

Documento de trabajo.

# **Integración, rechazo, contratransferencia. Notas de una internación psiquiátrica.**

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2021). *Integración, rechazo, contratransferencia. Notas de una internación psiquiátrica*. Documento de trabajo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/9>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**Integración, rechazo, contratransferencia.  
Notas de una internación psiquiátrica.**

*Juan D. del Olmo, 2021<sup>1</sup>.*

*“Yo, de niño, temía que el espejo  
Me mostrara otra cara o una ciega  
Máscara impersonal que ocultaría  
Algo sin duda atroz. Temí asimismo  
Que el silencioso tiempo del espejo  
Se desviara del curso cotidiano  
De las horas del hombre y hospedara  
En su vago confín imaginario  
Seres y formas y colores nuevos.  
(A nadie se lo dije: el niño es tímido.)  
Yo temo ahora que el espejo encierre  
El verdadero rostro de mi alma,  
Lastimada de sombras y de culpas,  
El que Dios ve y acaso ven los hombres.”  
Jorge Luis Borges, 1977.*

**Introducción.**

La experiencia clínica relatada ocurre durante los primeros años de mi práctica como residente en un hospital público<sup>2</sup>. Momentos intensos en la formación profesional, en la que todo está por descubrirse e inventarse, como si se tratara de un fenómeno transicional. De hecho, esa posición del residente no pocas veces infantil, irreverente y narcisista guarda el potencial de oxigenar y revitalizar los servicios de Salud Mental. Escribió Winnicott en algún momento que quienes llevaban de mejor manera los tratamientos de pacientes graves eran los veteranos, o los más noveles, que compensaban su falta de conocimiento con dedicación y el poco prurito respecto de intervenciones inéditas.

Aún hoy, recuerdo con cierta vivacidad algunos momentos de los aquí relatados. Es que la relación terapéutica moviliza mociones tanto conscientes como inconscientes, en ambos intervinientes, configurando un campo transferencial - contratransferencial. A ello ha contribuido las características de un encuadre tan singular como el de un tratamiento psicoterapéutico durante una internación psiquiátrica: el trabajo en alta frecuencia con la urgencia subjetiva de una paciente que se encuentra hospitalizada como medida de cuidado. Ha dejado su huella, incluso su impronta como tema de investigación, la notoria exigencia de trabajo psíquico propiciada por la continuidad, como elaboración progresiva.

---

<sup>1</sup> Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Contacto: [juanddelolmo@gmail.com](mailto:juanddelolmo@gmail.com).

<sup>2</sup> La primera versión de este trabajo, titulada “La pata mala. Notas de una internación psiquiátrica” fue presentada en las XVII Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2010. Ha obtenido premio en la categoría Clínica Psicológica de Adultos. La experiencia clínica relatada ocurrió con anterioridad a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Este escrito se ve enriquecido con las reflexiones vertidas en el artículo “Elementos winnicottianos para una clínica de la contratransferencia” (del Olmo, 2021).

## **Impresiones.**

“Pidamos el traslado”. Desde el primer día de hospitalización se indicaba su desalojamiento, proponiendo una derivación hacia otro hospital depositario de lo incurable. La fama de Anahí, sostenida por dos sendos tomos de historia clínica, la precedía. Incómoda y tediosa se tornaba su lectura, por el número inmanejable de hojas amarillentas y por las caligrafías diversas, pertenecientes a los distintos profesionales que la habían asistido en sus nueve internaciones psiquiátricas previas. Doce años transcurrieron entre tantos cambios, aunque persistía una invariante; el motivo de ingreso siempre ha sido intento de suicidio. Por lo general, sobreingesta medicamentosa.

No obstante, la presentación de la paciente no aparentaba un profundo malestar acompañado por la búsqueda de un tratamiento, sino que reflejaba los aspectos más molestos de pacientes con los denominados trastornos de personalidad. Sobre la pertinencia de cuál dispositivo de atención para éstos, se plantea una discusión, en especial respecto de la internación. Quienes afirman que no deben ser internados suelen justificarse en lo crónico del trastorno, y que *dar lugar* a una hospitalización en función de sus actings<sup>3</sup>, pone en marcha una puerta giratoria. Pero, cómo no internar a un paciente que conoce las palabras mágicas para conjurarse un ingreso al nosocomio.

La presencia de Anahí invocaba desagrado; por la cronicidad en la que devenía su cuadro, sus internaciones largas y altas dificultosas, con diagnósticos previos oscilantes entre un trastorno depresivo mayor y un trastorno de personalidad límite. Desagrado también a la percepción: impresionaba desaseada en términos generales, tenía olor a sudor, el cabello brillaba de grasa. Sus dientes estaban cariados y manchados. Rengueaba, por una patología congénita. Incluso, desagrado al trato: se expresaba con gestos de desdén, ironía, y una pretendida intelectualidad.

Anahí, de poco más de 30 años, quería encontrar motivos para vivir. En la primera entrevista, realizada en conjunto con el médico, pues ninguno de los dos queríamos dedicarle demasiado tiempo, comentó que tras el alta anterior se sentía con voluntad para llevar adelante

---

<sup>3</sup> El acting no debería identificarse por default como, justamente, un acting teatral. Se pueden señalar sin esfuerzo dos cauces de actuaciones: por un lado, entendiéndolas una convocatoria a que el analista ocupe o vuelva a ocupar su lugar en la transferencia; agreguemos, desde el pensamiento winnicottiano, la dimensión antisocial del acting, en cuanto actividad molesta (destinada a reclamar respecto de una privación) que compele al otro a hacerse presente y reparar su falla. En segunda instancia, el acting out con frecuencia implica la descarga, a través de una acción con contenido simbólico variable, de la cantidad (Freud, 1895) acumulada en un aparato psíquico incapaz de soportarla (en su doble acepción: aguantar, y brindar una plataforma de trabajo).

su vida, con renovados proyectos y propuestas laborales. Al toparse con los primeros inconvenientes, transcurridas escasas dos semanas, abandonó la medicación y emprendió un viaje por algunas provincias. Describió, casi recitando criterios dsm, sintomatología compatible con un trastorno bipolar: aceleración de ideas, episodios de euforia, derroche de dinero, y un descenso posterior del nivel del estado de ánimo, que no cesó hasta conducirla al intento autolítico que prologó el tratamiento actual.

- ¿Te parece que hago bien en buscar motivos para vivir? – le preguntó al médico.

*Motivos para vivir.* Su primera concepción de la cura.

### **De lo que hay que hablar.**

Anahí comenzó a llamar a la guardia luego del horario de retiro del equipo tratante, enumerando en cada oportunidad malestares idénticos: refería estar angustiada, hipobólica, reconocía tener dificultades para sostener actividades y relaciones interpersonales. No podía pensar. Sentía hormigueos y temblores, que relacionaba con su ansiedad. En su discurso emergía el padre, que no entendía “mi enfermedad”. Este llamado permanente a la disponibilidad de alguien había constituido una invariante durante su internación previa, con álgidos momentos en el inicio y hacia el final. En alguna oportunidad, solicitó que se la contuviera de manera mecánica (esto es, que se la atara a la cama). Tras la negativa de quien la evaluó, se realizó una autolesión mínima, que no obstante obligó la sujeción. Anahí había sido una pesadilla de paciente, de ahí (una de las fuentes de) el rechazo poco silencioso que causaba.

Luego de una semana de convocar a la guardia continuamente, ya en el contexto del espacio psicoterapéutico, Anahí dijo que su padre trataba de infundirle sus motivos para vivir, exhortándola a que se recuperara “poniendo voluntad”. Ello le provocaba impotencia y frustración, las mismas que la condujeron a esta internación. Uno de los efectos de la hospitalización previa había sido un proyecto laboral autogestivo de tejido, que se desmoronó cuando no consiguió confeccionar una bufanda. La angustiaba el no poder hacer “cuatro puntos seguidos”. Tampoco vendió otros productos que había finalizado con anticipación, dado que no los exhibía al parecerles feos.

Señalé esta sensación como una premisa: Anahí no podía hacer nada agradable a los ojos de los demás. Sentía dificultades para sentirse aceptada, querible para el otro. *La mirada del otro siempre rechaza*<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Mencionar esas palabras fue conjurar un exorcismo: en ese “otro” mencionado me incluía, de tal forma que estaba diciendo *yo también siento rechazo por vos*, liberándome de ese lastre ajeno, de ese afecto

¿Por qué tan fuerte la vivencia de rechazo? ¿Alguien la habrá querido, desalojándola después? ¿Quién no la quiso, o dejó de quererla, para sentirse tan rechazada?

“Mi madre, cuando falleció. Ella también tenía una enfermedad psiquiátrica y era discapacitada. Tenía un problema en la motricidad y andaba en silla de ruedas. Yo competía con ella, para alejarme de ella, no ser como ella, ser mejor que ella.”

Causada por esta carrera, se sumergió en una vorágine laboral que desconocía su verdadera capacidad. A través de una ONG facilitadora de empleos comenzó a trabajar en una empresa multinacional, dedicándose a la atención de clientes. Trabajaba largas horas, terminaba exhausta el día laboral, iba de la oficina a su casa y viceversa en un remis en calidad de refugio, porque le asustaba un poco la calle. Se sentía realizada, sentía que podía, pero por otro lado..., a los seis meses pidió licencia psiquiátrica por ataques de pánico, la cual se extendió durante dos años por “depresión”. No volvió a trabajar allí.

Recordaba este empleo como una huella de omnipotencia, un paraíso perdido; sus actividades laborales posteriores fueron artesanales e independientes. Con motivo de estas últimas, se retomó en el curso del tratamiento la propuesta de que realizara un pasaje por un dispositivo de inserción ocupacional cuidada, que ya le habían ofrecido durante la internación anterior. Anahí lo observaba con recelo: “Doy para más”. Y luego se rio: “Sé manejar el Amadeus, pero no el Windows”. De esta manera presentaba su funcionamiento psíquico disociado: la parafernalia que esconde la ruina. El exceso de lo inconsistente.

“Das para más, pero no das”, señalé. “El problema parece ser no la producción, sino la exposición a la mirada del otro (que compra, que emplea), siempre rechazante. Si el otro dice no, desaparecés.” Acto seguido, Anahí recordó “palabras rechazantes” de la madre, de aquella que la dejó de querer: discurso que le asignaba el lugar de loca e inútil dentro del sistema familiar. Ha pasado toda la vida en relación con estos enunciados, refutándolos y comprobándolos alternadamente.

Ha vivido para el Otro, en función de éste.

“Voy a necesitar que aumentemos la frecuencia de sesiones”, solicitó.

Las sesiones se hicieron diarias, oscilando su duración entre 20 minutos y una hora. Por varios meses, no buscó a la guardia.

### **La pata mala.**

---

contratransferencial impropio, transferido desde su posición. Al interpretarlo y comunicarlo, pudo ser puesto al servicio del trabajo clínico.

Se sentía desamparada, sin nadie a quien poder recurrir, sola, al no percibirse productiva y autosustentable. “Me falta una pata”, dijo.

“Una pata te funciona mal”, dije. Fue una jugada arriesgada, se sintió como tal, rápidamente podía convertirse en uno de esos excesos interpretativos que, en el mejor de los casos, no llevan a ningún lado. Se angustió. Recordó a su padre, ausente en todas las cirugías a las que fue sometida por su pierna. Actualmente le proporcionaba dinero, también reproches; un don agríndice. Este padre no acudía allí donde ella lo esperaba. A pesar de los intentos sistemáticos de no ver esa pata que falta, ésta también fallaba sistemáticamente. “Nunca me aceptó. Viví por los motivos de mi papá. Ahora tengo que encontrar motivos propios.”

Al otro día, amaneció con parestesias en miembros inferiores, y temblores.

Apareció el relato de la ideación autolítica relacionada con el cansancio por no poder cumplir con la expectativa de su progenitor. En el mismo movimiento, éste “quedó descalificado”: comenzó a contrastar al padre real con la imagen ideal, y la distancia entre ambos se le hizo significativa. Impresionaba constituir un viraje necesario para que su mirada dejara de recaer en las expectativas, raudamente transformadas en mandatos, que el otro guardaba para ella. “Mi papá siempre me angustia. No tolero más ser la ilusión de mi padre”. La expresión por el positivo esconde el enunciado verdadero, suena a una versión edulcorada de otro: fácilmente, dolorosamente, podría decirse *no tolero más ser la desilusión de mi padre*.

“Tu padre tiene ladrillos en la cabeza”, dije, tras escuchar los emblemas con que lo definía: un hombre dedicado a la albañilería, que sabía sobre levantar paredes y había construido varias casas para sí y su familia. “Y yo tengo colores en la cabeza”, agregó, enumerando los suyos: magisterio, bellas artes, cerámica, artesanías. En la medida en que Anahí trataba de alienarse en la lógica paterna buscando su beneplácito, comenzaban las sensaciones de irrealidad, la frustración, y dirigiéndose hacia una estrepitosa caída en cadena de fichas de dominó, en un horizonte cercano se dibujaba una nueva internación. Si renunciaba a (ubicarse en) la lógica del ideal del Otro, se abría el camino hacia su propio encuentro.

Segunda concepción de la cura: *¿cómo volverse real, auténtica?*

### **Su lugar.**

Con el precedente de una buena salida por unas horas, se acordó con la paciente un permiso para que fuera a su casa durante un día.

La tarde anterior llamó a la guardia. Angustiada, ha comentado: “no estoy lista para salir, no sé por qué dije que quería. Pero si no me voy de permiso, siento que voy a fracasar, y así me

dan ganas de autoagredirme.” Acompañaban sus dichos cosquilleos, parestesias, piernas flojas. Su cuerpo sucumbió ante la aparición de *su lugar*.

Finalmente fue, y encontró ese *su lugar*: el mismo sitio donde realizó la sobreingesta, congelado desde aquel tiempo, como una fotografía. La escena bordeaba lo insoportable. Algo pudo hacer; pudo ordenar algunas cosas, comprar la comida para el almuerzo, mirar un rato la televisión. Hasta que *ese lugar* cayó encima suyo con toda su densidad, y tuvo ganas de lastimarse. Un ápice de angustia señal le permitió volver al hospital antes del horario pautado para el regreso.

*Su lugar* no era su lugar. Anahí ubicaba nuevamente el dolor con el que había lidiado sin poder acallararlo durante los últimos doce años. El lugar de loca e inútil, aplastante, poseía una geografía real: la casa donde vivía, que no era suya sino un préstamo del padre, con múltiples señales de su ausencia tan presente. Una casa a medio construir, con huellas de cemento seco en el suelo, casi sin ventilación ni luz natural, a no ser por un pequeño jardín, de un metro por un metro, frente al dormitorio, hacia el fondo de la propiedad, donde algunas plantas crecían como podían entre herramientas de trabajo del padre. Suciedad y desorden abundaban como recordatorios de sus estados depresivos y del desdén por ese sitio tan ajeno.

“¿Cómo se puede hacer de ese lugar, tu casa?”, pregunté. “Con mucha onda, acompañada...” Necesitaba “eliminar rastros de mi papá, de su invasión. Por un momento sentí que no tenía donde volver. Viviendo ahí voy a terminar mal.”

*“No quiero estar en el lugar de siempre.”*

Como primer paso en esta construcción, proporcionó el teléfono de una amiga, de las fieles. En segunda instancia, el equipo tratante se amplió incorporando las intervenciones posibles de terapeutas ocupacionales sobre el lugar (físico) que habitaba. En su análisis, se trabajaba el otro.

Reconocer la omnipotencia como una ilusión, con toda la precariedad de la magia, delimitó sus capacidades y sus límites, aliviándola. Se abrió el juego a la participación de otros que la ayudaran, “para no terminar sola como un clown, haciendo malabares”. Cuando actuaba como tal en una función, reclamaba mirada, mediante un *como si*. Ahora, se planteaba la propuesta de que reservara ese rol para el público, permitiendo que algunos otros (pocos, elegidos, confiables) vieran y acompañaran, tras bambalinas, sus dificultades y no sólo el brillo efímero con el cual le gustaba encandilar. Que el otro la descubriera real, en sus luces y sombras, pero para ello, primero Anahí debía conectarse consigo y reconocerse, también, ahí en el defecto. Integrar su pata mala.

“En esta internación estoy hablando de lo que más me molesta”.

Los amigos comenzaron a surgir en el discurso. Había dejado de comunicarse con ellos luego de su euforia fugaz, y se inquietaba ante la sugerencia de hablar con ellos por teléfono, tomando la iniciativa del contacto; si fuera necesario, con la excusa de las próximas fiestas de fin de año. Guardaba muchos reparos respecto de cómo la verían al contarles que estaba internada en un hospital psiquiátrico otra vez. Este espacio también debía ser recuperado – arreglado – construido. Agenciarse de su casa y dejar de esperar al padre que nunca llegaba se inscribiría en el mismo movimiento de tomar una posición activa en sus afectos y salir a buscar, no sólo esperar ser encontrada<sup>5</sup>.

Finalmente, superó sus temores y se animó a la convocatoria. Aliviada, afirmó “no me van a cerrar la puerta como me lo imaginaba. El reencuentro con los espacios que deseaba sostener habilitó la circulación, el ir y venir, salir a la calle, armar un trayecto, un mapa y un itinerario para cuidarlos. Festejó fin de año en la casa de unos amigos, para lo cual se arregló, se vistió, se maquilló. “Me dio un poco de tristeza tener que dejar mi casa y volver al hospital. Tengo ganas de estar allá”. “Me parezco en algunas cosas a mi padre, entre ellas que ocupo un lugar; no lo habito. Me gustaría comenzar a habitar mi casa”.

Hacia el quinto y último mes de internación, ya concurría parcialmente al dispositivo ocupacional previamente mencionado, en una modalidad provisoria excepcional: durante un tiempo asistió tres veces por semana, permaneciendo dos días en el hospital para los espacios terapéuticos. Luego, se instaló una frecuencia diaria. Al principio se quejaba, no le gustaba, reclamó que en el equipo tratante restábamos importancia a su malestar. Solicitó atención por guardia para manifestarse, aduciendo que el encuentro con los talleres en cuestión le provocaba ideas de lastimarse. Ya en sesión, dijo que le recordaban a su escuela secundaria, donde la pasó mal (otra huella del rechazo). Acordamos en el equipo mantener la indicación de que continuara asistiendo al dispositivo. También nos comunicamos con la guardia del día, comentando la situación y anticipando lo que podría acontecer. Anahí podía decidir no salir, en caso de que se le tornase intolerable. Se mantuvo el marco, sabiéndolo adecuado, dándole libertad y autonomía para que se exprese. Quizás, la protesta era su manera de despedirse: también hacia el final de la internación anterior había comenzado a llamar nuevamente a la guardia. Como si el alta consistiera en una expulsión.

Anahí salió de permiso, sin llamar a la guardia.

---

<sup>5</sup> La catástrofe del no ser encontrado es uno de los temas principales, que adquiere distintos nombres, en la obra de Winnicott.



### **La última vez.**

Durante uno de los últimos encuentros, Anahí me preguntó si podía continuar atendiéndola luego de su alta. Extensas reflexiones, supervisiones y consejos, precedieron a mi respuesta. No, yo también dejaría la sala de internación por la finalización de mi tiempo de trabajo allí, y regresaría a mi hospital de base. “¿A cuál?”, volvió a preguntar.

Le respondí. Agregué que ella continuaría tratamiento por consultorios externos con el mismo equipo que la trataba antes de su internación, en la institución, con el cual además mantenía un buen vínculo. Se mostró conforme.

“Estoy lista para iniciar frecuencia diaria en los talleres de trabajo, les voy teniendo cierto cariño. Me voy perdiendo cosas de ahí por ir tres veces por semana”. No impresionaba estar apurada por conseguir un trabajo rentado; primero estaban el cuidado y el desarrollo de ella misma, junto a la re-creación de su casa. Retomaría las consultas por traumatología y neurología en el hospital más cercano al de la internación, que resultaba ser el mismo al cual yo volvería.

“Quizás un día te paso a saludar”.

“Bueno, pasá”.

Nos despedimos, y permanecí mirándola mientras se dirigía a las puertas enrejadas, que en mis mejores expectativas representaban no una salida, sino una entrada a una vida un poco más integrada.

### **Anotaciones finales.**

La integración como movimiento psíquico de síntesis de objetos, afectos o instancias disociadas, fue postulado por Melanie Klein como uno de los trabajos y posibilidades que ocurren durante la posición depresiva. Winnicott la ubica como uno de los procesos de maduración, a la par de la personalización y de la realización. En cuanto a lo desarrollado en estas páginas, en lo concerniente a Anahí cabe señalar la integración de elementos disociados y de la pérdida en la experiencia del self, para lograr un sentido de existencia más estable. En cuanto a la integración que queda del lado del terapeuta, importa ubicar la aceptación de afectos displacenteros, entre ellos el rechazo: su evaluación y dimensionamiento, con su posterior elaboración, de acuerdo con la procedencia. Si se trata de un rechazo en la transferencia, el escenario analítico será su arena. Si afecta a la contratransferencia subjetiva, íntima, los espacios de análisis propio y supervisión brindarán herramientas para su encauce.

Little (1951) afirma: *“lo que constituye el mayor peligro y una de las mayores dificultades de la contratransferencia es la actitud paranoide o fóbica del analista acerca de los propios*

*sentimientos*". Por los distanciamientos e impasses en el tratamiento, actuaciones del terapeuta; en fin, la caída del analista. La integración, como aceptación y elaboración de contenidos y afectos, también aplica como una tarea que atañe al terapeuta en su función.

### **Bibliografía.**

**Borges, J. L.** (1977): "El espejo". En *Obra Poética*, Emecé Editores, Buenos Aires, 2007.

**del Olmo, J.** (2021): "Elementos winnicottianos para una clínica de la contratransferencia". En Carlos Tewel (comp.): *Psicoanálisis Escuela Inglesa. Sus aportes a la clínica actual*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 2021.

**Freud, S.** (1895): "Proyecto de una psicología para neurólogos". En *Sigmund Freud - Obras Completas*, volumen 2. Buenos Aires: Biblioteca Nueva / Editorial Losada, 1997.

**Klein, M.** (1952): "Algunas consecuencias teóricas sobre la vida emocional del bebé". En *Envidia y gratitud, y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós. 2015.

**Little, M.** (1951): "La contratransferencia y la respuesta del paciente", en *Transferencia neurótica y transferencia psicótica*. Santiago de Chile: Pólvora Editorial, 2017.

**Winnicott, D. W.** (1945): "Desarrollo emocional primitivo". En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

**Winnicott, D. W.** (1963): "El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos". En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

**Winnicott, D. W.** (1971): "Objetos transicionales y fenómenos transicionales". En *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa. 1972.

**Winnicott, D. W.** (1971): "Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño". En *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa. 1972.