



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Colombia

Mesa, Ana María; Orduz, Luis Fernando  
Psicoterapia de una adolescente. Puntualizaciones en el caso de A  
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 40, núm. 2, junio, 2011, pp. 383-392  
Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619290012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# **Psicoterapia de una adolescente Puntualizaciones en el caso de A\***

**Ana María Mesa<sup>1</sup>  
Luis Fernando Orduz<sup>2</sup>**

## **Resumen**

*Introducción:* El presente caso clínico tiene como objetivo analizar las transformaciones en las relaciones objetales y en el narcisismo de una adolescente que inició su tratamiento psicoterapéutico por conflictos en la constitución de su identidad sexual. *Método:* Tratamiento de soporte y expresión, con un encuadre de tiempo abierto y una frecuencia de una sesión semanal. *Desarrollo:* El análisis del proceso permitió ver cómo tanto las representaciones objetales como de sí misma se fueron integrando e incidieron positivamente en el enfrentamiento de los conflictos propios de su adolescencia, especialmente de su identidad sexual. Finalmente, se plantea la hipótesis de que los resultados positivos del tratamiento podrían estar en relación con la actitud de “sí memoria y sí deseo” de la terapeuta, lo cual sería de interés en la reflexión sobre la técnica psicoterapéutica con adolescentes.

**Palabras clave:** Adolescencia, identidad de género, psicoterapia.

**Title: Psychotherapy of an Adolescent. Remarks on ‘A’ Case**

## **Abstract**

*Introduction:* The aim of this clinical case is to analyze the transformations in object relations and narcissism of a teenager who began psychotherapeutic treatment because of conflicts in the constitution of her sexual identity. *Method:* The treatment was one of support and expression with an open time frame and a weekly session. *Development:* The analysis of the process allowed us to see how object representations and those of the self were gradually integrated, and contributed positively in her dealing with her adolescent conflicts and especially the one related to her sexual identity. Finally, we suggest the hypothesis that the treatment's positive results could be in connection with the therapeutic attitude of “yes-memory and yes-wish”, which would be an interesting matter for discussion in relation to the use of psychotherapeutic techniques with adolescents.

**Key words:** Adolescence, gender identity, psychotherapy.

---

\* Este artículo se basa en un artículo presentado para optar al título de Maestría en Psicología, de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

<sup>1</sup> Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Maestría en Psicología de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

<sup>2</sup> Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Psicoanalista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis.

**Presentación del caso**

A es una adolescente de 16 años, quien asistió a consulta cuando tenía 13 años. Como en la mayoría de los púberes, la consulta fue solicitada por los padres, a lo cual ella accedió sin oposición alguna. En ese momento estudiaba en un colegio de monjas, con compañeras mujeres, y antes de eso había estudiado en otro de las mismas características.

La consulta fue solicitada por el padre, no por la madre, como es lo habitual. Se cita a los padres sin la paciente a la primera entrevista, para saber cuál es su inquietud y hacer una primera aproximación al motivo de consulta; en ocasiones, esta primera entrevista permite ver si son los padres o alguno de ellos quien podría ser el punto de entrada de la intervención, más que el adolescente mismo.

En la primera entrevista me entero de que A es hija única, los padres son profesionales que ejercen sus carreras; él como empleado de una institución pública y ella haciendo trabajos desde su casa. Sin embargo, esto no siempre ha sido así. Cuando A estaba pequeña, su madre trabajaba como empleada, y durante varios años su cuidado estuvo a cargo de una tía materna mayor. El padre es quien toma la vocería, se expresa de manera fácil, pero enfática, especialmente en relación con las normas y límites que él le pone a A, buscando justificarlas.

**Motivo de consulta**

Los padres manifiestan temor de que A tenga tendencias homosexuales, ya que la han visto con amigas que tienen apariencia masculina; adicionalmente, temen que pertenezca al “grupito de los emos”, porque, según el padre, se viste como ellos. Dice que A se ha vuelto distante del padre y ha bajado su rendimiento académico. A los 7 años asistió a tratamiento psicológico por presentar temores nocturnos posteriores a un robo en su casa.

En esta consulta se ven unos padres preocupados, especialmente él; una madre callada, que asiente a lo que dice el padre e interviene cuando él lo solicita a manera de apoyo, o cuando la terapeuta directamente la interroga. En la consulta con A se observa a una adolescente que se relaciona de manera fácil y habla fluidamente; de baja estatura, delgada, vestida con pantalones entubados, tenis, camiseta negra, cinturón metálico y pelo corto y liso, que al caer le tapa un ojo y la mitad de la cara. Dice que está en consulta porque sus papás la trajeron, y que cuando se deprime se ‘va al piso’; también, que prefiere la amistad con mujeres mayores que ella. Al preguntarle por la asistencia a consulta psicológica anterior, dice que le gustaba hablar con su psicóloga. Pasadas cinco consultas, se hace encuadre con ella y con los padres; se propone una terapia de orientación psicoanalítica, de tiempo

abierto, con intensidad de una vez a la semana.

A continuación se mostrarán algunos apartes de la terapia, que ejemplifican la evolución en las relaciones objetales y en el narcisismo, que han sido centrales para la comprensión y el trabajo clínico con A, y sobre los cuales se quiere profundizar.

### Análisis del caso

En las consultas iniciales, A es enfática en hacer notar que sus relaciones actuales con mujeres mayores se deben a que no encuentra nada interesante en los "niños" y que con ellos las cosas son difíciles; dice haber tenido dos "novios" por pesar con ellos, pero que realmente nunca ha estado enamorada; las relaciones con sus amigas parecen estar idealizadas y, al mismo tiempo, denigradas con los hombres, lo que se expresa en el sentido de una representación parcial de objeto, como lo define Klein (1).

En este momento, el componente sexual enunciado por su padre en la entrevista inicial (dijo que le pareció ver a A despidiéndose de una amiga mayor, con aspecto masculino, con un beso en la boca, en un centro comercial) no aparece. De manera simultánea, se da un alejamiento cada vez más fuerte y con componentes francamente hostiles hacia su padre. En una sesión, se refiere a este distanciamiento diciendo que le había molestado mucho que cuando

a ella le había llegado la menstruación, su papá le había dicho que le iba a comprar las toallas higiénicas; esta actitud del padre, al parecer, tuvo connotaciones libidinales edípicas intrusivas frente a las cuales ella trataba de defenderse, al tomar distancia y transformarlas en lo contrario.

Se ve, entonces, cómo el padre pasa de una representación de objeto "bueno", investido de características edípicas infantiles, hacia una representación de objeto "malo", de quien se busca escapar al llegar a la pubertad, por resultar peligrosa su proximidad. Al parecer, el padre no logra tomar esa distancia óptima, descrita por Rapaport de Aisemborg (2), que le permita relacionarse con su hija alimentándole su narcisismo como objeto de deseo sexual, pero desde una posición de suficiente distancia, que no resulte amenazante.

Ahora bien, si el padre pasa de un lugar idealizado a uno aparentemente denigrado, algo similar parece estar sucediendo con la figura materna, pero de signo contrario. La madre infantil "ausente" fue reemplazada por la tía, no solamente en lo físico, sino también en lo emocional. A se muestra muy cercana a su mamá y refiere episodios en los cuales se ve el deseo de incidir en la relación de los padres, al separarlos, y buscar una alianza en los intentos de cercanía con la madre. Esta, por su parte, busca poner límites a la seducción de la hija, posiblemente

motivada por sus temores frente a la posible elección homosexual de objeto. Pero, simultáneamente, propicia relacionarse con ella de manera muy cercana, como consecuencia de los años infantiles en los cuales estuvo muy alejada, cuando trabajaba fuera de casa.

Durante mucho tiempo, el tema del aspecto sexual de las relaciones con las amigas estuvo ausente y la terapeuta no lo explicitó, por considerar que era un contenido que estaba presente, pero del cual la paciente evitaba hablar abiertamente. En una ocasión, A es confrontada por el padre de manera fuerte por haberla visto con una amiga, esta vez de manera directa y cercana, dándose un beso.

En la consulta siguiente, se observan cambios físicos notorios en la paciente: se había cortado el pelo de forma masculina, se lo había tinturado de color negro intenso y se había afeitado una parte de este sobre la oreja derecha, en forma de líneas. Se inicia la consulta con la observación de la terapeuta de dichos cambios, y, a partir de esto, A cuenta el episodio con el padre; allí resalta la pelea con él, más que el beso con la amiga, y cómo posteriormente decide hacerse los cambios físicos.

Estos eventos son trabajados como una manera de agredirse a sí misma, “afeándose”, atacando su narcisismo, por comportamientos que vive con mucha culpa frente a sus padres, pero que al mismo

tiempo son una manera de separarse de ellos y enfrentar su autoridad. Se integra cada vez más a un grupo con características homosexuales, posiblemente para manejar las ansiedades de tipo persecutorio que estaba experimentando frente a sus padres, especialmente frente a las intrusiones edípica del padre (3,4).

En este momento del tratamiento es posible hablar de los vínculos “sexuales” con sus amigas, que posiblemente funcionaban como objetos transicionales, cuya función era permitir salir del ámbito familiar, pero, al mismo tiempo, permanecer ligada con él; esto, al vincularse con mujeres mayores como representantes maternas, cuya función estaría en consonancia con el concepto de *holding* grupal propuesto por Winnicott (3) y Meltzer y Harris (4).

En este contexto, la madre muestra una actitud ambivalente. A refiere que esta la llevaba a verse con su grupo de amigas, aunque era clara la molestia con la que lo hacía; en algunas oportunidades la descubrió escondida entre arbustos mirándola muy de cerca, lo que A vivía como espionaje y desconfianza.

Frente a estas comunicaciones de la paciente, la terapeuta va adoptando una actitud que podría denominarse de *holding*, en el sentido de hacer intervenciones “maternas”, relacionadas con la figura y función de la tía en la infancia. Para ello, expresaba comentarios sobre aspectos físicos que van cambiando positivamente y que se muestran así

a la paciente, con el peligro de que sean vividos por esta como intentos de seducción, pero que buscaban, básicamente, alimentar el narcisismo de la paciente, el cual se percibía como muy frágil, y en relación inversa con su actitud desafiante hacia los padres.

Este tipo de intervención se relaciona con la propuesta de Gedo y Goldberg (5), quienes proponen que cuando el funcionamiento psíquico que predomina es el del *self* grandioso y las imágenes parentales idealizadas, la intervención debe encaminarse hacia la “desilusión óptima”, en el sentido de ir atenuando el narcisismo y la grandiosidad del sujeto; para ello, es requisito previo que la omnipotencia se encuentre lo suficientemente alimentada.

Posteriormente, la relación con el padre se va haciendo más tirante y tensa, los encuentros agresivos son frecuentes y, así mismo, su deseo de estar con el grupo de amigas “lesbianas”. Durante un lapso importante, la sensación de la terapeuta en consulta fue la de estar en una posición en la cual la paciente exhibía sus relaciones “homosexuales” como si buscara probarla en su función, viendo si se comportaba de manera terapéutica o si, por el contrario, reaccionaba igual que sus figuras parentales.

La utilización que la paciente parecía estar haciendo de sus novias era la de un objeto *self*, en el sentido en que lo define Kohut (6); es decir, eran percibidas como cognitivamente

diferentes, pero eran tratadas con libido narcisista, como si fueran partes de sí misma; no se observaba mayor consideración por ellas, lo que tendría rasgos de relación de objeto propias de la posición esquizoparanoide. Lentamente fueron apareciendo deseos de tener una relación que durara algo más que una semana y, simultáneamente, dolor por lo que pudiera estar causando a sus novias, al no lograr permanecer con ellas, en el sentido de un funcionamiento propio de la posición depresiva descrita por Klein (1).

En una oportunidad, la paciente llega a consulta diciendo que va a haber un desfile por la ciudad, con motivo de la celebración del Día del Orgullo Gay, y que sus amigas le están preguntando si va a salir. En este contexto, la terapeuta toma partido mostrándole las posibles desventajas que puede tener para ella el hacerlo, en términos de las agresiones que esto pueda generar de otros hacia ella. Esta fue una línea interpretativa central en este tratamiento, en el sentido de enfatizar sobre el autocuidado y la autoagresión que pudieran estar implícitos en sus asociaciones, las cuales, en algunos momentos, fueron interpretadas como relacionadas con sentimientos de culpa y necesidad de castigo por el desafío a sus padres.

Este tipo de intervenciones buscaba propiciar una integración de la identidad y afirmar la interiorización de la función del *holding* materno; la terapeuta ejerciendo como un

objeto transicional de características positivas, como lo refiere Zusman de Arbiser (7). La relación tan cercana que la paciente refería con su madre, su necesidad permanente de estar con ella, podrían estar hablando de la fragilidad en la base de este vínculo, aún no interiorizado y de una regresión necesaria en esta etapa, como lo plantea Blos (8).

Es importante puntualizar que dicha regresión ya se venía gestando desde el inicio del tratamiento y que es poco probable pensarla como un efecto de este, ya que las condiciones del encuadre no la favorecían (una sesión semanal, ubicación espacial frente a frente, entre otras).

El ingreso a estudiar en un colegio mixto le ocasionó inicialmente un recrudecimiento de los vínculos homosexuales, con una necesidad exhibicionista de estos. En una ocasión, el rector del colegio la amonestó por su comportamiento “inadecuado” en público con una compañera de colegio, lo que seguía ejerciendo, desde el punto de vista de la terapeuta, como una forma de autocastigo. De manera gradual, fue trayendo a consulta episodios de relación con amigos de sexo masculino, compañeros del colegio.

Las características de dichas relaciones fueron fundamentalmente negativas; refería cómo se burlaban de ella, cómo la molestaban, pero especialmente por una característica corporal, el tamaño de sus caderas y muslos. Al hablar sobre esto en consulta, va emergiendo la actitud

ambivalente hacia este aspecto de su apariencia, que por una parte ella rechaza —por sentir que eran muy voluminosos—, pero que al mismo tiempo eran motivo de atención y deseo por parte de los hombres, y esto le va agrandando, a la par que su forma de vestir va haciéndose cada vez más femenina.

Aparece nuevamente el tema corporal y las características de este, que la hacen pertenecer a un género determinado, al enfrentarla al duelo por el cuerpo infantil propio de la adolescencia, descrito por Knobel (9), y, al mismo tiempo, como una forma de integración de su corporalidad femenina, de fortalecimiento de su narcisismo, a partir de la mirada *deseante* de los otros hombres, en el sentido de la función paterna descrita por Rapaport de Aisemberg (2).

Llega a una sesión con marcas-dos moretones en los brazos; refiere que esto fue producto de un “juego” con su amigo *P*. Esta relación se va afianzando, hasta que en una sesión narra cómo luego de haber tomado licor y haberse emborrachado en el colegio, estuvo llorando y diciendo que ella quería a *P*, pero que *P* no la quería a ella; se sorprendió porque sus papás no la regañaron como esperaba, lo que podría estar asociado con la satisfacción del deseo de estos de que ella estuviera añorando el amor de un hombre y no el de una mujer.

En la terapeuta, en el ámbito contratransferencial, sucede algo

similar; ella también siente un cierto grado de complacencia en este sentido, lo cual podría estar incidiendo en la paciente. Posteriormente, *P* la rechaza, retorna a sus amigas “lesbianas” y nuevamente consigue una novia. Esta mecánica de ida y vuelta desde los intentos de relación heterosexual hacia las relaciones de características homosexuales se da en varias ocasiones, a manera de movimientos progresivos y regresivos (8). Ante su pregunta sobre su propia identidad sexual, de manera un poco insegura, se autodenomina como “bi”. De manera consciente, dice que ella cómo va a querer casarse y tener un marido si lo que ella ve en su casa no le gusta, cómo su papá se impone sobre su mamá y ella lo tolera.

Hacia la mitad del tercer año de tratamiento muestra un interés cada vez mayor en las relaciones con los amigos de sexo masculino y un deseo por tener relaciones de noviazgo que duren. Actualmente, tiene una relación con un novio, que ha podido sostener por varios meses, y eso ha sido de mucha importancia para ella. Ha habido sesiones en las que se ha lamentado de haber tenido relaciones con mujeres conocidas por “la gente”, porque esto la puede hacer menos atractiva para los hombres que deseen acercarse hacia ella, según dice.

En la relación con sus padres, la distancia y falta de comunicación con el padre se han extremado, a partir de un día en que sus papás se

dan cuenta de que ella se ha hecho un *piercing* y esto hace que el padre la golpee. Desde ese momento, ella decide no comunicarse más con él y rechaza todo intento de acercamiento. La comunicación se da a través de la mamá, a lo cual esta última parece prestarse.

El bajo rendimiento académico, que fue uno de los motivos de consulta, siguió siendo un factor de preocupación y llamadas de atención por parte de sus padres. Este ha estado en íntima relación con el desarrollo de su conflictiva relacional, y se ha visto afectado por ello, ya que son evidentes las capacidades intelectuales de la paciente.

### Conclusiones

A continuación se mostrarán algunas conclusiones en varios sentidos. En cuanto a la relación terapéutica, la actitud e intervenciones de la terapeuta, y la clínica del caso.

En cuanto a la relación terapéutica, es interesante notar que en la transferencia se observa que ha primado una relación positiva, la cual se puede percibir en la asistencia constante a las sesiones, la comunicación espontánea en estas y su disposición para escuchar a la terapeuta. En la contratransferencia han sido centrales los deseos de la terapeuta por acompañar a la paciente en su tránsito por la adolescencia y una actitud de frecuentes suministros narcisistas, posiblemente en

una actitud diferente a la sugerida por Bion (10), de “no memoria y no deseo”, pero buscando no caer en la seducción.

Desde este punto de vista, vale la pena hacer una reflexión en torno a la actitud del terapeuta de manera específica en los tratamientos psicoterapéuticos con adolescentes. Si bien lo planteado en este trabajo se da a partir del material de un único caso, permite pensar lo siguiente: por una parte, como se ha visto, la integración de la identidad es frágil y la participación activa por parte del terapeuta en favorecerla implicaría traer material de otras sesiones de manera propositiva, lo que hablaría a favor de la *sí memoria*. Por otro lado, siguiendo a Winnicott (11), es a partir de la mirada y la investidura libidinal del otro —para el caso sería de la terapeuta en sentido transferencial—, que se nutre el narcisismo del sujeto, empobrecido en algunos adolescentes, como lo refiere Jammet (12); esto justificaría, entonces, la idea del *sí deseo*.

Adicionalmente, han sido centrales las interpretaciones alrededor del autocastigo y la culpa, en aras de favorecer los dos aspectos centrales planteados: la integración de la identidad y fortalecer el narcisismo. Podría concluirse que algunas de las características que podrían estar en el centro de los logros terapéuticos, en cuanto a las actitudes de la terapeuta, serían una actitud de “sí memoria y sí deseo”, una función de *holding*, en

el sentido de una actitud cuidadora, y de objeto transferencial.

Una terapeuta mujer no solamente pudo haber favorecido que la paciente tenga un espacio donde pueda ser escuchada en sus aspectos íntimos, sino, adicionalmente, haber servido como un modelo transitorio de identificación de género, que ha tolerado la cercanía y que ha ayudado a pensar sus acciones, cumpliendo un papel de contención, como lo propone Winnicott (3), pero sin competir con el papel que deben tener los padres en la adolescencia, el de la confrontación firme. Dicha confrontación se ha realizado de manera efectiva por los padres de la paciente, quienes han sido aliados del tratamiento, en la medida en que han propiciado la asistencia continua de la paciente, aun en momentos en que los hechos eran de su total desagrado, y la paciente no solo no parecía estar cuidando mejor de ella, sino, por el contrario, estar buscando agresiones y retrocediendo a la luz de sus expectativas.

En la revisión de este caso queda claro lo planteado por Blos (13), en relación con la vulnerabilidad emocional de la mujer, presente en las manifestaciones regresivas mostradas en el material clínico de características ambivalentes y las regresiones hacia una identidad bisexual propia de esta fase. Se observa cómo A va transitando desde una relación narcisista de objeto, con características homosexuales propias de la fase de adolescencia

nuclear, hacia una relación de objeto con libido objetal y heterosexual, propia de la fase juvenil de la adolescencia descrita por Carvajal (14).

La actitud de la madre, si bien parece ser ambivalente para la paciente, permanece ligada con el padre y hace sentir a la hija su lugar de tercero excluido; ello ha sido beneficioso en la configuración de su ideal del yo y, posiblemente, en el enfrentamiento de su edipo negativo. La paciente dice con frecuencia que sus padres se van solos para la finca y ella se queda en casa de familiares cuando no quiere ir.

Para finalizar, si bien en el caso presentado el tránsito por la adolescencia tuvo unas falencias en las bases narcisistas de la paciente y marcadas ansiedades edípicas, las cuales produjeron formaciones reactivas muy marcadas, que lo matizaron de manera especial, es evidente que en el yo de la paciente hay recursos importantes. Estos han permitido una elaboración de sus ansiedades y unas defensas adecuadas por estas, sin grave menoscabo de su personalidad y sin que se configure un trastorno narcisista propiamente dicho. Adicionalmente, los recursos familiares y sociales con que ha contado la paciente han favorecido en algún sentido el enfrentamiento de sus conflictos.

No es posible en este momento pronosticar cuál va a ser el futuro de la paciente, pero se espera que el trabajo terapéutico realizado

sirva de insumo para continuar la futura elaboración de sus conflictos, algunos aún en curso, como lo relacionado con aspectos de la figura paterna, con quien la actitud casi fóbica de contacto busca evitar confrontaciones con un objeto que continúa inconscientemente muy valorizado.

## Referencias

1. Klein M. Envidia y gratitud. En: Obras Completas 3. Barcelona: Paidos; 1988.
2. Rapaport de Aisemberg E. Sobre la sexualidad femenina. Revista de Psicoanálisis. 1988;14:1329-37.
3. Winnicott DW. La familia y el desarrollo del individuo 4<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Lumen Hormé; 1995.
4. Meltzer D, Harris M. Adolescentes. Buenos Aires: Spatia Editores; 1998.
5. Gedo J, Goldberg A. Modelos de la mente. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1980.
6. Kohut H. Análisis del Self. El Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1971.
7. Zusman de Arbiser S. Acerca de la iniciación sexual en la adolescencia. Revista de Psicoanálisis. 1986;43:369-72.
8. Blos P. La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2003.
9. Knobel M. El síndrome de la adolescencia normal. En: Aberasturi A. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. México: Paidós; 1971. p.35-104.
10. Bion W. Notes on Memory and desire. The Psychoanalytic Forum. 1967;2:271-86.
11. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidos; 1962.
12. Jeammet P. La identidad y sus trastornos en la adolescencia. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. 1995;19:161-77.

13. Blos P. Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1970.
14. Carvajal G. Adolecer: la aventura de una metamorfosis 2<sup>a</sup> ed. Bogotá: Editorial Tiresias; 1993.

*Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 2 de diciembre del 2010*

*Aceptado para publicación: 5 de abril del 2011*

Correspondencia

Ana María Mesa O.

Calle 11 No. 87-110. Unidad 4, apto. 310

Cali, Colombia

[ammesa@javerianacali.edu.co](mailto:ammesa@javerianacali.edu.co)