

**Aportaciones desde la perspectiva de género
al caso clínico que presentó S. Federici (2016)
en la 6ª reunión anual de IARPP-España: "Psicoanálisis, contextos y evolución. La
psicoterapia y sus contextos sociales"**

Concepció Garriga¹

Psicóloga clínica, IARPP, Sociedad 'Forum', EMDR, Barcelona

Basándome en el enfoque biopsicosocial de Velasco (2006, 2009) y en mi propia trayectoria (Garriga, 2011, 2012, 2013, 2015, 2015a, 2015b, 2015c) deseo hacer una reelaboración del caso clínico de Federici (2016) desde una perspectiva de género y de un psicoanálisis emancipador (Brandchaft, Doctors, Sorter, 2010), enmarcado en el movimiento emancipador del desarrollo humano (Welzel, 2014) en su evolución desde los valores tradicionales a los secular-rationales, y desde los valores de supervivencia a los de autoexpresión, siguiendo las aportaciones de la World Values Survey (www.worldvaluessurvey.org).

Palabras clave: Perspectiva de género, enfoque biopsicosocial, psicoanálisis emancipador, valores secular-rationales y de autoexpresión.

Based on the biopsychosocial approach of Velasco (2006, 2009) and on my own work (Garriga, 2011, 2012, 2013, 2015, 2015a, 2015b, 2015c) I want to do a reworking of the clinical case of Federici (2016) from a gender perspective and an emancipatory psychoanalysis (Brandchaft, Doctors, Sorter, 2010), set in the emancipatory movement of human development (Welzel, 2014) in its evolution from traditional values to secular-rational ones, and from survival values to self-expression ones, following results from the World Values Survey (www.worldvaluessurvey.org).

Key Words: Gender perspective, biopsychosocial approach, emancipatory psychoanalysis, secular-rational and self-expression values

English Title: Contributions from Gender Perspective to Clinical Case Presented by S. Federici, 2016.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Garriga, C. (2016). Aportaciones desde la perspectiva de género al caso clínico que presentó S. Federici, 2016. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 477-489. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100209

¹ **Contacto:** concep Garriga@gmail.com <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>

“Hoy te siento... como algo más que *una persona*’. Negociación de la paradoja de ser para uno mismo y para el otro” (Federici, 2016). Este trabajo, mas sus discusiones (Jiménez, 2016, Slavin, 2016) han sido publicados en el número de Clínica e Investigación Relacional Vol. 10(1), 2016. Personalmente tuve el honor de moderar esta mesa, con lo que realmente leí y releí el texto, aunque no fue mi misión discutirlo, entonces. Me permito presentar este trabajo, ahora, para proponer algunas consideraciones al mismo.

Mi deseo es leer este caso incluyendo la perspectiva de género en sus desarrollos. El título del encuentro: “Psicoanálisis, contextos y evolución. La psicoterapia y sus contextos sociales” sin duda me va a ayudar a enmarcar el trabajo, puesto que la perspectiva de género recoge una creciente demanda de igualdad de oportunidades y responsabilidades por parte de las mujeres en los nuevos contextos sociales cada vez más democráticos que como sociedad estamos empujando, y en los que como terapeutas también tenemos un papel: ayudar a cada persona, a cada mujer, que sufre y nos consulta, a salir adelante, a encontrar su posición en el complejo entramado entre lo constitucional (genético, experiencias primarias...), las disposiciones (que se adquieren durante el desarrollo y que dejan huellas, con determinantes sociales, pero con intervención del propio deseo) y lo contingente (las circunstancias concretas) (Freud, 1913), esto es, a establecerse como ser biopsicosocial (Velasco, 2006).

Contemplo la perspectiva de género junto con su objetivo, la igualdad de género, como parte de un cambio cultural más amplio que está transformando las sociedades industriales en sociedades democráticas. Mi fuente de inspiración son los trabajos del World Values Survey (www.worldvaluessurvey.org). Esta organización está haciendo encuestas desde 1981 con las que estudia los movimientos emancipadores del desarrollo humano, y va publicando libros a partir de los datos que obtiene en sus sucesivas olas (Inglehart, Welzel, 2006; Welzel, 2014). En la misma portada de su página web se puede ver la evolución de los valores en cada encuesta sucesiva, trasladada a mapas, respecto a dos dimensiones principales: 1) los *valores tradicionales*: de religiosidad, orgullo nacional, respeto a la autoridad, obediencia y matrimonio; *frente* a los *valores seculares-rationales*; 2) los valores de *supervivencia*: prioridad a la seguridad por encima de la libertad, no aceptación de la homosexualidad, no participación política, desconfianza en lxs¹ forasterxs y un sentido débil de felicidad; *frente* a los *valores de autoexpresión*.

A continuación, nombro alguna de sus conclusiones en relación al foco que estoy elaborando: la perspectiva de género (Welzel, 2014):

1. Cuanto más avanzada es una sociedad más sus valores son seculares racionales y de autoexpresión.
2. Las prioridades de las personas pasan de los valores de supervivencia a los valores de autoexpresión a medida que aumenta su *sensación de capacidad de acción (agency) individual* (o retrocede desde los valores de autoexpresión a los de supervivencia a medida que su sensación de capacidad de acción individual disminuye).
3. El mayor incremento en capacidad individual se produce con la *transición de las sociedades industriales a las sociedades del conocimiento*. En consecuencia, el mayor cambio de valores desde los de supervivencia a los de autoexpresión ocurre en esta fase.
4. Las sociedades protestantes del norte de Europa son las que ponen el mayor énfasis en los valores secular - racionales y valores de autoexpresión.
5. Un subconjunto específico de valores de autoexpresión -*valores emancipadores*- combina el énfasis en la libertad de elección y en la igualdad de oportunidades. Por lo tanto, los valores emancipadores implican: *prioridad para escoger el estilo de vida en libertad, igualdad de género, autonomía personal y dar la palabra a las personas*.
6. Los valores emancipadores constituyen el componente cultural clave de un proceso más amplio de *empoderamiento humano*. Una vez puesto en marcha, este proceso empodera a las personas para ejercer las libertades en el curso de sus acciones.
7. El empoderamiento humano es una *entidad de capacidades de acción, aspiraciones y derechos*.
8. Los valores emancipadores establecen una *forma cívica de individualismo moderno* que favorece la confianza en personas de fuera del grupo y las orientaciones cosmopolitas hacia los demás.
9. Los valores emancipadores generan un *deseo de democracia liberal-crítica*. El deseo liberal-crítico en democracia es una fuerza formidable de reformas democráticas.
10. *Los valores emancipadores son el único factor más importante en la promoción del empoderamiento de las mujeres*.
11. *Los valores emancipadores cambian la estrategia de vida de las personas que pasa de un énfasis en asegurar un nivel de subsistencia decente a la mejora de la capacidad de acción (agency) humana*. A medida que el cambio de subsistencia a agencia afecta a sociedades enteras, *el nivel general de bienestar subjetivo se eleva*.
12. Se entiende por *emancipación* el deseo humano universal de *una existencia libre de dominación*.
13. *Los valores emancipadores constituyen el núcleo psicológico* y la fuente de inspiración del proceso de empoderamiento.

En esta descripción se entrecruzan continuamente las dimensiones sociales con las individuales. Un trabajo terapéutico con perspectiva de género recoge las aspiraciones emancipadoras de las personas que está tratando, con el objetivo de ayudar a la persona a empoderarse para que pueda tomar sus decisiones y decidir su estilo de vida en libertad. Para ello, desde un punto de vista psicoanalítico, tendremos que ayudarla a ponerse en contacto con sus capacidades y potencialidades. También, la tendremos que ayudar a identificar cuáles son sus fuerzas internas que se oponen a este proyecto. Aquí es donde encontraremos el Conocimiento Relacional Implícito [CRI, en adelante] (Lyons-Ruth & cols, 1998) que habrá que desentrañar; y que con el "Algo más que la interpretación" (Stern, & cols, 1998) de nuestra tarea, es decir, con los procesos intersubjetivos de interacción que se producen en los momentos de encuentro, se producirán efectos terapéuticos duraderos, o nuevas tonalidades en el CRI, que serán empoderadoras. Personalmente estoy comprometida en esta tarea desde hace años (Garruga, 2011; 2012; 2013; 2014; 2015a, 2015b; 2015c).

Para esta segunda parte voy a hacer un resumen del caso que presentó Federici (2016). Se trata de una mujer joven, Livia, que tiene un hermano menor, rebelde, muy difícil para sus padres. Livia se presenta como una mujer eficiente, activa y con control. A pesar de que vive de forma independiente, con su novio, Livia se describe diciendo que siente que no tiene nada; que no se encuentra a sí misma. Se vive en un vacío, y se describe centrada en las necesidades del/la otro/a en vez de en las propias. Dice de sí misma que no sabe lo que siente, ni lo que desea. Tiene estados depresivos, acompañados de sentimientos de muerte y aniquilación.

Su madre, muy ocupada con su hermano, le exige ayuda. Livia siente que esto es lo que hacía en el pasado y lo que ha hecho toda su vida; su ayuda consistía en no dar más problemas. Así quedaba situada en *Role Reversal* (Riera, 2010) respecto a su madre. Livia tiene que contener a su madre de forma regular desde la infancia.

Su padre también le pide su atención. Desde pequeña ella tenía que escuchar sus historias de la guerra y de la terrible postguerra. Así ella ocupaba un lugar "especial" a su lado. De nuevo, en *Role Reversal* con el padre. Y absorbiendo la transmisión intergeneracional del trauma. Livia ha vivido en un contexto en el que no había sitio para ella. Se lo ha tenido que "construir". Y lo ha hecho.

Federici, que es una terapeuta *senior*, hace un trabajo muy sutil con esta paciente. Para empezar, recoge finamente lo que ella denomina “la paradoja en la que se encuentra la paciente: ser para si misma frente a ser para el/la otrx”, que a mí me parece que se trata de un dilema más que una paradoja. Desde una perspectiva de género y del trabajo terapéutico la tarea consiste en apoyar abiertamente a Livia en sus intentos de ser para si misma, en su búsqueda de emancipación, que es empujar la dirección de salud; puesto que ser para el/la otrx es una posición de acomodación patológica (Brandchaft y cols, 2010).

A lo largo del proceso analítico Livia manifiesta que desea sentirse como un “individuo”². Mi impresión es que la opción de Federici de trabajar más en lo intrapsíquico que en lo relacional (no solo transferencialmente, sino también en la relación de Livia con el mundo) limita las posibilidades de Livia de sentirse en una alianza terapéutica orientada a la consecución de sus objetivos y deseos. Tal vez por esto Livia a veces siente que no encuentra ayuda en la terapia.

Federici afirma manejar la imagen de Livia desde una lectura de “*selves multiples*” en que conviven aspectos de eficiencia, actividad y control con aspectos de “niña pequeña e insegura”. En realidad, Federici le interpreta esta posición asertiva, como una imagen hinchada de sí misma, un falso *self*, una defensa narcisista que le evita vivir su parte vulnerable, como si esta fuera más “auténtica”. Tal vez habría que enmarcar esta posición de “niña pequeña e insegura” en un desajuste entre sus deseos explícitos y su posición subjetiva implícita, en el sentido que Velasco (2009a, p. 17) nombra como modelo de subjetividad femenina en transición:

A. Tradicional	B. Transición	C. Igualitario
<p>Finalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Núcleo social básico: familia jerarquizada. . Motivo de unión: constituir la familia. 	<p>Finalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Núcleo social básico: la pareja. . Motivo de unión: amor y familia no jerarquizada . Compartir proyectos de vida 	<p>Finalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Núcleo social básico: el individuo. . Motivo de unión: amor y sexualidad en pareja. . Compartir y facilitar los proyectos individuales mediante alianza de recursos.

Estructura relación	Estructura relación	Estructura relación
<ul style="list-style-type: none"> . Hombre y mujer. . Tener hijos es un mandato. . Relaciones jerarquizadas, división sexual del trabajo y de los ámbitos de acción. . Relación de poder/subordinación. . Familia depositaria de la propiedad y de su transmisión. . Contrato matrimonial de permanencia y exclusividad. . Roles muy diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> . Dos personas de cualquier sexo. . Hijxs son proyecto en común. . Trabajo remunerado ambos y doméstico desigualmente repartido. . No relación de poder, pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. . Propiedad y su transmisión en la pareja. . Unión no permanente, formas de convivencia cambiantes con fantasía de permanencia y exclusividad. . Roles multifuncionales de ambos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Dos o más personas de cualquier sexo. . Hijxs son realización de proyectos individuales sumables. . Relaciones no jerarquizadas. . Valores prioritarios de libertad individual. . Propiedad y su transmisión: los individuos. . Sin contrato o acuerdo de permanencia ni exclusividad. . Roles multifuncionales.

Es decir, Livia desea estar en el modelo igualitario (o contemporáneo), pero en realidad su CRI es el modelo en transición o tal vez el tradicional. Probablemente porque ha absorbido los modelos materno y paterno y no ha reflexionado lo bastante respecto a su propia posición, que es la razón central por la que acude a tratamiento, aunque desconocemos si ha formulado una demanda más explícita. Sea como sea, Livia tiene razones para estar en tratamiento: los síntomas, que en su caso aparecen más del lado depresivo, con sentimientos de vacío.

Cuando Livia se muda y su novio se muda con ella, a pesar de que Livia le expresa a la terapeuta que "mi casa es mía y él entra como un intruso", con lo que le muestra que no desea que él viva en su casa (de ella), Federici trabaja con Livia como poder "encontrar su propio espacio dentro de un espacio compartido". Lo dice claramente: "el trabajo analítico intenso se empezó a enfocar en su vida juntos". A mi modo de ver el trabajo a hacer, desde el "ser para si misma", es ayudarla a reconocer y validar su deseo, y a expresárselo, primero a si misma, luego a su novio. No es raro que ella necesite un espacio propio después de tantos años de haber sido invadida por los deseos de sus padres. Además, parece que

materialmente se lo puede proporcionar. La expresión que Livia utiliza es muy descriptiva, "él entra como un intruso", lo mismo que su madre cuando ella estudiaba y se presentaba con cualquier tontería sin respetar su necesidad de concentración; igual que su padre cuando le explicaba sus vivencias de la guerra. La pregunta que le haría a Federici es ¿por qué privilegia la "vida juntos" aún cuando Livia la siente como "intrusión" frente a la vida a solas que Livia parece desear, al menos por el momento? ¿No será que Federici, de acuerdo con Benjamin (1988), tiene la idea de que el reconocimiento mutuo, es mejor solución psicológica que el individualismo racional? En esto estaríamos de acuerdo, pero a mi modo de ver para reconocer y ser reconocidx, tiene que haber sujeto. Y desde mi punto de vista el reconocimiento mutuo es más posible y más real en un segundo tiempo, una vez hay establecida una subjetividad individual sólida, que para Livia pasa por establecerse por si misma, aunque esto no significa que tenga que cortar con su novio, sino todo lo contrario, puede tratar de mantener una relación que respete sus necesidades. Este es el verdadero reconocimiento mutuo.

Por otro lado, la idea de Livia de encontrar "al hombre perfecto", ¿no podría ser una idealización de una relación frente a la insatisfacción de su relación actual? Mi aportación, a la luz del marco que presento, es que habría que explorar más ampliamente antes de interpretárselo como sueño de grandeza, es decir, como defensa narcisista. Tal vez Livia está instalada en una relación disfuncional, en cuyo caso, habría que analizarla, sin omitir explorar su responsabilidad en la construcción del tipo de relación que está manteniendo, es decir, analizar su contribución a dicha dinámica.

Livia sueña con "ser la mejor y ganar un premio por su trabajo", con lo que muestra sus deseos y ambiciones, a pesar de que cuando se describe a si misma dice que no sabe lo que quiere. Una tarea terapéutica es devolverle que con esta afirmación Livia está expresando un deseo, cuya veracidad habrá que elaborar con ella, y tendrá que validarlo, para, a continuación, poner en marcha sus capacidades (*agency*) para conseguirlo (Slavin, 2016) saliendo así, de la posible pasividad en la que se haya instalado. Pasividad que veo poco probable, porque Livia aparece descrita como una mujer eficaz y competente, que tiene unas capacidades y un empuje que pueden hacerle ganar un premio. Federici opta por la dimensión intrapsíquica e interpreta sus deseos como grandiosidad narcisista. Pero ¿no es también una buena línea de trabajo apoyarla en su deseo de destacar en su profesión?. Esto es lo yo haría. Exploraría qué posibilidades tiene de conseguirlo. También vería si tiene algún déficit que pueda subsanar, y la animaría a hacerlo, proporcionándose las herramientas necesarias para lograrlo (más formación, idiomas ...)

Su madre aparece como una mujer sufriente, vinculada a sus hijos de una manera obsesiva. Tal vez Livia desee encontrar su propia manera de situarse en la vida y escoja la vía profesional. En realidad, Livia afirma que su única salvación es su independencia financiera, que si no la tuviera se vería absorbida de nuevo. Federici, se inclina por interpretar esta posición de empoderamiento como defensa narcisista, dice que Livia ha creado una persona/máscara de niña estudiosa y profesional competente. Desde una mirada de género, desde la comprensión de la teoría de la emancipación (Welzel, 2014) que he desarrollado más arriba, así como desde el enfoque modular motivacional (Bleichmar, 1997) la auto/heteroconservación (la autonomía económica/el sostenerse a si misma y las personas que dependen de una) es uno de los cinco módulos básicos que toda persona adulta/madura/sana atiende. Junto a sus otras necesidades/deseos: de apego seguro, de autoestima, de regulación psicobiológica y de satisfacción sensual/sexual.

Un enfoque emancipador (Brandchaft y cols., 2010; Welzel, 2014), como el que sostiene la perspectiva de género, apoya y empuja los movimientos de la persona en tratamiento que tienden a aumentar los grados de libertad, individualización y autorrealización.

Velasco (2009a, 2009b) propone el modelo biopsicosocial, enriquecido de subjetividad y de comprensión de género para una práctica clínica con un enfoque de género. Garriga (2015a) propone el modelo modular transformacional enriquecido de pensamiento no-lineal (Harris, 2005; Marks-Tarlow, 2011) de Conocimiento Relacional Implícito (Grupo de Boston, 1998) y de perspectiva de género (Dio Bleichmar, 2011).

El modelo de enfoque biopsicosocial de Velasco (2009a, 2009b) incluyendo la subjetividad y el género:

1. Objetivos:
 - a) Realizar una clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género
 - b) Transformar los procesos psicosociales determinantes de la desigualdad de género
2. Estrategias en la atención:
 - Relación psicoterapeuta-paciente, de sujeto a sujeto. Igualdad de poder.
 - Visibilizar a las mujeres como sujetos.
 - Evitar la patologización y medicación.
 - Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso

- salud/enfermedad. Empoderamiento. Búsqueda de autonomía y autoresponsabilidad.
3. Modelo de atención biopsicosocial y de género:
- Atención centrada en el/la paciente.
 - Atención no sesgada (morbilidad diferencial; reflexión sobre sesgos: subjetivos y de género)
 - Atención a determinantes psicosociales y transformación.
 - Método para cambios subjetivos: escucha del sujeto; localización de hechos biográficos y/o acontecimientos vitales significativos; desciframiento de posiciones subjetivas; señalamiento de la localización; causación de efectos, de posición subjetiva y de actitudes.

En realidad, Velasco (2006, 2009a, 2009b) afirma que al trabajar desde la perspectiva biopsicosocial tiene en cuenta la intersección singular entre **lo constitucional** (lo genético, heredado, experiencias primarias ...), **las disposiciones** (adquisiciones durante el desarrollo, socialización dentro de un modelo de hombre o mujer; el propio deseo), y **lo contingente** (las circunstancias de cada momento) (Freud, 1913). Propone tener en cuenta las tres dimensiones al trabajar terapéuticamente. Lo describe de la siguiente manera: **Lo bio:** sexo (hembra/intersexos/macho): genética, anatomía, fisiología; **Lo psico:** (feminidades/masculinidades) representaciones psíquicas, identidades, posiciones subjetivas; **Lo social:** (mujeres/hombres): identificaciones, roles sociales de género; **Lo psico-social:** (el género): la socialización como hombres o mujeres + la interiorización de feminidades y masculinidades. **El sujeto:** es biopsicosocial.

La masculinidad tradicional tiene tres componentes: poder, ley y potencia sexual, y la feminidad tradicional: mujer-madre o mujer-niña, sexualidad excluida. Burín y cols. (1991) afirman que muy a menudo los conflictos que producen malestar tienen que ver con las vivencias en las relaciones entre hombres y mujeres. Para modificar este malestar se puede intervenir en dos áreas: la persona intenta mejorar proporcionándose más recursos sociales; y modifica su posición subjetiva. Por ejemplo, algunas mujeres que han interiorizado el modelo tradicional de género, tienen una posición interna de dependencia patológica, pasividad e idealización del hombre (al que ven como padre que las valida; el que sabe), al precio que las denigren.

Para modificar esta situación, el/la terapeuta con amabilidad, empatía y cariño tendrá que hacer explícito el conocimiento relacional implícito y estilo de apego (Stern y cols, 1998; Wallin, 2007) con el que está funcionando la paciente. De ahí la posibilidad de cambio.

Por otro lado, sabemos que para estar sanxs es imprescindible tener algunas vías de realización personal (trabajo, saber, amar, socializar, tener hijxs, crear, ...). La persona que carece de realización está en una posición pasiva, situada como objeto de lxs otrxs. Las posiciones subjetivas pasiva y objetal son las más enfermantes. Generan síntomas psíquicos: angustia, depresión... y psicosomáticos: dolor, fibromialgia... (Velasco, 2006).

Los procesos biopsicosociales *que determinan la salud/enfermedad* son los siguientes: **Lo bio:** constitución; agresiones del medio ambiente; estilo de vida: tóxicos, alimentación, ejercicio, descanso; desgaste orgánico; envejecimiento; huellas biográficas en el mapa del cuerpo. **Lo social:** condiciones socioeconómicas: clase social, condiciones de trabajo, nivel educativo. **Lo psico-social:** Circunstancias sociales, biografía y acontecimientos vitales; pérdidas, muertes; carencias; frustración; conflictos laborales; falta de reconocimiento y valoración; conflictos de intimidad y sexualidad, de pareja y de familia; sobrecargas de roles de género; desarraigo, exclusión. **Lo subjetivo:** experiencia vivida; significado subjetivo de vivencias; ausencia de realización; pasividad; ser objeto de otrxs y de modelos sociales; caídas de ideales; tristeza, soledad, desamor; vacío, rabia, miedo, odio (Velasco, 2009a).

Los factores biopsicosociales *protectores de la salud:* **Lo bio:** cuidar el cuerpo; escuchar el significado subjetivo de lo que expresan los síntomas y los malestares. **Lo social:** No ser víctima pasiva de las circunstancias externas; tratar de modificarlas: socializarse y actuar sobre la sociedad; realizaciones: trabajo, saber, amar, socializar, tener hijxs, crear, ... **Lo psico:** capacidad de elegir; independencia y autonomía; proyecto propio; posición activa; ser sujeto de los propios actos; librarse de las exigencias ideales; no ser objetos de lo social; perder el afán de omnipotencia; preguntarse por el significado de los actos y los síntomas (Velasco, 2006).

En el siglo XX se produjeron cambios importantes en los roles de género que modificaron los determinantes psicosociales del género. Contemplaremos estos cambios atendiendo a los tres modelos: tradicional; en transición e igualitario (o contemporáneo), que he presentado más arriba. También se reformuló y enfatizó la sexualidad activa de las mujeres: como

autoexpresión; placer y relacionalidad (de Béjar, 2003, 2011; Dio Bleichmar, 1997; Estupinyà, 2013; Garriga, 2013, 2014, 2015a, 2015b, 2015c).

Me gustaría terminar apuntando las vulnerabilidades del modelo de género contemporáneo/igualitario, que, a mi modo de ver, son a las que atendía Federici, aunque, y esta es la aportación de la particular mirada de género de la autora, no se apoyaba suficientemente en las capacidades con las que contaba Livia.

Tanto los hombres como las mujeres pueden sufrir por (Velasco, 2009a, p.20):

- . Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social.
- . El diferente desarrollo personal puede producir rivalidad y distanciamiento.
- . Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja.
- . Puede haber falta de realización de maternidad por asincronía del deseo en la pareja o por competencia con el proyecto individual.
- . Ideal de eterna juventud.
- . Desorientación sobre significado y requerimientos del amor.
- . Sobre-exigencia de satisfacción sexual.
- . La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja.
- . Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción.
- . Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas.
- . Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda.
- . Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.
- . Insatisfacción con el propio cuerpo.

Un buen trabajo terapéutico también elaborará estas dificultades en cuanto surjan y pondrá mucha atención en atender y privilegiar los deseos de la persona que se está analizando, mientras reconoce sus capacidades y/o limitaciones o déficits, para intentar superarlos, si se puede; o aceptarlas, si son de la realidad.

REFERENCIAS

Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*, New York: Pantheon Books.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Paidós.

- Brandchaft, B., Doctors, Sh. & Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*, New York: Routledge.
- Burín, M. & Cols. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- de Béjar, S. (2003). *Tu sexo es tuyo*, Barcelona: Plaza y Janés. Reeditado (2006). *Tu sexo es aún más tuyo*.
- de Béjar, S. (2011). *Deseo. Cómo mantener la pasión y resolver las diferencias sexuales*. Barcelona: Planeta.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*, Barcelona: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (Coord. 2011). *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*, Barcelona: Octaedro.
- Estupinyà, P. (2013). *S=EX2. La Ciencia del Sexo*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Federici, S. (2016). "Hoy te siento... como algo más que *una persona*". Negociación de la paradoja de ser para uno mismo y para el otro". *CeIR*, 10(1):79-90.
- Freud, S. (1980; e. o. 1913). "La disposición a la neurosis obsesiva", *Obras Completas*, Tomo II, 1738-1743. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Garriga, C. (2011). "Reflexiones acerca de la "cura" y de los mecanismos de acción terapéutica desde un enfoque de género. Viñetas clínicas", *Aperturas Psiconalíticas*, 37.
- Garriga, C. (2012). "La transmisión intergeneracional del trauma. Caso María". *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 602-619.
- Garriga, C. (2013). "La parentalidad y la sexualidad en el desarrollo adolescente sano". *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 288-295.
- Garriga, C. (2014). "La bondad y la ética del cuidado en la subjetividad femenina. Implicaciones del DSM-V para la sexualidad de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 46.
- Garriga, C. (2015a). "¿Por qué ser feliz cuando puedes ser normal? Acerca de las variaciones de género y las sexualidades en el psicoanálisis relacional. Viñeta clínica". Presentación en Jornadas AB: <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>
- Garriga, C. (2015b). "Una revisión de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 50.
- Garriga, C. (2015c). "Una revisión crítica de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género II", *Aperturas Psicoanalíticas*, 51.
- Harris, A. (2005). *Gender as Soft Assembly*, Hillsdale: The Analytic Press.
- Inglehart, R. & Welzel, Ch. (2006). *Modernización, cambio cultural y democracia: la secuencia del desarrollo humano*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Jiménez Torres, S. (2016). "Experiencia intersubjetiva y reconocimiento de múltiples estados del *self*: como poder experimentar ser sujeto", *CeIR*, 10(1):99-105.
- Lyons-Ruth, K. & Cols, (1998). "Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment" *Infant Mental Health Journal*, 19(3): 282-289.

- Marks-Tarlow, T. (2011). "Merging and Emerging: A Nonlinear Portrait of Intersubjectivity During Psychotherapy", *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1). 110-127.
- Riera, R. (2010). "La connexion emocional", Barcelona: Octaedro.
- Slavin, M. O. (2016). "Vida en el interior de la paradoja relacional: discusión del trabajo de Susanna Federici 'Negociando la paradoja...'", *CeIR*, 10(1):91-98.
- Stern, D. N. & Cols. (1998). "Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' than Interpretation", *International Journal of Psycho-Analysis*, 79:903-921.
- Velasco, S. (2006). *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres*, Madrid: Instituto de la Mujer, Salud, 9.
- Velasco, S. (2009a). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*, Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Velasco, S. (2009b). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*, New York: The Guilford Press.
- Welzel, Ch. (2014). *Freedom Rising: Human Empowerment and the Quest for Emancipation*, Harvard: Cambridge University Press.

Original recibido con fecha: 12/5/2016

Revisado: 30/6/2016

Aceptado: 30/6/2016

NOTAS:

¹ Ante el masculino genérico, mi manera actual de buscar el neutro es poniendo una "x" allí donde habría una "o" o una "a".

² El hecho de que en castellano no exista la palabra "individua", ni "sujeta" es significativo.