las formas de actuar y pensar. Como lo señala Maturana (1996), “no hay acción humana sin una emoción que la funde como tal y la haga posible como acto” (p.10), o como lo precisa Morin, “las emociones son el fundamento de todo en este sentido es inevitable que se entrecrucen emoción, pensamiento y acción; siendo cada uno diferente en su esencia, pero se articulan al dar sentido y significado al comportamiento humano para enfrentar situaciones en su cotidianidad” (p.752).

En este sentido, el encuentro terapéutico con las familias está estructurado en el mundo de las emociones y los sentimientos. Teniendo en cuenta lo que advierte Bianciardi (2008) al explicar los elementos constitutivos de la psicoterapia, “reconocemos que este es el lugar de la palabra por excelencia. Sin embargo y justamente por esto, se vuelve también el lugar de las emociones y de las pasiones, lugar del deseo y de la espera” (p.13).

De otra parte, es importante precisar la diferencia entre estos dos términos; es decir, las emociones y los sentimientos, dado que no son sinónimos, aunque se complementan. La primera se suscribe desde la corporeidad y define el aprestamiento para la acción; mientras que la segunda, es decir, los sentimientos, son las distinciones que desde el lenguaje se hacen de lo que se experimenta en la emoción, y que además de nominarlo, puede invitar a la persona a regularlos. No obstante, la una depende de la otra, siempre que se traten las emociones en el contexto de la psicoterapia, consecuentemente se estarán tocando los sentimientos, y viceversa.

Dicho esto, es necesario cuidar de manera intencionada en el contexto de intervención la emergencia de las emociones, para diseñar mecanismos de soporte y contención a los consultantes, de manera tal que se establezcan

vínculos e interacciones basadas en la confianza, el cuidado, el amor, la solidaridad, la esperanza, entre otros. Por esto, las interacciones que se construyen entre terapeuta y familia estarán basadas en un escenario conversacional reflexivo, en el cual se cuida el mundo emocional de los participantes, para que, a pesar del sufrimiento ocasionado por los motivos de consulta, se puedan abrir caminos y posibilidades para el cambio. De acuerdo con Maturana (1996), “para que haya historia de interacciones recurrentes tiene que haber una emoción que constituya las conductas que resultan en interacciones recurrentes. Si esa emoción no se da, no hay historia de interacciones recurrentes, y sólo hay encuentros casuales” (p. 31). En la medida en que se den procesos de soporte emocional, se estructuren anclajes y vínculos afectivos, el escenario de intervención se percibe como significativo en las experiencias de los consultantes, lo cual permite la flexibilización y apertura a nuevas alternativas para superar los problemas y dilemas que viven.

La autorreferencia del terapeuta

Abordar las emociones en la psicoterapia implica reconocer el papel de la autorreferencia del terapeuta como aquella estrategia interventiva que favorece el uso de sus sentimientos también. Desde el enfoque sistémico, se comprende como aquel proceso en el que se adoptan como principios centrales los sistemas observantes y la circularidad, de acuerdo con lo señalado por Castañeda (2023). Con ello se permite transitar de la mirada heredada de la modernidad sobre la imposibilidad del psicólogo clínico de involucrar sus emociones en la consulta; tarea que por demás es imposible, dada la condición humana de las personas. A partir de su reconocimiento y uso, se pueden generar mayores y mejores procesos de conexión emocional que promueven el cambio acordado con los consultantes.

El psicoterapeuta centrará su mirada en su forma de pensar, sentir y actuar, al relacionarse con los consultantes, para identificar sus emociones y evaluar la efectividad de estas frente a los procesos de hipotetización, neutralidad sistémica y frente a las estrategias que implementa. Como

lo manifiesta Castañeda (2023): “Las pautas de interacción construidas dentro del sistema terapéutico se convierten, en el foco de observación del profesional, evaluando qué tanto está armonizándose con los ritmos, necesidades y demandas familiares; sin generar situaciones que maltraten emocionalmente a los consultantes” (p.71).

De otra parte, es necesario articular los procesos autorreferenciales con el estilo del terapeuta, dado que su entrecruzamiento va definiendo el hilo conductor de sus procesos de intervención, con lo que imprime su sello identitario que lo diferencia de otros colegas. Como lo precisan Moreno *et al.* (2020), al recalcar el aporte la autorreferencia, como un proceso que aporta “para que cada profesional pueda darse a la tarea de revisarse a sí, determinar cuáles son sus características, qué tipo de terapeuta es y traer al presente aquello de su historia que influye directamente en cómo hace terapia” (p.18). En el paradigma sistémico, una de las estrategias más efectivas para apoyar a los consultantes en sus procesos de cambio es la autorreferencia, porque permite identificar aquello que el terapeuta necesita cambiar, para a su vez generar eso mismo en los otros. En otras palabras, el interventor se usa a sí mismo en beneficio del sistema terapéutico.

Pregunta problema

¿Cómo se manejan las emociones y los procesos autorreferenciales del terapeuta dentro del contexto de su práctica clínica?

Objetivo general

Comprender el manejo de las emociones y de los procesos autorreferenciales del terapeuta dentro del contexto de su práctica clínica.

Objetivos específicos

1. Reconocer las comprensiones sobre las emociones y la autorreferencia en la terapia dentro de la práctica clínica.

2. Identificar las intencionalidades en el uso de las emociones y de la autorreferencia en el quehacer del terapeuta en su práctica clínica.
3. Caracterizar la puesta en escena de las emociones y de la autorreferencia en el quehacer del terapeuta en su práctica clínica.

Metodología

El enfoque cualitativo se adoptó en esta investigación, dado que permite acceder a las miradas personales de los participantes a través de perspectivas integradoras y holísticas. En este sentido, se retoman las experiencias, interpretaciones y valoraciones con respecto al manejo de las emociones y la autorreferencia en su práctica clínica. Tal como lo señalan Sanjuán y Fàbregues (2022), dado que pretende:

La comprensión de la realidad sociocultural, atendiendo al significado que esta tiene para los actores sociales; es por ello que las voces de los diferentes participantes y sus subjetividades son insumos centrales para el investigador puesto que muestran desde sus polifonías las diversas formas de comprender la realidad. (p.7).

En este sentido, es valioso, a través de las técnicas de investigación adscritas a este enfoque, obtener información que permita hacer aproximaciones a las individualidades de los participantes y sus maneras de puntuar sus vivencias. Según Sanjuán y Fàbregues (2022), “se busca acceder de manera directa a las experiencias, interpretaciones y conceptualizaciones de los sujetos respecto a la realidad en la que viven” (p.8). Aquí es valioso lo personal, lo particular, lo privado. La neutralidad del investigador se trabaja al permitirse acceder a los mundos individuales de manera abierta, respetuosa, curiosa, para comprender la mayor cantidad de información, entre otros.

De manera complementaria, se adoptó el paradigma hermenéutico, en el cual los actos de interpretar, explicar y comprender se convierten en

los pilares centrales que orientan la mirada del investigador. Ello permite reconocer las formas en que se percibe el mundo, y consecuentemente las acciones que ello desencadena. Gracias al lenguaje entre investigador e investigado se logra acceder a los mundos interpretativos que le dan sentido a las experiencias de vida. En este orden de ideas, el lenguaje no cumple una función descriptiva o explicativa de la realidad, sino que le da un significado en contexto, a aquello que es importante en el sujeto. Como lo explica Gama (2021), al referirse al papel del lenguaje en las interacciones humanas comparece a nuestra experiencia como sentido, como apertura de un espacio de significatividad que nos convoca y nos atrae. “La palabra tiene algo de una fuerza gravitacional que nos arrastra e interpela, reconocemos en ella un elemento profundamente humano” (p. 22).

Como estrategia metodológica se optó por el estudio de caso único, dado que permite agrupar bajo un mismo grupo participantes con características que los particularizan. En palabras de Stake (2011), “nos interesan tanto por lo que tienen de único como por lo que tienen de común” (p.16). Bajo esta perspectiva, se estableció el caso de un grupo de estudiantes en formación en psicología tanto de pregrado como de especialización, quienes realizan su práctica clínica en un contexto de atención a familias. Esta alternativa investigativa permitió acceder a un foco específico en dicho grupo poblacional, para identificar aspectos clave que el investigador se propuso en los objetivos.

Se seleccionaron 16 estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Católica de Pereira. El requisito para hacer parte de la población estableció que estuvieran haciendo prácticas profesionales en el área clínica en último año de formación o de la especialización en Psicología Clínica.

La técnica empleada fue de carácter escrito, que consistió en un cuestionario de diez preguntas abiertas; el cual estuvo centrado en dos categorías inductivas, que fueron las emociones y la autorreferencia. Este instrumento se validó por dos pares expertos que sugirieron ajustes en cuatro preguntas, los cuales se hicieron.

Resultados y conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, que se orientó a reconocer las comprensiones sobre las emociones y la autorreferencia en la terapia dentro de la práctica clínica, se encontró que en algunas ocasiones se adopta la autorreferencia como guía para el proceso interventivo en términos de invitar al profesional a movilizarse o tomar decisiones ante comprensiones o hipótesis sobre lo que sucede en el caso, y que al parecer no viabiliza el cambio. Esto se evidencia en el texto de la participante cuatro: “Esa capacidad que tengo para identificar a través de mis emociones o mi sentir un acontecimiento o narración de mi consultante que tenga que ver con mi historia personal y lo puedo utilizar como recurso para el tratamiento del consultante”. La autorreferencia aquí actúa como principio orientador y operador para viabilizar alternativas de cambio en la consulta.

Con respecto a las comprensiones sobre las emociones, se emplean como herramienta para que, a través de la experiencia de vida del terapeuta, permiten generar conexiones emocionales con los consultantes que estructuran la relación desde la empatía y el reconocimiento de lo humano de manera solidaria y compasiva con el otro. Incluso favorece la configuración de alianzas terapéuticas basadas en la confianza, respeto mutuo y coaprendizaje. Como lo señala el participante 7, “gracias a estas puedo acercarme a mis pacientes para que, a pesar de la tristeza que me invade, a veces por lo difícil de los casos, me vuelva más cercana a ellos”.

Adicionalmente, se puede concluir que la autorreferencia se asume en un primer orden como la identificación de sentimientos y emociones que van emergiendo en la experiencia terapéutica, de manera particular con el sistema consultante. Se pueden plantear tres momentos en los que se emplea. El primero de ellos hace referencia al proceso a través del cual se reconocen los sentimientos, pensamientos y emociones que genera el caso en el terapeuta, derivados de la primera impresión que tiene del caso y el consultante. En segundo lugar, cuando se produce un estancamiento en la movilización hacia el cambio esperado, en el cual el terapeuta presume que

se está convirtiendo en parte del problema, dado el manejo de su dimensión emocional. El tercer momento ocurre cuando el terapeuta experimenta malestar emocional.

Pasemos a dar cuenta de los hallazgos y conclusiones del segundo objetivo específico, el cual se dirigió a identificar las intencionalidades en el uso de las emociones y de la autorreferencia en el quehacer del terapeuta en su práctica clínica. Se pudo identificar que su uso de manera complementaria, es decir, la identificación de las emociones como proceso implícito dentro de la autorreferencia, permiten hacer una reflexión desde el rol del terapeuta, lo que lo posiciona como vía de otras opciones vitales. Por ejemplo, el poder identificar la necesidad de establecer acoples emocionales diferentes que, de manera indirecta, aportaran a la movilización hacia el cambio ante la transformación requerida por el sistema consultante, así como también el evaluar la utilización de otras estrategias interventivas. Como lo manifiesta el participante 2: “La autorreferencia con los consultantes me puede servir como herramienta para que, a través de la experiencia propia de vida, se generen conexiones emocionales que me puedan movilizar a ser más humana y comprensiva con ellos, evitando juzgarlos”.

Una vez que se identifican las creencias, emociones, prejuicios o significados del terapeuta que obstaculizan el proceso, se pueden configurar alternativas diferentes a partir de procesos autorreferenciales, que al ponerlas en el escenario interventivo, colaboren en la reducción de la preocupación, del malestar y el sufrimiento emocional en los consultantes. En este orden de ideas se concluye que el psicoterapeuta tendrá como principio orientador de su quehacer clínico el estar constantemente metaobservándose en su intervención. Ha de triangular lo que hacen las emociones, a partir de cuáles lo hace, y los significados que estructuran su comprensión del proceso. Es más probable que su acción sea más contextualizada, situada y pertinente a la historia y experiencia vital de la familia que le consulta. Adicionalmente, emergen en su dimensión profesional y personal transformaciones interesantes en el mundo de sus cosmovisiones.

A manera de conclusión se puede pensar que, dentro del proceso autorreferencial, se organiza un sistema de emociones que de manera integral se adopta como pilar fundamental del manejo terapéutico. Esto se puede representar a través de una red, en cuyo centro se ubica la empatía o el acople emocional con el sistema familiar como un nodo que busca generar procesos de conexión y vínculo terapéutico. La intención de su uso radica precisamente en que el psicoterapeuta se sienta con apertura emocional y flexibilidad mental para acoger al consultante de la mejor manera y poderle ofrecer un escenario de ayuda acorde a sus requerimientos y necesidades personales. En torno al nodo se articulan la alegría al identificar cambios, la esperanza al contemplar alternativas diferentes, así como también al visualizar transformaciones en los consultantes; la sorpresa al encontrar novedades dentro del proceso; la tristeza, al identificarla en las historias contadas por los consultantes, tratar de entenderlas para apoyarles y ofrecerles momentos de contención emocional.

En relación con el tercer objetivo específico, el cual consistió en caracterizar la puesta en escena de las emociones y de la autorreferencia en el quehacer del terapeuta en su práctica clínica, se lograron identificar algunas situaciones. Es el caso de la dificultad del terapeuta de observarse dentro del contexto mismo de la intervención, adoptando posturas metarreflexivas en las que identifique sus aciertos, en términos, por ejemplo, de las pautas interaccionales que configura, o de la pertinencia e impacto de las estrategias de intervención empleadas.

También se aprecia la inquietud sobre la posibilidad de poder entrar y salir del sistema terapéutico para realizar procesos de meta observación de manera ágil, para que al realizarlo se preserve el contacto emocional en la sesión. Esto se requiere realizar dentro del proceso mismo de la intervención preferiblemente, para hacer los ajustes requeridos. Un ejemplo de ello se identifica en la voz del participante 3: “al mirarme e interrogarme a sí misma, sin perder el foco de lo que nos cuentan en consulta, para analizar todo lo que observo y escucho, descartando así los criterios personales que puedan estar perjudicando con relación a lo que me narra el consultante”.

Al usar terapéuticamente las emociones dentro del proceso, se resalta el reconocerlas como parte inherente de lo humano, en otras palabras, humanizándolo, como lo señala el participante 6: “Se me hace necesario mostrarle al consultante que, más allá de la relación terapeuta-paciente, está tratando con una persona que también siente y que puede entender su sufrir”. Adicionalmente, dada la complejidad de esta dimensión humana, es necesario aprender a gestionar, para evitar caer en extremos y posturas que impiden el crecimiento personal y profesional. Esto puede atrapar al terapeuta en situaciones desfavorables, en las que experimenta desesperanza, rabia, tristeza, por una parte, o por otra, cuando experimenta empatía, gratitud, aprecio y admiración por algunos miembros del sistema familiar y que posiblemente estancan el proceso de cambio propuesto.

Se resaltan posturas en las que el terapeuta señala la importancia de expresar las emociones de manera honesta en el contexto terapéutico, así como también algunas alternativas de acción y líneas de pensamiento que ha adoptado en su vida, para generar procesos de modelización. Es decir, el terapeuta se usa dentro del proceso como referente para generar niveles de reflexividad en los consultantes o para la normalización en el manejo de sentimientos, emociones, comportamientos y pensamientos. De otra parte, los participantes 9, 12, 13 y 15 relacionan el uso de las emociones en terapia con los procesos de empatía para con el consultante. Señalan que se trata de regularlas y encausarlas, de tal manera que les sirvan para tratar de comprender lo que el otro está viviendo y sintiendo, y así puedan hacerle sentir cómodo y atendido en sus necesidades emocionales.

Lo más difícil de manejar en la dimensión emocional al hacer la intervención se relaciona principalmente con dos aspectos. El primero de ellos tiene que ver con las temáticas presentes en los motivos de consulta, que tienen un mayor nivel de afectación en el terapeuta por su historia de vida. Ello hace que se generen emociones que requieren un gran esfuerzo en su manejo, para evitar que afecten negativamente el proceso. Como lo manifiesta el participante 12: “Los sucesos que impliquen afectaciones severas de salud o maltrato emocional o físico de infantes y las injusticias en general”. En este

sentido, el terapeuta requiere tener presente este tipo de situaciones que le hacen más sensible, para prepararse y adoptar procesos autorreferenciales que favorezcan su intervención.

Complementando lo anterior, el segundo aspecto que incide en el manejo emocional del terapeuta se relaciona con su forma de contener y generar acompañamiento ante situaciones de quiebre emocional de los consultantes, y de manera particular, cuando encuentran puntos de convergencia con ellos. Como lo indica la participante 7: “Se complejiza cuando la historia de sufrimiento y dolor es similar a mi historia de vida; porque siento la frustración de algo que me esté sucediendo en mi vida personal, teniendo que decidir si lo aíso o lo traigo en beneficio del caso”. Aquí todavía prevalecen concepciones de la neutralidad en la terapia, que al exigirle al terapeuta separar su dominio emocional del proceso interventivo, genera una mayor carga y presión, dado que es una situación difícil de manejar. De hecho, se llegó a encontrar en los relatos de algunos participantes su firme intención por evitar dejarse afectar por las historias que surgen en la terapia, lo que se considera que se convierte en una oportunidad desaprovechada para favorecer procesos autorreferenciales que potencian el acompañamiento terapéutico.

De manera general, se considera que la gestión de las emociones y el uso de la autorreferencia permiten establecer conexiones emocionales que, como se señaló anteriormente, son un eje transformador del proceso en la consulta. Al parecer una fuerte alianza terapéutica, promueve en este estados emocionales de movilización, para que, de manera más decantada y estética, se permita formular preguntas reflexivas, connotaciones apreciativas, o tomar posturas compasivas y solidarias frente a lo que los consultantes están narrando en las sesiones.

Se concluye que es muy importante para los programas de psicología, ante los retos y desafíos a que se enfrentan los psicólogos clínicos hoy, implementar estrategias de formación sobre el desarrollo de la dimensión emocional, procesos resilientes y autorreferenciales, de manera que se

optimice su implementación en los procesos de intervención, no solo para generar transformaciones importantes en los usuarios de sus servicios, sino en la salud mental de los terapeutas.

Lo anterior surge ante la tendencia presentada, dentro de los participantes de la investigación, por recomendar la importancia de trabajar dentro de los procesos de formación previos a la supervisión, y dentro de esta, la gestión de las emociones, destacando la identificación de estas, su validación, así como también su expresión, de forma que se potencie el aprendizaje de su manejo, sobre todo ante situaciones de crisis e incertidumbre. Para ello, se sugieren ejercicios de anticipación de situaciones, para que puedan conocer cómo actúan ante diferentes situaciones que les generan emociones contradictorias o negativas: juegos de roles, meditaciones guiadas. También se recomienda realizar reflexiones personales de manera continua sobre lo que sienten los terapeutas en formación, por medio de diarios escritos, video blogs o audios; así como también del uso que harían de ello en sus vidas como estudiantes, miembros de familia, ciudadanos, entre otros.

En este sentido, será importante brindar espacios para identificar de forma grupal o individual las emociones que no son tan favorables dentro del proceso interventivo, y profundizar en ellas con técnicas que ayuden a manejarlas. De otra parte, se aprecia una gran necesidad por realizar procesos de formación para aprender a manejar dentro de la terapia los procesos de crisis de los consultantes.

Finalmente, es importante resaltar que la autorreferencia se convierte en un principio orientador dentro de la intervención psicoterapéutica, que permite la identificación y uso de pensamientos, experiencias y sentimientos. A su vez, adoptar posturas curiosas y reflexivas para cuestionarse sobre sus emociones y la forma en que estas se pueden convertir en ejes centrales para la configuración de estrategias de intervención. Adicionalmente aporta pistas, para que se empleen las creencias personales para generar procesos de hipotetización, observando con cuidado qué tanto estas dan cuenta de las formas de ver y comprender el mundo en los consultantes. Otro de sus

aportes más significativos se orienta a generar reflexiones desde el rol como terapeuta, en caso de identificar la falta de movilización hacia el cambio y la transformación del sistema consultante.

Una vez se identifican los factores personales del terapeuta, que obstaculizan la evolución del proceso, se generan aperturas para que ofrezca a los consultantes, alternativas que aporten en la reducción de la preocupación, el malestar y el sufrimiento emocional. Incluso si la intervención no moviliza al sistema consultante hacia el cumplimiento de los objetivos que se han acordado conjuntamente, es necesario analizar la autorreferencia del psicólogo clínico; poniendo sobre la mesa sus prejuicios, sistemas de creencias, significados, principios y emociones en el encuentro, en relación con los temas y focos que se abordan, así como también en la construcción de alianzas y vínculos terapéuticos con cada miembro del sistema familiar.

Bibliografía

Bianciardi, M. (2008). Las emociones del terapeuta. Congreso Internacional Emociones y Sistemas. Terapia sistémica, relaciones emotivas.

Flick, U. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Morata.

Grundy, S. (2011). *Producto o Praxis del Curriculum*. Morata.

Maturana, H. (1996). *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Paidós.

Piñeros, A., Gómez, J., Castañeda, A.E., Vergara, M. y Ávila, C. (2023). *Perspectivas Socio Humanistas en la Educación Superior. Aportes desde el diálogo interdisciplinario en época de pospandemia*. Fedicor.

Morin, E., & Cyrulnik, B. (2005). Diálogos sobre la naturaleza humana. *Barcelona: Kairós*.

Moreno, T. Olmos L. y Ceballos, W. (2020). La autorreferencia como recurso para la construcción del estilo terapéutico. Universidad Católica de Pereira.

Sanjuán, L y Fàbregues, S (2022). Introducción a la metodología cualitativa de investigación en psicología.

Stake, R.E. (2011). *Investigación con estudio de Casos*. Morata.

Gama, L. E. (2022). El método hermenéutico de Hans-Georg Gadamer. *Escritos*, 29(62) 17-32. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/6966/6581>

¿Cómo a través de la autorreferencia con el problema del otro descubro y reconozco que hay cosas que debo trabajar?

María Camila López Villada
Asesora: Diana Carolina Castaño

Introducción

En el presente trabajo expongo tres dimensiones que buscan dar respuesta o más bien tratar de dar una explicación con relación a cómo, a través de la autorreferencia con el problema del otro, descubro y reconozco que hay cosas que debo trabajar? Todo esto a través de la investigación autobiográfica narrativa. Como menciona Bolívar (2014), realizar una investigación basada en la narrativa consiste también en generar una interpretación hermenéutica, donde el narrador se basa desde las experiencias, diarios de campo y demás para dar sentido a lo vivido, lo cual además tendrá significado para quien escucha o lee.

Para ello, en primer momento busco identificar la historia de vida personal y familiar, donde doy respuesta al porqué estoy aquí y qué recursos, estilos, qué aportó a mi vida para estar en este momento inmersa en el mundo de la psicología clínica. Luego de esto indago acerca de las rutas de profundización en lo clínico, teniendo presente los intereses, motivaciones y aspectos que me cautivan de este y cómo, a través de la teoría, se busca dar una explicación a la autorreferencia con el problema. En tercer momento, reflexiono sobre todo el proceso que conlleva la práctica clínica, además de contar un poco acerca de la experiencia especialmente en consulta, que pasó antes, durante y después de esta. También toco un punto que para mí es muy importante, y es lo duro que es leerme a mí misma en la psicología y en la práctica clínica como tal. Para finalizar, menciono algunos aprendizajes que obtuve en la praxis y recomendaciones para los colegas que están por entrar en la práctica clínica.

Parte I: Reconociendo mis cualidades y recursos

(Dimensión personal: Ser)

Cuando intenté preguntarme acerca de cómo llegué a la decisión de estudiar psicología y los factores que influyeron, fue realmente difícil encontrar una respuesta, identificar algo o alguien o incluso alguna circunstancia en particular que me haya llevado a tomar tal decisión. Eso me llevó a recorrer un poco mi pasado, lo cual fue incómodo, ya que me encontré con ciertas cosas que me generaron malestar, como lo hicieron también en su momento. Todo esto me llevó a pensar en mi experiencia de vida, mi rol dentro de la sociedad como mujer, hija, pareja, hermana, nieta, entre otros. A partir de allí empecé a reconocermi sin proponérmelo, en relación con la influencia que tuvo y sigue teniendo mi familia en ciertas cualidades y características maravillosas que ahora como estudiante de psicología y practicante son importantes, entre esto la integridad de mi familia, en generar la diligencia y buena comunicación por parte de mi mamá, de mi viejo hermoso y de mi abuela preciosa, he aprendido mil cosas. Entre estas la fe, la perseverancia y las ganas de continuar aunque las cosas se pongan difíciles, la guianza, humildad, escucha, apoyo al prójimo siempre, son cosas que son maravillosas y estaré siempre agradecida con las personas que aportaron a mí y a mi vida para ser quien soy hoy. Además de esto, también comencé a reconocer algunas de las diversas experiencias que me han marcado y que en parte siguen generando malestar.

Pensarse este ejercicio de escritura como una investigación cualitativa, inmersa en el enfoque hermenéutico, basada además en el método biográfico narrativo, es algo muy interesante, ya que “nos lleva a captar ese conocimiento genuino que un sujeto construye desde su experiencia vivida en diversos espacios y tiempos” (Landín y Sánchez, 2019, p.227). Cabe mencionar que el método narrativo es muy importante para quien lo lee como para quien lo escribe, ya que consiste en referir, informar, relatar algo que tiene un sentido para el lector y el escritor (Landín y Sánchez, 2019).

Teniendo esto como base para la escritura, me veo inmersa en un viaje al pasado en busca de respuestas, donde me encontré con un tema que me genera malestar: “el duelo”. Al tratar de narrar sobre este me siento vacía, vacía de pensamientos y llena de sentimientos y emociones, no sé si es la resistencia por encontrarme y sentir a esos fantasmas rondando encima de mí. No puedo desanudarme del proceso narrativo, en la medida en que narrar “es un proceso que activa la reflexión para dar sentido a la experiencia vivida y develar los significados construidos generados por la relación que las personas establecen con su mundo” (Landín y Sánchez, 2019). Entonces, para poder hablar del duelo y el porqué, creo que esto se relaciona un poco con algunos de los miedos que como terapeuta tengo hoy. He de iniciar por explicar acerca del por qué estoy aquí, y cuando digo aquí, es en la carrera que curso, quiero exponer que no estudié psicología porque alguien o algo me invitó o impulsó a hacerlo. Estudié psicología porque a lo largo de mi bachiller y en específico en los últimos años de este, empecé a tomar ciertos gustos, cierta pasión, cierto querer y ganas de envolverme en ese mundo maravilloso que para mí hasta hoy ha sido la psicología, aun con sus altibajos. Durante mi carrera he pasado por cuatro momentos que para mí han sido difíciles: primero fue la ruptura con un chico que fue mi novio, ruptura que llenó mi vida de días grises, días donde no quería continuar, no quería ni volver a estudiar, pero de pensar el esfuerzo que hacía mi madre por tenerme en esta carrera, en esta universidad, saqué fuerzas de donde no las tenía para poder continuar.

El segundo momento vino tiempo después del primero. Involucró a mi padre, y mi descubrimiento de que hasta ese momento nunca me había dolido el hecho de que mi papá no hubiese estado conmigo durante mi infancia, y el daño que ello hizo a mi madre. Por estas situaciones, en tercer lugar, luego de un tiempo, consideré importante asistir a consulta con un psicólogo. Pedí cita por mi EPS, la cual realmente no fue para nada fructífera. Fueron aproximadamente un mes y medio donde recibía una llamada telefónica una vez a la semana, siempre a una hora diferente a la acordada, porque a la psicóloga se le presentaban mil cosas y no podía cumplir con el espacio, o simplemente no llamaba. Entonces decidí dejar

el proceso que, para ser sincera, según yo nunca tuvo comienzo. Luego de haber pasado por esto llegó el cuarto momento: hace un año tuve la pérdida de un ser querido, una persona inigualable, maravillosa, parecía un cajoncito de sorpresas, siempre con mil consejos y regaños para todos sus nietos. Él siempre nos hacía ver, reflexionar después de sus grandes discursos en que estábamos fallando, mi abuelo, el pilar de la familia, quien estaba tan bien, tan feliz hasta sus últimos días, en cuestión de segundos ya no estaba con nosotros. Ese cajoncito de sorpresas, aunque nos había dejado mucho, se había cerrado para siempre.

Yo creo que estos cuatro puntos son muy importantes aún en mi vida, y son cuatro duelos que debo realizar, que aunque intenté no los continué, porque no quise o por lo que haya sido dejé en *stop*. Pero ahora esto me genera miedo, me genera malestar al como terapeuta encontrarme o más bien identificarme con el motivo de consulta de mi paciente. Cómo podría yo ayudar a alguien que está pasando por algo que me duele, me golpea, me molesta, sensibiliza. Ahí es donde expongo cierta resistencia, resistencia a que el otro me muestre que hay cosas en las que necesito trabajar.

Parte II: Indagando acerca de mis intereses y motivaciones

(Dimensión disciplinar: Saber)

Para hablar de los intereses y motivaciones, primero debo reconocer precisamente que es lo personal que me involucra en la clínica: el miedo, mi miedo que puede ser en torno a diversos aspectos. Por ejemplo, descubrir el malestar que me genera la autorreferencia con el problema. Esto gira en torno a que los pacientes, a través de su discurso, han expuesto desde las primeras sesiones en mi práctica clínica motivos de consulta con los cuales me he sentido identificada, donde a través del proceso, me doy cuenta de que hay cosas que aún me generan malestar y en las que debo trabajar.

Al estar inmersa en ese temor, en ese miedo constante, me lleno de muchas otras interrogantes y, por ende, mil emociones pasan por cada partecita de

mi cuerpo. Esto me lleva a tener un nuevo temor: más adelante, a partir de esta autorreferencia con el problema, generar en mí como terapeuta un trauma vicario o fatiga por compasión y no tener la suficiente fuerza para poner límites entre el problema del paciente y los problemas propios en los que debo trabajar. Este tema de los límites es de suma relevancia, ya que, como se menciona en el documento “El practicante resiliente” de Skovholt y Trotter-Mathison (2016), es importante distanciarse y poner límites emocionales, dejando de lado las diversas sensaciones y sentimientos que puedan entrometerse de una forma impertinente al proceso terapéutico, y así dar lugar al cuidado y la autorreflexión. Lo anterior, de manera que se refleje de modo adecuado en dicho proceso.

La fatiga por compasión, como afirma Bustos (2018), se distingue por “ser una respuesta en la que el terapeuta se identifica con el sufrimiento, sentido de desesperanza, vulnerabilidad, angustia y con la respuesta traumática del consultante, llegando a tener la sensación de que la experiencia de trauma es inescapable” (p.14). Por ello, es fundamental aportar ese espacio, esa distancia y los límites; de lo contrario, es posible que el terapeuta empiece a sentir el intenso dolor de la otra persona.

La clínica y yo

Mi gusto por la clínica empezó gracias al conocimiento aportado por la docente Martha, quien dicta la asignatura Clínica. Fue ella quien, a través de su conocimiento y su amor por lo que hace, me llevó a querer adentrarme más en este maravilloso mundo. Me llamaban mucho la atención las diferentes técnicas de evaluación e intervención clínica, específicamente a partir de las terapias cognitivos conductuales, lo cual, además, como lo mencionaba la docente, se podría aplicar a los diversos trastornos de la salud mental. Esto es lo que queremos en parte todos los estudiantes de psicología e incluso los psicólogos ya graduados: el poder buscar constantemente la mejora en la calidad de vida de los consultantes, evaluando, diagnosticando e interviniendo desde los diferentes métodos,

técnicas y teorías, teniendo en cuenta las necesidades y problemáticas que se identifiquen con el paciente.

Aun teniendo presente todas las cosas maravillosas que realiza y aporta la psicología clínica, para mí es también importante hablar un poco más acerca de los miedos que podemos tener como terapeutas, para tratar de dar base a mi miedo. Como menciona Marina (2006), los miedos son un “balance consciente de nuestra situación” (p.14). Esto nos muestra, además, cómo se están dando las cosas, la forma en que nuestras motivaciones, intereses y deseos se desenvuelven, al encontrarse con la cruda realidad, donde si lo que se espera no se da, entramos en una decepción y frustración (Marina, 2006).

La verdad es que más que el miedo, a través de la autorreferencia con el problema del paciente, descubro que hay cosas en las que debo trabajar. A su vez, me da miedo el cómo esto puede tener cabida dentro del proceso de práctica, ya que para mí las pocas semanas que llevo en este momento de la escritura han sido muy valiosas y de mucho aprendizaje. No se puede desconocer la posibilidad de como terapeuta tener mis problemas. Además, es probable que algún paciente tenga un malestar con base en algo que me ocurrió de forma similar. El ser terapeuta no me desliga de ser humana, que siente, llora, se emociona y tiene sus problemas.

Por ello, agradezco esta oportunidad que nos brindan durante la práctica, ya que considero que más que brindarles a nuestros compañeros que vienen atrás de nosotros ese espacio para conocer e incluso sentirse identificados en ocasiones con lo que se escribe, es también un espacio para nosotros, para conocernos, explorarnos de manera diferente, crecer y continuar, a pesar de las adversidades.

Reconozco que hasta ahora no me había interesado por conocer más a profundidad sobre el método autobiográfico; y en específico de la revolución hermenéutica. Como menciona Bolívar (2014), realizar una investigación basada en la narrativa consiste también en generar una interpretación

hermenéutica. El narrador se basa desde las experiencias, diarios de campo y demás para dar sentido, dar significado a lo vivido, lo cual además tendrá significado para quien escucha o lee. Por ello me siento muy feliz de poder. Este método toma en cuenta mis experiencias dentro del mundo. Es muy importante tener presente que, como refieren Landín y Sánchez (2019), “los seres humanos somos organismos contadores de historias, organismos que, individual y socialmente, vivimos vidas relatadas” (p. 231). Qué mejor método para poder relatar y narrar sobre nosotros.

Parte III: reflexionando con base en la práctica clínica

(Dimensión profesional: Hacer)

Dar el paso para iniciar la práctica clínica fue un poco complejo y demasiado retador. Para empezar, el solo hecho de postularme a tres sitios de posible práctica donde solo podría quedar en uno me generaba mucha incertidumbre. Al final me correspondió hacer la práctica en mi tercera opción, que fue el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la universidad, donde hasta el momento me he sentido muy a gusto, con muchos trabajos, tareas por realizar y metas por cumplir, pero soy feliz a pesar de todo lo que requiere esta práctica.

La verdad es que el espacio que más me gusta y me inquieta dentro de este proceso, que además considero relevante porque me lleva a cuestionarme en muchos sentidos, es la atención a los pacientes. Semana a semana, aunque los casos requieren de un proceso, que en ocasiones pueden ser similares y deben tener un hilo, realmente es muy complejo. Son muchas las perspectivas, necesidades y diversas realidades con las que nos encontramos y logramos conocer tras el paso y las vivencias de cada consultante.

Antes de consulta

Antes de mi primer día en consulta, realicé en compañía de mi docente y compañeros un juego de roles. Nos preparábamos para enfrentarnos a

esa nueva experiencia que no paraba de rondar por nuestra cabeza. En ese momento, y al dialogar con mis compañeros de lo que estaba por llegar (al día siguiente), me sentía conmovida. Era una lluvia de sentimientos y emociones que me generaban intranquilidad. Pensaba en todo lo malo que podía pasar, todos los miedos que podrían generarme mis pacientes; entre muchos de estos, encontrarme con un niño pequeño que fuera llevado a consulta por su madre y que él se presentara enojado, llorando y expresara repetidamente su disgusto e incomodidad al estar ahí en el consultorio. Aun así, la docente nos ayudaba a tranquilizarnos un poco con sus palabras y consejos. Por otro lado, yo guardaba la esperanza de que iba a ser una linda y maravillosa experiencia. Trataba yo misma de darme ánimo y de explicarme que las cosas también podrían salir muy bien, y que si iban a salir mal o bien, no lo iba a saber hasta que llegara el momento de tener que salir a la sala de espera por mi primer paciente e invitarlo a seguir al consultorio.

Día de consulta

Al salir del consultorio ese día tan esperado, me dirigí hacia la sala de espera a encontrarme con mi primer paciente. Estaba un poco ansiosa y al llegar a la sala de espera, para colmo, hablé con el secretario, quien me informó que el paciente aún no había llegado, lo cual me generó más ansiedad. No sabía si suplicar que el paciente no llegara a la consulta o suplicar para que si lo hiciese, y desprenderme de una vez por todas de esa ansiedad que me generaba mi primer día, mi primer consultante. El auxiliar del CAPSI, al verme tan nerviosa, me pidió no preocuparme porque el consultante se encontraba en clase y podía tardar unos minutos más para llegar. Por suerte, decidí suplicar que si llegara el consultante, quien luego de 30 minutos ingresó a la sala de espera, era un joven de 22 años. Y digo por suerte, porque es de las experiencias más bonitas que he tenido en mi vida. Aun así, otro de mis miedos ante este proceso era no saber establecer una pertinente relación terapéutica, y esos posibles momentos de silencio con los que me podía encontrar dentro del espacio terapéutico. Pero luego de esta primera sesión, agradezco a mis dos primeros consultantes por

presentarse tan colaboradores durante el espacio y permitirme cambiar la perspectiva frente a algunos de mis miedos.

Después de la consulta

Luego de pasar por todo ese nudo de ansiedad, pensamientos, sentimientos, emociones que me generaban mi primer día de consulta, me sentía un poco confundida en cuanto a todo lo que había pasado ahí dentro en el consultorio. Al hablar con la docente en relación con todo lo que sentía, llegué a la conclusión de que posiblemente lo que me generaba malestar e incomodidad luego de ese primer encuentro, de ese primer espacio, eran todos esos fantasmas que han rondado durante mi vida. En este caso específico, el sentirme yo como terapeuta identificada con algunos de los motivos de consulta de mis pacientes. Al pensar que tan benéfico era esto para mí, identifiqué que me sentía tan a gusto como no me había podido sentir en el momento de la preconsulta e incluso en la consulta. Esto gracias a que consideraba que probablemente el trabajar con mis pacientes sobre algo que me generaba malestar, o lo generó en algún momento, me ayudaría en parte a trabajarlo en mí misma y a encontrar las herramientas para poder afrontar y enfrentar esos fantasmas que me han llevado a sentirme sin esperanza e incómoda.

Lo duro que es leerme a mí misma en la psicología y en la práctica clínica

Leerme a mí misma, saber quién soy, qué quiero, qué debo mejorar, qué es lo bueno de mí y lo no tan bueno en relación con la clínica es bastante complejo para mí. Por ello todo esto implica un proceso narrativo autobiográfico que me permite, como mencionan Landín y Sánchez (2019), poder viajar por mi memoria para poder descubrir y sacar a la luz mis experiencias, recuerdos, aprendizajes, sentimientos. Además, esto en parte envuelve de cierto modo lo que es la narración, según Jerome Bruner, quien hizo aportes relevantes a la psicología cognitiva y además a las teorías del aprendizaje. Este refiere que las narraciones nos permiten construir, crear

una versión de nosotros mismos. Además, juega un papel muy importante la cultura, de manera que somos parte de una construcción social, donde la comunidad o en general el contexto en el que nos encontramos nos ofrece unos modelos de identidad y de acción que están preestablecidos (Sánchez, 2018).

A partir de lo anteriormente mencionado, trataré de dar respuesta frente a lo que me hace cuestionar de la clínica y expondré algunas situaciones en las que tuve ciertas dificultades y asimismo tuve que tomar la decisión de pararme por fuera del problema. Ponerme un *stop*, ya que el hecho de ser humana e interesarme por los demás de cierto modo me lleva a involucrarme en el problema, lo cual realmente considero que es muy complejo y que, como clínicos, sí o sí debemos tener la habilidad y capacidad de mirar el problema desde fuera. Todo empezó cuando una madre llega a consulta y refiere que: “M es un niño con TDAH [...], es depresivo, es muy nostálgico, tiene muchos miedos, no es capaz de dormir [...], hace 15 días dijo ‘yo me quiero morir’, se daba golpes en la mesa”.

Si me piden ser sincera, la verdad yo no sabía qué responder, quedé en *shock*. Fue una situación muy compleja, sé y tengo presente que debo presentarme y tratar de entender muchas situaciones difíciles. Pero no esperaba encontrarme con un niño de siete años que no le encontrara sentido a la vida, que dice querer morir. Como si fuera poco, luego de unas sesiones, llega la madre a mencionar que el niño “tuvo otra crisis, dijo que quería morir; entonces yo le dije: me toca enfrentarte al problema para que veas qué es lo que quieres, llevarte a un palo de guayaba o de café para que te cuelgues”. Si antes había quedado en *shock*, ahora sí no sabía qué hacer ni qué responder. Entré en un espacio de mucha ira. Al salir de consulta busqué a la docente para mencionarle lo enojada que me encontraba frente a la respuesta que dio la madre a su hijo, la juzgué y me indigné muchísimo. Pero luego tuve que ponerme un *stop*, pues no soy nadie para juzgar. Ese no era mi papel, y además, debía ser consciente de que es una madre que se encuentra confundida, que busca ayuda, que ama a su hijo y le preocupa su situación, que da todo por él y está en

desconocimiento frente a cómo actuar correctamente a lo que manifiesta su hijo.

Entonces, al hablar de lo que me falta en la clínica, considero que debo encontrar herramientas y estrategias para apartarme del problema, para ponerme un *stop* antes de juzgar. Como lo mencioné, no soy nadie para hacerlo y no es mi papel. Debo respirar y pensar con serenidad para responder de manera oportuna. Por otro lado, creo que también necesito abrir un poco mi perspectiva frente a qué estrategias tomar y actividades realizar con los pacientes, ser un poco más creativa. Siento que en muchas ocasiones no tengo muchas ideas en cuanto a las actividades a realizar, pero aun así las que he realizado hasta el momento han tenido un fin. Me interesa poder indagar más, conocer más acerca de las actividades que ya están planteadas y poder generar nuevas.

Como menciona Ospina (2020), la persona debe comprometerse desde sí en lo que está observando, “llevado al campo de la psicoterapia esto implica que el terapeuta está transversalizado por su historia de vida y su contexto, en la comprensión y dirección que toma para acompañar a otros que le consultan” (p. 1). Todo esto me remueve. Es que justamente hace referencia a lo que he venido explicando durante todo el texto: esa posible identificación con el problema del consultante. Además de eso, darme cuenta de que esas cosas que, de cierta manera, retumban dentro de mí debo trabajarlas de una u otra forma. Como muy bien menciona la autora, la historia de vida del terapeuta no queda fuera del consultorio, está inmersa en este totalmente y en la terapia como tal, donde puede favorecer o no el ejercicio profesional. Esta historia de vida “está en constante descubrimiento o redescubrimiento, que le puede llevar a reescribir y cambiar significados que han ocurrido en la vida de consultantes y de sí mismo” (Ospina, 2020, p.1). Se debe tener muy presente que como terapeutas o más bien como personas que pensamos, sentimos, nos emocionamos y percibimos, es imposible desprendernos de nuestra propia historia de vida.

Por ello la relación terapéutica me permite, desde cualquier posición, sea la del consultante o la del terapeuta, resignificar y transformar historias de vida (Ospina, 2020). Gracias a esto, puedo afirmar que no es del todo un error, siempre y cuando haya límites, el identificarme con el motivo de consulta de mis pacientes y también involucrarme de cierto modo que se remueva mi historia de vida y representar los mundos de los otros. Al mismo tiempo, sentirme representada o más bien identificada, puesto que esto me lleva a resignificar, transformar y de alguna manera trabajar en eso que me genera malestar.

Parte IV: aprendizajes y recomendaciones

En la práctica clínica me di cuenta de que la psicología me hace muy feliz, que, aunque nos ponga muchas veces en una posición ambivalente por diversos motivos, es maravillosa y nos permite explorar y conocer los diversos mundos que hay en cada ser humano. Aunque todos estamos aquí, tenemos diferentes formas de ver, sentir y pensar. Hay un mundo diferente dentro de cada persona. Por otro lado, quiero agradecer al CAPSI por todas las enseñanzas y oportunidades que nos aportó. Aunque en primer momento decía que no quería realizar las prácticas en este lugar, finalmente me siento muy afortunada de haber realizado las prácticas aquí. El acompañamiento que nos brindaron es excelente, la orientación constante y casi que sin límites fue muy oportuna. Digo casi que sin límites porque siempre, aunque no hubiese un docente, estaba el otro para guiarnos. Considero que nunca estuvimos solos. Fue un proceso realmente muy valioso y con mucha exigencia, pero también con mucha experiencia, que a mí el día de hoy me deja con ganas de más, de más aprendizajes, de más conocimiento y autoconocimiento. Fueron muchos los espacios que nos brindaron.

A partir de esta experiencia me quedo con que aunque nos encontremos con miles de historias y miles de procesos difíciles, siempre hay algo que podemos hacer, siempre hay algo o alguien por quien debemos esforzarnos, por quien debemos poner un granito más de arena, por quien debemos

estudiar, conocer y formarnos, y no dejar nunca de educarnos. Siempre hay alguien ahí fuera con una esperanza, por quien si tenemos la oportunidad debemos luchar por un bienestar para esa persona, pues es uno de nuestros roles más importantes velar por el bienestar de los individuos. También me quedo con que debemos respirar, tomarnos nuestro tiempo, un tiempo para nosotros, poniendo como prioridad el autocuidado y nuestra salud mental, porque si no estoy bien, cómo ayudo a alguien que tampoco lo está. Es preciso no juzgar y sí entender, tener empatía ante las diversas situaciones por muy difíciles, terribles y crueles nos parezcan.

Además, creo que este espacio fue muy importante, pues considero que aprendí mucho. Fui consciente de mis errores y, por ende, de lo que debo mejorar y, por otra parte, mantener. Ahora sé que lo mejor de cada espacio es poder verlo como un lugar de crecimiento y concienciación.

Por otro lado, toda esta investigación me ha llevado a darme cuenta de que todos estos miedos, y en especial la autorreferencia con los motivos de consulta de mis pacientes, giran en torno a los cuatro momentos que nombré en un inicio. Momentos que me generaron y generan malestar de cierta forma. Hoy logro categorizar estos momentos como dificultades con las diversas relaciones que he establecido: relación de pareja, relación padre e hija, relación terapéutica y relación entre abuelo y nieta.

Para finalizar, me gustaría recomendar a mis compañeros, a mis colegas, que disfruten cada segundo de este proceso. Que seamos conscientes de que hay alguien que espera mucho de nosotros, que nos cuidemos, que velemos por nuestro bienestar, para así velar por el de los demás. Que no se preocupen, que estén tranquilos, que dejemos los miedos y prejuicios a un lado. Todos tenemos muchos miedos, pero debemos saber poner un *stop*, saber poner límites y continuar, que aunque nosotros también teníamos muchos miedos, pudimos y salimos adelante con lo que nos propusimos. Que este trabajo les sirva para concientizarse de que no están solos, de que nosotros también teníamos miedos y miles de preguntas, pero aun así lo logramos.

¡No solo te pasó a ti, no solo tú te lo preguntas, somos muchos en la misma situación y ayudándonos podemos salir adelante! ¡Lléname de valor que tú también puedes!

Referencias

- Bolívar, A. (2014). Las historias de vida del profesorado: voces y contextos. *Revista mexicana de investigación educativa*, 19(62), 711-734.
- Bustos Coral, Á. Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas. *Psicología*.
- Landín Miranda, M., Rosario, D., y Sánchez Trejo, S. I. (2019). El método biográfico-narrativo: una herramienta para la investigación educativa. *Educación*, 28(54), 227-242.
- Marina, J. A. (2006). *El laberinto sentimental* (vol. 215). Anagrama.
- Ospina Botero, M. (2020). *Camino de reconstrucción mutua* [trabajo de grado, maestría]. Repositorio Institucional. Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez Sánchez, C. (2018). La narración, según Bruner, en la formación de la identidad del yo en el niño. *Educación y futuro digital*.
- Skovholt, T. M., y Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. Routledge.

Más allá de la etiqueta

Manuela Orozco Giraldo

Asesor: Milton Guillermo Romero Toro

*¡Podemos ser tantas cosas a la vez!
Además, el mundo se equivoca al ir clasificando.*
Angela Becerra (2019)

En los inicios de un proyecto, en este caso bajo el direccionamiento de la pregunta por el ser y el origen, comienzo a tejer sucesos que abren paso a la travesía de andar por la vida. Sin planearlo, a la posibilidad de una experiencia en la cual, luego de nueve semestres vertiginosos, se hace necesario un alto a través de los siguientes cuestionamientos: ¿quién soy? ¿De dónde vengo? La pregunta que a veces parece tan obvia comienza a dar nuevos matices: ¿Por qué elegí psicología?

Ser la mayor de mi núcleo familiar ha impactado sobre “ser la primera que debe tomar decisiones”, en cuanto a qué elegir a nivel profesional, amoroso, espiritual, económico e incluso cuándo partir de casa o cómo lidiar entre lo que quiero y creo con las demandas de mi familia. Sin desconocer lo que mi familia ha aportado a la formación de mi determinación y carácter, evoco un primer recuerdo. Desde muy temprana edad el deporte, como delegación de hábitos y gusto que tenían mis padres hasta un estilo de vida que fui adoptando y forjando para mis días, se convirtió en un espacio favorecedor para el desarrollo de disciplina, autoexigencia y perseverancia.

Vale la pena resaltar que, aun siendo, una niña mis opciones iban desde corretear y quemar. Toda mi energía a partir del juego o los diferentes deportes (todo lo que implicara algo extremo) hasta los libros, los cuadernos y las cartucheras repletas de materiales para dar forma y color

a mis creaciones. Esas eran mis elecciones más fehacientes de lo que mi madre me expresó desde pequeña como “mi ratona de biblioteca”.

Mi curiosidad era tan grande que se convirtió en el motor principal para no sólo descubrir a través de la lectura y la búsqueda de información, sino por crear a través de escritos, dibujos, manualidades e historias. En esa misma medida, se potenció un espíritu aventurero que se mantiene hoy por hoy. Los nuevos comienzos y los cambios siempre son una opción para salir de la zona de confort constantemente, romper el molde. Alejarme del seguimiento ciego de las normas establecidas (aquello que encuadra y encierra a mi modo de ver a las personas en algo) es mi propósito desde temprana edad, no sólo para mí, sino para aquellos que me rodean. Claro está, desde mis posibilidades y el respeto por la elección de los otros.

Notar el impacto que podría tener algo que te dicen o con lo que te identifican fue para mí un interrogante ininterrumpido. Desde entonces, me cuestiono sobre las atribuciones que los otros o uno mismo realiza, y si aquellos que los efectuamos notamos la huella o la marca que dejamos al usar en ocasiones de forma tan despiadada estas “etiquetas”. Esto me hace pensar en un fragmento de mi novela favorita titulada *Lo que le falta al tiempo*: “Cada palabra que decimos tiene sensaciones, desprende vida o muerte. ¿Has pensado esto alguna vez?” (Becerra, 2017, p. 129)

Estudiar psicología en mi caso no fue la primera opción, ya que al poner en la mesa todas las esferas de mi vida, no sólo la profesional, me implicó dimensionar lo que acarreaba si elegía ser médica. Como dato curioso, me gustaría acotar algo desde mi experiencia de análisis: el hecho de que pensaba la carrera de medicina como algo muy demandante, pero ¿acaso la psicología no lo es? Es ahí donde me doy cuenta de mis elecciones de vida que se relacionan en algo con el orden de lo complejo.

Siempre me intrigó el ser humano y la complejidad de sus procesos. Esto movilizó en mí el primer acercamiento a este misterio. Al cambiar de universidad, no entendía por qué la reticencia de mis primas psicólogas al

psicoanálisis, por lo que cuando entré, decidí dejarme sorprender y vivir aquello que ellas llamaban “una burla para la profesión”. Ahí fue donde comprobé que pese a las complejidades y rigurosidades que ello implica, se despertó en mí una movilización por adentrarme en esta lectura particular, y desenmarañar en este proceso el contenido y las elaboraciones con las que salíamos cada clase. Así, estas abstracciones se convirtieron en un material valioso y confrontador a la hora de anudar ciertos aspectos, en relación con la academia y la experiencia.

En este punto había grandes preguntas: ¿cuál era la función de los diagnósticos? ¿Por qué sentía que la clasificación era una reducción del sujeto a una etiqueta? Más aún, ¿por qué al situarme en mi ejercicio profesional pensaba que me traería múltiples complicaciones e incomodidades?

Para responder a la pregunta sobre la reducción del sujeto con una etiqueta, surgen diferentes experiencias que me hacen pensar en una posible respuesta. Cuando mi madre fue diagnosticada con ansiedad, a partir de ese momento, se comienza a identificar con un “soy ansiosa”, lo cual me hacía cuestionar una y otra vez ¿cómo era eso posible? ¿Cómo se podrían reducir las personas a sólo un aspecto aun estando conformados por un universo de cosas? Por otro lado, pensaba en el historial de mi familia paterna en torno a los trastornos mentales, cuando aparece “la depresión” y “la bipolaridad” como diagnóstico, presenciaba la sedación y acallamiento de la voz de mis familiares ante aquello que se les fue asignado. Sumado a lo anterior, en unos casos veía cómo se validaba y justificaba cualquier tipo de respuesta por el hecho de contar con alguna de estas etiquetas, y en otros, la precaución o la cautela para no “desatar” algo en aquellos que “las padecen”.

La posición diferenciadora de este enfoque, o su osadía, me ha permitido descubrir cosas que tal vez veladas hacían ruido en mí. Cuando proponían en la semana de inducción que pensáramos un tema que nos interesara desde la clínica, de forma repentina aparece la culpa como posible abordaje. Esto me hace pensar en lo que uno escucha decir en la cotidianidad

como “palo terapia”, y es ahí en el espacio terapéutico, donde me gustaría conocer cómo esta se sostiene, tanto interna como externamente, como perpetuadora de un castigo o una condena.

Leyendo una novela titulada *Las mujeres y la culpa* de Liliana Mizrahi (2003) y la forma en cómo va construyendo su relato, desde una mirada puesta en la mujer y cómo experimenta la culpa, me gustaría retomar algunos fragmentos para construir su relación con la clínica que es lo que aquí nos convoca. Ella habla de la culpa como un instrumento para neutralizarnos, en el sentido de que hay un sometimiento a las acusaciones dadas por los otros, en donde se paga como cuota de redención un sacrificio y una represión a través de los “no puedo”, “no debo”, “no tengo derecho”, “no tengo tiempo”, “no tengo capacidad” (p. 35).

Me gustaría rescatar algo más de su escrito. Ella hace alusión a la *psico-somato-patología del universo culpable* (Mizrahi, 2003, p.43) que genera ruido en mí y se anuda a la “paloterapia” que se mencionó con anterioridad. En esta apreciación, encuentro un punto de inicio en el que, a partir de la lectura del texto, emergen interrogantes como ¿qué función tiene la culpa para los sujetos? ¿Qué moviliza la acción punitiva frente a este afecto? ¿Por qué la influencia cultural moviliza, permea y mantiene esta tendencia de someter y culpabilizar?

Pensarlo bajo la lógica del sacrificio puede ser un asunto de inmolación ante una sociedad que exige expiar nuestras culpas, en vez de asumir las consecuencias de nuestro propio proceso como agentes responsables de las elecciones que tomamos. Es importante resaltar en este punto que la cultura no es la única que permea nuestras elecciones, en tanto que esta manifestación imperante de la culpa en los discursos actuales puede presentarse como forma jocosa que las personas atribuyen al pago que deben asumir por las acciones cometidas en contra de algo o alguien. Puesta en el otro como aquel que es depósito; un otro convertido en espejo que vuelca el reflejo de esa imagen contra lo más íntimo.

Esta puesta en el otro tiene como función apaciguar deseos, pensamientos y acciones que generan fragmentación; en la que se pone en juego, más que la moral, una posición ética en la que no se puede hacer alusión a los otros, sino asumir nuestros actos. Por ello, para este ejercicio intentaré encontrar los puntos de conexión entre estos tres conceptos, *diagnóstico*, *culpa* y *desresponsabilización*, como vía en la que nuestro hacer, a partir de las etiquetas, puede justificarse como escudo frente al malestar o como acallamiento hecho acto ante lo insoportable que resulta la implicación propia.

Todo esto me lleva a pensar en el acto que emprendo al plasmar estas palabras, arrojándome a un hacer ante esto que me inquieta, buscando la vía de la responsabilidad, no la de la justificación. En otras palabras, busco maneras de hacer, puesto que:

Una responsabilidad sin culpa es una responsabilidad inocente, por lo cual no tiene otro límite que el poder, y una culpa sin responsabilidad es una demanda de inocencia que es cómplice con la arbitrariedad del poder, con su paradójica capacidad demoníaca de destrucción. (Pereña, 2005, p. 119)

En esta cita se expresan dos vías ante la responsabilidad y la culpa: 1) la ironía de cómo un sujeto que ocupa un lugar pasivo ante la responsabilidad sólo le es posible enfrentarla a partir de otro, que es quien cumple la función de límite; y 2) cómo la culpa sin responsabilidad generaría una inmovilización frente a un no querer saber, con el impulso avasallante de expiar las culpas sin acoger aquello que nos compete.

Para ejemplificar esto, encuentro mi corta experiencia con el dispositivo clínico como un espacio en el cual se puede fomentar la responsabilización como acto. Una que acarrea desligarse del afán de soberanía como yerro que enmascara la evitación, lo que da entrada a la duda como aquella que posibilita la movilización y construcción.

Valentía, mujer de 18 años, es la primera consultante que trae un motivo tan puntual desde el inicio del proceso. A pesar de la existencia de un pedido contundente, había algo más allá que me llamaba la atención, la alusión constante a los otros como intermediarios en la toma de decisiones frente a diferentes cuestiones de su vida. Al preguntarle por qué estaba en este espacio terapéutico, menciona que asiste a la sesión por terceros: porque su madre le pidió la cita y porque el psiquiatra le mandó una prueba psicológica. Esto me hizo pensar en la importancia de su propia voz, que para esta ocasión se presentaba velada o enmascarada por una desresponsabilización, 1) al ser hablada por otros, 2) al ceder ante esa demanda y 3) al acallar la postura propia ante aquello que la aqueja y la molesta.

Además, se presenta el desencuentro, que para este caso lo llamaré “la orden”, cosa a la que nos enfrentaremos en nuestro ejercicio profesional tarde o temprano, en mi caso, con varios cuestionamientos que espero no salgan sólo de mi sesgo con “los diagnósticos –etiquetas– salvajes”: ¿Es así de sencillo como se prescriben medicamentos, pruebas o tratamientos?, ¿cómo queda el profesional que recibe una transcripción, aparte de desinformado, tras recibir una orden sin un debido informe sobre el porqué de la situación? ¿Qué hay más allá de esa orden que no sea una cosificación o un ingreso a una estadística?

Mi respuesta ante el pedido inicial de una prescripción de unas pruebas neuropsicológicas, es un “no por ahora”, soportado en no conocer el motivo por el cual son enviadas las pruebas y por la emergencia de un sujeto que pueda, vía la palabra, mostrar lo que hay tras ese “realizar las pruebas” sin más. Luego de pedir que ella misma se encargue de gestionar los informes respectivos para conocer por qué se envían estas pruebas, trae su historia clínica, la cual no leo como ella esperaría, sino que le pido me cuente lo que hay en ese documento, ya que había sido previamente revisado por ella.

Luego de varias sesiones, emerge nuevamente el tema de la aplicación de las pruebas. En medio de un encuentro, le pregunto por la razón que le daba su psiquiatra para la remisión de estas y menciona que eran “para descartar autismo, porque mi hermano tiene autismo”. Al tener previa asesoría con el docente asistencial, habíamos socializado la historia clínica, algunas particularidades de este diagnóstico desde la búsqueda de información, además de retomar algunos aspectos particulares de este caso, aquello que ella traía como “antecedente familiar”, anudado a una preocupación de su madre por “la falta de socialización de sus hijos”. Todo esto me llevaba a preguntarle qué entendía por autismo y compartir la falta de pruebas a esa edad para descartar este diagnóstico. Este hecho anulaba o eliminaba el motivo inicial por el que asistía a consulta, y abría la posibilidad a elaborar alrededor de otros temas.

A partir de entonces se vuelca la pregunta de la culpa en el espacio terapéutico sobre mi ejercicio profesional, en el cual, en medio de diferentes complicaciones, me vi abocada a la asignación de un diagnóstico —una etiqueta—, que aunque me repetían una y otra vez que sólo era una hipótesis, que sólo era parte de lo que se debía responder para llenar los diferentes campos que pide el sistema, se desprendía en mí un sinsabor bastante incómodo. Una sensación de culpa que me ponía en el lugar de causante de algo por tal asignación. Este asunto no pude evitarlo sino encararlo para hacer algo con ello.

Ante la creciente demanda de los consultantes por un “saber que tengo”, hice de ese espacio, el terapéutico, una posibilidad no para corroborar a partir del rótulo, sino como aquel que “con el desencuentro, con la indeterminación, con el acontecimiento [...] permita la emergencia de un sujeto, pero también el azar, la ruptura, algo nuevo” (Gallo, 2019, en Gallo, 2021, p. 97). Aquí encontraba que cada sesión debía ser facilitadora de un espacio que muchos no tenían; una escucha más allá de las etiquetas, en donde no se ponían más cosas para justificar, sino para responsabilizarse de sus historias y elecciones propias.

Este caso, me hace pensar dos cosas hasta el momento. La primera, desconocer como mecanismo de defensa ante aquello insoportable; como una inhibición del sentir que le posibilita una despersonalización de su síntoma y, por ende, una posición hablada por el Otro. La segunda, cómo el análisis puede ser un espacio en donde encuentre una elección propia como acto que conduzca a una responsabilización, un saber hacer con el síntoma, hacerse un nombre, tener su voz propia. Frente a esto último, Gallo (2021) expresa que:

La clínica psicoanalítica es la práctica del desencuentro, de lo contingente, de lo indeterminado, por eso no puede ser una práctica del diagnóstico, llámese estructural o no, es una práctica de la escucha de ese sujeto en esa singularidad radical. (p. 94)

Así, lo inusual, lo que sale de los marcos rígidos o determinados de las etiquetas, posibilita un espacio a la subjetividad y autonomía, al reconocimiento de lo propio como camino al descubrimiento a salirnos de la queja, el castigo y el reproche para empezar hacer algo con ello. El encuentro con la clínica es un lugar para irrumpir con aquellas dinámicas desresponsabilizantes, en las que, a partir de la normalización, se dejan pasar nuestras elecciones enmascaradas en actos que responden en ocasiones a las demandas de otros. Las etiquetas se convierten en un escudo protector o en un rasgo a adherir con el “yo soy”. Por eso el espacio terapéutico es una apuesta por dar paso a la movilización hecha pregunta, una implicación diferente con el *che vuoi* proveniente del Otro. Por lo que mi sugerencia para los próximos practicantes es no dejar de preguntarse, asumiendo una postura ética frente a este ejercicio de la clínica, en donde no sólo se ponen en juego habilidades terapéuticas, sino procesos personales de los cuales hay que estar advertido

Referencias

Becerra, A. (2017). *Lo que le falta al tiempo* Planeta.

Becerra, A. (2019). *Ella que todo lo tuvo*. Planeta.

Gallo A., J. (2021). Singularidad y acontecimiento: la universalidad de los excluidos en la práctica clínica psicoanalítica. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 15, 91- 99. <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/318/319>

Pereña, F. (2005). Culpa y responsabilidad. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, (5), 116-127.

Conectando experiencias

Tihara Yamira Sanchez Tobón

Asesor: Milton Guillermo Romero Toro

Bueno, para empezar, me gustaría mencionar lo que esta carrera y pasión me han permitido vivir y sentir. Supongo fácil pensar en esto, porque si bien soy consciente de que existen cosas negativas y que afectan, me permito ser más optimista y pensar en que todo pasa por algo. Trato de encontrarle el lado positivo, la ganancia sea la que sea la experiencia. Así pues, la psicología me ha permitido encaminar mi búsqueda de un norte en mi vida

¿En general y a veces hasta el día de hoy, muy de seguido me he sentido desorientada, pues normalmente no suelo ser capaz de tomar mis propias decisiones por mí misma, siempre hay una influencia externa en ellas, por lo cual surge esta incapacidad. Estudiar psicología fue la excepción, y solo hasta ahora me doy cuenta.

En la entrevista para ingresar a la universidad, la psicóloga encargada me preguntó si yo quería estudiar psicología o más bien necesitaba estar en terapia. En su momento me dio ira, sentía que estaba hablando sin saber, yo quería desde entonces ser psicóloga. Pero tenía razón, y comprender el hecho de que tenía razón se lo debo a la carrera. Más que estudiar, me ha enseñado a vivir la psicología, sentirla y tener esa necesidad por mí misma y por los demás. Entre clase y clase comprendí que necesitaba ayuda como alguna vez me lo habían dicho, y en medio de una resistencia me había enfurecido, sin saber que era una realidad.

Además, me hice consciente de mis fortalezas en diferentes campos como el educativo o el enfoque psicoanalítico, y finalmente la forma en que estos aspectos de interés me han enseñado que puedo sentirme segura, inteligente, capaz y a su vez incapaz y humana. Entre tanto y tanto, antes

de empezar la carrera ya existía un claro interés. Pues bien, ubico ese interés de forma potencial en mi momento de adolescencia. Por una parte, era una estudiante interesada en el sentir de los demás, siempre mediaba y yo cada año era la representante de bienestar del salón, desde allí ya algo se ubicaba. Por la otra parte, como bien lo dice la palabra, adolecí. Irónicamente me dolía la vida, pero no queriendo morir, era más bien una sensación de incertidumbre mezclada con ira, amor, dolor y tristeza. Me sentía fatal, pero recuerdo este momento con mucho amor, pues fue en este donde descubrí que quería ayudar, no quería que nadie se sintiera igual de vacío y desconcertado. No fue precisamente en ese momento que lo descubrí; sin embargo, recordar ese momento fue lo que me ayudó a decidir al graduarme.

Por otra parte, también existen personas que no fueron la inspiración directa, pero que ahora que lo pienso en algo influyeron. Mis padres, como muchos, tenían varios problemas en cuanto a su relación, en ese mismo tiempo en el que yo adolecía por todo (algo en relación tendrá eso). Como yo siempre he estado muy apegada a ellos, pues he sido puente y he intervenido en lo que en su momento consideraba lo que era correcto decir. Siempre he sido quien quieren que opine respecto a sus problemas; y creo que eso me ayudó, como en el colegio, a desarrollar esas habilidades de escucha de empatía y a partir de lo que puedo percibir dar una guía de posible solución.

Se hace evidente el hecho de que, en mi historia de vida en relación con esta elección de estudio, he sido yo quien ha funcionado como puente para mediar entre situaciones o personas. Es aquí entonces en donde me remito a pensar, ¿quién o qué funciona como el puente para mí? ¿Qué es la psicología y el psicoanálisis para mí, en relación con esta idea de puente?

¿Quién soy? ¿Soy lo que estudio? ¿Soy lo que me gusta hacer? ¿Lo que me gusta comer? ¿Lo que construyo? Saber quién eres es complejo de responder, cuando no sabes a qué hace referencia la pregunta. Pero sin tanto enredo, diré que soy un ser humano, que está creciendo de forma

personal y profesional todos los días, que tiene gustos y pasiones y además que quiere vivir de forma pura todo lo que deba vivir, porque si algo me caracteriza es el amor y la pasión con la que necesito existir. Es de allí de donde vengo.

Mi interés sobre la clínica

Ahora bien, con el fin de resolver la segunda cuestión planteada anteriormente, he estado pensando y creo que estoy interesada en la importancia, casi necesidad, de ir a análisis antes o durante la práctica clínica como parte de la formación en psicología con enfoque en psicoanálisis, teniendo en cuenta que existen aspectos de los consultantes que como personas nos van a atravesar. Primero, es importante precisar por qué elegí psicoanálisis, ya que tiene toda relación con el hecho de mi interés por el análisis personal.

Si bien desde hace mucho sentí afinidad por la psicología, de una u otra forma siento que no salía de mi zona de confort, lo que no me permitía plantearme preguntas incluso frente a mí misma. Recuerdo siempre lo que me dijo la psicóloga en la entrevista de admisión, porque de alguna forma no lo había comprendido sino hasta cuarto semestre, cuando empecé a ver psicoanálisis. Más allá del gusto que sentí por las clases y el esfuerzo que quería hacer por entender, está el hecho de querer “autoanalizarme”. Quería resolver mis propios problemas y el psicoanálisis me pareció lo más acertado a lo que necesito y seguí porque, aparte de que me gusta estudiar psicoanálisis, quería saber qué más sucedía para poder llegar a la “cura”. Después me di cuenta que no existe de forma tan inmediata y visible, pero de alguna forma se da.

En efecto, después de terminar mis clases en séptimo semestre y empezar prácticas académicas en octavo, tuve la oportunidad, vuelta necesidad, de empezar análisis de forma particular. Pues bien, ya había estado en este espacio brindado por el área de Proyecto de Vida en la universidad. Este último, si bien me permitió cosas en su momento, creo que no me permitió

muchas otras más, o más bien yo misma no me lo permití, a tal punto que cuando se revertía mi queja hacia mí misma, decidí no volver a consultar.

Cuando empecé análisis de forma particular, desde el inicio fue diferente, y considero que el tener que pagar cierta cantidad de dinero por ello tiene que ver con esa diferencia ante el proceso que llevé a cabo con la universidad. De cierta forma estaba preparada a entender (más que a dirigir) esa queja hacia mí misma, y eso nos facilitó mucho a la analista y a mí más que todo. Además, pude rectificar que el método de asociación libre sí funciona en cuanto a que se descubre un saber que se le exigía a otros y también pude corroborar cosas que entre las meras clases y lecturas no había comprendido del todo, respecto a cómo y qué hacer. Así que en realidad asistir a análisis no solo te ubica como consultante o analizante, sino también fortalece y ayuda a tener alguna claridad para guiar el análisis de alguien más que te quiera consultar. Al ya haber empezado la práctica lo he podido corroborar. Incluso antes de empezar la práctica estaba muy emocionada de practicar lo que había “corroborado” en análisis propio.

Por consiguiente, surge el motivo de mi interés de investigación, pues siempre he querido saber sobre la importancia de un análisis propio, al mismo tiempo que doy cuenta de mi rol de psicóloga con énfasis en psicoanálisis, y ahora más teniendo en cuenta mi práctica como clínica. Por ello es que me remito a *La “formación” del analista. Los impasses de Freud a la IPA* (Sauval, 1999), donde, en un primer momento, se presenta una reflexión frente a la analogía que existe entre la significación de la palabra *del* en “formaciones del inconsciente” y “formación del analista”. En la primera expresión es el de la determinación subjetiva y en la segunda es el de la determinación objetiva que se forma desde el inconsciente. En la expresión de *formación del analista* es este último quien se encarga de “formar” al analista. Podría decirse entonces que se encarga de formarse a sí mismo, de forma que en sí mismo cae la responsabilidad.

Por otra parte, Freud (1911), en el apartado de *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, hace referencia a la importancia que tiene el

iniciar un propio análisis, pues esta experiencia permitiría en el analista comprender una serie de aspectos respecto a la teoría que solo se entenderían en ese lugar. Además, está el hecho de que se necesita trabajar en sí mismo para poder luego aprender de los casos que ya como analista se tengan. Me parece clave esto que nos presentan allí como primera instancia, pues en orden con lo que estoy interesada, es reafirmar que el analista es quien debe ser autónomo de su propia formación. Esto me hace pensar en que empezar su propio análisis hace parte de responder ante esta responsabilidad consigo mismo.

En contraparte, está el concepto de *deseo del analista* del que habla Lacan (1999), el cual hace referencia explicando el deseo como la imposibilidad de la palabra en la que el sujeto sufre una división, ya que no es sujeto sino en cuanto que habla, pasando de aquella autonomía que se referencia en el yo al deseo de saber inconsciente. Por otra parte, Lacan menciona otra particularidad del deseo del analista referente a que no es el deseo de ser analista, sino de ser presencia y producir efecto en el análisis, lo que implica una disposición de escucha (citado en Arcón, 2016). Así mismo, está el hecho de que existen aspectos que solo se dan mediante la experiencia de haber sido analizante, que a su vez van a permitir la comprensión de fenómenos dados desde la función de analista.

Es así entonces como podría concluir con que el querer saber sobre el análisis propio es esa búsqueda por el puente que, en esta etapa, media entre los asuntos que me competen como persona resolver y mi ejercicio en la práctica clínica, con el fin de poder resolver y darme cuenta de lo que no debo mezclar y lo que no debo dejar entrar en la clínica, sabiendo que no se trata de un consultante sino de mí, o viceversa.

Reflexión final

A la fecha, después de doce miércoles de rotación y atención a los consultantes, he podido corroborar esta necesidad de tener que tratar mis propios “dilemas”. Esta necesidad se hace aún más grande al estar

atendiendo, pues me he dado cuenta de que existen muchas cosas que me atraviesan de los casos que escucho, que si no hablo en mi propio análisis se va a ver afectada la escucha y la intervención que pueda realizar de una u otra forma.

Me ha pasado que siento que no quiero escuchar lo que dice el consultante, o que me siento incomoda si se ponen a llorar, o me frustró si dan vueltas una y otra vez sobre lo mismo (como esperando un avance). Son cosas que al hablarlo y revisarlo, me doy cuenta de que tienen que ver más conmigo que con los consultantes, y que si estas cosas no son resueltas voy a seguir frustrándome o sintiéndome mal “por lo que el consultante hace”, cuando es por mí misma y debo darme cuenta de ello y abordarlo.

Además, existen aspectos de la clínica que una necesita hablar por cómo se siente, por como estos aspectos la enfrentan a una misma y esos aspectos que parecieran que nublan un proceso de análisis de parte del “analista”, pues se disipan en un propio análisis. Así es como me ha pasado.

Conclusiones

Para concluir me es importante suscitar experiencias de la práctica en las que he podido evidenciar el valor de mi tema de interés de investigación. En un primer momento, como mencioné, hubo sesiones en las que no quería escuchar al consultante, debido a que su caso tenía particularidades similares a las de personas que conozco y que han sido influyentes en mi vida, y no lo sabía hasta ese momento. Cuando tuve que dar cuenta del caso, me percaté de que hubo cosas que se me escaparon y otras que me molestaron, lo cual, tras la sugerencia de mi asesor, hablé en análisis y caí en cuenta del porqué no quise escuchar y del porqué me sentí molesta. Tenía que ver con dichas personas que están presentes en mi historia de vida, y que existen cosas de allí que no se habían abordado.

Además de ello, hubo una situación en particular en la que, antes de desistir del proceso, el consultante recordó una serie de situaciones que

lo hicieron llorar y que permitieron la emergencia de formaciones del inconsciente. Este fue un buen momento; sin embargo, el hecho de que se pusiera a llorar me incomodó después de terminar la sesión. Incluso quedé preocupada sin motivo por su llanto. Esta fue la última sesión con dicho consultante, como mencioné, se movió en cuanto al saber inconsciente. Lo que resultó problemático fue el hecho de que, por yo haberme incomodado ante el llanto del consultante, no pude recordar de forma clara cuál fue ese movimiento en su relato que en ese momento sí identifiqué, borré por completo gran parte de su historia y no sé qué de lo que dijo lo movió, qué no le permitió volver a consultar.

Esto lo abordé en análisis. Sin ello no lo hubiera podido comprender. Lo puse allí, pero sin comprender por qué me pasaba esto con el hecho de que las personas lloren en consulta y cómo claramente eso afecta el proceso que se pueda llevar a cabo. A la fecha no está resuelto, pero lo sé, y eso hace que algo cambie en mi quehacer. El hecho de ir a análisis me ayudó a poder discernir de los dilemas presentes en el espacio de consulta, cuáles me competen y cuáles le son al consultante. Es así como puedo “guiar” y llevar a cabo una intervención en consulta.

Recomendaciones

A los futuros colegas, queda decir que vayan a consulta, sea de psicología o de psicoanálisis. Es importante abordarse y abordar aquellas cosas que nos inquietan por dentro, lo que nos duele y lo que nos cuestiona sobre el mundo y sobre nosotros mismos más que todo. Es importante conocerse y qué mejor espacio que el de un análisis o el de cita psicológica. Todas las personas tenemos cuestiones que resolver respecto a todas las cosas que nos competen como personas.

Además, como profesionales sí que es importante este puente que expongo, el análisis propio. Es entender el hecho de que existen situaciones, relatos y personas que nos van a atravesar, y como profesionales debemos cumplir un rol. Por lo tanto, qué mejor espacio para abrirse y hablar sobre lo que

nos acontece que el de análisis propio, ya que también es el espacio que por ética se debe considerar para hablar de los casos en consulta con otro profesional, porque no son cosas de hablar en la cafetería o en los pasillos de la IPS.

Referencias

Arcón, B., y Ángela, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación! una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112.

Freud, S. (1912). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. NoBooks Editorial.

Lacan, J. (1999). La dirección de la cura y los principios de su poder. En: *Escritos II*. Siglo XXI Editores.

Sauval, M. (1999). *La formación del analista*. Acheronta.

Cuerpo y significante: silencio y elección

Angie Vanesa Castaño Ocampo
Asesor: Milton Guillermo Romero Toro

*Sin palabras, la boca puede llegar
a ser un agujero negro. Un gran pozo sin agua.*
Ángela Becerra

A punto de abrir la puerta para el comienzo del fin de una historia de vida, de portar un nuevo ropaje significativo, el de psicóloga, surgen interrogantes: ¿qué del interés o de la vida entendida como experiencia me hizo tomar la decisión de llegar hasta aquí? ¿Cuáles de esos pasos dados, como sujeto y como individuo-indivisible, han dejado marca al punto de situar la alternativa abrazada?

Nunca me ha gustado escribir en primera persona, pero en este intento de plasmar parte de mi historia en el papel, me permito anunciar que la construcción de elegir la psicología me ha llevado por caminos vastos, hastíos, admirables, deseables, enigmáticos y apasionantes. Al punto de poder decir que estoy próxima a ser psicóloga, intento distanciarme en cierta medida de esa función y me seduce la respuesta a veces “incomprensible” y sin fin de una propuesta que, en su teoría y lectura de la vida, es tan singular como la propia subjetividad: el psicoanálisis.

No obstante, antes de pasar a ello, la decisión de estudiar psicología me sitúa en la ruptura implacable de una adolescencia intrincada de atravesar. No solo al estar marcada por la rebeldía de una persona que intentaba explorar un mundo más allá de las reglas, sino también por el avasallamiento de la incomprensión de ver a una mujer que durante toda su vida fue fuerte,

risueña y testaruda, convertida en enfermedad, queja, sufrimiento, en un silencio ensordecedor.

A la luz de esa “nada” que gritaba todo, una niña de diez años intentaba comprender el cambio de actitud y del imaginario de ver a alguien trabajar, caminar, cocinar, entrenar, entre otras ocupaciones, pasar en cuestión de días a estar meses en cama, sin consentir el agua rozando su cuerpo, la ropa más cálida que pudiese ofrecer y las palabras susurradas más suavemente. Tan solo silencio transcurría de un lado a otro.

A partir de entonces la vida y las preguntas cambiaron; médicos, exámenes, medicamentos y diagnósticos iban y venían, intentando dar a luz una explicación, algo que fuese más allá, pero después de años de preguntas lo único que apareció fue el significante “fibromialgia”, una enfermedad que tratan con medicamentos psiquiátricos con el fin de acallar el dolor con la somnolencia. Lo anterior, sin saber que tras ese acto solo velaba el dolor de una mujer que no podía vivir en plenitud, y el de una niña, por tener la certeza de que lo único que quedaba era la duda.

Desde entonces, esa niña —que soy yo versión adulta— entendió que buscar explicaciones en el mundo moderno es buscar definiciones positivistas, objetivas, pero no necesariamente verdaderas. Costó mucho entender en el desplazamiento de una enfermedad, que aquello que no tiene explicación en la ciencia porque enfrenta con lo real, con lo imposible, en este caso de explicar. Así, se ignora, se vuelve el huérfano de otra área, una área que, por coincidencia o decisión, hoy elijo como mi sentido.

El silencio, la escucha, la palabra y sus poderes me interpelan durante años en su significación e impacto en el cuerpo, pues el furor de la emoción en su expresión o acallamiento remarca como huella indeleble la capacidad subestimada por muchos de sus efectos. Ante esto, la teoría psicoanalítica, en donde encontré mi lugar mucho antes de siquiera saberlo, aborda que el “lenguaje es un cuerpo, cuerpo que da cuerpo” (Soler, 1993, p.3), porque es en el atravesamiento de este al cuerpo que se da la *corpificación*, un

término lacaniano que indica la construcción singular del mismo, más allá de una descripción del organismo.

Con ello de referencia, en el acompañamiento a una de las enfermedades huérfanas más dolorosas e incapacitantes, me permito entender cómo el papel de dejar hablar al otro, hablar sin más, sin restricción, como percepción y no desde el lugar del amo, permite una comprensión diferente de su vida, de su historia. La enunciación propia puede decir más que un diagnóstico, de su *entre-verdad*. Es decir, de la realidad velada en un síntoma que pone en juego el cuerpo y los significantes que lo conforman.

En ese sentido, el ejercicio y la habilidad de la escucha más que activa, atenta, permite entender que la habilidad de detenerse a brindarse como depósito de historias es una fortuna más que una posibilidad. Recibir o bien almacenar información no es equiparable a acoger la experiencia, entendida esta desde mi perspectiva como el lugar en el que, con realidades humanas iguales, nos hacemos diferentes por la construcción vía la palabra de lo que somos.

Así, el respeto, la admiración y el malentendido dan paso a leer la historia de otro ser humano sin mayor pretensión que la de custodiar la vida con aciertos y desaciertos, con olvidos y recuerdos, con estados de dolores que pueden trascender el cuerpo para llegar al alma, que más que ser una parte inusitada, es el lugar donde reside el espacio vacío de las marcas del tránsito pactado con la vida, desde el inicio de esta.

Con este rasgo distintivo perteneciente a mi historia de vida y el empalme con la práctica clínica, pienso en cómo la banda de Moebius propuesta por Lacan en alguna de sus metáforas nos menciona que se transforma en términos de su forma, pero no para ser distinto. Allí pongo en perspectiva, ¿cómo la lectura de este mito —el mito de mi vida— y el enigma que allí reside para mí se vinculan con la clínica, con el interés sobre la relación del cuerpo con el significante?

De solo dimensionar sobre esta pregunta a nivel teórico, pienso en el interés inicial sobre el cual reflexioné al recibir la pregunta por el saber. El silencio, mismo que aunque en su momento no encontró lugar a explicación, ha tomado resonancia en la doble vía del ¿qué hacer como semblante en el espacio clínico? ¿Como analizante en el lugar de ser sujeto de mi propio proceso, de hacer hablar eso que callo, eso que surge de mi cuerpo también estructurado como un lenguaje y que toma forma con la elección de mi posición?

El ejercicio de la clínica se ha convertido en esa medida, en esa banda que con dos caras representa por un lado la pregunta por mi cuerpo, mi silencio y mi ser. Por el otro, la pregunta por estos mismos aspectos, aunque encarnados en la figura del analista, puesto en el espacio terapéutico. En este punto aparece nuevamente la cuestión del cuerpo en forma de pregunta: ¿qué cambia en esos mismos lugares respecto de él?

Tomando uno de los conceptos que mencioné , reflexiono sobre la *corpificación* del cuerpo como un término construido por Lacan y retomado por Soler (2006) en el libro *Los ensamblajes del cuerpo*, en el que se abren dos vías: una en la que se menciona al cuerpo como organismo viviente, y otra que se relaciona con lo incorporal; es decir, con algo que va más allá del organismo para referir el significante, entendido como aquel que “separa el cuerpo de la vida” (Soler, 2006, p.21).

Esta dualidad del cuerpo, por llamarla de alguna manera, es explicada por Lacan al sustentar cómo el cuerpo orgánico se percibe a través de los sentidos externamente como una sustancia cerrada, pero es desde “otro cuerpo, el cuerpo de la sensación” (en Soler, 2006, p. 20) en el que se establece el goce como algo que trasciende una definición básica de disfrute del cuerpo propio, para, en términos psicoanalíticos, apuntar de manera directa al displacer que también le acompaña.

Para complementar esta idea me inquieto sobre el cuerpo y la relación de este con el significante, pues si bien es a través del goce en el cuerpo que se podría tramitar algo de esa satisfacción, en ocasiones en esta relación

—del cuerpo orgánico con el significante—, se desarrollan síntomas como los de la fibromialgia. Estos cumplen una función y hablan de “algo que objeta al principio del placer” (Soler, 2006, p. 20); es decir, al equilibrio del aparato psíquico que se asocia al silencio de los órganos, o mejor dicho, al mantenimiento de la salud física.

Si bien “cada uno vive su cuerpo propio como lugar de las sensaciones buenas o malas, las enteras o dolorosas [...] tenemos un cuerpo que vivimos de manera bastante patógena” (Soler, 2006, p. 21). A través de él, no solo se manifiesta algo del orden de la satisfacción de las necesidades básicas, sino de la satisfacción entendida como una manera de querer velar el vacío estructural del lenguaje como una forma de dar sentido a la existencia.

De manera introspectiva, valoro estos conceptos en relación con mi propia subjetividad y al interés sobre ellos, ya que, en la construcción propia, se denota como todos y cada uno de nosotros, los “seres humanos”, estructuramos respuestas, formas de hacer lazo y repeticiones que hablan de una búsqueda.

Un ejemplo de ello se refleja en el organismo naciente al cual, a través del cuerpo del lenguaje, dieron el significante Vanesa, para posteriormente esa existencia más que emprender al pedido de algo simple como un dulce, buscar algo del sentido en la obtención de nuevos significantes; graduada, psicóloga, hoy practicante.

Para ello, el ejercicio de la clínica me interpela constantemente de una forma que me apasiona y al mismo tiempo me impresiona. El cuerpo en la clínica, recordando que es algo que se construye, se convierte en un escrito a través del cual hablamos, contamos, vivimos, sentimos, y en esa medida se hace por cuanto lo nombramos. Caso de ello es el de una chica que asiste a consulta sin dificultades, según dice al inicio, pero que en el transcurso de las sesiones me posiciona en el lugar de sujeto en el espacio terapéutico, más que un lugar de semblante de objeto, lo cual podría ser un obstáculo para el proceso terapéutico.

Recuerdo momentos en los que de manera reiterada ponía en el discurso cómo mis ojos, mis gestos, la posición de mi cuerpo, le decían que “pensaba algo sobre ella, que la sobre analizaba”, ¿en realidad lo hacía? Me sentía como en cualquier otra consulta y sin embargo, ella veía algo, nombraba algo de mi corporalidad que yo no podía observar, ¿cómo se daba su relación con los otros?, ¿acaso constantemente se fijaba en cada uno de sus actos? Relación especular, la llamó mi asesor, y yo, ¿cómo convertía la palabra hablada por mi cuerpo en silencio? No dependía de mí, hablaba de su subjetividad.

Mi propio cuerpo estaba rodeado de significantes. En mi análisis aparecían algunos que no sabía cómo interpretar y otros tantos en el ejercicio de la clínica, que me hacían pensar en cómo se configuran a través de otro que habla de nosotros. El cuerpo se convierte en límite en el sentido orgánico por la relación interno-externo, pero en los registros del psicoanálisis — simbólico, imaginario y real—, se vuelve una estructura subjetiva que puede ser leída de diferentes maneras, casi como si fueran unas gafas a través de las cuales se pudiese mirar, antes que ver, algo de nuestra propia construcción mítica.

Continuando con el caso, me resultaba llamativo de él cómo esta chica joven y aparentemente con bastante personalidad y seguridad era un sujeto que en el análisis siempre estaba en pro de preguntarse por el Otro, más allá de que fuera yo como una proyección, de cuestionarse por si agradaba, la miraban, o qué era lo que “no hacía bien” para que no la miraran, en palabras coloquiales, con buenos ojos.

Nuevamente, el cuerpo, el lenguaje, mi madre, mi consultante, mi propio cuerpo cuestionando. Significantes iban y venían en relación con él. En ese sentido, lo que hoy puedo comprender al respecto es que lo que cambia en el ejercicio de la clínica y fuera de él son los significantes que lo cubren. En ocasiones queda un sinsabor, una palabra más por encontrar, pero ¿quién podría decir algo más sobre nuestros propios cuerpos que nosotros mismos? A lo mejor el Otro; es decir, aquel del lenguaje que se presenta en

ocasiones como ajeno en uno mismo (Lacan, 1964), y que habla sobre la falta, por el vacío de lo real que nos enfrenta con lo imposible de explicar. El cuerpo hecho síntoma en el caso de la fibromialgia, convertido en objeto para otros en el caso de una chica, y el cuerpo en la posición de analista y analizante en el caso de una practicante, solo tienen de común la *corpificación* anteriormente descrita. Es decir, lo común de lo singular, palabras elegidas en el marco de la experiencia que nos forjan en lo que somos, la posición que tomamos y lo que elegimos ser. Una vez más, el psicoanálisis aparece para recordarme que la clínica, la vida y el cuerpo son un encuentro con el acontecimiento, con lo inesperado, con eso que surge, se hace y se mantiene incorporal vía el significante, y que, aunque a veces no habla por sí solo, enuncia.

En conclusión, el cuerpo entendido no como orgánico, sino como aquel que se construye vía la palabra al nombrarlo, es configurado inicialmente en el atravesamiento del Otro; mas se construye, a su vez, a través del significante y los significantes con los cuales buscamos nuestra propia identidad. En ese sentido, es el cuerpo o más bien la *corpificación* del cuerpo una elaboración subjetiva en la que todo lo relacionado con nuestra vida, elección y posición frente a nuestros propios dichos puede presentarse como un texto a ser leído.

Esto, en el ejercicio de la clínica, proporciona reflexiones alrededor del cuerpo, pero también de cómo se vive la praxis en la medida en la que la relación con los pacientes implica una construcción dentro de la cual, ellos, los sujetos, son los protagonistas. Son sus propias elaboraciones discursivas las que dan sentido y sinsentido a cada paso del proceso psicoterapéutico. Es en ese momento en el que un proceso retroactivo puede implicar plantearse preguntas para una posible rectificación subjetiva.

De esa manera, en el marco de los discursos actuales de la psicología, a futuros practicantes más allá de su enfoque, solo quiero recordarles la importancia de acercarse a la vida de los consultantes desde el aprendizaje, desde la responsabilidad. En épocas donde escuchar se ha perdido, hablar

hasta de lo más simple puede convertirse en una puerta a la posibilidad. Solo hace falta sensibilidad, deseo, transferencia y un recuerdo de que en la pregunta de ¿por qué ese otro se mantiene en consulta? Para comprender que él mismo puede responder, y es en ese momento lógico donde se sitúa al sujeto en el lugar de agente de su propia historia, de sus propias “herramientas” y de su propia resignificación.

Referencias}

- Becerra, A. (2019). *Ella que todo lo tuvo*. Planeta.
- Lacan, J. (1964) El sujeto y el otro: la alienación.
- Soler, C. (1993). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. Estudios de Psicosomática, 1, 93-114.
- Soler, C. (2006). *Los ensamblajes del cuerpo*. Asociación Foros del Campo Lacaniano Medellín.