

*Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 5(1), enero-junio 2024, pp. 159-185.  
ISSN: 2730-4833 (papel), 2730-4957 (en línea). DOI: [doi.org/10.53693/ERPPA/5.1.9](https://doi.org/10.53693/ERPPA/5.1.9).

# NOS VISITA EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL

CONVERSACIÓN CON ALEJANDRA PLAZA ESPINOSA  
Y ROSA VELASCO

**Humberto Giachello**

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: [hgiachello@gmail.com](mailto:hgiachello@gmail.com)

ORCID: 0009-0009-0364-3232

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

GIACHELLO, H. (2024). Nos visita el psicoanálisis relacional. Conversación con Alejandra Plaza Espinosa y Rosa Velasco. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 5(1), 159-185. DOI: [doi.org/10.53693/ERPPA/5.1.9](https://doi.org/10.53693/ERPPA/5.1.9)

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Alejandra Plaza Espinosa es psicóloga por la Universidad Intercontinental (UIC), tiene una maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y dos doctorados, uno en Investigación Psicoanalítica del Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social (IIPCS) y otro en Psicoanálisis de la UIC.

Es expresidenta y miembro fundador del Capítulo Mexicano de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARPP, por su nombre en inglés). Fue presidenta del IIPCS y coordinadora del Consejo Académico de dicho instituto. Fue miembro del Comité Editorial de la revista de psicología y psicoanálisis *Aletheia*. Fue analista didacta y supervisora de los estudiantes de la maestría en Psicoterapia Psicoanalítica, del IIPCS.

Actualmente forma parte del Consejo Directivo del Capítulo México y de la Sociedad Mexicana de Psicoanalistas Relacionales. Coordina el Taller de Escritura de Textos Relacionales. También es miembro del Consejo Editorial de la revista *PsiRelacional*, de la Asociación de Psicoanálisis Relacional e Portugal. Junto con el Dr. Joan Coderch, es coautora del libro *Emoción y relaciones humanas. El psicoanálisis relacional como terapéutica social* (2016). Asimismo, es autora de artículos en revistas y coautora de libros psicoanalíticos.

Rosa Velasco es médica psicoanalista. Es miembro didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). También es miembro de la Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional (IARPP) y su expresidenta en España.

Es supervisora clínica en España, Portugal, México y Uruguay, y docente del máster en Psicoterapia Psicoanalítica Contemporánea en la Universidad Ramon Llull (Barcelona) y del Diplomado Internacional Práctica del Psicoanálisis Relacional (Ciudad de México). Dirige el Seminario de Supervisión Clínica en modalidad virtual desde una perspectiva psicoanalítica relacional en la SEP.

Integra el Consejo Editorial de *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*. Trabaja en Barcelona.

## INTRODUCCIÓN

La conversación que hemos registrado para *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica* es el testimonio de un encuentro, de un diálogo entre amigos. Compartimos, en diferentes lugares del mundo (Barcelona, Ciudad de México y Montevideo), la práctica psicoanalítica desde una perspectiva relacional.

Aunque no hace mucho que las conozco personalmente, he llegado a sentir la cercanía y la amistad y a apreciar la calidad humana e intelectual de ambas invitadas. Me uní al Grupo de Intervisión Clínica, con Rosa, y al grupo de IARPP México, con Alejandra, donde compartimos lecturas, viñetas y escrituras colectivas. La confianza que me ha generado la interacción recíproca con ellas me animó a invitarlas a participar en esta convocatoria del Consejo Editorial de *Equinoccio*. La excusa ha sido responder a la convocatoria de esta publicación y confío en que nuestra charla resonará de alguna manera en sus lectores.

El tema de la revista me parece una alusión a lo que está ocurriendo, tanto en el contexto actual como en nuestras vidas. Desde el psicoanálisis siempre hemos vinculado lo actual con lo pasado; en nuestro pensamiento psicoanalítico contemporáneo, lo que sucede aquí y ahora también está íntimamente ligado con el pasado. La conversación es el producto del dispositivo que nos han ofrecido, encarnado en quienes somos y en cómo sentimos el psicoanálisis relacional. Ofrecemos un intercambio reflexivo, distendido y cálido.

Me siento muy honrado por la invitación del Consejo y por la respuesta inmediata y generosa de las invitadas. La lectura de este texto es una excelente oportunidad para acercarse a sus ideas y conceptos en un formato fresco. Estoy seguro de que estas nuevas compañías nos enriquecerán. A continuación, la conversación con Alejandra Plaza Espinosa, de México, y Rosa Velasco, de Barcelona.

Humberto Giachello

## LA CONVERSACIÓN

HUMBERTO GIACHELLO: Hola, amigas, estoy muy contento de ser anfitrión de esta conversación y de alguna forma presentarlas a nuestra gente de AUDEPP y del sur en general. Desde el Consejo Editorial de la revista *Equinoccio* me pidieron si podía organizar un encuentro y les ha gustado mi propuesta y que ustedes estén disponibles para participar. Me gustaría que, a través de este intercambio, pudiéramos transmitir lo que pensamos desde el psicoanálisis relacional sobre estos temas que convocan al número de la revista sin tratar de abordarlo todo. Transmitir algo de nuestra práctica clínica y cómo nos situamos en la relación analítica y en el encuentro con el paciente. Por ejemplo, la noción de *mutualidad*. Me parece interesante poder pensar que en la sesión analítica nos suceden cosas a los dos y a los múltiples personajes que nos habitan, que es algo del intercambio y de la interacción que se expresa en el diálogo y en las emociones que se comparten en sesión. También que pensemos la mirada del psicoanálisis relacional sobre los contextos de los cambios en el mundo y la sociedad y su impacto en la subjetividad y en la clínica.

Quizás podemos iniciar con algo de lo que nos contaba anoche Alejandra para situarnos rápidamente en este viraje de lo relacional y pensar el contexto, que para nosotros es fundamental.

ALEJANDRA PLAZA ESPINOSA: Si les parece bien, empezamos así. Les platico un poco de lo que estuve reflexionando respecto de esto que significa el yo, el otro y el mundo.

Me parece un aporte precisamente fundamental del psicoanálisis relacional. Incluye todo lo contextual, es decir, esa transformación que se vivió a partir de cómo era antes, en la teoría clásica de Freud, se le daba prioridad a lo interno, es la mente aislada. Y a partir de los aportes del psicoanálisis relacional, que se abre a todo lo contextual, estamos incluyendo el mundo como un factor determinante. Pienso, por ejemplo, en esta idea de Galit Atlas de la *herencia emocional*, cómo

viene desde generaciones anteriores una transmisión de un lugar y de una historia que se actúa, pero esa parte generacional tiene que ver con lo transobjetivo. Entonces, hay una conexión intrincada, podríamos decir, entre lo externo del contexto y lo interno, que determina que se dé lo intersubjetivo, y de esta manera se va construyendo el *self*.

Es un gran aporte para tomar en cuenta todo lo que sucede en el mundo, desde la historia, pero también en el momento actual, lo que cada familia está viviendo, cómo se construye la matriz relacional. Como también Joan Coderch menciona el concepto de *matriz relacional sociocultural*, porque el bebé que llega a esa familia la transforma y la familia también va construyendo esta subjetividad del niño.

Es importante incluir lo contextual en nuestras sesiones clínicas para entender de dónde viene todo lo que esta persona está viviendo, sufriendo, o simplemente para entender lo que está actuando. Creo que esta parte transgeneracional se va conectando con lo que la misma persona trae, porque no es solamente un sujeto inerte ante lo que recibe, sino que es una persona que trae desde la dotación genética hasta su propio deseo, que va construyendo a través de la historia. Y de este modo se va haciendo un entramado muy importante, tanto en la relación con el exterior como con lo interno, en la construcción de su propia subjetividad.

Pensaba pertinente introducir un concepto que me parece importantísimo: la *agencia social*. Es indispensable para construir un mundo, siguiendo esta línea hacia el exterior, que pueda ser un lugar habitable. Un lugar en donde se pueda vivir con más tranquilidad y mejor. Un hogar, de alguna manera. Y también para construir un lugar interno en relación con la posibilidad de cierta tranquilidad para estar en el mundo, de sentirse bien para actuar y hacer cosas. Entonces, la *agencia social* para construir este mundo más llevadero, mejor y más tranquilo; y la *agencia personal* para construir una vida en la cual la persona se sienta mejor. Estas son unas ideas iniciales que quisiera plantear acerca de la importancia de lo contextual.

**HUMBERTO:** Siguiendo este hilo acerca del hogar, yo pensaba en la dinámica de la sesión y en la hospitalidad que podemos brindar en el encuentro clínico y cómo puede ser también un hogar relacional. Un lugar cálido para poder pensar estas cosas que tienen que ver con los orígenes. Pero a su vez este pensamiento abierto que tenemos hacia lo nuevo que puede ocurrir aquí y ahora en la sesión y en la interacción que tenemos en la clínica. Poder generar nuevas vivencias, nuevas emociones, al modo de un desarrollo continuo posible. No todo está marcado desde el origen, si no, no sería posible iniciar algo nuevo que puede ir surgiendo, editándose, como una expectativa de cambio cuando nos enfrentamos a cosas que nos marcaron, nos dejaron huellas y nos dificultan el relacionamiento. Además, en este hogar o en esta hospitalidad de la sesión está la posibilidad de generar cosas nuevas que nos desamarran de las cosas que venimos cargando.

**ROSA VELASCO:** Me gusta mucho esta introducción, Alejandra, para meternos en el tema y me parece importantísimo el puente que haces, Humberto, para adentrarnos en nuestro trabajo.

*El otro no es tan distinto a mí, el otro es alguien parecido a mí.* Una de las cosas que podemos pensar entre los tres aquí es que, cuando atendemos a un paciente, lo escuchamos sin prejuicios, con una mente abierta. Tratamos de captar, identificar y reconocer en el otro experiencias que muchas veces no se expresan con una narrativa, sino que se expresan a través de sintomatología, a través de problemas.

El paciente viene a nuestras consultas con el deseo de recibir una ayuda para estar mejor. Una de las cosas a pensar es que el otro no es tan distinto a uno. Esta posición nos coloca en un lugar empático que no es de simetría, porque hay una diferencia entre el lugar que ocupa el analizado y el lugar que ocupa el analista. El paciente viene a la consulta buscando ayuda y el analista se dedica, justamente, a trabajar y a estudiar con una actitud de comprender empáticamente a su paciente. Mientras que el analizado viene con una predisposición a recibir esta comprensión empática.

El modelo médico, o sea, el de un paciente que va al terapeuta o al médico buscando un remedio o una solución, es un modelo del pasado. El modelo psicológico es un modelo del presente en el cual, como acaba de decir Alejandra, hay un desarrollo en la persona, tanto en el paciente que viene con su preocupación, como en el que escucha, que es el analista. Y hay un desarrollo también en los contextos. Los contextos que tenemos ahora son diferentes.

¿A qué me refiero cuando digo que es un modelo psicológico el que nos ocupa para entender la comprensión de sufrimiento psíquico? Me refiero a que el terapeuta que escucha a su analizado lo hace con el objetivo de contribuir a que él desarrolle formas que lo protejan, formas que lideren un desarrollo emocional que hasta ese momento estaba comprometido o detenido. Es decir que al paciente nosotros no le damos una interpretación (este sería un modelo más freudiano, basado en el modelo médico, donde el médico da una medicina). Contemporáneamente, una escucha atenta que acompaña al paciente en su subjetividad conlleva un despliegue de sensaciones, sentimientos y pensamientos. El objetivo del analista es ayudar a reducir el dolor mental. Ayudar a que se desarrolle o a que se ponga en marcha una subjetividad que está en déficit o que no se contempla, que no se tiene en cuenta.

**ALEJANDRA:** Esto que dice Rosa me parece muy importante porque creo que allí viene este cambio, este giro relacional de no mantenernos en que el terapeuta es *el que sabe*. En el análisis relacional, el psicoanalista no es aquel que sabe lo que pasa en el inconsciente del paciente y le puede dar una interpretación que va a abrir ese mundo inconsciente para que su paciente lo entienda y cambie sus síntomas. La gran diferencia y la gran importancia del análisis relacional tiene que ver con ese entendimiento de lo que sucede en la relación. Cómo la persona ha sufrido con las relaciones que ha tenido con otras personas va quedando guardado en el inconsciente implícito, se repite de tal manera que se mantiene el sufrimiento.

Una parte fundamental de lo relacional es darle la importancia a la relación intersubjetiva, es decir, a esto que nos atañe, que es el yo y

el otro. Entonces, en ese sentido, el tema que trae Ramón Riera de la conexión emocional me parece fundamental porque es precisamente lo que va dando un color, una esencia o una vivencia intensa a esta relación. En otras palabras, esta emoción da un pegamento o un rechazo o da un tono o un color a la sensación para ver cómo se va haciendo esta conexión, que de alguna manera permite que la persona sea entendida. Se trata de esta parte empática que mencionaba Rosa.

Me parece fundamental que el paciente como persona se sienta entendido, acompañado, validado en lo que siente, lo cual implica un gran cambio en lo que ha vivido en otras relaciones, que está en el inconsciente implícito. Pero no solamente está grabado allí, sino también en la experiencia no formulada, en lo que está disociado. La parte emocional va conectando estas partes disociadas, pero, sobre todo, va haciendo que la persona se sienta cerca y entendida por el otro. Esto va a ser un punto importantísimo para el movimiento del paciente y para poder sentirse mejor en otras circunstancias.

**HUMBERTO:** Para que suceda eso, nosotros como terapeutas tenemos que ponerlo todo en esa dinámica, desde la curiosidad, las ganas... Y también ser conscientes de lo que estamos viviendo y lo que nos va provocando lo que va surgiendo en la sesión.

**ROSA:** Estamos hablando también en el presente de un legado de Freud. Somos psicoanalistas contemporáneos, es decir, tratamos a personas que están viviendo en el presente, con lo que eso conlleva. Freud nos habló de un inconsciente muy centrado en el sentimiento de culpa, *el hombre culpable*. Desde la perspectiva psicoanalítica relacional, ampliamos la comprensión al desarrollo del *self*, entonces, nos encontramos con el sentimiento de vergüenza. La vergüenza es el afecto central del *self* y esto ya lo desarrollaron primero Kohut y después todos los intersubjetivistas.

A mí siempre me gusta poner alguna viñeta clínica para poder pensar entre todos algo más concreto. Ahora recordaba una experiencia clínica donde llama al teléfono una persona, una joven mujer, que

quería acordar una cita para su primera consulta conmigo porque había leído en una revista *online*, en internet, un trabajo sobre el sentimiento de vergüenza. Yo he escrito algunas cosas sobre este sentimiento. La conversación telefónica fue hace ya algunos años (en aquel tiempo, las primeras visitas llegaban con un llamado al teléfono fijo; hoy en día, hablando de la contemporaneidad, las primeras consultas pueden llegar a través de un mail o directamente por un teléfono móvil). El día en el que acordamos la visita, suena el timbre en mi consulta y abro la puerta. Al abrir la puerta y ver quién es esa persona que viene a mi consulta —siempre ese momento nos impacta—, me encuentro con una mujer joven de África central. Una mujer joven muy distinta a mí. Esto tiene que ver con lo dicho sobre *el otro no es tan distinto a mí*. Quiero hablaros de aquella experiencia.

Pasa a la consulta y pregunto: «¿En qué te puedo ayudar?». Utilicé el *tú* por la juventud de mi paciente, otra de las cosas que van variando en función de nuestra contemporaneidad. Los angloparlantes no tienen problema porque el *tú* es igual al *usted*, pero en nuestra lengua podemos recibir al paciente con el *usted* o con el *tú*, aunque preferimos cada vez más el *tú*. Ella me responde: «Mira, yo trabajo aquí, vivo en Barcelona, me da mucha vergüenza conocer a un chico. Me gustaría conocer a un chico, pero yo creo que, si no hago terapia, no lo voy a conocer».

Estuvimos hablando para entender, como dice Robert Stolorow, los mundos de experiencia llenos de vergüenza. Estuvimos hablando de su contexto de origen. Ella era una mujer adoptada desde muy niña por un profesor francés en África central. Estudió una carrera universitaria, estaba trabajando en Barcelona. Su lugar de origen era muy distinto al lugar donde vivía. Una de las cosas que entendimos muy al inicio fue cómo el pasado está inscrito en el presente, legado de Freud que desarrollamos los psicoanalistas en cada experiencia con un paciente. El hobby que ella tenía era hacer fotografías, le gustaba mucho. El hobby es algo muy subjetivo. ¿Dónde va a conocer al chico que le guste? En el contexto donde su subjetividad le resuena a ella, porque es algo que le interesa.

Estuvimos viendo que le gustaba mucho hacer fotografías porque ella no tenía ninguna de cuando era niña, porque en su poblado africano, de donde ella venía, eso no existía. Existía mucha precariedad, fragilidad. Ella no tenía un registro de nacimiento, no sabía exactamente en qué año había nacido. Todo esto está en el pasado de esta persona. Ella se dedica en el presente a hacer registros de nacimiento porque trabaja en una embajada. Vive con pasión su profesión. «¡Qué importante es que, cuando nace un bebé, los padres, la madre lo lleve al registro y quede registrado!», me decía con emoción.

En el transcurso de ese trabajo terapéutico le dije: «Mira, yo creo que juntas, tú y yo, estamos registrando experiencias vividas». Los terapeutas somos *registradores* de las vivencias que no estaban suficientemente registradas. Esta persona, al cabo de un tiempo de terapia, un día comenta: «Me he apuntado a un curso de fotografía, he subido en el autobús, me he fijado y me he sentado al lado de un joven que aparentemente me gustaba». Se sienta al lado de este joven, empiezan a dialogar y aparece esa experiencia de relación, de sintonía, de compartir intereses parecidos.

Ahora, seguramente, estará con su compañero de vida (un catalán que conoció) en África, porque ella quería volver. Pero ¿qué aprendí yo de esta experiencia tan singular? El otro no es tan distinto a mí porque el sentimiento de vergüenza que estaba en esta joven a la hora de abrirse al mundo y conocer a este compañero de vida está en todos, seamos de África central o de Barcelona o de Montevideo: está en todos. Poder escuchar a esta persona como un semejante, que en un momento determinado tiene una preocupación o un bloqueo o una inhibición, es considerar que los estados de ánimo son transitorios y que si los registramos no se cronifican. Entonces, cuando se registra ese estado de ánimo en la habitación íntima donde el análisis ocurre, el espacio mental queda liberado para otro estado de ánimo.

**ALEJANDRA:** ¡Qué bonita narración, Rosa! Creo que allí hay una parte compleja en la cuestión de lo que decías hace un momento. Finalmente necesitamos tratar de estar fuera de nuestros prejuicios o tenerlos claros, porque tampoco podemos liberarnos de ellos. Es decir,

están allí impregnados en el inconsciente y de ahí es donde viene el mundo externo e interno a tomar un lugar e interactuar. Si tenemos presentes estos prejuicios, podemos darnos cuenta de cómo influyen en la interacción con los demás.

Esta parte donde tú dices que somos diferentes pero no tanto me parece clave porque es cierta. Puede haber muchas cosas que vienen del exterior y que pueden formar parte de uno, que se convierten en nuestra visión de quiénes son los demás, que hacen a cómo los percibimos nosotros, a cómo hemos aprendido, por decirlo así, o a cómo nos hemos transformado en alguien con ciertas concepciones de la vida y del mundo. Entonces, cuando entra esta mujer africana y te sorprende de alguna forma, te preguntas: ¿cómo vas a vivir esto? ¿Cómo vas a trascender la relación para conectarte con lo que no es tan diferente?, con este sentimiento de vergüenza, a lo mejor, incluso, de vergüenza de nuestros propios prejuicios. Es fundamental identificarlo como algo que es importante trascender en nuestra profesión, para conectarnos con el centro, con lo importante que es esta relación humana y las emociones que nos conectan, estas vivencias, el sufrimiento y la cuestión de la vergüenza, como decías, de las cosas que a veces nosotros no aceptamos en nosotros mismos. Siento que en la relación contigo, al poder trascender esta parte y sentirse aceptada, entonces puede establecer una relación con alguien más, porque está esa posibilidad. Lo que decías hace un momento: abrimos posibilidades, nuevas relaciones, nuevas formas de ver el mundo, nuevas formas de vernos a nosotros, y esto nos amplía la posibilidad de las vivencias que tenemos y de las experiencias con los demás. Tu viñeta me parece muy bonita y esclarecedora, también, de lo que estamos charlando.

**HUMBERTO:** Es bien interesante cómo la vergüenza está, a veces, íntimamente relacionada con la identidad. Rosa, respecto a desplazar los estados de ánimo, ¿puedes profundizar tus ideas?

**ROSA:** Yo creo que los tres hemos tenido, en muchos momentos, experiencias con nuestros pacientes que vienen a nuestra consulta con su apesadumbramiento, con su tristeza, con su depresión. Siempre que hay una depresión, hay una autocrítica, esto es algo muy corriente en las personas que sufren. Escuchamos sin prejuicios, buscando captar y registrar mundos subjetivos, estados de ánimo. Si un estado de ánimo queda registrado, si alguien en la consulta comparte con nosotros un estado de ánimo (por ejemplo, la irritación que generó un imprevisto), para poder *escucharlo*, el terapeuta tiene que poder estar conectado con sus estados de ánimo, con momentos propios en los que ese sentimiento ha existido y reconocerlo como algo humano, no como algo extraño. Esa experiencia de conexión intersubjetiva que se produce en la sesión analítica conlleva la identificación de ese estado de ánimo, en primer lugar. Una experiencia de reconocimiento de que existe, de naturalización, de legitimación. Son situaciones previas a la transformación de ese particular estado de ánimo en otro.

Para que se libere la curiosidad, que está siempre frenada en alguien que sufre, en la interacción analítica se registran las experiencias subjetivas. Si esto ocurre en el espacio íntimo que es la sesión de psicoterapia psicoanalítica, la persona que trabaja con nosotros va desarrollando formas nuevas de estar consigo misma. A estas formas nuevas de estar consigo yo las llamo *desarrollos de la adultez, desarrollos maduros*. Durante toda la vida estamos aprendiendo cosas. No llegamos a adultos cuando cumplimos dieciocho años y ya está, no. Durante toda la vida estamos desarrollándonos; esto ya lo decía Frank Lachman cuando lo escuché por primera vez en un congreso de la IARPP. Durante toda la vida estamos desarrollando aspectos maduros de la personalidad. Él decía: «si es que algún día llegamos a ser maduros del todo, porque me parece que no se consigue ser maduro del todo». La comprensión que el analizado, con ayuda de alguien que escucha con atención, puede darse a sí mismo cuando surge un estado de ánimo determinado es algo central, esencial, en el trabajo cotidiano de nuestras consultas.

**HUMBERTO:** En el vínculo terapéutico se puede construir la confianza para poder compartir esos estados de ánimo tan dolorosos y vergonzantes, y esta posibilidad restablece una vivencia de integridad. Esta cosa que se gana en el proceso analítico, de sentirse bien con uno y poder superar o poder vivirse a sí mismo de una forma nueva más genuina y libre, me parece que es fundamental.

**ROSA:** Está el sufrimiento, tenemos que ver los contextos, el contexto del presente, trabajamos desde el más inmediato presente, pero teniendo en mente los diferentes contextos de desarrollo. Esta persona que tengo delante en este momento sufre porque le ha pasado esto, ¿qué cosas ocurrieron antes de ahora? Nuestro trabajo es contextualista.

Nombramos estados de ánimo, el paciente de primeras no tiene esa narrativa, no sabe escucharse a sí mismo de esa manera. El paciente viene con experiencias de sufrimiento, con traumas recientes y con traumas anteriores, del pasado. Pero, además, para hacerles frente a las experiencias difíciles (como, por ejemplo, la experiencia traumática de sentirse solo en la infancia), el paciente ha desarrollado teorías que son las teorías infantiles. Se ha configurado en su mente una explicación de por qué está sintiendo lo que siente o por qué pasa lo que está pasando. Entonces, el terapeuta psicoanalítico que trabaja con la persona que sufre escucha, pero atiende a lo que llamamos un *desarrollo del carácter*. El carácter de la persona, las estructuras caracteriales de la persona que se abren en la sesión, tiene que ver con estas teorías, que casi siempre son rígidas, de explicar nos el mundo que nos rodea cuando falló la experiencia principal de transformación del dolor, que es poder contar con alguien para compartirle mi sentimiento de pena o de malestar. Esta centralidad de que yo estoy conectado con mi vulnerabilidad y puedo contar con alguien para compartirle mi fragilidad no ha funcionado de manera continuada; habrá funcionado, pero de manera discontinua. Existe un sentimiento de soledad.

La persona que sufre ha desarrollado unas teorías de cómo funciona el mundo, de cómo funcionan las relaciones. Estas teorías no ayudan, pero están ahí. Nosotros en la consulta vemos a la persona, vemos la fragilidad, la vulnerabilidad, los estados de ánimo del sufriente, pero también vemos este desarrollo de las teorías infantiles y que acompañan a esa persona en su vida para hacerle frente a las nuevas situaciones que se presentan. Entonces, vamos a escuchar al paciente en función de todo esto.

**ALEJANDRA:** Me hacen pensar en la parte tan importante de nuestro trabajo que es la cuestión de la mutualidad, como lo viene hablando Humberto, en relación a que esa persona que sufre también nos mueve cosas a nosotros, que sufrimos, y también nos conecta con nuestra propia historia. De este modo, podemos entenderlo porque nosotros hemos pasado por circunstancias parecidas. O, a lo mejor, no tan parecidas, pero conocemos el sufrimiento y eso nos hace entenderlo en una parte medular, en el corazón, en la parte que siente.

Pensaba que esta cuestión tiene que ver con la posibilidad de que el paciente se sienta entendido en eso que nos está narrando. Pero no solamente que se sienta entendido, sino además que pueda ver que estamos involucrados. Nosotros no recibimos lo que cuenta como alguien a quien le narran una película o le narran cualquier cosa, sino que lo que está viviendo, lo que nos está narrando, es algo con lo que nosotros estamos allí involucrados, sintiendo lo que él está mostrando. A su vez, también estamos comprometidos con este trabajo emocional, con su dolor. Es un poco como decía Donna Orange: «las campanas repican por ti, también lo hacen por mí».

Entonces, allí es donde el paciente comienza a sentir que tiene un lugar; es decir que no es alguien transparente, lo que vive le atañe a alguien, por más vergonzoso que sea o por más que se enoje. A pesar de toda esa serie de emociones que él mismo o la gente a su alrededor ha descalificado, hay alguien que está ahí y que no se va a desligar. Hay un compromiso con él y que, por lo tanto, al sentirse con un lugar también nos transmite a nosotros la sensación de que estamos ayudándole y le podemos transmitir esa sensación. En la regulación mutua de

los afectos, hay un proceso transformador internamente que va modificando el inconsciente implícito, va haciendo modificaciones, cambios en lo profundo. Y esto le va a permitir tener otra forma de relación y también sentir que no tiene por qué tener vergüenza. Al ser acompañado, su dolor no es tan fuerte. Finalmente, eso que se atreve a decir en el consultorio, gracias a ese entendimiento que se da, es algo que estaba disociado, no estaba formulado. Un poco como explica Donnel Stern. Al tener un lugar seguro para poder hablarlo, empieza a conectar sus experiencias, a poder formular eso que no había podido decir, a sentirse reconocido por eso que está pudiendo decir. Hay cambios en la subjetividad que vienen de la intersubjetividad, de la conexión. Esta parte emocional de poder saber que tiene un sentido lo que está sintiendo, valga la redundancia.

Regresando a lo que decía Rosa, esa es la gran importancia de que la historia vaya cambiando. Esta narración que ha hecho de sí mismo, de su propia vida, le permite tener un sentido de continuidad en el mundo, tal como dice Winnicott. Porque esas historias corresponden a la explicación de: «¿Por qué me tratan así?», «¿Por qué he sufrido de tal manera?». Estas nuevas experiencias le permiten que vaya creando una nueva historia de sí mismo; va modificando el pasado, aunque no haya una modificación de los hechos, sí es nueva la relectura que hace. Esta modificación le permite tener otro lugar en el mundo.

Creo que eso es lo bonito de nuestro trabajo o plantearlo así hace que suene muy bien. Aunque claro que hay cosas muy difíciles y nosotros sabemos que, en el contexto cotidiano del trabajo, tenemos que ir puliendo esas experiencias, poquito a poco. Porque incluso van a veces en contra de nuestra propia sensación, «¿Por qué hace esto?» o «¿Cómo permite que le traten de esta manera?», etcétera. Una cuestión a revisar es todo lo que nos mueve a nosotros y cómo vamos a usar eso para ayudarle al paciente a ampliar este mundo de relaciones.

**ROSA:** Nuevos desarrollos surgen a partir de la iniciativa que tiene la persona para pedir ayuda. Hoy en día la consulta puede llegar telefónicamente, por mail, por whatsapp. Una primera consulta con un especialista de la salud emocional tiene un valor, esa es la agencia de

salud. «Yo busco ayuda porque no me encuentro bien»: esta iniciativa es la parte madura de la personalidad.

Alejandra, acabas de nombrar la disociación. Trabajamos aspectos de la persona que está en ese momento buscando ayuda a través de la escucha analítica. De esta forma se desarrolla un sentimiento de integración. «¿Quién soy yo?, ¿soy una persona que merece tener una pareja? Y, si no la encuentro, ¿es porque no la merezco? ¿Qué clase de persona soy yo si me veo a mí mismo predominantemente muy enojado?».

Cuando escuchamos con atención al paciente, comprendemos si esta persona se ve, en parte, a sí misma como alguien defectuoso, como alguien que siente tener en sí misma un defecto de fábrica. En este sentido, una teoría intersubjetivista y contextualista ayuda a escuchar a los pacientes. Rescata la idea que tienen muchas personas que sufren de que el defecto está en la persona. Lyons-Ruth nos decía en su visita a Barcelona que la experiencia psicoanalítica es poder llegar a alcanzar, en la habitación íntima del análisis, el *yo siento que tú sientes lo que yo siento*. Cuántas veces el terapeuta analítico escucha a una persona expresar una idea sobre sí que otra persona ha producido en ella; por ejemplo, el paciente siente que su mamá siente que él es muy raro. Las dinámicas intersubjetivas en el desarrollo, las respuestas que la persona recibió de su contexto, pueden producir convicciones que son un techo. Tendremos, entonces, que atravesarlo en la misma sesión terapéutica con este paciente, donde de nuevo surge este sentimiento, esta sensación de extrañamiento. Será un reto acogerlo, acompañarlo, explorar esta sensación, como decía Kohut, trabajando con las barreras verticales, con partes de la personalidad. El paciente consulta con su parte más adulta de su personalidad, pero, cuando habla con nosotros, vamos a ver partes infantiles, que son susceptibles de ser integradas en el presente. Entonces, ¿cómo cambia el mundo con todo esto?

Hay un cuento popular, *Blancanieves y los siete enanitos*, que todo el mundo conoce, que es universal. La escena que a mí me interesa y que siempre me interesó de niña, cuando iba al cine a ver la película

de Walt Disney, es la siguiente: Blancanieves, una joven que está en el bosque escuchando atentamente a los siete enanitos. Si nos fijamos, los enanitos tienen nombres subjetivos: Gruñón, Tímido, Sabio, Feliz..., no se llaman Pepe o Pedro. Lo curioso de esta situación es que, en ese momento, Blancanieves siente que no tiene un hogar porque su padre viudo se había vuelto a casar y ella no se sentía acogida cálidamente en su casa. Entonces, se va de su casa y busca un hogar en el bosque. Pero ¿qué hace en el bosque? Habla con los distintos estados de la mente infantil, representados por los enanitos. Estos aparecen como niños pequeños (que no crecen), mientras que Blancanieves es joven, mayor que ellos. Y conversan con mucha curiosidad, con mucho interés, ella escucha con atención a estos diferentes estados de ánimo de la mente infantil. Cuando eso ocurre, la joven se escucha y valida su lado gruñón, su lado feliz, su lado tímido, su lado sabio. Y es en ese momento que está preparada para tener el encuentro del deseo erótico. En este cuento, ella encuentra al joven príncipe y, ante el beso fantástico, los enanitos aplauden. Esta metáfora es muy útil para ofrecer a los terapeutas jóvenes que trabajan con chicos y chicas que se sienten muy inseguros, con muchas dificultades para abrirse al mundo.

Los autores del cuento son los hermanos Grimm (siglo XIX). El contexto en el que escribieron esta historia es un contexto social en el cual los valores del trabajo y el esfuerzo son los que predominan. Por lo tanto, en esa primera versión, que es la original, los siete enanitos no tienen nombre, simplemente se van a trabajar al bosque. En aquella época, lo que se transmitía a los niños es que llegar a ser un adulto consistente implicaba ser obediente y ser trabajador, como los siete enanitos del bosque que todo el día trabajaban, cantaban y eran obedientes. Los valores del esfuerzo y de la obediencia eran los predominantes. Pero cuando Walt Disney hace la película, el guionista que realizó la adaptación cinematográfica del cuento original ya incluyó lo que es propio de nuestra contemporaneidad, y los enanitos ahí aparecen con nombre. Los nombres son estados subjetivos.

Esta es una metáfora puesta en imágenes que nos ayuda a visualizar muy bien el trabajo que hacemos con los pacientes. Nosotros escuchamos estados de ánimo y ayudamos a que la persona que dialoga con nosotros los acoja para sentirse integrada y poder tener acceso a relaciones en simetría.

**ALEJANDRA:** Qué lindo cuento, recuerdo la película muy bien. Esta parte no la había pensado realmente, me quedé con la película de aquel tiempo. Gruñón, Perezoso, Tontín, todos ellos representan los estados de ánimo que dices y nos regresan la parte de las emociones, que son tan importantes y que no se les había dado ese lugar en el psicoanálisis como ahora se la damos. No solamente eso, sino en la cultura, también las emociones son muy hechas a un lado, muy disminuidas, porque parecen que nos invaden la mente y distorsionan la actuación racional. Lo que nosotros nos proponemos hacer desde el psicoanálisis relacional, a lo que le damos una gran importancia es precisamente a que las emociones tienen ese gran poder motivacional de llevarnos a hacer cosas, pero también de conectarnos con lo interno, de hacer una conexión consigo mismo. Como ilustra el cuento que traes: Blancanieves conecta con su parte gruñona, con su parte tontina y demás, y las va asumiendo e integrando como propias.

Aquí me gustaría retomar algo que dice Bromberg: el camino regio al inconsciente, más que los sueños, que también son fundamentales, es la relación interpersonal. Y yo quiero agregar que, de la relación interpersonal, particularmente son las emociones. Las emociones nos dan una conexión directa con el inconsciente. Cuando el paciente empieza a hablar y nos relata algo con una emoción, esa emoción tiene una conexión directa con algo que está sintiendo en ese momento, pero que sintió en el pasado. Y, además de sentirlo en el pasado, está inscrito en el inconsciente. Además de haberla sentido en el pasado, es inconsciente, no se ha formulado. La emoción nos conecta con la experiencia no formulada. Estas cuestiones, como decías, de vergüenza o de dolor no se quieren tocar y quedan disociadas de su propia concepción de quien es.

Nosotros le podemos decir: «Sí, Blancanieves, te entiendo que es-tés tan enojada por estos abusos o situaciones terribles que has vi-vido». A partir de que empieza a hablar de cosas que nunca se había permitido y que las validamos, ayudándola a comprender por qué se siente así, puede empezar a integrar las partes de su *self* que estaban disociadas.

En definitiva, lo que me parece importantísimo, sobre todo, es la cuestión de poder hacer este equipo: es como si fuéramos un equipo con el paciente, es decir, estamos tú y yo en esta. Te echó la bruja del castillo, pero aquí estamos tú y yo, y están todos los enanitos dentro de ti haciéndote sentir cosas extrañas, que tú misma dices: «No puede ser que yo me enoje, no puede ser que sienta eso o que actúe de tal forma». Sin embargo, en ese momento tiene su lógica particular de acuerdo con lo que está viviendo.

HUMBERTO: Yo estaba pensando en esa posibilidad de rever en psi-coterapia aquellos momentos, esos puntos del desarrollo que de alguna forma han dejado una marca. Y cómo es posible compar-tirlos y quizás superarlos o dar vuelta la página. Primero, hay que reconocerlos, integrarlos y mover algo hacia un cambio en la vi-vencia de uno mismo. Podemos revivir algo que venimos cargando como una experiencia del desarrollo, algo difícil de llevar, y poder encauzarla de otra manera en nuestra vida. Esto me hace contacto con lo que ha traído Ale sobre la agencia, porque, en realidad, el paciente que sufre y que viene a terapia porque ya se apropia de la ilusión de que algo nuevo puede ser de su vida, algo diferente, tiene la expectativa de que algo por lo que sufre puede cambiar. A veces cuesta un poco comprender la idea de *agencia* muy vincu-lada al cambio. La expectativa de que alguien me pueda ayudar a cambiar esto con lo que vengo cargando, para ser diferente y tener otra experiencia de la vida, es un motor importante del proceso analítico. Me gustó mucho la posibilidad de unir estas cosas que ustedes han trabajado tanto en estos años acerca de esto.

**ROSA:** El uso de las metáforas es algo muy específico de nuestra disciplina, sobre todo para transmitir a los jóvenes que se dedican a este trabajo, que terminan Psicología o Medicina, los que se inscriben a un máster de especialización, los jóvenes que quieren herramientas para poder escuchar con el mínimo de tranquilidad posible a un paciente que les llega. A mí me gusta regalarles metáforas.

Al hilo de lo que estaba diciendo ahora, una metáfora que yo utilizo mucho en el trabajo con mis pacientes y que transmito en clase a los alumnos es la metáfora de que la relación paciente-terapeuta, la relación analista-analizado, es un equipo formado por dos personas. El paciente, el analizado, es quien conduce, y al lado está el analista, que es el copiloto. Si miramos por el espejo retrovisor del auto, detrás tenemos, en un lugarcito, a un niño o una niña muy pequeña asustada. Al lado del niño o niña, también en el asiento trasero, tenemos a un personaje irritado, muy enojado, muy enfadado, que en algún momento del trayecto le está diciendo al analizado, que es el que está conduciendo: «Déjame conducir a mí, que tú vas muy lento, y yo en un momento lo voy a solucionar porque estoy muy enojado». Tenemos que dialogar con los diferentes estados de la mente. Al lado de quien está muy enojado, tenemos a un personaje que calcula todo, está contando lo que gana y dónde va a invertir, y les da vueltas a las cosas; es alguien que está en un bucle, rígido.

Me gusta esta metáfora para la idea de la integración, de que el equipo está formado por alguien que conduce, que es el analizado, y que nosotros tenemos el asiento del copiloto y la hoja de ruta. Así, le decimos al paciente: «Aquí viene una curva peligrosa, yo me fío y estoy contigo». Y juntos debemos ver cómo tenemos a los de atrás, a quienes estamos llevando a algún sitio.

Lo que más cuesta (creo que en esto los tres estaríamos de acuerdo) es que el paciente conecte con el niño pequeño, con la niña pequeña. Que conecte con ese estado de fragilidad que aparece en cada nueva situación de impacto emocional, que se pueda conectar con esa parte. Eso es lo que más cuesta, porque muchas veces tenemos que hablar con la parte irritada o con la que les da vuelta a las cosas o

con una hiperracionalización obsesiva, por ejemplo. Dialogamos con los diferentes estados de ánimo. Esta metáfora sirve para ver la parte intersubjetiva de interacción continuada. Nos sumergimos también en estos mundos de experiencia teniendo en cuenta estados de desarrollo, es decir, bebé, niño, adolescente, adulto, donde evidentemente tenemos muy presentes los contextos del desarrollo. Desde el más inmediato presente, trabajamos viendo los otros contextos de desarrollo, los que han existido antes.

He usado y sigo usando esta metáfora con la intención de que los psicoterapeutas jóvenes (siempre imagino jóvenes) se puedan llevar a su consulta una herramienta que les ayude a tolerar su sensación de fragilidad mientras están trabajando con una persona que sufre.

**HUMBERTO:** ¡Qué interesante! En el ejemplo que tú pones el analista es el copiloto y en el Río de la Plata, durante muchos años, estuvo vigente la imagen del analista que viaja en el asiento de atrás de un taxi mientras el chofer, el analizado, va hablando continuamente. El analista escucha y solo de vez en cuando dice algo desde allá atrás. Un tipo de diálogo extraño entre un conductor que habla mucho y un pasajero «silencioso y distraído» que a veces habla. Muy parecido a la metáfora del diván, donde el analista está atrás, afuera de la vista, y de vez en cuando dice algo. ¡Qué pasaje desde el asiento de atrás al de copiloto!

**ALEJANDRA:** Esta metáfora es bien bonita y está buenísima para usarla en el consultorio. Tiene que ver mucho con la agencia que estaba mencionando Humberto. Muchas veces, el paciente nos quiere pasar al lugar del conductor, ¿no? «Dime qué hacer porque yo no lo sé», con una necesidad de que pueda uno resolverle la vida y depender de nosotros. Esta metáfora nos lleva desde el principio, podríamos decir, a que la persona se dé cuenta de que su vida es suya, que no es nuestra ni que somos nosotros quienes vamos a cargar con esa responsabilidad de decidir por ella. Tiene que ver mucho con el trabajo de la agencia porque se pueden sentir inseguros, o en otras

ocasiones pueden tener la certeza de que lo están haciendo bien y les es difícil cambiar.

El temor de sentirse solos para enfrentar la vida lo he visto en los jóvenes después de la pandemia. Tuve varios pacientes jóvenes para quienes salir otra vez después del encierro a enfrentar el mundo y a hacerse cargo de empezar a trabajar era una crisis que los angustiaba mucho. Poco a poco empezaron a pensar que sí estaban tomando cartas en el asunto. Se fue construyendo su capacidad de agencia. Al poder actuar y darse cuenta de que había un cambio en mí como terapeuta, se sentían capaces de generar un movimiento en su entorno. Esa forma de conducir, de estar al volante, claro que tiene un impacto en su vida, pero también en la de nosotros. Nosotros estamos escuchando y en un *enactment* actuamos de alguna forma que nos sorprende, y lo analizaremos y entonces empezaremos a pensar por qué sucedió esto o aquello, qué pasó. Es decir, en esta conducción que estás haciendo, en este soltar el volante o en este querer pasarme el volante, ¿qué sucedió? Ver cómo su actuación modifica el mundo empieza a darle esta posibilidad de «Yo soy alguien, tengo un lugar, puedo conducir un auto, puedo conducir mi vida; ¿qué hago con estos que están atrás molestándome?, ¿qué hago con el que me está diciendo “Da la vuelta a la derecha”, “Haz esto o lo otro”, etcétera? Pero aquí tengo a mi compañero, aquí tengo a mi copiloto». Eso me parece muy importante.

La capacidad de agencia me parece una cuestión fundamental en el trabajo que realizamos nosotros. Esto va haciendo que el paciente sienta esa fortaleza ante la vergüenza, ante la sensación de vulnerabilidad, ante su fragilidad para enfrentar la vida. Con esta agencia que poco a poco va desarrollándose va pudiendo tomar el volante y conducir su vida. Y creo que esta es una cosa fundamental.

**HUMBERTO:** Yo pienso que uno, a lo largo de la vida, a veces se agencia de cosas que en el momento sirven, pero que después tiene que soltarlas. Siguiendo el relato que hace un momento Rosa hacía sobre Blancanieves, me di cuenta de que es como si tuviera que hacer un esfuerzo para lograr recordar algunas cosas que tienen

que ver con mi vida infantil. Pienso que en parte tiene que ver con el tema de la construcción de la masculinidad, de cómo los niños varones criados por mujeres, a veces, a determinada edad tratan de borrar los afectos, perder esa calidez y ternura infantil para ser más varones al molde de lo esperable socialmente. Lo hacen agenciándose de un modelo nuevo, que después podrá reconocer como algo de lo que se agenció en determinadas circunstancias. Pensaba en alguna situación de sufrimiento o de avergonzamiento, o en cuestiones de identidad, y en que a veces la gente se prende a algo de lo que después deberá deshacerse para optar por algo nuevo. La clínica nos muestra cómo alguien se agencia de cosas que son pasajeras también y que después puede cambiar y tomar agencia por otras nuevas, que le hagan cambiar para mejor.

**ROSA:** Es importante pensar en la agencia como un derivado de un sentimiento de integración. La idea de que el yo es un conjunto de relaciones es de Judith Butler, una filósofa contemporánea que nos aporta mucho. *Yo soy un conjunto de relaciones* es casi una fórmula matemática; se suele decir que la filosofía y las matemáticas tienen muchas cosas en común. Pero al hilo de lo que estamos hablando, me gustaría incluir algo importante que los psicoanalistas contemporáneos tenemos en cuenta. No separamos las dolencias del cuerpo de las dolencias de la mente. Hoy en día, acogemos a una persona que sufre, que tiene miedo, que no puede dormir, que tiene sintomatología, por ejemplo, que tiene un dolor en la boca del estómago o que tiene digestiones pesadas. Contemporáneamente, sabemos que la unidad mente-cuerpo es lo que configura a cada uno de los seres humanos. El desarrollo de lo que a mí me gusta llamar *mente protectora* tiene que ver con todo esto de lo que estamos hablando. Frente a los impactos de la vida yo tengo reacciones emocionales y, si estoy en condiciones de acoger esos estados de ánimo, voy a protegerme mejor de lo que lo haría si no los pudiera acoger. Lo más sensitivo de cada uno de nosotros son las sensaciones. Por ejemplo, si yo tengo el olfato funcionando bien, voy a oler a quemado si la casa de al lado se está incendiando y,

por ende, voy a poder ponerle remedio a eso. De la misma manera, si yo estoy conectada con mi sensación de miedo, voy a poder tener una actitud protectora, de prudencia o de atención para conmigo misma y para quienes están conmigo. Este desarrollo de la mente protectora es algo que hacemos los terapeutas cuando trabajamos con pacientes.

Recientemente, un amigo mío, investigador en el Hospital Clínic de Barcelona, un hombre de microscopio que ahora está trabajando con las mitocondrias, me decía: «Mira, Rosa, se ha descubierto que (esto es muy reciente y estoy muy emocionado) hay una variación en la composición mitocondrial de personas que padecen la enfermedad de Parkinson. Se ha descubierto que estas personas que debutan con un Parkinson en su recorrido han tenido experiencias previas de no llegar a la fase REM del sueño [la fase más profunda]». Es decir, existe una alteración en las mitocondrias de las personas que de manera continuada no descansan profundamente, que no llegan a la fase profunda del sueño y que, por lo tanto, no fabrican sueños. El trastorno del sueño estaría en la base del debut de una enfermedad degenerativa como el Parkinson. Esta enfermedad conlleva, entre otras cosas, una rigidez corporal.

Desde la visión más clásica de lo que es el psicoanálisis, se sabe que al psicoanalista se le explican los sueños. Que un paciente explique un sueño significa que ha podido descansar profundamente, habría estado en fase REM. Pensamos el sueño como un registro de experiencia que luego el paciente le cuenta al analista; ahí volvemos a hacer otro registro de experiencia; luego, puede ser que alguien lo escriba y se vuelva a hacer otro registro de experiencia. Continuamente estamos haciendo estos registros sucesivos de experiencia, que tienen una función protectora: una mente conectada con las vivencias subjetivas está en mejores condiciones para elegir iniciativas protectoras.

Tener una mente protectora implica también poder dormir mejor, poder tener un sueño reparatorio, poder hacer fases REM. En esta fase se producen los sueños, que a veces, por la mañana, el durmiente recuerda. Cuando lo hace, tiene un pensamiento fílmico, es como una película cuyo director es el soñante y donde los actores son también

partes del soñante. Al despertar, el soñante siente un impacto, necesita explicar el sueño porque existe una sensación de extrañamiento. Los sueños organizan en la mente, de manera surrealista, las experiencias del día anterior que nos impactan emocionalmente. También son emociones que conectan con experiencias de otras situaciones contextuales de antes. Los sueños son pasado, no son situaciones que van a pasar. El soñante se asusta porque piensa: «Ahora va a pasar esto que he soñado» o «Esto que he soñado quizás es lo que deseo». En la fase REM del sueño podemos *enfriar* el cerebro y descansar, organizando un guion en la mente, una película. Después, a veces, se puede ver esa película en la mente. Siempre es muy interesante tener la posibilidad de registrar o de revisar en una sesión analítica contenidos de ese tipo.

**ALEJANDRA:** A mí, esto que estás comentando, Rosa, me hace pensar mucho en el cuerpo, en la importancia del cuerpo en relación con nuestras emociones. Lo que pensamos, lo que sentimos, todo está directamente conectado con el cuerpo. Regresando a la dimensión contextual de nuestra labor, en la sociedad occidental, de alguna manera no se le da importancia al cuerpo, es como si estuviera al servicio de la mente. Como un robot, dos piernas que te llevan al mundo y que tienen que acatar lo que la mente dice; pero no es así. De hecho, esto ha llevado a situaciones terribles de somatizaciones o también a problemas alimenticios. En nuestra vida actual, al estar tanto tiempo sentados, la espalda nos duele, pero todo esto tiene una cuestión simbólica en cierto sentido. No es cualquier órgano el que nos lastima o el que nos da lata, el que nos hace sufrir; todo tiene una conexión con nuestras vivencias, con el significado simbólico de lo que representa esta parte del cuerpo en nosotros mismos, ¿no?

Solamente quisiera mencionar que me parece que una de nuestras tareas fundamentales como terapeutas es precisamente ayudarle al paciente a que nos pueda hablar también de su cuerpo. Un paciente que ahorita tengo tiene una colitis [una enfermedad de inflamación intestinal] y me dice nada más: «Estoy mejor» o «Estoy peor», pero no lo conecta con que toda la narración que viene haciendo tiene

que ver con cómo sus emociones están atoradas allí, están tapadas, y no quiere defecar toda la agresión y el enojo que le provoca lo que está viviendo. En esta conexión que establecemos nosotros con el paciente, me parece importantísimo ayudarlo a que vaya pudiendo hablar de su cuerpo, que vaya conectando lo que está narrando con su cuerpo. Porque, de alguna manera, tomarlo en cuenta ya tiene que ver con esa mente cuidadora que decías, con esto de «Mi cuerpo es mi responsabilidad, esta no es una enfermedad que *me llegó*». Si la gente está acostumbrada a que su cuerpo no es su responsabilidad, espera que el médico le diga qué hacer. Pero la salud sí es su propia responsabilidad y, entonces, hay que integrarla y asumirla como parte del autocuidado.

**HUMBERTO:** Bueno, ya estamos cerrando esta conversación. Estoy muy contento de este intercambio que hemos tenido y de la forma en que *Equinoccio* lo ha habilitado. Siento que ha sido un encuentro muy cercano, entre amigos, y honestamente no es tan común en nuestro tiempo poder tener un intercambio profundo y cómodo.

**ROSA:** Me parece muy original esta propuesta que nos has hecho, Humberto, de aprovechar lo conversado espontáneamente para después registrarlo en una revista académica. Es la primera vez que una propuesta así me llega de esta manera y lo encuentro muy interesante. Felicito la iniciativa. Es mucho trabajo el que viene ahora, luego de la conversación en sí, pero el texto escrito tendrá la frescura de ser algo que sale del coloquio para una publicación posterior.

**ALEJANDRA:** Yo también quiero felicitar a AUDEPP por este formato y a ti, Humberto, agradecerte por convocarnos. Me parece genial que así se cree este artículo, con esa frescura de lo reflexionado en conversación. Creo que es una manera muy bonita de construir juntos. Esto de que algo que dice Rosa me recuerda a mí algo, luego a Humberto, y así... Todo esto va siendo parte de un diálogo interesantísimo y en coconstrucción, que creo que es muy útil.

HUMBERTO: A mí me hace feliz por varias cosas. Primero, es una propuesta que surge desde la revista *Equinoccio* y es un honor que me hayan elegido para esto y que yo haya tenido la libertad de poder elegirlos a ustedes. También, me entusiasma que los socios y mis compañeras de AUDEPP, más allá de que han leído artículos de cada una, las conozcan más en este formato espontáneo de diálogo, eso me parece bárbaro. Les agradezco muchísimo que hayan aceptado y construido este intercambio enriquecedor.

ALEJANDRA: ¡Mucho gusto verlos!

ROSA: Gracias, hasta pronto.