



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL
SIGNIFICADO DE LOS TICS DE LOS OJOS
Y LA ESTRUCTURA MELANCÓLICA
DE UN ADOLESCENTE**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MÓNICA ESTRADA DÁMASO

**DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. LUZ MARÍA SOLLOA GARCÍA
COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
DRA. MARGARITA LAGARDE LOZANO**

MÉXICO, D.F. JUNIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Sentirse real es más que existir...

D.W. Winnicott.

A mi mamá, con amor.

AGRADECIMIENTOS

**Acontece que el hombre le da vuelta al mundo para buscar lo que le hace falta...
pero regresa a casa y ahí lo encuentra...**

A mi mamá, gracias por tu amor, por tus esfuerzos, por impulsarme e inspirarme, por dejarme soñar con tus palabras que envuelven mi alma y guían mi camino.

A mi hermano Roberto, gracias por ser mi confidente y acompañarme en las difíciles andanzas a lo largo del tiempo.

Al señor Carlos, gracias por enseñarme que el arte de envejecer consiste en amar la vida y conservar la esperanza, por ser viejo por fuera y joven por dentro.

A Yoli, gracias por tu ejemplo, por creer en mí, por tu valiosa experiencia y tu sabiduría.

A Bere, mi mejor amiga, mi hermana, gracias por estar siempre a mi lado y compartir todas mis locuras.

**Si yo se que tú eres, y tú sabes que yo soy,
quién va a saber quién soy yo cuando tu no estés...**

A Pili y a Iván, gracias por enseñarme el verdadero significado de la amistad y la hermandad. A Clau y a Marce, gracias por todo su apoyo, su confianza y su enorme cariño.

A Marce, Paty y Sinaí, gracias por sus enseñanzas y su irreverencia. Gracias Janett por tu ternura y por tu escucha. Gracias Ceci, Lalo, Eli y Raquel, por estar siempre cerca. A todos, gracias por compartir conmigo el gran viaje que emprendimos juntos

**La mejor admiración es la que nos permite construir los espejos
donde algún día deseamos vernos reflejados...**

Gracias Dra. Lucy por tus sabias palabras, te admiro por tu inteligencia y profesionalismo. Ha sido en verdad, un honor ser supervisada por ti.

Gracias Dra. Ma. Luisa por su entrega, su franqueza, por demostrar que el enseñar y el transmitir conocimientos es posible utilizando el sentido del humor pero sobretodo haciendo uso de esa particular sensibilidad que la hace la extraordinaria profesora, analista y persona que es usted.

A Wendy, muchas gracias, por tu generosidad y tus palabras de aliento.

Gracias a todos los profesores que colaboraron en mi formación, que si bien no puedo hablar de cada uno, sepan que la admiración, el cariño, el respeto y el agradecimiento son extendidos para todos.

Finalmente, gracias a la UNAM, por abrirme las puertas de ésta hermosa Facultad de Psicología, misma que me acogió para continuar y afianzar mi formación profesional.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
Justificación	5
I. MARCO TEÓRICO	
1. La constitución psíquica a partir de lo melancólico.....	6
2. La reorganización puberal y el tránsito a la adolescencia en el varón.....	22
3. Presencia, eventualidad y significado del tic de los ojos.....	37
II. MÉTODO	
1. Objetivo.....	48
2. Sujeto.....	48
3. Escenario.....	49
4. Procedimiento.....	49
III. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	
1. Fase Evaluación	
a) Descripción del paciente.....	51
b) Antecedentes de la atención psicológica.....	51
c) Motivo de consulta.....	58
d) Historia del problema actual.....	59

e) Estructura y dinámica familiar.....	60
f) Historia personal.....	62
g) Impresión diagnóstica.....	62
2. Fase Psicoterapia	
a) Descripción y análisis.....	65
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	83
V. REFERENCIAS.....	89
VI. APÉNDICES.....	93

RESUMEN

Todos creemos conocer a los adolescentes. Y nos equivocamos. “El adolescente no tiene una cultura; es una cultura. Una manera de vivir en el mundo, de ver este mundo, de moverse en él” (Fize, 2002, pp. 57). Es por eso que resulta precisa la comprensión profunda de la vida interna de cada paciente y de su historia, de cómo interactúa con el mundo y finalmente como lo vive y experimenta.

La tarea de crecer se complica cuando se trata de un adolescente que en vías de precisarse como adulto y dejar atrás los engañosos años “maravillosos” de la infancia, se encuentra ante nosotros con los más diversos acontecimientos y movimientos, tanto fisiológicos y psíquicos como sociales y culturales. Y es que aunque pareciera que durante la infancia y la niñez se vive en relativa tranquilidad, es sólo en la adolescencia, en el “a posteriori”, que cobran un nuevo sentido éstas vivencias infantiles que han dejado huella, que han quedado desatadas y que ahora dan cuenta de lo no resuelto a partir de diversas manifestaciones que ponen en evidencia a la pubertad y a la adolescencia como períodos de crisis y conflicto, pero sobretodo, de profundo cambio.

Su cuerpo y psique en efecto, cambian definitiva e irreversiblemente. Su percepción del mundo y de sí mismo también. De igual forma la de sus padres y de quien los rodea.

Dentro de éste contexto, se vuelve indispensable el estudio de las crisis durante la adolescencia debido a que durante ésta etapa de la vida, el organismo y la psique se encuentran en el clímax de su vitalidad y potencia (Erickson, 1972). Pero también, es durante ésta etapa cuando el adolescente se encuentra más vulnerable y frágil.

Por ello, el presente reporte tiene como objetivo analizar la estructura psicodinámica de un adolescente varón de 12 años, tomando como referencia una serie de conceptos del marco teórico psicoanalítico, así como el material clínico obtenido a lo largo de las entrevistas y sesiones realizadas una vez por semana durante el lapso de un año en el

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología en la UNAM.

Se pudo observar a lo largo del tratamiento que el adolescente presentaba rasgos melancólicos acompañados de conductas autodestructivas, auto reproches, ideación e intento suicida además de un fuerte vínculo de dependencia respecto a la madre y una peculiar forma de identificación con el padre a partir de un tic.

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de ubicar al lector en el presente reporte de experiencia profesional, se plantearán a continuación los contenidos generales de cada uno de los apartados que lo conforman.

La justificación explica la creciente necesidad de trabajar con la población adolescente en el campo de la psicología y la salud mental, todo ello desde la perspectiva psicoanalítica.

El marco teórico por su parte, se divide en tres capítulos: el primero denominado “La constitución psíquica a partir de lo melancólico” mismo que se compone de dos apartados llamados “Identificaciones” y “Lo melancólico”. Ellos, se desarrollan en función de la conformación y organización de la psique de un individuo a partir de la indefensión y un estado de prematuridad que sitúa al bebé, en un lugar de absoluta dependencia vital frente a otro. A la vez, condición necesaria para que surja el campo del deseo, deseo de desear, deseo de ser deseado por ese otro. Es así como sólo la experiencia y el tiempo instruyen a éste bebé para lidiar con el deseo, el dolor y la angustia que implica vivir. El segundo capítulo fue llamado “La reorganización puberal y el tránsito a la adolescencia en el varón” donde se destacan las vicisitudes a las que se enfrenta el niño ante el inesperado investimento de la pubertad y la adolescencia. El tercer y último capítulo tiene como nombre “Presencia, eventualidad y significado del tic de los ojos” al trabajar justamente la temática entorno al tic como síntoma dentro de un cuadro patológico, en éste caso, el de la melancolía.

En el apartado del método, se describen aspectos técnicos como el tipo de estudio, el procedimiento y el encuadre establecidos durante el tratamiento del paciente.

La intervención psicológica se subdivide en dos: la fase de evaluación, que incluye la historia clínica, la impresión diagnóstica y la interpretación de las pruebas aplicadas previamente. Y la fase de psicoterapia, donde se realiza un análisis y una vinculación

detallados del proceso terapéutico basado en el discurso del paciente y los conceptos revisados anteriormente en el marco teórico.

En la discusión y conclusiones, se describen algunos avances del paciente a lo largo del proceso terapéutico así mismo como las dificultades encontradas en el caso.

Al final, se incluyen en otro apartado, las referencias y los apéndices.

JUSTIFICACIÓN

El psicoanálisis nos ha permitido entender muchos aspectos del ser humano que antes eran desconocidos o incomprensibles para él mismo. Sin embargo, es hasta hace poco tiempo que el psicoanálisis comienza a preocuparse por el estudio particular de la adolescencia.

En México, es en el posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM que surge la Maestría en Psicología Clínica con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, interesada justamente en brindar una sólida formación a los profesionales de la salud mental ante la creciente necesidad de atender a la población adolescente considerada de alto riesgo por la diversidad de manifestaciones que refleja en ésta etapa de profunda crisis y conflicto.

Al formar parte orgullosamente de estos profesionistas, comparto hoy en día, la inquietud por comprender los diversos factores que pueden llegar a determinar la presencia de cuadros psicopatológicos en la adolescencia así como la inquietud por comprender la psicodinamia individual.

Al término de cuatro semestres de formación, supervisión y análisis, puedo sentirme preparada para poder hacer frente a mi trabajo como terapeuta, esperando por supuesto, a través del tiempo, del estudio y de los tropiezos profesionales y personales, poder mejorar, adquirir mayor experiencia y madurez para los pacientes.

Es en el presente reporte que se integran diversas reflexiones en torno a la intervención psicoterapéutica realizada con un paciente adolescente en una de las sedes de práctica así como los fundamentos teóricos que la sustentan. El resultado es la exposición de un caso clínico presentado con viñetas y enriquecido con los conocimientos teórico-prácticos basados en el marco psicoanalítico.

I. MARCO TEÓRICO

1. LA CONSTITUCIÓN PSÍQUICA A PARTIR DE LO MELANCÓLICO

Sólo se llega al mundo y sólo se va uno de él. El estado de prematuridad y de indefensión en el que nace el bebé, lo sitúa en un lugar de absoluta dependencia vital frente al mundo y al resto de su especie. La constitución psíquica del sujeto comienza con el apremio de la vida en tanto las necesidades nutricias del bebé son satisfechas por un otro definido por oposición al YO, un externo o una exterioridad que interpreta su llanto como el llamado ante una situación displacentera que incrementa la tensión en él (Freud, 1950 [1895]).

Así, el llanto no será la simple expresión de un estado afectivo doloroso sino que constituirá un llamado a un otro, un mensaje dentro de una estructura intersubjetiva (Bleichmar, 1974) que requerirá con urgencia que alguien contenga y reciba el mensaje para ayudar a elaborar, nombrar y traducir lo displacentero e incomprensible para el bebé siendo que pueda estar ocasionado por sensaciones, percepciones o sentimientos que le generen angustia y que puedan venir tanto del exterior como de sí mismo, intentando mediante el acto mágico de sollozar, llamar o recuperar a éste auxiliador. Es lo que Freud (1914) denomina el “complejo del semejante” ya que es por medio de la identificación de la madre con esa situación de desamparo o “dolor primordial”, que ofrecerá sus cuidados y la llamada “acción específica” consistente en atender y prestar auxilio adecuadamente al bebé desvalido, cancelando la tensión y brindándole la primera vivencia de satisfacción constitutiva del aparato psíquico, registrando así, las primeras huellas mnémicas del cuerpo y del objeto (Freud, 1914).

Ésta experiencia inaugural, mítica y originaria, donde la actividad sensorial es la fuente original del placer, es el momento donde la psique descubre el poder de catexización de una actividad corporal (Castoriadis-Aulagnier, 1975). De esta manera, la sexualidad es introducida por un otro apuntalándose en un primer momento en las funciones y necesidades nutricias de las que más adelante, se separará. El apuntalamiento no será

del bebé en la madre, sino de la pulsión en la función que preserva la vida, es decir, sobre las pulsiones de auto conservación o mejor dicho, sobre una función no sexual (Laplanche, 1970) que le servirá de soporte para posteriormente activarse hacia un fin o meta sexual (Laplanche & Pontalis, 1972).

Sin embargo, la experiencia de satisfacción no será reducible al trámite de la cancelación de la necesidad biológica de ser alimentado ya que simultáneamente existirá una estimulación erógena en los labios y la lengua del bebé; de ahora en adelante, la boca además de ser el órgano de la función alimentaria, será también un órgano sexual (Laplanche, 1970).

Y es que, sin proponérselo, la madre en esa primera experiencia de satisfacción, brinda al bebé junto a los cuidados alimenticios pertinentes a la sobrevivencia, un cumulo de estímulos placenteros pertenecientes al orden del cuerpo, un “plus de placer”, tal como lo denomina Bertha Blum (Comunicación personal, 2008), capaz de despertar y activar placer erogenizando su cuerpo a través de la erotización de la voz, de la mirada y del calor de la madre. Con éste “plus de placer”, la madre inscribirá en el bebé, en palabras de Luz María Solloa (Comunicación personal, 2009), “su propia sexualidad, su historia edípica y narcisista así como los adeudos y mandatos jaloneados desde lo transgeneracional y sus deseos inconscientes”.

No obstante, el anhelo materno que preserva su historia ahora hecha sombra, permitirá a la madre ignorar el ingrediente sexual inherente al amor por el hijo intentando reprimir su deseo inconsciente poniendo de por medio la prohibición del objeto, no sólo por el bien del bebé sino también por el propio bien de la madre (Castoriadis-Aulagnier, 1975). Por ello, Ana María Fabre (Comunicación personal, 2009) suele decir que “la maternidad convoca lo más arcaico en la psique y el cuerpo de la mujer”.

En adelante, surgirá nuevamente la tensión de necesidad pero con la evocación de la representación ligada a la experiencia de satisfacción, ya que ésta ha quedado inscrita en el psiquismo (Bleichmar, 1974). Ésta evocación será denominada por Freud (1900)

como “deseo”, un proceso o tendencia hacia, una moción psíquica que querrá siempre restablecer la situación primera de placer pero que nunca será alcanzada en tanto que una necesidad orgánica podrá ser colmable contrario a la posibilidad del deseo que poseerá un carácter inagotable (Bleichmar, 1974).

Cuando el deseo del bebé no es siquiera atendido o calmado, vivirá la experiencia del displacer conociendo la frustración, la ausencia y el dolor psíquico, todo ello traducido como una descarga masiva que desorganiza, irrumpe e invade al aparato psíquico. Ante tal situación, la “defensa primaria” se hará presente con la intención de evitar una descarga masiva que desorganice el aparato o bien, para que no se decrete la descarga antes de tiempo. Para ello, el bebé necesitó haber recibido esos cuidados para conservar las primeras huellas de tal forma que con éstas, intentará aligerar y retardar la descarga por medio de la “metáfora del autoengaño”, es decir con la identidad de percepción vivida como real en la cual el bebé chupará su dedo alucinando y añorando el pecho materno. Al retardar y hacer rodeo, la “defensa primaria” acota la satisfacción alucinatoria permitiendo así que surja la actividad de pensar (Freud, 1950 [1895]).

Cuando la “defensa primaria” fracasa, no habrá distinción entre percepción interna y externa; la percepción interna será entonces el cumplimiento del deseo del bebé (Freud, 1900), el cual intentará retener al objeto deseado por vía alucinatoria y bajo el funcionamiento del proceso primario, fantaseando en un primer momento con objetos parciales y concretos como lo serían el pecho o la leche (Laplanche, 1970). De ahí la imperiosa necesidad de introducir realidad a través del rodeo. Los signos de realidad que a nivel perceptual van siendo introducidos gracias a los estados de placer o displacer, guiarán a la atención y a la percepción desde lo exógeno al mundo interno. Éste proceso permitirá la primera forma de pensamiento secundario al buscar otras opciones para retardar o impedir la descarga (Freud, 1950 [1895]).

La experiencia y el tiempo instruyen al bebé para sobrellevar el dolor y la angustia que implica vivir una vida sufriente pero deseante, intentando siempre encontrar el primer

objeto de deseo, o mejor dicho, intentando reencontrarlo (Freud, 1905). Después de todo, como señala Luz María Solloa (Comunicación personal, 2009), “aunque resulte fundante y estructurante, el aparato psíquico se constituirá haciendo un rodeo a la muerte, dejando al fondo siempre la primigenia herida melancólica pues lo que siempre se reencuentra es lo perdido”.

Ahora bien, “inmediatamente después de verse separado de la madre, el lactante se muestra hiperactivo, llora y cuando ya es más grande y dispone del lenguaje, la llama desesperadamente. Algo similar ocurre en el adulto cuando se encuentra ante el hecho de que su objeto libidinal ha muerto. Da muestras de agitación, llora, se le ocurre pensar que no está muerto, que sería posible recuperarlo... se encuentra en ese primer periodo de ilusión en el cual fantasea desandar lo andado... reconoce que el objeto ya no está y al mismo tiempo reniega de ese conocimiento” (Bleichmar, 1974, pp.23).

No obstante, es justamente el deseo de la madre por amar y comprender a ese bebé, lo que lo seducirá para engancharlo a la vida. El deseo del bebé entonces será, por así decirlo, el de ser deseado por el otro (Bleichmar, 1974) ya que muy anteriormente a la relación de objeto, existirá la identificación primaria con el deseo inconsciente de la madre, es decir, con la muerte (Freud, 1914). “El riesgo recae bajo la rúbrica de los anhelos del bebé, quien puede quedar atrapado en el anhelar ser, tener o devenir el deseo de la madre. Es evidente que este anhelo representa aquello a lo que se ha tenido que renunciar, lo que se ha perdido o lo que se ha olvidado haber anhelado. Sueño de una recuperación narcisista, pero sueño lícito... tanto más lícito cuanto ese futuro conserva el atributo de una cierta posibilidad, sin que por ello se lo perciba como lo posible de la locura” (Castoriadis-Aulagnier, 1975, pp.122).

Para Winnicott (1971), el quehacer materno del “holding” o “sostén”, es vital ya que el bebé depende de sus cuidados para su sobrevivencia, particularmente de los cuidados sobre y del cuerpo: caricias, limpieza e higiene constante, arrullos, ropa apropiada, temperatura y nivel adecuado de estimulación auditiva, visual, táctil, verbal etc. Esto permitirá al bebé, conocer, delimitar y aceptar su cuerpo como parte de su propio ser,

distinto del de su madre. Tal como si la madre con estos cuidados le diera acceso a la verdadera vida y estuviera ayudando a que en la psique habitara el cuerpo del bebé.

Pero, con los primeros cuidados la madre también estará excitando al bebé sin conciencia de hacerlo; en términos de Silvia Bleichamar (1984) lo “pulsar” al amamantarlo, al acariciarlo, al mirarlo etc. Desde luego que la madre desconoce que sus cuidados erotizan y construyen poco a poco, la sexualidad del bebé, a la vez que también despiertan en ella excitación, ya que, el cuerpo es erógeno en toda su extensión. Así, la madre erogenizará o no, determinadas partes del cuerpo del bebé, sin llegar a imaginar las repercusiones aunque sea bien sabido ya, que algunas zonas erógenas del cuerpo pueden llegar a reemplazar a los genitales e incluso a comportarse como ellos brindando la misma o mayor satisfacción ante su estimulación (Freud, 1905).

Con la satisfacción del bebé comienza la búsqueda renovada de placer de órgano, de placer autoerótico. La pulsión oral se muda en el paradigma del placer primigenio y de la experiencia de satisfacción que da cuenta de un momento originario o mítico. Así, el autoerotismo ilustra un rasgo esencial de la sexualidad humana pulsional; el ejemplo clásico es el chupeteo del bebé al proveerse de un placer de órgano divorciándose por completo de la necesidad de ser alimentado (Aparicio, 2005).

Es así como la erogenidad es una propiedad de todos los órganos del cuerpo y como tal, las huellas impresas que se desprendan de dichas experiencias vendrán a constituir el narcisismo del bebé mediatizado por la mirada de la madre (Freud, 1914).

El término “narcisismo” es tomado por Freud (1914a) de Näcké, describiendo la conducta del individuo que procura a su cuerpo el trato de un objeto sexual alcanzando en ello satisfacción plena en términos de perversión.

Pero también, el narcisismo correspondería a un estadio del desarrollo normal e inevitable de la libido, intermedio entre el autoerotismo y la elección de objeto. Distingue

Freud (1914a) dos tipos de narcisismo. El primario, denominado así por la colocación de libido ligada a la pulsión de auto conservación que posee un carácter regular en el desarrollo del hombre por la imperiosa necesidad de permitir al bebé vivir la sensación plena de la completud. Y el secundario, designado como la vuelta sobre el YO de la libido retirada de los objetos; para que esto suceda, el niño debe encontrarse en un tiempo donde ya se distinguió del otro y lo invistió, así la libido puede volver a dirigirse sobre él mismo, es decir, sobre su propio YO.

En el caso del narcisismo primario, se trata de una fase de la libido infantil donde el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores, un estado anobjetal¹ o por lo menos indiferenciado. Es una fase precoz de ciertos momentos fundantes junto con el YO operando como defensa primaria, como trabajo de juicio que busca la satisfacción en lo más inmediato, es decir, el cuerpo propio. Dicho lo cual, contempla que las pulsiones parciales funcionan de modo anárquico, de ahí la concepción de la sexualidad infantil como perversa polimorfa (Freud, 1905).

En éste tiempo, los padres colocan en el niño no sólo toda su atención y amor, sino también su narcisismo propio encubriendo en él, cualquier defecto permitiendo así vivenciar al bebé, momentos de omnipotencia, sobrestimación y perfección haciéndolo sentir “His Majesty the Baby” [“Su majestad el bebé”] (Freud, 1914a).

Al tiempo, el cuerpo del bebé sobreinvestido y enhuellado, irá adquiriendo sentido a través de la simbolización, misma a la que sólo es posible tener acceso gracias a la violencia impuesta por el otro que a la vez que auxilia, erotiza; pero es esto lo que permite organizar dichas expresiones en un primer momento, en un lenguaje arcaico, en un lenguaje del cuerpo para poder después pasar a todo un sistema de lenguaje pre-fabricado, a lo primario y de ahí a lo secundario, dando acceso a la realidad de la diferencia del deseo del otro y a la reorganización de la psique (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

¹ El estado anobjetal o sin objeto hace referencia a la primera etapa del desarrollo psíquico que curiosamente coincide con la etapa del narcisismo primario. Se trata de un momento donde no existe la diferenciación para el bebé. El mundo externo que le rodea es vivenciado como parte de su cuerpo siendo entonces incapaz de distinguirlo como algo que se encuentra separado de él (Freud, 1914a).

“No solo se desea una cosa concreta sino que también se desea ser objeto del deseo de otro, es decir, ser deseado por ese otro” (Bleichmar, 1974, pp.20).

Y es que la psique se exige metabolizar todos los estímulos vía representación pictográfica². La representación pictográfica de cualquier fenómeno constituye una condición necesaria para su existencia psíquica. No obstante, de esto originario, no se tendrá cuenta sino sólo a través de la reconstrucción de una fase posterior, en la que sólo se podrán observar algunos retoños (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

No hay que olvidar que es la madre la iniciadora e incitadora del lenguaje, la que ha proporcionado y designado las palabras, la que ha dado sentido y valor humanizado a éste ser humano. Las palabras y los actos maternos se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ellos, la oferta precederá a la demanda, el pecho será dado antes de que la boca lo espere. Es en realidad éste desfase la ilustración de la “violencia primaria”³ (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

En éste sentido, la madre como portavoz del niño, dejará al descubierto en efecto, el exceso de violencia en su discurso materno y en general de la pareja parental que se apropia de la capacidad de pensar del niño; violencia definitivamente necesaria que ofrece un nuevo mundo al niño: el mundo del lenguaje pero que en ocasiones se verá rebasado por la función materna pidiendo y exigiendo al niño que piense y viva a imagen y semejanza de la madre (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

Y es que el bebé está plenamente identificado con el deseo de la madre por muy difícil de enunciar que sea éste, de tal suerte que el andar del sujeto estará marcado por este hecho. El lugar asignado para el bebé, dependerá de los deseos y expectativas de la madre siendo que puede significar que el niño la complete y deba renunciar a éste

² Se entiende por pictograma a la producción o creación psíquica del bebé de una imagen sin palabra en un periodo o proceso originario entendido como el tiempo en el que el bebé recibe las producciones psíquicas y acciones de la madre que le van permitiendo crear y dar sentido al mundo a través de la relación con ella y la interacción con el ambiente (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

³ Violencia primaria ejercida por la madre a través de sus cuidados ante la incapacidad del bebé de nombrar todavía sus diferentes necesidades y deseos (Castoriadis-Aulagnier, 1975). La madre en éste sentido digiere, transforma y metaboliza los diferentes elementos mientras el bebé va digiriendo dichos elementos que le son heterogéneos aún (Winnicott, 1971).

deseo de completud y aceptar la separación para que el niño comience una existencia como sujeto (De la Torre, 2008) o bien, permanezca con ella, rehusándose así, a aceptar la separación y por tanto la diferencia.

Por ello, es necesario limitar el deseo de la madre lo cual sólo será posible por medio de la entrada de un tercero o en palabras de Lacan (1955-56), por la introducción de “la ley del padre” o “el nombre del padre”⁴. Con dicha entrada, se posibilita la renuncia así como la función de corte entre la diada madre-hijo. En adelante la función paterna será también crucial en la adolescencia siendo que la articulación del deseo de la madre y “el nombre del padre” serán igualmente constitutivos del sujeto.

Así, la separación madre-bebé adquiere un carácter no sólo inevitable sino necesario y estructurante ya que si bien la madre a través de su mirada le ofrecerá la completud, no le brindará la alteridad, ésta vendrá sólo al tiempo que el bebé se percate de la diferencia, en un segundo tiempo de la vida psíquica donde el autoerotismo sea sepultado al realizar el pasaje al narcisismo primario.

Al paso del tiempo, entre los seis y los dieciocho meses de edad del niño, ocurre un fenómeno vital del desarrollo psicológico llamado por Lacan (1936) el “estadio del espejo”. Es un momento donde el bebé tendrá la posibilidad de percibir su YO corporal en el espejo, momento inaugural para el desarrollo del YO psíquico. El bebé fascinado, festejará la aparición de la imagen frente al espejo: el reflejo de su cuerpo en una totalidad será visto por él mismo por primera vez ya que con anterioridad nunca había contemplado su rostro ni su cuerpo por completo sino por el contrario, los había percibido separados como objetos parciales, siendo ésta experiencia la constitución de unidad de esos fragmentos.

El estadio del espejo de Lacan (1936), aporta respecto a la constitución del YO, un efecto estructurante: la gran repercusión que tiene el hecho de la percepción visual de

⁴ La presencia del padre es lo que va a establecer la ley y la ley es lo que va a estructurar el orden psíquico y proporcionar la identidad al niño. Se trata del momento en que el bebé pertenece ya a una familia, a una estirpe, a un apellido. El niño ahora tendrá la impresión de que va a ser amado por el padre y por lo tanto lo respetará (Lacan, 1955-56).

un semejante sobre el sujeto. En éste sentido, se es sujeto sólo cuando se asume una imagen del propio cuerpo fundida en la estructura psíquica (Aparicio, 2005).

Por ello, “lo que se juega efectivamente en la escena materna tendrá un peso decisivo en la preponderancia de una posición integradora de la imagen corporal o de una posición mutiladora” (Castoriadis–Aulagnier, 1975, pp. 87), forjando en dicho momento, la experiencia crucial del bebé de “ser o no ser”.

Lacan (1936) describe la formación del YO en la identificación con la imagen del semejante o con la propia imagen especular. Al respecto, en Winnicott (1971), la mirada de la madre es tomada como una totalidad, así, el rostro entero funcionará como espejo y no sólo la mirada. El espejo será el otro, la mirada del otro, la mirada de la madre. Es llevada entonces a su máxima expresión la cuestión del espejo real en el pleno sentido figurativo o simbólico como un intercambio donde tanto el bebé como la madre tienen momentos de actividad y pasividad. En éste sentido el intercambio es de vital importancia para la construcción y diferenciación del YO del bebé, del de su madre.

La importancia del papel del espejo radica en lo que la madre devuelve al hijo, sea su deseo, su adoración, su amor, su indiferencia, su sufrimiento o su horror. El rostro así, siempre tendrá una respuesta, aún donde no haya una respuesta como tal, ésta sería la respuesta donde el bebé se mirará en un espejo sin encontrar algo dentro de él. El descuido, la mirada perdida, volteada e incluso esquiva con la intención consciente o no de ignorar al bebé, dejará huellas que serán preservadas por siempre en la psique. Sin duda entonces, la función especular resulta estructurante ya que cuando el bebé mira el rostro de la madre, se ve a sí mismo y por lo tanto se reconoce (Winnicott, 1971), pero igualmente el bebé podrá reconocer en la mirada o en la ausencia de la misma, un deseo de no deseo, en tanto no sea reconocido para el otro, en tanto la ausencia de la mirada implique el no ser para el otro (Castoriadis-Aulagnier, 1975). En éste sentido la madre juega un papel importante para introducir la alteridad, ya que es ella quien avala lo que el niño ve en el espejo (Solloa, L.M., Comunicación personal, 2009).

IDENTIFICACIONES

Es así como la mirada de la madre se encuentra estrechamente ligada con el concepto de narcisismo primario, vital para el desarrollo del bebé. Y es que éste sólo existirá en la medida en que exista la mirada de la madre en el momento de ilusionarlo, de encontrarlo bello y deseable. Se trata entonces de encontrar en el objeto, atributos o características que ante los ojos de otro, de la madre, conviertan al bebé en alguien digno de su amor y estimación (Bleichmar, 1974).

Como es de esperarse, el bebé al crecer y hacerse hombre, difícilmente podrá renunciar a la satisfacción que éstas primeras experiencias narcisistas puedan haberle ofrecido a lo largo de su desarrollo por lo que el narcisismo infantil como tal, será desplazado a un YO IDEAL contenedor de todas aquellas virtudes y perfecciones propias del narcisismo omnipotente de la infancia (Freud, 1914a). Al tiempo que la madre idealiza y narcisiza al bebé, va construyendo una imagen suprema con la que éste se irá identificando. El YO IDEAL poseerá entonces un valor máximo narcisista, depositando en él, la imagen ideal que condensará y representará la perfección y omnipotencia a la cual el sujeto no querrá renunciar. Será por así decirlo, el heredero del narcisismo primario (Bleichmar, 1984).

Si bien el desarrollo del YO consiste en distanciarse paulatinamente respecto del narcisismo primario, se desplazará la libido a un IDEAL DEL YO impuesto desde afuera que alcanzará la satisfacción mediante el cumplimiento de dicho IDEAL DEL YO (Freud, 1914a).

El YO IDEAL es la formación psíquica que representa el primer esbozo del YO investido de libido. Freud (1914a) lo describe como aquel YO que habría sido objeto de las primeras satisfacciones narcisistas permitiéndole experimentar al bebé un momento de omnipotencia y que, posteriormente y con el paso del tiempo, el sujeto intentaría recobrar y reencontrar. Aquel estado omnipotente por tanto, tendría un carácter

imperiosamente narcisista, teniendo su origen justamente en el narcisismo infantil (Laplanche & Pontalis, 1972).

Lacan (1936), por otra parte, concibe el YO IDEAL a partir de la imagen del propio cuerpo reflejada en el espejo, siendo justamente ésta imagen el soporte de la identificación primaria del niño con su madre (Laplanche & Pontalis, 1972).

Es así como el YO IDEAL vendría a ser la representación del bebé de un estado de omnipotencia provisto por la madre, teniendo como característica esencial la satisfacción de una necesidad narcisista que le permita recuperar aquel narcisismo perdido.

Y mientras el YO IDEAL proviene del narcisismo primario y representa una imagen total de completud y perfección (Bleichmar, 1984), el IDEAL DEL YO tiene su origen más bien en el SUPERYÓ, siendo de hecho, considerado su heredero.

Podría definirse el IDEAL DEL YO como la instancia del aparato psíquico resultante de la convergencia del narcisismo y de las identificaciones con los padres, con sus sustitutos y con los ideales colectivos (Freud, 1914a) que es relativamente autónoma y que sirve al YO como punto de referencia para apreciar sus realizaciones (Laplanche & Pontalis, 1972).

El IDEAL DEL YO conjuga las condiciones que un sujeto debe cumplir y/o satisfacer para poder sentirse o considerarse valioso, de tal suerte que el ideal es impreciso y variable en cada persona, tomando así, un modelo con el cual compararse, pudiendo ajustarse o no a dicho ideal.

Cuando el sujeto logra adecuarse, puede permitirse ser valorado y apreciado por él mismo y por los otros. Ya que es una condición a cumplir, el no alcanzar el IDEAL DEL YO, significará entonces la privación de dicho reconocimiento.

Son esencialmente los padres, y posteriormente los profesores, la sociedad y las figuras importantes en la vida del individuo, los encargados de introyectar el IDEAL DEL YO en forma de conductas que el niño admirará y considerará como buenas o deseables (Freud, 1914a).

Y es que “el niño, por la dependencia con respecto a su objeto de amor, se identifica con esa imagen valorada que le viene del otro y pasa a valorarse” (Bleichmar, 1974, pp. 46), pero no sólo por el hecho de poseer determinadas cualidades sino también por poseer la preferencia con respecto a otros, la preferencia de la madre. “El narcisismo está de este modo estructurado en el seno mismo de la situación edípica, en donde la perfección queda connotada como triunfo frente al rival. El Edipo implica que hay alguien además del propio sujeto que puede ser amado por otro significativo” (Bleichmar, 1974, pp. 47).

La elección de objeto narcisista en palabras de Freud (1914a) corresponde a la elección de un sujeto que se toma como objeto de amor acorde a como pueda ser al presente, como fue en algún momento, como quisiera llegar a ser o incluso como alguien que alguna vez fue una parte del sujeto. De tal forma que dicha elección toma como modelo, la relación del sujeto que ha establecido consigo mismo, es decir, elige un objeto de amor y deseo según el modelo de su propia persona. Cualquiera de ellas, se basa en la elección realizada a imagen y semejanza del YO, encontrando la satisfacción en el propio narcisismo del sujeto al intentar alcanzar nuevamente esa vivencia de perfección, completud y omnipotencia (Bleichmar, 1974).

En contraste, Freud (1914a) plantea también la elección de objeto por apuntalamiento, misma que se realiza según el modelo de las figuras parentales en tanto éstas aseguran al niño la posibilidad de satisfacer sus necesidades vitales. El primer objeto sobre el cual se volcaría la libido sería el seno materno para luego dar paso a que el niño aprendiera a amar a otras personas según el modelo de la propia madre, brindándole al igual que ella, en su momento, cuidado, protección y auxilio, es decir, la satisfacción de sus necesidades.

Por ello y por cualquier elección de objeto, habrá que pagar un precio para asegurarse ese lugar avalado y valorado por el otro, privilegiado y anhelado pero también, ilusorio. El precio a pagar dependerá entonces del YO IDEAL, es decir, de la representación de aquel modelo que poseerá los atributos de máxima valoración en una escala (Bleichmar, 1974), donde “para el bebé, el ser-amado constituiría la meta y la satisfacción en la elección narcisista de objeto” (Freud, 1914a, pp. 95).

Y tal como habrá un punto máximo de perfección, también existirá un punto mínimo de estimación en dicha escala, teniendo así, su recíproca cualidad de imperfección (Bleichmar, 1974).

Por lo que puede suceder que el bebé se convenza de no ser digno del amor de la madre al identificar e inscribir en su psique, una imagen totalizadora negativa comunicada inconscientemente por la madre tomando como total, algún rasgo parcial negativo, indeseable o desagradable: feo, gordo, llorón etc., siendo o convirtiéndose en el absoluto negativo del YO IDEAL o bien, y en el mejor de los casos, en un punto intermedio entre uno y otro (Bleichmar, 1974). Y es que no hay que olvidar que, existe una tremenda y radical discontinuidad o diferencia, entre el ser, la forma en que alguien se representa a sí mismo y la imagen que el otro o los otros le dan de sí al individuo (Bleichmar, 1974).

En los casos en lo que se haya logrado una identificación adecuada con el IDEAL DEL YO pero que, bajo alguna circunstancia de vida se haya colapsado dicha identificación, dicho colapso podrá responder a dos posibilidades: al resultado de una comparación respecto a la distancia existente entre el IDEAL DEL YO y su negativo o bien, ante el éxito de un otro visto por el sujeto como su fracaso. Ante dichos colapsos, el sujeto podrá compensar mediante sustitutos simbólicos aquello que sienta que le falta en lo real, o bien únicamente llevarlo a cabo en la fantasía (Bleichmar, 1974).

Para ello, existe una instancia encargada de velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista; la conciencia moral (SUPERYÓ) que observa y vigila todas las

acciones e intenciones, que las critica y las reprime, y que por cierto, proviene en primer lugar, de la encarnación de la crítica de los padres y la familia y en segundo término, de los maestros, la opinión pública y las normas impuestas por la sociedad, razón por la cual la insatisfacción del IDEAL DEL YO libera libido homosexual que se muda en conciencia de culpa o angustia social (Freud, 1914a).

“La conciencia de culpa fue originalmente angustia frente al castigo de parte de los padres; mejor dicho: frente a la pérdida de su amor; después los padres son reemplazados por la multitud indeterminada de los compañeros” (Freud, 1914a, pp. 98) y otros significativos. Es decir, que muy anterior a la formación del SUPERYÓ, el niño debió ya de estar inscrito en una cultura y por lo tanto, haberse identificado con las normas tomadas hoy en día como propias, para apreciar la posibilidad de perder el amor de los padres ante las amenazas o castigos prometidos por ellos (Freud, 1933 [1932]).

De esta manera, al experimentar el dolor propio del narcisismo ante la caída de la identificación con el negativo del YO IDEAL, puede hallarse la culpa y la frustración, expresadas en forma de agresión⁵ dirigida hacia los demás, pero también hacía uno mismo. En el caso de la autoagresión la relación se tornaría inversa a la del narcisismo: se trata de la relación del individuo consigo mismo en la que el YO es tomado como objeto de odio y por lo tanto, dirigiendo la agresión a sí mismo (Bleichmar, 1974).

El individuo que vivencia un sentimiento de culpa suele experimentar consciente o inconscientemente, un estado de dolor en el que se reconoce como transgresor de una norma incorporada ya en el IDEAL DEL YO que prohíbe la agresión o el daño, pero que, ha construido una representación en la que en lo real o en la fantasía ha quebrantado dicha norma, por lo que espera con miedo un castigo, tiene deseos de reparar el daño o siente odio contra sí mismo y, el SUPERYÓ como estructura capaz de generar críticas y ataques, toma a cargo el castigo en forma de autoagresión corporal o psíquica. Si bien la agresión puede desembocar en auto reproches, no es una única

⁵ Agresión pensada como la intención de provocar daño o sufrimiento físico o moral por el placer implicado (Bleichmar, 1974).

condición, no obstante en éste caso, la palabra adquiere la potencialidad simbólica de una arma, transformándose en el instrumento privilegiado de ataque al narcisismo y adquiriendo en cada caso, una significación distinta, matizada por los acontecimientos determinantes de la construcción del sujeto y de su historia (Bleichmar,1974), además de lo transgeneracional, lo azaroso y las vicisitudes pensadas desde las series complementarias (Freud,1916-17).

Pero el sujeto puede quedar atrapado no sólo en la posición de criticado en la que haga lo que haga, siempre estará mal; sino también en la de crítico (Bleichmar, 1974) donde dará muestras de soberbia, dureza y crítica exacerbadas (Freud, 1917 [1915]). Aunque, lo usual sea que se oscile entre ambas posiciones (Bleichmar, 1974).

LO MELANCÓLICO

Mientras el duelo es una posición universal, los estados de tristeza sin llegar a la generalidad cada vez son más frecuentes, particularmente durante la adolescencia. No obstante, ya desde 1915, Freud comparaba y diferenciaba la naturaleza de la melancolía de la del duelo (Freud, 1917 [1915]).

La sintomatología asociada al duelo tiene su origen en la reacción frente a la pérdida de un ser querido o de una figura amada, puede explicarse, tiene un origen claro, y además, al tiempo puede ser elaborada. En cambio, en el duelo se observa una cancelación del interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición de la productividad tal como si el mundo externo se hubiera vuelto pobre y vacío. La cuestión se complica en el caso de la melancolía, ya que el empobrecido, es el YO (Freud, 1917 [1915]).

La causante del empobrecimiento del YO es la pérdida de la libido, una hemorragia interna que lo vacía. Esto ocurre porque hay una identificación con el objeto perdido ante un desengaño real o fantaseado, pudiendo tener dos destinos: el primero, retraerse al narcisismo; el segundo, retroceder hasta la fase

sádica vía identificatoria, culminando en un eventual suicidio, dando muerte al YO como resultado de la imposibilidad de desplazar la libido hacia otro objeto, recordando que la elección de dicho objeto tenía una base narcisista y profundamente ambivalente. De tal forma que el odio y los reproches dirigidos en un primer momento al objeto, serán dirigidos ahora al propio YO (Freud, 1917 [1915]).

Si bien es cierto que la melancolía comparte muchas manifestaciones con el duelo, existe además, la presencia definitiva de tres elementos o premisas básicas que la distinguen contundentemente: la pérdida de un objeto, la ambivalencia, y la regresión de la libido del YO (Freud, 1917 [1915]).

Así mismo, la autodegradación en forma de querrela, característica de la melancolía, funcionará como una potente arma castigadora del SUPERYÓ. Los auto reproches en éste caso corresponderían al deseo de rebajar, atacar o infligir dolor al objeto; pero ahora éstos tendrán como destinatarios al YO del propio sujeto que adopta una posición masoquista, hallando así la satisfacción de impulsos sádicos y del SUPERYÓ (Freud, 1917 [1915]).

El resultado será una succión y un vaciamiento del YO, acompañados de la concepción de un YO deshonroso, inútil y despreciable que merece repudio y castigo. El cuadro de éste delirio de pequeñez y minusvalía se completará con una serie de síntomas somáticos, autodestructivos y de tinte moral, vinculados a la satisfacción de la pulsión de muerte (Freud, 1917 [1915]). Pese a ello, la disposición a contraer melancolía se remite al predominio del tipo narcisista de elección de objeto (Freud, 1917 [1915]), y tal como ocurre en la adultez, los estados de tristeza en la infancia y en la adolescencia serán producidos por una retracción libidinal donde su mundo interno, su YO, perderá todo sentido, encanto e interés por la vida y por el mundo externo.

2. LA REORGANIZACIÓN PÚBERAL Y EL TRÁNSITO A LA ADOLESCENCIA EN EL VARÓN

La diferenciación sexual puberal que tan radicalmente transforma al niño en adolescente es el resultado de la reacción de una serie de modificaciones corporales. Por lo general se identifica con la aparición del primer vello púbico alrededor de los 12 años o 13 años aunque, de hecho, la pubertad comience como tal hacia los 11 años con el aumento de volumen de los testículos, seguido de las modificaciones de los órganos genitales (Marcelli & Braconnier, 1986).

La concepción de la pubertad se relaciona estrechamente con los cambios sobrevenidos a partir de lo fisiológico ya que es la etapa del desarrollo del hombre donde tiene lugar la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Sin embargo, los cambios físicos que ocurren durante la pubertad vendrán acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocarán en la adquisición de una personalidad adulta (Barreda, 2005).

Por ello, las transformaciones físicas ocurridas durante la pubertad han llevado a describir un proceso psíquico llamado “puberal” que reflejará la presión de la realidad biológica de la pubertad sobre el proceso de reorganización psíquica (Gutton, 1991).

Debido a que el periodo de cambios psicológicos suele ser más prolongado que el de los cambios físicos de la pubertad, se le ha dado un lugar distinto a dicho periodo, denominándolo “adolescencia” (Barreda, 2005).

La palabra “adolescencia” a partir de la etimología o del uso cotidiano, es en sí polisémica. Diversos autores han tratado de explicar e interpretar la adolescencia desde diferentes marcos teóricos subrayando algunos aspectos en particular. No obstante, la mayoría coincide en que la adolescencia es un fenómeno complejo, predominantemente socio-cultural, relativamente reciente, que tiene sus raíces en la

historia confeccionada a lo largo de los años de la infancia y la niñez, añadiéndose a dicha historia, la inminente llegada de la pubertad.

La adolescencia abarca, más o menos, la segunda década de la vida. El término se aplica al periodo comprendido entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo fijando un límite regular entre los 13 y los 23 años en el varón (Aberastury & Knobel, 1988).

Desde el punto de vista del desarrollo psicológico del ser humano, la adolescencia es un periodo fundamental en la consecución de la madurez, de ahí que es necesario definirla. El término “adolescencia” se refiere a “los complejos procesos psicológicos que acompañan a los cambios biológicos propios de éste periodo del crecimiento” (Díaz, 2002, pp. 86). Si la pubertad es la responsable de inaugurar y provocar cambios radicales en el sujeto, la adolescencia consecuentemente puede ser pensada como la crisis en relación a sí mismo y a los otros, un tiempo de ajuste sobrevenido después de alcanzar la madurez sexual.

La intensidad de la experiencia adolescente y el ímpetu de su expresión externa dependerán de una diversidad de factores. Tubert (2000) considera importante las actitudes sociales hacia éste periodo, su duración y la medida en que cada sociedad o grupo, en especial el familiar, tienden a facilitar, retardar u obstaculizar la entrada en la vida adulta. Queda claro que la cultura, las normas, las costumbres y los valores propios de cada sociedad e incluso de cada familia acompañarán el paso del individuo por la adolescencia. Es probable que en su camino tenga que romper con dichas ideologías.

El adolescente muy en el fondo sabe que ya no es un niño, y en el caso de que no lo supiera, no faltará quién se lo recuerde o haga ver de manera constante; pero, el mismo adolescente sabe también que aún no pertenece al mundo adulto y esto también le es comunicado de alguna u otra forma (Mannoni, Deluz, Gibello & Hébrard, 1984). Le es impuesto sin duda, un nuevo rol frente al adulto, frente a sí mismo y frente al mundo en

general. De tal suerte que al intentar ubicarse en un periodo del ciclo vital humano, el adolescente y quien le rodea, frecuentemente se ven en la dificultad de delimitarlo.

Generalmente, la adolescencia suele dividirse en etapas según los sucesos fundamentales manifestados en la mayoría de los adolescentes. Si bien no existe una cronología única y estricta, si puede observarse la presencia regular de dichos eventos a nivel psicosocial. Y es que “la conducta a esta edad es un fenómeno complejo que depende altamente de la historia de vida individual y del medio ambiente en que el adolescente crece” (Blos, 1962, pp. 26).

Para Carvajal (1993), existen ciertos elementos que diferencian y caracterizan los fenómenos adolescenciales. Agrupa dichos elementos y sus manifestaciones en el varón, en tres etapas:

a. Etapa puberal.- da inicio al proceso adolescencial y se caracteriza fundamentalmente por un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general. Coincide con la aparición de los cambios físicos de la pubertad tales como la primera eyaculación o polución. Sin embargo ya existen en este tiempo otros cambios físicos sutiles premonitorios de la eclosión que, cabe destacar, vendrán acompañados de cambios psíquicos. Los cambios, si son en extremo abruptos, podrán ser causantes de despersonalización y extrañeza del cuerpo y de la imagen corporal, pero en general serán pasajeros. Las cargas libidinales por lo tanto recaerán de manera importante en su cuerpo.

La corporalidad puede amenazar la representación narcisista del individuo ya que algunos rasgos físicos pueden ser percibidos como defectos, convirtiéndose en fuentes de insatisfacción consigo mismo; ejemplos claros son los cambios de talla, peso y voz (Tubert, 2000).

En cuanto a lo que concierne a la imagen, la mirada del otro y lo que le devuelve, así mismo como la auto observación, serán determinantes para construir una imagen

integrada (Carvajal, 1993). La incertidumbre sobre su nuevo cuerpo y la autenticidad sobre sí mismo, harán al púber experimentar constantes dudas y una gran necesidad de confirmación, es decir, requerirá de ese otro que lo valide y devuelva su nueva imagen, lo cual bien podrá resultar en la exacerbación del temor a ser observado y a largas horas frente al espejo (Marcelli & Braconnier, 1986).

Carvajal (1993) también señala en ésta etapa, la conducta angustiosa del adulto ante los cambios de los hijos; la crisis del hijo desata en la misma medida, la crisis de los padres, los pone por decirlo así, en jaque. Un problema de la vida familiar consiste en que los padres y los hijos perciben cotidianamente la misma situación de manera muy distinta. La situación se complica cuando las expectativas basadas en el modo como se ha percibido al niño en el transcurso de los años ya no coinciden con lo que los padres observan. Ahora les resulta tan extraño éste sujeto y su comportamiento (Horrocks, 1984).

Pero el púber, no sólo pondrá en duda la palabra de los padres, sino que también entrará en conflicto por la duda de sí mismo: de lo que cree, del bien y del mal; de la inteligencia y de las capacidades. El púber encontrará la ocasión para cuestionarlos llegando a desobedecerlos, desafiarlos y denigrarlos. Es el momento en el que aquellos padres omnipotentes de la infancia caen del pedestal y mueren simbólicamente. Dándoles muerte, el púber se convierte en un parricida intrapsíquico (Carvajal, 1993).

Anna Freud (1980), señala cómo la libido del adolescente está desligándose de los padres para poder catectizar nuevos objetos, es por eso que son inevitables los duelos en ésta época y por consiguiente cierto retraimiento narcisista.

Así, la crisis de la adolescencia no es sino una crisis de la relación puesto que el adulto se niega a tomar en cuenta a éste nuevo sujeto, adolescente, en su singularidad, riqueza y complejidad; se niega a reconocer que ahora tiene plena capacidad sexual y libre ejercicio de ella, pensamiento propio y aspiraciones particulares que difieren por mucho, de las suyas (Fize, 2002).

Los padres de los adolescentes de ésta etapa, los describen como huraños, irascibles y explosivos, les extraña sobre todo que dejen de jugar y que permanezcan solos en su recámara por un largo tiempo, quizá imaginando y negando a la vez, episodios de masturbación. Esto se debe a la nueva estructura corporal y de pensamiento adolescente que le permite instalarse en la abstracción, la fantasía y las ensoñaciones diurnas así mismo como en el autoerotismo anobjetal transitando así a un erotismo objetal con la instauración de una representación como tal; el adolescente puberal juega ahora mentalmente con lo que antes jugaba afuera. Gradualmente se aventurará al contacto con alguien similar a él, se establecerá así, la íntima amistad que le permitirá tener acceso al grupo y a la pareja (Carvajal, 1993).

Al inicio, el adolescente suele sentirse muy solo y triste porque está intentando reemplazar los objetos familiares de los cuales consiente o preconscientemente se está apartando. Ya que lo conocido representa una importante fuente de seguridad para él, ocasionalmente regresa a dichos objetos. Lo mismo ocurre con comportamientos anteriores inclusive ya superados.

Y si bien, la regresión es un mecanismo característico de la adolescencia, la regresión preadolescente patognomónica implicaría retornar a puntos de fijación tempranos a los cuales nunca se renunció por completo; por ejemplo, síntomas obsesivos, disfunciones somáticas, inhibiciones intelectuales o desajustes sociales manifestados durante el periodo de la latencia (Blos, 1980).

Los estados regresivos también pueden entenderse como un retorno al lenguaje corporal, a la somatización de los afectos, conflictos y pulsiones que suplen a la simbolización como posibilidad de poner los afectos en palabras. La libido de objeto se desvía hacia diferentes órganos del cuerpo facilitando la formación de sensaciones hipocondríacas y de cambios corporales (Blos, 1979).

Y es que el púber es susceptible a manifestar ciertas alteraciones narcisistas regresivas debido al asincronismo o escisión entre su cuerpo todavía infantil en relación a los

renovados medios de expresión sexual ahora regidos por la genitalidad, o bien, por el contrario, vivir una actividad pulsional puesta en lo corporal de tal intensidad que no pueda ser manejada a nivel psíquico por una estructura aún infantil, ambos fenómenos corresponderán a un desfase del desarrollo entre la psique y el cuerpo (Marcelli & Braconnier, 1986).

Después de ésta posición o movimiento regresivo, la libido en un primer momento, lleva al adolescente varón a realizar una elección narcisista de objeto dentro de los límites seguros del mismo sexo. La adolescencia temprana evidencia con claridad las amistades con matices eróticos; durante ésta práctica temporal pueden observarse gratificaciones voyeristas, episodios de masturbación, complicidad y transgresiones compartidas donde el amigo es idealizado y exaltado, colocándolo de momento como IDEAL DEL YO, pero también generando envidia, rivalidad y recelo (Blos, 1979).

La amistad termina cuando la intensidad pulsional despierta deseos pasivos o terrores homosexuales (Blos, 1979). Ante la angustia, la libido se moviliza nuevamente pudiendo encontrar diferentes destinos: volver al autoerotismo, dirigirse hacia la idolatría de celebridades o al encuentro ya de un objeto heterosexual.

En la masturbación puberal se pueden observar los residuos de las prácticas autoeróticas pre genitales; los instintos parciales sádicos, masoquistas, exhibicionistas y voyeristas adquieren una gratificación por medio de compulsiones, rituales o actos que también permiten la obtención de placer y por lo tanto la descarga y reducción de tensión como equivalentes de la masturbación (Blos, 1980).

b. Etapa nuclear.- es la esencia del conflicto adolescente. Se instalan agitadamente las características de la adolescencia tales como la rebeldía y la primacía de los pares del mismo sexo y de lo grupal. Más adelante, las amistades se profundizarán y expandirán al otro sexo, estableciendo las primeras relaciones heterosexuales y/o noviazgos (Carvajal, 1993).

El adolescente de la etapa nuclear se caracteriza por su originalidad y su creatividad, mismas que le permiten la creación productiva en diferentes áreas y/o manifestaciones. También es optimista, flexible y generoso con la gente de su alrededor. Lucha aguerridamente, se esfuerza y se convence de poder cambiar el mundo a través de la búsqueda de la justicia y el bienestar común (Carvajal, 1993).

Carvajal (1993) identifica como fenómenos propios de ésta etapa, la influencia que ejerce la moda y los medios de comunicación sobre el adolescente así como una actividad erótica compartida. Además, cobra importancia el papel del padre como guía, modelo y fuente de identificación y representante de la ley. Es muy probable que si bien haya habido un intento por romper la diada madre-hijo en el primer momento del Edipo, ésta separación no haya sido del todo adecuada, por lo que ahora resulta de suma importancia el papel del tercero en la relación. Su presencia activa es determinante ya que si bien el parricidio inconsciente es una necesidad adolescente, el padre debe permanecer incólume en todo momento a éstas fantasías destructivas. Su postura firme pero amorosa va a permitir que el adolescente continúe su proceso de identificación y salga librado de la mejor manera posible de la reedición del Edipo.

Y es que, “en tanto para las mujeres la posibilidad de la relación sexual evoca generalmente la imagen de la madre de la infancia como figura prohibidora, o como objeto traicionado o abandonado, para los varones el encuentro con la figura femenina despierta, necesariamente la representación de la madre como primer objeto amado” (Tubert, 2000, pp. 75). Reactualizando así la dependencia infantil, la ambivalencia y el sometimiento hacia los padres.

c. Etapa juvenil.- es el periodo de transición del modelo de funcionamiento esencialmente adolescente a un comportamiento más cercano al del adulto. El grupo comienza a romperse para dar paso a la individualidad. Pueden establecerse relaciones de pareja más formales y duraderas pero aún idealizadas, dependientes y posesivas; la necesidad de compañía para compartir es fundamental, casi

compulsiva por lo que ante cualquier decepción, el adolescente sufre, se aísla, se deprime llegando a caer en una profunda soledad. Se manifiestan fenómenos tales como la búsqueda de empleo, la elección de una profesión o actividad remunerada; y finalmente, se intenta la independencia y autonomía respecto a los padres (Carvajal, 1993).

Es así como la adolescencia marcará el momento en que se habrá de decidir el futuro del sujeto; designará el momento en que la neurosis más o menos latente hasta entonces, se declarará, pudiendo manifestarse explosiva y violentamente (Mannoni, Deluz, Gibello & Hébrard, 1984).

Las perturbaciones que se produzcan durante la adolescencia serán beneficiosas por sí mismas, ya que serán necesarias e incluso inevitables e irreversibles. La postura de Anna Freud (1980) al respecto, plantea que es necesario el desequilibrio para posibilitar la integración de la sexualidad adulta en la personalidad del individuo.

Y es que la adolescencia es un momento privilegiado donde se cristaliza la necesidad y búsqueda de saber quién se es y qué lugar se ocupa en el mundo. Es ocasión de consumir la identidad, la autonomía y la trascendencia. El problema de ésta búsqueda radica en la interpelación de su cuerpo, su sexo anatómico y su deseo sexual dentro de un contexto temporal que marcará la consideración del corolario irreversible de la muerte. El adolescente se coloca en situaciones de riesgo buscando un límite; aunque, lo que en el fondo busca, no sólo es el negar a la muerte sino más bien, el vencerla. No obstante, las experiencias como la enfermedad, el envejecimiento y justamente la mortalidad, lo confrontan y le hacen ver su indefensión y vulnerabilidad, haciendo surgir una angustia desbordante (Tubert, 2000).

Es un hecho que durante todas las etapas del proceso adolescente, éste experimenta angustia y un profundo sufrimiento, de ahí que surja la duda sobre lo anormal y lo normal. Pareciera que la premisa básica de la normalidad se basa en una esperada

falta de armonía o equilibrio en su estructura psíquica, siendo entonces lo patológico o anormal, la presencia de un equilibrio o estabilidad durante éste proceso (Freud, 1980).

Así, el “síndrome normal” de la adolescencia se determinará por la perturbación de la aparente tranquilidad de la latencia y la presencia de claro conflicto. Éste síndrome es integrado por fenómenos tales como la búsqueda o construcción de una identidad propia y la definición de sí mismo, la cual será lograda por una parte, al tiempo de la convivencia grupal buscando por momentos la uniformidad y por lo tanto la aceptación, ya que en el grupo, el adolescente encuentra un reforzamiento necesario, el que anteriormente provenía de los padres y que entre otras cosas, ha sido transferido al grupo. Y por otra parte, el establecimiento de nuevas identificaciones (Aberastury & Knobel, 1988). Identificación entendida como “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud, 1921, pp. 990), pero no como una copia fiel del original, sino asimilando, modificando e integrando representaciones de rasgos parciales de uno o varios objetos haciéndolos finalmente suyos.

Es por ello que el análisis de adolescentes es particularmente complicado, pero no imposible. Anna Freud (1980) señala los inconvenientes del trabajo con adolescentes debido a los repentinos cambios emocionales que presentan además de la dificultad para diferenciar la normalidad de la patología, sin embargo, éstas fluctuaciones extremas son consideradas normales, casi exclusivas de la adolescencia, no así consideradas en otra época de la vida. Así, la ausencia de crisis resultaría ser más alarmante (Mannoni, Deluz, Gibello & Hébrard, 1984).

Por eso, puede decirse que “el proceso adolescente es satisfactorio cuando se alcanza tanto una estabilidad en la personalidad como un dominio en la expresión de los impulsos; el lapso en que se consiguen estas metas psicológicas es tan relativo como complejos son los procesos adaptativos que intervienen en su logro, de hecho este objetivo bien podría tomarse un tanto como una figura de carácter ideal, en el sentido de tener una meta para alcanzar la madurez” (Díaz, 2002, pp. 87).

Tal parece que atravesar por la pubertad y llegar a la adolescencia bien librado, no es cosa fácil. Para Kancyper (2007), el periodo de la adolescencia es a la vez un punto de llegada y un punto de salida. De llegada porque se desprenden retroactivamente las inscripciones y los traumas que en el tiempo de la infancia permanecieron contenidos en forma caótica y latente, y adquieren, recién en éste periodo, significado y por lo tanto un efecto patógeno. El punto de salida es constituido por la posibilidad de ubicarse un nuevo tiempo que permite elaborar al sujeto nuevas significaciones, dando origen a imprevisibles construcciones, descubrimientos y logros.

Si bien el estudio de la adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica inició a partir del advenimiento de la pubertad, hoy en día y desde entonces, la adolescencia pasó a ser considerada como una metamorfosis final en el individuo, teniendo como transformaciones decisivas en la pubertad, la subordinación de todas las otras fuentes originarias de la excitación sexual bajo el primado de las zonas genitales y el proceso de hallazgo del objeto, ambas ya prefiguradas desde la infancia (Freud, 1905).

Cabe recordar que la organización de la vida sexual se comienza a esbozar desde muy temprano bajo formas pre genitales a diferencia de la pubertad y la adolescencia donde las zonas genitales alcanzan su papel hegemónico. El desarrollo sexual inicia con el erotismo oral del bebé, la meta sexual consiste en la incorporación del objeto y la actividad sexual se apuntala en la función nutricia (Freud, 1905).

Posteriormente con el control de esfínteres predominan el sadismo y el erotismo anal desplegando los opuestos activo y pasivo. En un tercer momento, el primado del falo introduce la participación de las zonas genitales propiamente dichas. No obstante, todas éstas fases sólo se constituyen como precursoras de la organización sexual definitiva (Freud, 1905), ya que es hasta la pubertad que se desarrollarán las pulsiones sexuales con su intensidad plena (Freud, 1923 [1922]).

Por ello, deben considerarse los tres factores que han permitido y han propiciado las condiciones bajo las cuales la psique se ha organizado (Freud, 1926 [1925]). De

manera retrospectiva deben ser analizados para aproximarse al sentido que cobrarán haciéndose presentes ahora en la pubertad y en la adolescencia.

El primer factor es el biológico. Parte de la condición de desvalimiento y dependencia en la que nace el bebé humano, y del cómo éste tomará como primer objeto de amor y odio, a quien identificado por el “complejo del semejante” le ofrezca los cuidados, el auxilio y la “acción específica” que le brinden la primera vivencia de satisfacción (Freud, 1950 [1895]), incrementando el valor del objeto que lo podrá proteger de los peligros del mundo exterior, creando así la necesidad de ser amado, necesidad de la cual nunca podrá liberarse el hombre, registrando así huellas mnémicas del cuerpo y del objeto, deviniendo lo corporal ahora en psíquico y finalmente apuntalando la sexualidad en la función biológica a partir del otro (Freud, 1926 [1925]).

El segundo factor, es el filogenético. Es bien sabido que la vida sexual no experimenta un desarrollo lineal desde su comienzo hasta su maduración, sino que tras un florecimiento muy temprano que abarca hasta los primeros cinco años de vida del niño, ésta experimenta una enérgica interrupción (Freud, 1926 [1925]).

Se trata de la acometida en dos tiempos del desarrollo sexual del individuo, interrumpido en efecto, por el periodo de latencia (Freud, 1905). “Éste desarrollo de la función sexual en dos etapas, interrumpido por el periodo de latencia, parece ser una particularidad biológica de la especie humana y contener la condición para la génesis de la neurosis” (Freud, 1923 [1922], pp. 242).

“La latencia es el periodo posterior a los cinco años donde la producción de excitación sexual en modo alguno se suspende, sino que perdura y ofrece un acopio de energía que en su mayor parte se emplea para otros fines, distintos de los sexuales” (Freud, 1905, pp. 212). Por ejemplo, la educación, los deportes y las actividades recreativas. Además, “en éste periodo se edifican las restricciones éticas como formaciones protectoras contra las mociones de deseo del complejo de Edipo” (Freud, 1923 [1922], pp. 241). Al final de la latencia, el cuerpo comienza a modificarse en cuanto a estructura

y funciones. Luego de dicho periodo, irrumpe la pubertad anudándose a los esbozos de la sexualidad infantil. “La significatividad patógena de este factor se debe a que la mayoría de las exigencias pulsionales de esa sexualidad infantil son tratadas como peligros por el YO, quien se defiende de ellas como si fueran tales, de modo que las posteriores mociones sexuales de la pubertad que debieran ser acordes con el YO, corren el riesgo de sucumbir a la atracción de los arquetipos infantiles y seguirlos a la represión” (Freud, 1926 [1925], pp. 146).

“Las exteriorizaciones infantiles de la sexualidad no marcan solamente el destino de las desviaciones respecto de la vida sexual normal, sino el de su conformación normal” (Freud, 1905, pp. 193). Aquellos conflictos no resueltos de la infancia retornarán con mayor intensidad después de la aparente tranquilidad de los años de la latencia y a partir de las manifestaciones de la pubertad. La historia se reescribe a la par que el adolescente resignifica las vivencias de la época infantil; éstas poseen un efecto retardado ya que sólo cobrarán sentido posteriormente.

Como tercer y último factor, se encuentra el psicológico, referente a la imperfección del aparato psíquico y al influjo del mundo exterior: la capacidad del YO para defenderse eficazmente de los peligros externos pero no así para defenderse del peligro pulsional, surgiendo así las dificultades conocidas como padecimientos o síntomas neuróticos (Freud, 1926 [1925]).

Por lo tanto, la tarea de la psique que se traza en la pubertad es sumamente compleja así como dolorosa. Se trata según Fenichel (1945), de la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias creadas a partir de los inesperados cambios del orden físico, recordando que la pubertad es aquella época del ciclo de la vida cuando los órganos reproductores alcanzan la madurez funcional y el individuo es capaz potencialmente de reproducirse (Horrocks, 1984).

Debe reconocerse entonces como un proceso biológico que abarca transformaciones en la totalidad del organismo pero que tendrá forzosamente, repercusión e interacción

constante en la psique. La adaptación dependerá en gran medida de las nuevas condiciones a las que se enfrente el púber además de cómo haya vivenciado el complejo de Edipo, fenómeno central del periodo de la primera infancia que ante su resignificación durante la pubertad, repercutirá en la adultez. Dicho fenómeno irá progresando y refundiéndose conforme a cada momento del hombre, apareciendo y saliendo a escena con papeles nuevos, inesperados y muchas veces, cambiantes (Anthony, 1970).

“En el caso del varón, el primer objeto de amor es la madre, quien lo sigue siendo también en la formación del complejo de Edipo y, en el fondo, durante toda la vida” (Freud, 1933 [1932], pp. 111). La actividad edípica en el varón ofrece dos posibilidades de satisfacción en armonía a la disposición bisexual. La activa, al situarse en el lugar del padre y como él, mantener un comercio sexual con la madre, viviendo así al padre como obstáculo y rival a quién se querría eliminar. Y la pasiva, siendo desplazada la madre para ser amado por el padre (Freud, 1924b), el niño querría sustituirla, asumiendo una actitud femenina (Freud, 1925).

En relación temporal al complejo de Edipo, se desarrolla en el varón la amenaza a la castración ante el tocamiento o masturbación del pene; ante un tiempo de incredulidad, la observación de los genitales femeninos convence radicalmente al niño. Ahora tiene miedo a la posibilidad de ser castigado: castrado, mientras que de antemano, la niña tiene que aceptar la castración como premisa de un hecho consumado (Freud, 1924a).

Pero con la organización o fase fálica, se ha vuelto representable la pérdida del propio pene, y la amenaza de castración real o simbólica obtiene su efecto con posterioridad (Freud, 1924a). En la adolescencia la angustia de castración también se ve resignificada de diversas maneras ante la reedición del Edipo. Las amenazas renovadas devienen perturbadoras como en aquella época pero ahora con matices e intensidades diversos ya que la situación del levantamiento de la represión se anudará con los soportes externos y los recursos internos del adolescente, poniendo así a prueba no sólo a los padres como representantes SUPERYÓICOS sino también a él

mismo (Jeammet, 1992). Es generalmente la autoridad y severidad del padre la que forma en el YO el núcleo del SUPERYÓ, perpetuando la prohibición del incesto e instaurando la ley y el lugar de cada uno, es así como las aspiraciones amorosas son en parte desexualizadas y sublimadas en la medida que son inhibidas en su meta y el niño se identifica con el padre. La latencia en éste sentido vendría a interrumpir el desarrollo sexual pero también a alejar al niño del peligro inminente de la castración (Freud, 1924a).

En la infancia, al tiempo, el complejo de Edipo sucumbe a la represión a raíz de las inevitables desilusiones y experiencias penosas tales como la llegada de un hermano recién nacido y la experiencia de ser retirado el amor y los cuidados para ser entregados a éste, dando como resultado final, la declinación ante la imposibilidad de llevarlo a cabo (Freud, 1924a).

“En la pubertad, el complejo de Edipo experimenta una reanimación en el inconsciente y arrostra⁶ sus ulteriores remodelamientos” (Freud, 1923 [1922], pp. 241). La pubertad bien puede ser considerada como un verdadero pasaje al acto de la naturaleza en un contexto de exacerbación y apetencia objetal que ofrece al ahora adolescente, un cuerpo idóneo y capaz de consumir en hechos, lo que antes eran sólo fantasías (Jeammet, 1992). La sexualidad infantil reaparece justamente con mayor intensidad por la posibilidad de llevar a cabo en lo real lo que antes quizá sólo podía alcanzarse en la fantasía: el ejercicio de una sexualidad genital en relación a otro. Ahora el adolescente cuenta no sólo con un cuerpo biológico, sino también con un cuerpo erógeno susceptible de dar y recibir placer con una potencialidad erótica que alcanza su máxima expresión en ésta etapa (Tubert, 2000).

“El cuerpo es así el lugar privilegiado de expresión de los conflictos de identificación en la pubertad. Se transforma independientemente del YO, del adolescente y de su voluntad, haciéndole vivir un sentimiento de pasividad que favorece un clivaje cuerpo-psyque” (Jeammet, 1992, pp. 54). Pero, el hecho de que en la pubertad se incorpore lo

⁶ Arrostra: resiste, soporta.

genital y se llegue a realizar el acto sexual no demuestra que se haya alcanzado la madurez emocional o aún incluso, la genitalidad (Blos, 1980).

Es así como con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevarán la vida sexual infantil a su conformación definitiva. “La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual; para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan, a la par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital” (Freud, 1905, pp. 189).

Además del primado de las zonas genitales, también se establece una franca separación entre lo femenino y lo masculino y, al mismo tiempo, la elección de un nuevo objeto de amor fuera del hogar ocasionando un desasimiento gradual o tajante respecto de los vínculos con los padres (Freud, 1905).

“Los resultados de la elección infantil de objeto se prolongan hasta un época tardía; o bien se los conserva tal cual, o bien experimentan una renovación en la época de la pubertad” (Freud, 1905, pp. 182). Pese a que es difícil declinar esas viejas aspiraciones sexuales, el púber se verá obligado a renunciar a los objetos infantiles para orientarse hacia otros muy semejantes a los primeros. Hace falta cierto tiempo hasta que se imponga en definitiva la decisión sobre el sexo del objeto de amor. Extravíos y dudas homosexuales, vínculos intensos y amistades con tintes sexuales y eróticos, son frecuentes para los dos sexos en los primeros años que siguen a la pubertad (Freud, 1920). El paso del autoerotismo a la sexualidad compartida o heterosexual constituirá entonces un fenómeno trascendental en el proceso adolescencial. Si bien la actividad masturbatoria y el ejercicio de una sexualidad parcial son preparatorios y exploratorios, lo esperado es el movimiento a la aceptación y a la práctica genital (Aberastury & Knobel, 1988).

3. PRESENCIA, EVENTUALIDAD Y SIGNIFICADO DEL TIC DE LOS OJOS

Aunque en la obra freudiana el tema del cuerpo es tratado de diferentes maneras en varias épocas, ya en sus primeros escritos, se ponía particular énfasis en la independencia de la anatomía respecto al sistema nervioso, poniendo de ejemplo la parálisis en las histerias (Freud, 1893-1895).

Desde entonces se estudia con detalle los síntomas corporales como neuralgias, anestias de la más diversa índole, contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides, afecciones del tipo de los tics, vómitos permanentes y las más diferentes perturbaciones de la visión. Subrayando por una parte, el desasimiento entre cuerpo y psique y por el otro, el hecho de que a menudo, databan de años atrás (Freud, 1893-1895).

La nosografía de los tics se ha incluido a lo largo de su estudio dentro de otro tipo de movimientos anormales relacionando generalmente su origen y persistencia con afecciones neurológicas. Así mismo, se le ha relacionado con retardo mental y demencia. No obstante, en psicoanálisis al tic se le ha dado ya, el lugar de un síntoma psicomotor, pieza cargada de un significado simbólico dentro de algún cuadro psicopatológico, en especial de las histerias y obsesiones.

Desde el punto de vista etimológico, la palabra tic se desprende de la onomatopeya “*tic*”, para referirse a fenómenos visuales caracterizados por un movimiento compulsivo, que se repite con frecuencia, producido por la contracción involuntaria de uno o varios músculos (RAE, 2010). Muy probablemente, tal como lo sugirieron otros autores, puede provenir de la onomatopeya que imita un ruido seco y repetido como el que se percibe en el “tic tac” del reloj o en el “tique” de los caballos (Lebovici, 1975).

Se puede entonces definir a los tics como movimientos involuntarios bruscos y súbitos, rápidos y repetidos que afectan a grupos de músculos relacionados por la

funcionalidad. Si alguna vez tuvieron utilidad, la han perdido ya sea cual fuere la que hubieran podido tener en su origen (Lebovici, 1975).

Existe una diversidad de manifestaciones relacionadas al tic, pero, para fines del presente trabajo se profundizará únicamente en el tic de los ojos.

Los tics de los ojos pueden dividirse en dos, los tics de los párpados y los tics de los globos oculares. En el caso de los tics de los párpados, suelen ser en extremo frecuentes y por lo general tienden a ser bilaterales; mucho más raramente se observan tics en un solo párpado. Aunque el predominio de un lado no es un hecho excepcional, se denominan “tics de nictación” a las palpitaciones breves y frecuentes de los párpados en los cuales únicamente entra en juego la sola porción central de los músculos orbiculares de los párpado (Lebovici, 1975).

Por otra parte, cuando el músculo entero se contrae, se advierten los “tics de parpadeo”. Las contracciones suelen ser en ocasiones menos frecuentes y más prolongadas, dándose así la denominación del “tic de guiño”. Los tics pueden llegar a aparecer o permanecer aislados, es decir sin la presencia de otros tics, sin embargo, los tics del cuello suelen aparecer asociados a los tics faciales. Éstos consisten en sacudidas bruscas e irregulares que se traducen en movimientos de arriba a abajo, o bien laterales o de rotación (Lebovici, 1975).

Pareciera que los músculos se han independizado; se han convertido en un instrumento para la descarga inmediata. Pese a ésta suerte de desobediencia del cuerpo, es imperioso restablecer la relación entre psique y cuerpo.

El tic se produce ciertamente independientemente de la voluntad y es un acto automático; no obstante, los patrones motores compulsivos de larga data pueden convertirse gradualmente en movimientos automáticos de tic (Fenichel, 1945). En éste sentido puede decirse que los tics pueden generarse prácticamente en cualquier parte

de la musculatura voluntaria, así, cualquier estereotipia o manierismo voluntario podrían a la larga convertirse en tics.

A partir del trabajo de Rouart (1947), Lebovici (en Lebovici, 1975) deduce que los tics se caracterizan por su:

- a. Brusquedad.- son irregulares, forzados, se repiten exageradamente.
- b. Sistematización.- tienden a reproducir más o menos un movimiento que en general no recuerda a uno normal.
- c. Extemporaneidad.- son inoportunos e intempestivos, además de que toda voluntad ha desaparecido tiempo antes del establecimiento del tic.
- d. Esterilidad.- es decir, son inútiles y furtivos tales como las descargas motrices de la histeria.
- e. Variabilidad.- son mudables de un individuo a otro y aún en el mismo, llegando a presentar diversos tics ya sea sucesiva o simultáneamente.

Al igual que otros síntomas, es común encontrar la presencia de tics en algún miembro de la familia y/o antecedentes de enfermedad mental. Es sugerido incluso remontarse cuando menos a dos generaciones ya que alguno de los padres puede haberlos presentado en alguna época anterior o aún prevalecer en la actualidad (Lebovici, 1975).

Respecto a su aparición, en el sentido estricto del término, los tics se observan en condiciones etiológicas específicas. No suelen aparecer antes de los siete años, y algunos autores insisten sobre el papel que desempeña en su aparición, el periodo de latencia, descrito clásicamente por el psicoanálisis después del complejo de Edipo. Con frecuencia se encuentran cercanos a la llegada de la pubertad y al parecer, con una frecuencia máxima en el varón (Lebovici, 1975).

Se ha estudiado cómo al principio del periodo de latencia los niños que son obligados a renunciar a sus impulsos edípicos se ven impulsados a dominar al mismo tiempo sus tendencias hacia los objetos prohibidos, es decir los padres; esta necesidad de alguna

manera disminuye el control de su motilidad ya que después del logro del control esfinteral, ésta constituye la posibilidad de descarga para la agresividad infantil acumulada (Lebovici, 1975).

Existen dificultades en el análisis de los tics a comparación de otros síntomas, dificultad que se acrecienta según aumenta la edad del paciente. Klein (1925) concluye que el tratamiento de un tic debe ser emprendido a una edad temprana, lo antes posible en seguida de la primera aparición del tic. Y precisamente, según la edad de aparición el tic, éste se encontrará en estrecha relación con otros síntomas. Ya que los tics no son fenómenos aislados sino que, por el contrario, se encuentran siempre vinculados a otra situación, en el caso de los niños y los adolescentes se verán comprometidas el área social y escolar principalmente.

Como anteriormente se mencionó, es importante precisar los antecedentes hereditarios en ambas líneas y profundizar en la presencia o eventualidad de perturbaciones psicomotoras, enuresis, tartamudez y lateralidad además de la historia del alumbramiento y las posteriores etapas del desarrollo psicosexual. De igual forma, indagar las condiciones, fecha y lugar o sede de aparición, la evolución y las posibles modificaciones sucesivas, aunque cabe destacar que frecuentemente los padres ni los propios pacientes, puedan proporcionar datos precisos (Lebovici, 1975). Puede ser que tanto ellos como quienes los padecen, terminen por habituarse a su permanente existencia.

Lebovici (1975) insiste en examinar particularmente dos comportamientos considerados como perturbadores en el individuo y en el ambiente familiar; por una parte las crisis de cólera ya que según sus observaciones, muy a menudo niños afectados con tics están sujetos a accesos de cólera impulsiva y violenta, en el curso de los cuales no existe ninguna causa evidente que los justifique, sorprendiendo especialmente a quienes están alrededor del niño. Los otros trastornos sobre los cuales conviene insistir se observan en el dominio sexual.

Es de suma importancia profundizar y detenerse en la historia de la sexualidad, ya que como bien señala Klein (1925), lo que al principio puede parecer un síntoma accidental o ajeno, suele estar estrechamente ligado con graves inhibiciones y con un desarrollo asocial del carácter. Inhibición pensada como la limitación de una función que no determina forzosamente patología (Freud, 1926 [1925]).

Pero, muchas veces, son los padres quienes en primera instancia, contribuyen a la fijación del síntoma con las prohibiciones y burlas, así como los familiares cercanos como hermanos y primos, lo que permite suponer fácilmente, el comportamiento fuera de casa de las demás personas, en especial el de los compañeros de escuela y maestros. Por lo tanto, la actitud familiar con respecto a los tics puede producir profundos sentimientos de vergüenza, de inferioridad y de culpabilidad en los niños (Levobici, 1975).

Así mismo, los tics suelen acompañarse de una deficiente imagen personal y de dificultades en la adaptación familiar, escolar y social, que se derivan obviamente de su presencia. Son también síntomas frecuentes y estrechamente relacionados con el tic, la impulsividad, la hiperactividad, la distracción, las obsesiones y las compulsiones que intensifican las dificultades en la adaptación al entorno. Los tics suelen incrementarse ante situaciones estresantes como un examen, hablar en público etc., disminuyendo por el contrario cuando el individuo se dedica a una actividad absorbente y relajada tal como el sueño (Mardomingo, 1994).

De igual forma, junto con el tic, se pueden llegar a presentar síntomas relacionados con la neurosis obsesiva que también alteran el comportamiento. Éstos pueden ser timidez extrema, temor a obrar mal, inseguridad en la escuela, indecisión, vacilación, superstición, miedos y fobias (Levobici, 1975).

Varios autores (Freud, 1893-1895; Klein, 1925; Fenichel, 1945; Levobici, 1975) vinculan los tics con patologías que van desde la histeria de conversión, la neurosis traumática y la neurosis obsesiva hasta estados francamente catatónicos y psicosis narcisistas.

Según otros autores (Abraham, 1921; Alexander, 1943 en Lebovici, 1975) una neurosis de órgano o enfermedad psicósomática debe distinguirse de los fenómenos de conversión ya que mientras éstos son la representación corporal de un conflicto, la enfermedad psicósomática está determinada más bien, por consecuencias orgánicas de estados emocionales.

A continuación se expone una clasificación psicogenética de los tics del cuadro de las obsesiones; los “sintomáticos”, divididos a su vez en “tics pasajeros” y “tics aislados”. Los “tics pasajeros” serían reaccionales o primarios testimoniando el principio de una neurosis infantil, aparecerían antes de los seis o siete años. Los “tics aislados” aparecerían en el curso de una neurosis propiamente establecida, que tienen en cierto modo un valor más simbólico y son la expresión directa de un conflicto por medio de movimientos. El otro tipo de tics los constituirían los tics relacionados a una neurosis de órgano o psicósomática como los tics de Gilles de La Tourette (Lebovici, 1975).

Lo que en efecto, podrá ubicar al tic en una u otra clasificación, será la cronicidad, las manifestaciones en relación a los demás síntomas así como con la propia historia del sujeto, poniendo particular acento al desarrollo psicosexual del niño. Al respecto, Klein (1925) menciona en sus aportaciones, que el análisis de los tics en tres de sus pacientes, la llevaron una y otra vez a penetrar en los estadios más tempranos del desarrollo infantil, y que, el tic no desapareció completamente hasta que las fijaciones predisponentes del período infantil fueron minuciosamente exploradas.

Sucede a menudo que los niños a quienes se ha permitido quedar excesivamente fijados a sus padres se encuentran más tarde con la sorpresiva prohibición de la gratificación de sus deseos edípicos. Los padres limitan o mejor dicho coartan sus deseos, por lo que el conflicto que originariamente estaba vinculado al complejo de Edipo es desplazado entonces al acto masturbatorio. A esto se debe el hecho de que el contenido inconsciente de los síntomas histéricos constituya a menudo la lucha contra la masturbación. Frecuentemente, los espasmos, las contracciones musculares rítmicas

y las perturbaciones sensoriales se evidencian a la vez como defensa contra y sustitutos de, la actividad masturbatoria (Fenichel, 1945).

En la misma línea, ya había sido señalada la conexión entre masturbación y tics, llegando incluso a plantear como formaciones sustitutivas de ésta, el desplazamiento al restregarse los ojos y al parpadear. Así mismo se señaló la incuestionable analogía entre movimientos de agitación y el tic, justificando el considerar el síntoma motor como una especie de estadio preliminar del desarrollo de un tic real (Klein, 1925).

Al comparar los tics con los síntomas motores propios de las neurosis traumáticas, se encuentra que en las neurosis señaladas, es la cantidad abrumadora de excitación lo que causa las expresiones motrices involuntarias que tienen su origen en situaciones del pasado. En el tic, el evento total del que forma parte el movimiento ha sido reprimido, y los impulsos motores reprimidos vuelven pero en contra de la voluntad del YO. El problema del tic radicaría entonces en la independencia de los impulsos inconscientes del tic expresados en el cuerpo de modo pre genital respecto al YO (Fenichel, 1945). Es decir, sin tener noticia de ésta situación de manera consciente gracias a la represión.

La esencia de la represión consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo lo más alejado posible, de ella. El proceso represivo en la histeria de conversión se sustrae de la conciencia una representación inconciliable, desplazando la carga hacia el cuerpo, dando lugar así, a una formación sustitutiva o síntoma en forma de excitación o inhibición de orden somático, sensorial o motriz. En el caso de la neurosis obsesiva, el mecanismo que utiliza la represión para rechazar el contenido de la representación y desalojar el afecto que éste causa, es el desplazamiento de la carga hacia otra representación o bien, la formación reactiva que permite fortalecer lo opuesto de manera independiente pero retornando posteriormente el afecto mudado en angustia, reproches etc., (Freud, 1915).

Así, el tic bien podría formar parte de una neurosis obsesiva pero también podría pertenecer a un cuadro histérico desde la infancia (Lebovici, 1975) ya que además de la represión, se hacen presentes la ambivalencia y la bisexualidad, la sexualización de los procesos del pensamiento y del habla, así como la regresión parcial al pensamiento mágico. “El papel que desempeña la fijación pre genital puede reducirse a la elección del órgano que ha de convertirse en el asiento de los síntomas” (Fenichel, 1945, pp. 353).

Para Rouart (1947 en Lebovici, 1975), la ambivalencia es la característica principal del individuo que padece tics, en él se encuentra latente o explícitamente, la antinomia de sus comportamientos contrastados. Por ejemplo, la ambivalencia puede aparecer en el par obediencia-rebeldía; la obediencia será efectiva pero la rebeldía será disimulada por todos los medios con pasividad y sumisión. Es por eso que algunos padres con hijos con tics, han llegado a describirlos como tercos, desobedientes y a veces coléricos. Estos arrebatos de impulsividad y explosividad, muestran perfectamente la agresividad contenida, misma que puede causar franco desconcierto ante tales manifestaciones.

En el estudio de caso (Vives & Rodríguez, 1981) de un adolescente de 14 años con tics, éste no concebía la posibilidad de reunir en un solo objeto lo amable y lo detestable simultáneamente. Lo que derivaba en que lo desagradable, lo agresivo, se transformara en lo imposible, en un sentimiento de angustia que debía reprimir prontamente a través de sus síntomas regresivos.

El atraso afectivo o infantilismo en el paciente con tics ha sido subrayado por Meige y Feindel (1902 en Lebovici, 1975) indicando la presencia de un estado mental inferior a la que en realidad tiene. Cabe destacar que el concepto no hace referencia a una debilidad intelectual, sino más bien hace alusión a la falta de madurez en el área afectiva y psicológica.

Para Fenichel (1945), psicológicamente, el tic estará siempre vinculado a una regresión o detención pre genital en el desarrollo, interpolada entre el complejo de Edipo y el

síntoma. De tal suerte que el paciente con tics desplegará todos los rasgos arcaicos propios de una personalidad regresiva. Se manifestará no sólo en su carácter compulsivo, sino por regla general también en una orientación narcisista.

En el mismo caso anteriormente citado (Vives & Rodríguez, 1981), se observó que junto con la regresión libidinal se hizo también una regresión YOICA, incrementando el narcisismo corporal y recurriendo al lenguaje más primitivo: al lenguaje del cuerpo. Al mismo tiempo, esta regresión comprometió otras áreas como el pensamiento y algunas expresiones afectivas que tendieron a infantilizarse. Finalmente, se añadió una grave inhibición de la capacidad de fantasear, de jugar y de pensar en la sexualidad.

Rouart (1947 en Lebovici, 1975) coincide en el papel de la fijación narcisista, reconociendo además las tendencias sádicas implicadas. Respecto a estas últimas, reporta de sus observaciones que en los niños aparecía inscrita en el tic, la función de irritar a la familia, mostrándose agresivos con los padres y permitiendo a través de las reprimendas y los golpes, la satisfacción de sus deseos masoquistas. Del mismo modo, observó que la culpa también podía ser experimentada y que, de hecho, podía pasarse rápidamente de la culpabilidad a la inferioridad, y que así como la reprimenda podía traer consigo la desaparición momentánea del tic, también podía traer consigo la aparición de otro tic sustituto del primero.

Anteriormente, Klein (1925) ya había observado un componente agresivo en el tic al conectar el significado fundamental de los impulsos sádicos con las descargas semejantes a los tics, confirmando la opinión de Abraham (1922 en Fenichel, 1945) quien planteó que el tic es un síntoma de conversión del estadio sádico-anal que demostraba ser un importante factor en su construcción. Igualmente se consideró la expresión de sumisión pasiva y hostilidad reprimida en éstos pacientes (Lebovici, 1975).

Es elemental considerar las tendencias agresivas reprimidas y la emotividad hasta aquí planteadas, pero al mismo tiempo, para precisar la psicogénesis del tic, es imprescindible retomar el carácter sexual del mismo.

Ferenczi (1921 en Fenichel, 1945) ha insistido sobre la equivalencia entre los tics y el onanismo. Según él, como la masturbación, el tic es un ademán secreto, y como tal puede verse el sujeto provisto o afectado de culpa, adquiriendo así un carácter auto punitivo y por lo tanto furtivo y provocador a la vez.

Para Melanie Klein (1925), existen pruebas inequívocas de que lo que ocasiona la repetición de las descargas motoras, es la presencia activa sea vista u oída, de la escena primaria a una corta edad, encontrando además, que el tic no es sólo un equivalente de la masturbación sino que también existen fantasías masturbatorias relacionadas. En éste sentido, el tic puede ser considerado ya como una actividad autoerótica.

En el estudio de otro caso, se pudo demostrar el origen de un tic a partir de la observación de la escena primaria, experiencia que tuvo lugar en la primera infancia del paciente. En la excitación producida al asistir a tal escena, el niño asustado refrenó ciertos impulsos motores, en especial chillar y llorar posteriormente mudándose a un tic (Kulovesi, 1929 en Lebovici, 1975).

Así mismo, se observa en el tic, un elemento exhibicionista que se propone lograr el reaseguramiento narcisístico, aunque el intento bien pueda fallar y terminar en una nueva herida narcisista (Fenichel, 1945). El componente exhibicionista puede llegar a suplantar a la meta sexual normal en lugar de servirle como preliminar. El acto perverso consistiría justamente en enseñar los genitales puestos y desplazados en los ojos con la intención de que quien los mire, muestre los suyos también (Freud, 1905), esperando, quizá una suerte de confirmación de existencia o presencia.

El acto de mirar y ser mirado presenta dos momentos: uno de actividad y otro de pasividad, mismos momentos que conforman el prototipo de las perversiones por excelencia (Freud, 1905). “La compulsión exhibicionista, por ejemplo, depende también estrechamente del complejo de castración; insiste una y otra vez en la integridad de los

propios genitales (masculinos) y repite la satisfacción infantil por la falta del miembro en los de la mujer” (Freud, 1905, pp. 143).

Por todo lo anterior, hay que señalar que el tratamiento psicoanalítico de los tics intentará sin duda, precisar su valor simbólico. Para Lebovici (1975), el tratamiento de los tics queda justificado al considerarlos como trastornos psicológicos y aparecer como la expresión motriz de una afección mucho más global y profunda.

Así, los tics constituyen fenómenos no aislados que requieren el estudio integral de la personalidad ya que éste padecimiento puede llegar a comprometer las actividades cotidianas de quien los padece así como su estado anímico. Cabe destacar que se trata de un síntoma poco estudiado y por tanto con poca referencia y/o sustento teórico que valide justamente su valor simbólico dentro de la psicodinamia de un individuo, pese a ello, los referentes que brinda la teoría psicoanalítica permiten abordar clínicamente aspectos relacionados con la singularidad de la transmisión, adquisición y función simbólica de los tics; vinculando las relaciones familiares, las vivencias más tempranas del individuo y su desarrollo psicosexual con el surgimiento de éstos síntomas.

II. MÉTODO

El método utilizado es de corte cualitativo. Se basa en la descripción del material clínico procedente del proceso psicoterapéutico de un adolescente. Éste trabajo se apega al método científico aplicado a la práctica clínica, siguiendo los lineamientos teóricos y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica.

El análisis se llevó a cabo eligiendo material específico de algunas sesiones. Estas sesiones fueron transcritas y a partir de las entrevistas y las intervenciones terapéuticas, se hizo un análisis del contenido en el contexto de la psicoterapia.

De igual forma, se realizó un análisis del material obtenido a partir de una serie de instrumentos de evaluación que más adelante se detallan.

1. Objetivo

A partir de la descripción del caso y de las intervenciones psicoterapéuticas se pretende analizar la estructura psicodinámica de un adolescente varón, así mismo trabajar la problemática específica que lo trae a psicoterapia.

2. Sujeto

Se trata de Carlos, un adolescente de 12 años que cursa segundo año de secundaria. Acude en compañía de su madre, por su voluntad. El motivo que los trae es el repentino cambio de humor en Carlos pues aunque siempre ha sido muy tranquilo, ahora refiere sentirse solo y triste.

De acuerdo con la evaluación psicodinámica inicial, se encontró una problemática relacionada a una estructura de personalidad neurótica con rasgos melancólicos agudizada por la entrada a la pubertad.

3. Escenario

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado. Proporciona diversos servicios terapéuticos a niños, adolescentes y adultos con diferentes aproximaciones teóricas ya sea en forma individual, grupal, de pareja y/o familiar.

Se encuentra ubicado en el Edificio “D” Sótano, de la Facultad de Psicología en Avenida Universidad No. 3004, Delegación Coyoacán, Colonia Copilco Universidad.

El horario de atención es de 08:00 hrs. a 20:00 hrs. de lunes a viernes. El Centro cuenta con cámaras de Gesell, cubículos individuales y una sala de espera. Los espacios cuentan con mobiliario adecuado pero no así con la disponibilidad de cubículos en algunos horarios.

Los procesos de evaluación y tratamiento psicoterapéutico del presente caso, se llevaron a cabo en dichas instalaciones. Cabe mencionar que aunque se trató de conservar el mismo espacio físico, la alta demanda obligaba a cambiar ocasionalmente de cubículo.

4. Procedimiento

Dentro de estos programas y como sede de la Maestría en Psicología Clínica con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, en el Centro se realizan una serie de evaluaciones para determinar y canalizar a los adolescentes candidatos a psicoterapia. Finalmente los adolescentes seleccionados son contactados telefónicamente por los residentes.

En primer lugar, se describe la información precedente de las entrevistas con los padres, de las sesiones y del material clínico del paciente recabado durante el periodo

comprendido de Noviembre de 2008 a Noviembre de 2009. Se llevó a cabo la pre-consulta y posteriormente las entrevistas preliminares o de evaluación, posteriormente, el abordaje terapéutico incluyó su ingreso a psicoterapia psicoanalítica con una sesión por semana de 45 minutos cada una.

Aspectos importantes manejados dentro del encuadre fueron la confidencialidad, la asistencia, la puntualidad y los honorarios. Respecto a éste punto, la cuota de recuperación que se maneja por sesión individual se establece durante la pre-consulta, en éste caso fue de cincuenta pesos, mismos que se pagaban en la caja de la institución entregando el recibo y el carnet en la recepción.

III. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

1. FASE EVALUACIÓN

a) Descripción del paciente

Carlos tenía 12 años diez meses de edad cuando acudió por primera vez a consulta. Cursaba el primer año de secundaria en una escuela de gobierno. Es hijo de la segunda pareja de su madre, el único varón con una media hermana de 22 años, hija de la primera pareja de la madre y una sobrina de 10 meses. Proviene de una familia de nivel socioeconómico medio.

Carlos es un chico cuya edad aparente no es semejante a la cronológica, es de baja estatura y presenta sobrepeso. Su tez es morena oscura, cabello castaño grueso y oscuro, casi negro, peinado en forma de picos; su cara es redonda con ojos medianos de color café oscuro con pestañas y cejas pobladas, nariz ancha y labios medianos. A lo largo de las sesiones llamaba la atención el cambio de tono de su voz aguda a grave, no obstante contrastaba con su desarrollo físico ya que Carlos tenía un aspecto infantil mismo que coincidía con su arreglo personal.

Desde el primer contacto con Carlos, éste se mostró añorado, preocupado, cabizbajo y triste. Su discurso se caracterizaba por un ritmo lento y pausado, con un volumen bajo. La actividad motriz estaba disminuida, arrastraba los pies o su mochila cuando la traía consigo; se hundía en el fondo del sillón y prácticamente permanecía en la misma posición durante las sesiones. Presentó llanto y sensibilidad exacerbados en las primeras sesiones.

b) Antecedentes de la atención psicológica

Como parte de la evaluación que ofrece el centro, a Carlos se le aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de la Figura Humana y

el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (ver Apéndices), obteniendo los siguientes resultados:

- **Test de Beck Depresión**

Depresión moderada-severa

- **Test de Beck Ansiedad**

Ansiedad moderada

- **Test de la Figura Humana**

Como aspectos gráficos importantes resaltan en primer lugar, el hecho de colocar en los ceros del 2008 (fecha ubicada en la parte superior derecha de la hoja), un par de ojos, indudablemente asociado al síntoma de los tics.

Las líneas débiles y con poca presión remiten a un sujeto permeable, vulnerable a los acontecimientos e indefenso frente a las situaciones adversas o que requieren de lucha. Pareciera que el único recurso para mantenerse a flote en la vida es el de la dependencia-sumisión. Los bloqueos psíquicos a causa de la timidez, la inseguridad y la falta de energía, crean en él, la fuerte propensión a la angustia y a la ansiedad (Vels, 2004).

El sólo hecho de pensar que puede no quedar a la altura que desea (ya que la timidez puede generar un orgullo interno), le suele inhibir (Vels, 2004).

El tamaño de la figura resulta ser pequeño en relación al espacio disponible lo que es un indicador de una importante reducción de la capacidad expansiva así mismo como la expresión de la falta de vigor en las funciones vitales. Por tanto, su visión de los acontecimientos suele ser bastante dramática, limitada y subjetiva. No soporta, sin resentirse, cualquier reproche aparente, cualquier contrariedad u oposición sin sentirse dañado (Vels, 2004).

Su fragilidad, sus disgustos, su impotencia frente a lo adverso y sus lamentaciones, se pusieron fácilmente de manifiesto, así como su pusilanimidad y su evasión ante los conflictos (Vels, 2004).

Otro aspecto relevante es el detalle de las manos grandes en relación al tamaño del resto del cuerpo que pueden implicar la exteriorización de necesidades de contacto. De algunas de las acciones que pueden realizarse con las manos se pueden llegar a derivar complejos de culpabilidad (Vels, 2004).

Respecto al análisis del discurso, parece ser que la inesperada llegada de la pubertad toma por sorpresa a Carlos. El recorrido psíquico infantil hasta ahora había estado aparentemente bajo control pero los intempestivos cambios finalmente y muy a pesar de sus deseos, lo alcanzan.

La pubertad es simbólicamente proyectada como un perro rabioso dejando entrever un miedo desmedido ante lo desconocido, ante lo inesperado y lo sorprendente. En su intento de huir las defensas aparecen en forma de negación.

Sin darse por vencido y creyendo poder detener, negar y posponer la pubertad, aparenta detener su desarrollo sin darse cuenta en el lío que se ha metido al haberse perdido, preguntándose en un interesante diálogo consigo mismo: “*¿yo porqué me metí por ahí?*”.

La desesperación de no hallar el camino a casa, a mamá, a la infancia, a la seguridad que le proporcionaba el ser y el saberse niño; lo hace pasar por ahí y distraerse: “*nunca entró*”, “*corrió y corrió*” hasta continuar su camino y terminar aceptando la irreversibilidad, preguntándose: “*¿dónde estoy?*” dejando claro el pesar de la confusión y de no reconocerse: “*fue cuando se perdió y nunca regreso*”. Finalmente diciendo adiós a la niñez y todo lo que ello implica.

• **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes**

	Puntuación Cruda	Puntuación T
1. Escalas de validez		
? (No podría responder)	0	---
F1 (Infrecuencia de la primera)	8	64
F2 (Infrecuencia de la segunda parte)	13	65
F (Infrecuencia)	21	67
L (Mentira)	7	62
K (Defensividad)	7	36
2. Escalas clínicas		
Hs (Hipocondría)	20	79**
D (Depresión)	40	90**
Hi (Histeria)	29	67*
Dp (Desviación psicopática)	25	64*
Mf (Masculinidad-Femineidad)	23	59
Pa (Paranoia)	16	62
Pt (Psicastenia)	30	67*
Es (Esquizofrenia)	43	71**
Ma (Hipomanía)	21	50
Is (Introversión social)	38	66*
3. Escalas de contenido		
ANS-A (Ansiedad-adolescentes)	14	67*
OBS-A (Obsesividad-adolescentes)	9	57
DEP-A (Depresión-adolescentes)	16	67*
SAU-A (Preocupación por la salud-adolescentes)	21	77**
ENA-A (Enajenación-adolescentes)	8	56

DEL-A (Pensamiento delirante-adolescentes)	5	53
ENJ-A (Enojo-adolescentes)	11	59
CIN-A (Cinismo-adolescentes)	12	45
PCO-A (Problemas de conducta-adolescentes)	5	39
BAE-A (Baja autoestima-adolescentes)	13	73**
ASL-A (Aspiraciones limitadas-adolescentes)	5	50
ISO-A (Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes)	14	63
FAM-A (Problemas familiares-adolescentes)	22	73**
ESC-A (Problemas escolares-adolescentes)	9	60
RTR-A (Rechazo al tratamiento-adolescentes)	13	60

4. Escalas complementarias

MAC-A (Alcoholismo de Mac Andrew-revisada)	20	45
RPAD (Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas)	5	59
TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas)	19	58
INM-A (Inmadurez-adolescentes)	21	64*
A-A (Ansiedad-adolescentes)	19	57
R-A (Represión-adolescentes)	21	66*

** Elevaciones significativas T= >70

* Elevaciones moderadas T= > 64-69

A continuación se describe cada una de las escalas de validez. Las escalas clínicas, de contenido y complementarias con elevaciones significativas y moderadas, también son descritas brevemente (Lucio, Ampudia & Durán, 1998).

- **Escalas de validez**

? (No podría responder): revela disposición para responder al contenido al que aluden los ítems.

F1 y F2 (Infrecuencia de la primera y de la segunda parte): la puntuación arroja la exhibición de alguna característica psicopatológica.

F (Infrecuencia): se trata de un perfil válido que refleja en general, psicopatología significativa, incluyendo síntomas típicos exhibidos en contextos clínicos.

L (Mentira): se realiza cierto énfasis en conductas o creencias convencionales. La puntuación puede indicar el uso de la negación como mecanismo de defensa central.

K (Defensividad): muestra un pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar apropiadamente el estrés; puede estar relacionado con un intento por ofrecer una mala imagen de sí mismo acompañado de angustia y/o malestar agudo.

- **Escalas clínicas**

Hs (Hipocondriasis): arroja la presencia de síntomas somáticos tales como fatiga y falta de energía acompañados de inseguridad, miedo al fracaso y actitudes intrapunitivas. Puede experimentar insatisfacción, quejas y actitudes egoístas tales como demandas de atención y protección.

D (Depresión): la puntuación alta indica sentimientos de culpa, ideación suicida, síntomas somáticos, ansiedad, temores, preocupaciones, falta de confianza en sí mismo, retraimiento social, pesimismo, insatisfacción y un pobre rendimiento escolar.

Hi (Histeria): puede pensarse en la presencia de preocupaciones y quejas somáticas, patrones de sobre reacción, egocentrismo, inmadurez, fuerte necesidad de afecto,

atención y aprobación. Se trata de un individuo psicológicamente ingenuo con escaso insight acerca de áreas problemáticas.

Dp (Desviación psicopática): presencia de rebeldía y hostilidad hacia figuras de autoridad, baja tolerancia a la frustración y aburrimiento, escasa habilidad para retardar la gratificación inmediata de los impulsos y dificultades para incorporar o internalizar valores y estándares sociales.

Pt (Psicastenia): cursa la presencia de ansiedad, tensión, aprehensión y autocrítica vinculado a un enfoque perfeccionista de la vida que contrasta con sentimientos de inseguridad, inadecuación e inferioridad. También puede haber rigidez y ambivalencia al tender a ser emocionalmente sobre controlado así mismo como tender a la rumiación, al moralismo y a la escrupulosidad.

Es (Esquizofrenia): existen indicativos de síntomas relacionados a un pensamiento confuso y desorganizado, temores diversos, excesivas fantasías así mismo como la tendencia al aislamiento.

Is (Introversión social): manifestaciones de incomodidad en situaciones sociales, timidez, sumisión, aceptación y complacencia respecto de la autoridad.

- **Escalas de contenido**

ANSIEDAD (Anx): presencia de tensión, preocupaciones excesivas y perturbaciones en el dormir. También dificultades de atención y concentración. Posible existencia de relaciones conflictivas con los padres. El adolescente tiene conciencia de las preocupaciones, generalmente acompañada de la sensación subjetiva de no poder superarlas.

DEPRESIÓN (Dep): el alto puntaje indica la presencia de tristeza, fatiga, episodios de llanto, poca comprensión del sentido de la vida, sentimientos de soledad y pesimismo.

PREOCUPACIONES POR LA SALUD (Hea): están presentes síntomas somáticos y preocupaciones por el estado de salud física.

BAJA AUTOESTIMA (Lse): los altos puntajes revelan opiniones negativas sobre sí mismo. Puede llegar a considerarse muy influenciado por los demás e incapaz de resolver problemas, dejando a los demás hacerse cargo de éstos.

PROBLEMAS FAMILIARES (Fam): la puntuación elevada indica la presencia de dificultades en las relaciones con los padres y otros miembros del grupo familiar. Revela la sensación de no poder contar con ellos para resolver problemas así como el deseo de poder desprenderse del grupo familiar. También es probable que presencie con frecuencia discusiones fuertes entre los miembros percibiendo como resultado, castigos injustos para su persona. Puede pensarse en una dinámica familiar conflictiva, con una importante falta de sostén, poca comunicación e intercambio afectivo.

- **Escalas complementarias**

R-A (Represión-adolescentes): se trata de un individuo convencional, sumiso, inhibido y pasivo que suele estar siempre de acuerdo con los otros y/o con decisiones que lo involucran directamente.

INM-A (Inmadurez-adolescentes): disminución y/o falta de madurez en las esferas intelectual o afectiva, en relación al momento cronológico considerado reflejada en respuestas emocionales desmesuradas, dudas, pesimismo y susceptibilidad.

c) Motivo de Consulta

El paciente llega en compañía de su madre, por su voluntad. El motivo que los trae es el repentino cambio de humor en Carlos, pues aunque siempre ha sido muy tranquilo, ahora refiere sentirse solo y triste, sin ganas de ir a la escuela o hacer cualquier cosa. La madre dice que no quiere bañarse ni limpiar su habitación, además de que se ha

quejado de dolor de cabeza y estómago últimamente. Carlos no socializa en la escuela, el cambio a la secundaria ha sido difícil y ella cree que se siente celoso porque atiende a su nieta de 10 meses.

Carlos por su parte, refiere querer sólo estar con su mamá ya que es la única persona con quien se siente bien; su padre no le hace caso en ningún momento y no le gusta estar cerca de él por su mal humor. Además, ha manifestado ideas como el no querer vivir a tal grado de robar los medicamentos de sus padres (madre enferma de diabetes, padre de trombositopenia y hermana medicada con antidepresivos) e ingerirlos en una ocasión sin graves consecuencias más que un fuerte dolor de cabeza y estómago. Ha pensado en utilizar unas tijeras para cortarse y hacerse daño.

Llama la atención que en las entrevistas, los padres no señalen nada respecto a un notorio tic en los ojos de Carlos, mismo que es compartido con el padre y que posteriormente cobrará relevancia y sentido para Carlos.

d) Historia del problema actual

El paciente menciona que desde los siete años notó el distanciamiento entre sus padres, cada vez discutían más y convivían menos. Pasaba poco tiempo con su padre ya que su trabajo le demandaba disposición completa. Su madre tenía cambios de humor que Carlos no comprendía y su hermana constantemente tenía conflictos con ambos padres. Desde entonces, se convirtió en espectador de la dinámica familiar comenzando a sentirse solo y triste. El padecimiento actual se inició desde que ingresó a la secundaria y lo resintió más cuando nació su sobrina, pero desde hacía ya un mes y medio se le presentó la idea de que la vida no tenía sentido y se sentía muy solo por lo que decidió suicidarse ingiriendo pastillas.

Carlos es acompañado por su madre ya que es él quien le solicita ayuda psicológica, pero es la tía materna quien le proporciona la referencia ya que su hermana un año antes había sido atendida pero por inasistencias se le dio de baja. Comenta que ya en

varias ocasiones anteriores les había manifestado a sus padres su sentir, obteniendo como respuesta el ser ignorado o regañado por ellos, causándole enojo y coraje que igualmente reprimía. No obstante es hasta que se presenta el intento suicida que es escuchado por los padres y traído al centro.

e) Estructura y dinámica familiar

La familia está compuesta por ambos padres, una media hermana mayor, la hija de ésta media hermana (sobrina) y Carlos. Los padres están unidos libremente, la relación entre ellos es de distancia y constantes discusiones, la madre devalúa al padre y comenta que sólo están juntos por el paciente. Se consideran católicos aunque no acuden con regularidad a la iglesia.

El padre de 42 años es camarógrafo y editor de noticias en una empresa televisiva. Es de tez morena clara, cabello negro y lacio, tiene ojos medianos y utiliza lentes de pasta gruesa, presenta tics en ambos ojos tipo guiño; su nariz y labios son delgados; es de estatura mediana y complexión delgada; su aliño personal es sencillo pero recurrentemente utiliza chalecos deportivos de la empresa donde labora. Se ausenta constantemente debido a las jornadas de trabajo por lo que es casi nula la relación con su esposa e hijos. Su ingreso económico es regular. Tiene antecedentes de trombositopenia idiopática (baja de plaquetas en la sangre y dificultad para cicatrizar) bajo tratamiento. Carlos describe a su padre como un hombre autoritario, rígido, exigente y enérgico, la mayor parte del tiempo se encuentra trabajando y la convivencia se limita a recogerlo o llevarlo a la secundaria. Acompaña ocasionalmente a Carlos a sus sesiones.

La madre tiene 44 años y es operadora telefónica-secretaria en un “call center” y comerciante informal eventualmente. Es de tez morena oscura, cabello rojizo corto, decolorado y rizado. Tiene ojos, nariz y boca medianos. Se le observa cansada y ojerosa, aparentando mayor edad de la que refiere. Tiene manchas en la cara, al parecer por los efectos del sol y de la edad; durante las entrevistas suda

constantemente secándose en todo momento la cara con un pañuelo. Su aliño personal es descuidado, sin maquillaje ni peinado definidos y la vestimenta es hombruna: camisas a cuadros holgadas, zapatos cerrados y pantalones de mezclilla. Padece diabetes, controlada con medicamentos. Así mismo ha consumido pastillas para dormir y relajantes a lo largo de su vida, sin considerarlo como adicción. Es la mayor de tres hermanas que viven cerca de su casa, mismas que conviven con Carlos casi todos los días, generalmente le dan de comer, lo recogen de la escuela y supervisan sus tareas en caso de que ella no pueda hacerlo. Es ella quien regularmente trae a Carlos a su psicoterapia.

Carlos percibe a su madre como cariñosa y preocupada pero lejana, acentuándose ésta situación desde el nacimiento de su sobrina hace diez meses; durante éste tiempo Carlos se ha sentido ignorado y ha resentido la desatención de su madre al privarlo de cuidados y afecto para dárselo a su nieta a quien prácticamente ha adoptado como su hija; ha sentido que el trabajo de sus padres, y principalmente su hermana y su sobrina, son más importantes para ellos que él.

Respecto a su media hermana de 22 años, la relación es de hostilidad y agresión ya que constantemente abusa de él: lo agrede justificándose con que tiene que madurar, le roba dinero, le ordena que haga determinadas actividades del hogar que le corresponden a ella, y finalmente le pide que cuide a su hija para poder salirse de su casa. Anteriormente estudiaba enfermería pero ha interrumpido sus estudios en repetidas ocasiones ya que es una joven diagnosticada con distimia desde hace más de once meses (después del nacimiento de su hija).

Se atiende en una institución psiquiátrica desde hace un año. Además, tiene antecedentes importantes de depresión mayor, agresividad con su ex-pareja e intentos suicidas, el último referido por ingesta de pastillas en octubre 2009. Así mismo, tuvo un aborto anterior al nacimiento de su hija mismo que le ha sido ocultado entre muchas cosas más, al padre de Carlos. Ha presentado también conductas de robo y agresión hacia otros miembros de la familia.

Acerca de su sobrina, Carlos refiere que ser tío tan joven fue algo absolutamente inesperado para él, quiere mucho a su sobrina aunque ha manifestado sentirse desplazado por ella. Se ha sentido preocupado y dolido porque su hermana la ha prohibido convivir con ella debido a que no quiere que imite los tics.

f) Historia personal

Carlos fue producto de un tercer embarazo de su madre. Al parecer fue un embarazo a petición del padre. Previo al embarazo de Carlos, la madre tuvo un aborto por lo cual éste último embarazo fue de alto riesgo ya que presentaba convulsiones dormida a causa de estrés laboral; por tal motivo, la madre es medicada antes y después del embarazo con Oscarbazepina y Trileptan. Para ella, un nuevo hijo representaba mayores gastos para la familia, sin embargo lo aceptó. El padre recibió a su hijo lleno de emoción por ser varón; sin embargo, años después confiesa a la madre su desilusión causada por la manera de ser de Carlos.

Desde pequeño, Carlos ha estado a cargo de las tías maternas por lo que la madre se limita a decir respecto a la historia de su desarrollo que todo cursó de manera “normal”.

g) Impresión diagnóstica

En las primeras sesiones Carlos da cuenta de su dinámica familiar misma que en todo momento es causa de llanto y sensibilidad exacerbados. Su tono emocional es acorde a su discurso; no se reportan cambios fluctuantes en el ánimo, sino más bien éste se mantiene distímico.

Los temas más frecuentes a los que hace referencia son las dificultades cotidianas en la escuela relacionadas a lo académico pero también a lo psicosocial. Así mismo suele hablar de su sintomatología, su sobrepeso y su familia. El curso de su pensamiento suele ser adecuado sin cambios súbitos de tema.

Carlos posee un concepto auto estimativo devaluado al hacer periódica e incisivamente, alusión a su sobrepeso, el color de su piel y los tics, evidenciando su inconformidad con el cuerpo en general pero también con su manera de ser y de actuar.

Durante las sesiones se le ve desconsolado, fatigado y triste, mostrando una gran demanda de afecto, atención y aprobación, basando su seguridad y confianza en las constantes comparaciones con algunos compañeros de clase buscando así sobresalir y ser reconocido por figuras como los padres y los profesores, y más adelante también por la terapeuta.

Carlos se siente herido en lo más profundo de su narcisismo tanto en el aspecto de la imagen corporal como en lo afectivo, sobrevalorando a su sobrina y comparándose con ella constantemente a través de una imagen ideal imposible de alcanzar, la de la completud y la belleza. Se vive en la falta y lo expresa abiertamente.

Aspectos infantiles como la dependencia, la inmadurez, la rivalidad y la regresión se hacen presentes en todo momento. En consecuencia, las relaciones psicosociales establecidas fuera de casa buscan satisfacer sus demandas. Pese a ello, la gratificación no llega, confirmando la imagen negativa y de rechazo que percibe en los demás sin poder percatarse que es él mismo quien las genera.

Si bien, puede expresar con dificultad el enojo y la ira, suele hacerlo siempre acompañado de constantes lamentaciones e intensos sentimientos de culpa descargándolos a manera de reproches, llanto y acciones impulsivas que evidencian elevados montos de angustia, falta de tolerancia a la frustración y una sensación de derrumbamiento y pérdida de control.

Se muestra irritable y susceptible a la crítica, sufriente pero satisfecho al encontrar en la auto compasión y la auto agresión, el perfecto refugio que le permite no mostrar su hostilidad de manera directa. En éste sentido, el tic viene a liberar una carga acumulada

y sustituida de rencor alrededor del objeto, volcándolo hacía él mismo sin dejar de exhibirla al exterior.

Todo lo anterior favorece la ambivalencia en sus vínculos y afectos ya que, si bien, Carlos ha encontrado en ambos padres fuentes privilegiadas de identificación, éstas han sido introyectadas de manera inadecuada al verse imposibilitada la diferenciación, constituyendo un complicado conflicto interno que le impide delimitar su identidad y sobreponerse a los cambios advenidos por la pubertad.

Así, se distinguen rasgos melancólicos en Carlos tales como la identificación narcisista con el objeto, diversas manifestaciones somáticas, un estado de ánimo doloroso, el desinterés generalizado por el mundo externo y la repercusión de la inhibición en funciones diversas del ámbito escolar y psicosocial.

Es significativo también el empobrecimiento del YO reflejado en la disminución de su estima y la vivencia de ser indigno del afecto de los demás, protagonizando una lucha encarnizada con el SUPERYÓ por medio de la culpa, el sometimiento, la crítica, los reproches y el castigo.

De ésta manera, se pueden reconocer en Carlos las tres premisas de la melancolía: la pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido al YO, es decir, al narcisismo (Freud, 1917 [1915]).

2. FASE PSICOTERAPIA

a) Descripción y análisis

A continuación se presentarán algunos fragmentos de las sesiones con la finalidad de ilustrar y vincular la teoría psicoanalítica con la práctica clínica. Cabe destacar nuevamente, que el material presentado fue recabado durante el periodo comprendido de noviembre de 2008 a noviembre de 2009 y si bien a lo largo del proceso terapéutico surgieron diversos tópicos, sólo se trabajaron como ejes centrales la melancolía, el intento suicida y el tic.

Después de algunas semanas de entrevistas preliminares con Carlos y con sus padres, se planteó el inicio del tratamiento psicoterapéutico donde se realizó el encuadre al señalar los días de las sesiones y el horario de las mismas. El pago quedaría a cargo de los padres pero el manejo del carnet sería responsabilidad de Carlos.

En la primera sesión se habló de la confidencialidad rompiéndose sólo en el caso de que algo pudiera poner en riesgo su vida o la de alguien más, acordando de antemano, entrevistas eventuales con los padres (ante la insistencia de éstos para monitorear los avances y/o comentar inquietudes). Así, se le invitó a poner en práctica la regla fundamental de hablar de todo lo que se le ocurriera sin hacer ninguna restricción.

Desde las primeras sesiones, Carlos manifestó el profundo dolor psíquico que sentía puesto en un malestar generalizado y su deseo por evitarlo, sin poder entender porqué lo experimentaba y cómo es que podía lidiar cotidianamente con él. Sus padres constantemente le cuestionaban las razones de su malestar sin poder dar cuenta de ello, por lo menos no con palabras.

La idea de que un niño –en éste caso un púber– pueda sufrir estados dolorosos o de tristeza, parece violentar el entendimiento del adulto (Arfouilloux, 1983). “Se dice que

son tristes o que tienen un aspecto triste, sin saber bien si de este modo se designa la tristeza que experimentan o la que inspiran” (Arfouilloux, 1983, pp. 17).

La tristeza, la soledad y los afectos dolorosos constituyen pues, la expresión de algo que no está transmitiéndose a través de la palabra al igual que el resto de los síntomas, en especial la depresión, el intento suicida y el tic.

Y es que, el paciente generalmente no recuerda nada de lo ya olvidado y por tanto reprimido, sino que en su lugar, suele actuarlo e incluso repetirlo sin percatarse, por supuesto, de que lo hace (Freud, 1914).

Con todo esto, fue posible pensar en los síntomas que reflejaban un dolor psíquico capaz de desestructurar su aparato, dolor que siempre era acompañado de un gran monto de angustia ante la incapacidad de controlar sus afectos y su entorno, al no poseer los atributos que lo hicieran sentir completo y amado, manifestando en todo momento los efectos paralizantes sobre su pensamiento, sobre todo cuando recién ingresó a terapia, impidiendo en un primer momento todo trabajo de representación sobre su situación actual y su posible elaboración.

Para ello, cabe destacar que la inhibición en Carlos estaba presente en prácticamente todas las áreas tales como la escolar: al haber perdido el interés por asistir a la secundaria, misma que no había sido de su elección y al haber disminuido considerablemente su desempeño académico aún cuando siempre había sido un estudiante regular. Refería sentirse fatigado y con mucho sueño en las clases. En el aspecto social, se le dificultaba socializar ya que al ingresar al primer año, no conocía a nadie y el simple hecho de pensar en platicar con alguien le causaba tal nerviosismo que prefería aislarse. Más adelante, Carlos pudo reconocer que el tic y las burlas que se desprendían de él, representaban enormes limitantes que afectaban su seguridad y confianza, lo que lo orilló a retraerse. De la misma manera, en casa evitaba las labores en familia y la convivencia en general.

La inhibición también trastocó el juego. Y tal como señaló Arfouilloux (1983), Carlos prefirió entregarse casi por completo a alguna otra actividad auto erótica: el tic.

Respecto a la función sexual, si bien, todavía no había presentado su primera eyaculación, tampoco daba indicios de llamar su atención el tema, menos aún el de fantasear, masturbarse o vincularse con algún otro objeto. Escuchaba a los compañeros de escuela hablar de sexo pero mostraba franco desinterés. Y si hablaba poco con su padre, de éste tema menos, de hecho, decía:

“nunca se acerca para hablar de nada, menos de eso, yo tampoco he preguntado, no me importa mucho, tampoco me han hablado de los cambios, a veces lo hablo con mi mamá o lo escucho en la escuela...”

En la esfera de la locomoción, solía arrastrar con gran pesar los pies y la mochila que traía consigo a la que cual se le devolvía que si bien, era su responsabilidad, representaba una carga muy pesada de llevar solo. Su marcha era terriblemente lenta y pausada así mismo como sus primeras comunicaciones llegando incluso a quedarse quieto por varios minutos sin realizar ningún movimiento, salvo los parpadeos involuntarios del tic.

Parecía así, un franco extrañamiento libidinal donde la inhibición era característica de su estado depresivo, dejando entrever ya el empobrecimiento de su YO. Bien decía Freud (1926 [1925]) que el caso más grave de estos estados depresivos lo constituía en efecto la melancolía y sus manifestaciones extremas como el suicidio.

Y así, de entrada y sin mucha pena, en una sesión, Carlos habló al respecto del intento suicida:

“estaba triste así que decidí tomarme algunas pastillas para ya no sentir dolor, sé que eran de mi mamá y otras de mi papá y otras

de mi hermana, tienen muchas, no pensaba en que algo grave sucedería aunque lo deseaba...”.

Esto ejemplifica la característica vivencia de omnipotencia y negación de la muerte en el adolescente pero también, el intenso deseo inconsciente de dar muerte a los padres, particularmente a la madre hacia quien en ese entonces refería gran enojo al haber adoptado prácticamente a su nieta como su nueva hija.

“En efecto, para el enigma del suicidio el análisis ha traído este esclarecimiento: no halla quizá la energía psíquica para matarse quien en primer lugar, no mata a la vez un objeto con el que se ha identificado, ni quien, en segundo lugar, no vuelve hacía si un deseo de muerte que iba dirigido originalmente a otra persona” (Freud, 1920, pp. 155). En éste caso, resultaba intolerable el ser desplazado por la sobrina.

La madre es enterada durante el análisis de ésta situación aunque ya lo sospechaba debido a que Carlos había entregado previamente una carta a su tía materna diciendo lo triste y sólo que se sentía y que de ninguna manera quería ser una carga para sus padres:

“no hay nada porqué vivir... no quiero ser una carga para ustedes, no sirvo para nada y todos estarían mejor sin mí...”.

El padre es enterado por el propio Carlos casi inmediatamente después de experimentar malestar estomacal acudiendo a él para ser llevado al servicio de urgencias. Tampoco hablaron sobre el tema en ese momento ni después. Ni siquiera se lo comunicó a la madre. Era un hecho que el padre estaba desvinculado de casi todos los integrantes de la familia, sin embargo, Carlos se apoyó en él, dándole así, quizá por primera vez, un lugar que ningún otro miembro de la familia le otorgaba. El padre nunca se enteró tampoco del aborto de la hijastra. Pero, Carlos solía enterarse de todo al aguardar sigilosamente, observar, actuar y escuchar en silencio.

La carta aunque breve, reflejaba la agresión hacía los padres, buscando generar en ellos, culpa, pero también ésta mirada forzada que tanto anhelaba Carlos.

Tiempo después, recordaba sonriente en alguna sesión:

“un sábado estaba escombrando mi recamara y encontré varias medicinas en mi mueble, sabía el lugar de cada una pero mejor se las mostré a mis papás y les pregunté qué debía hacer con ellas; la reacción de ellos fue de preocupación y alarma, pero la verdad es que sólo intentaba darles un buen susto...”

Ya que ésta situación representaba la oportunidad para ser mirado y a la vez, generar preocupación, Carlos reconoció haber deseado asustar a los padres ya que aún pasado éste desafortunado evento, sentía que de cualquier manera no lo hacían. Quizá, en aquel entonces pudo pensar en la atención que su hermana recibió por parte de los padres, ante el diagnóstico de la depresión mayor y los intentos suicidas, identificándose no sólo con sus síntomas sino también con una patología familiar compartida.

“mi hermana ha estado internada varias veces en el hospital, han sido tantas que ya ni sé cuándo fue la última vez... a mi no me decían nada pero supe que se fue un año a Mérida con unas tías y primas que la trataron mal y según era para estar mejor porque antes tuvo un novio, el papá de Valentina, que también la trató mal, le pegaba, le quemaba cigarros en los brazos y la espalda... terminaban y regresaban pero siempre estaba mal mi hermana...”

El profundo dolor y desazón de Carlos remite inmediatamente al hecho del cómo el hombre está construido desde lo masoquista, lo melancólico y también lo narcisista, indudablemente todo estrechamente ligado y matizado con las vicisitudes propias de cada sujeto.

Si el sufrimiento se apuntala en el otro, como el placer, como la vida misma, el bebé tomará como primer objeto de amor y odio, a quien identificado por el “complejo del semejante” le ofrezca esos cuidados, ese auxilio y esa acción específica (Freud, 1914) brindándole así la primera vivencia de satisfacción que se traduce en un deseo, en un pulsar continuo que es lo que lo sostiene en la vida. De ésta manera, éstas primeras huellas que deja el objeto se traducen en un adeudo, deuda por haber recibido el don de la vida y que sólo es posible pagar con la vida propia. El principio de inercia enuncia cómo finalmente nuestros organismos están hechos para la muerte pero al mismo tiempo se constituye el YO que desea vivir y ser amado.

Así, se posibilitó el pensar en el “masoquismo femenino” (Freud, 1924b) en Carlos, gracias a la presencia de éste continuo “estar a merced del otro” esencialmente de la madre y de la terapeuta en transferencia, siempre en espera y en disposición para ser amado, salvado o maltratado. Incluso como algo verdaderamente arcaico y compartido por los padres y la hermana, todo ello construido desde lo transgeneracional: encadenados, a merced uno del otro, a merced de la compulsión a la repetición y en definitiva a la pulsión de muerte, recordando a propósito, los diversos intentos suicidas de la hermana.

Por otra parte, es posible retomar también, el mismo concepto del “masoquismo femenino” a través de la postura pasiva que era tomada por Carlos ante su padre, misma que provocaba el rechazo y la aversión hacía él –por identificación proyectiva al reconocer y vaciar en él, características propias–, hacía un hijo aninado, afeminado en cuanto a voz y cuerpo se refería, a la gran desilusión vivida al esperar un hijo varón “machín” y no cumplir sus expectativas, a exigirle resultados escolares y a devaluar sus logros académicos pidiendo siempre más.

“cuando se enoja, mi papá me dice que la voz que tengo es de niña y que no me hará caso hasta que haga un esfuerzo por ya no hablar así...”

Curiosamente la madre exigía lo mismo del marido. Lo llamaba mediocre y conformista, al parecer tampoco cumplía sus expectativas, lo que colocaba a ambos –padre e hijo– en éste papel pasivo que compartían al ser maltratados y humillados. En el caso del padre, parecía que buscaba enmendar o afirmar su papel de padre y de hombre con un autoritarismo y rigidez extremos hacia Carlos, ya que ni con la madre ni con la hijastra podía hacerlo debido a que ninguna lo reconocía ni lo tomaba en cuenta para nada.

La misma postura era tomada en relación a los pares, compañeros abusivos en los trabajos compartidos de la escuela, donde la pasividad y el enojo eran fuertemente reprimidos al no poder –o querer– manifestar su inconformidad pero al mismo tiempo, al permanecer en el mismo lugar del buen compañero de clase que pasaba las tareas y se llevaba la carga más pesada en los trabajos.

Carlos apenas podía vincularse con amigos del mismo sexo pero había uno en particular al que ya le había otorgado el lugar del mejor amigo, Philippe, proyectado por cierto en el Test de la Figura Humana. Y si bien, dicha amistad no implicaba más que una fase transitoria adolescente previa a las amistades con el otro sexo, ésta era matizada por un tinte homosexual al asumir un papel abiertamente pasivo de víctima-esclavo frente al mejor amigo en los juegos, las tareas y la convivencia.

“no sé si poner el nombre de Philippe en la tarea, nunca cumple, quedamos en hacer el trabajo juntos y me llamó en la noche y me dijo que no había hecho nada, mi papá me tuvo que ayudar un poco enojado a editar el video que habíamos tomado en la escuela, la verdad si me enoje mucho pero no quiero afectar su calificación...”

Y si bien, Carlos no quería afectarlo directamente, dejaba entrever constantemente sus deseos contrarios además de la gran rivalidad y los celos que le generaba Philippe. Solía quejarse de que era más alto que él y su voz era más fuerte y por lo tanto podía

ser visto y escuchado en clase más que él, aún cuando no supiera las respuestas ni participara adecuadamente. Además temía perder su amistad:

“hay un niño que me cae mal... fue su fiesta de cumpleaños y no me invitó, pero a Philippe sí, seguro quiere quitarme a mi mejor amigo...”

“Philippe no estudió y sacó ocho, no puede ser que yo que sí estudié haya reprobado...”

“Mi sistema solar quedó más pequeño que el de Philippe, pero no importa mi sol de plastilina era más grande y a mi nadie me ayudó a hacer la maqueta...”

Resultaba intolerable para Carlos el ser comparado, el ser desplazado, el reconocer la diferencia y sus limitaciones. No se vivía como un sujeto demandante ni deseante, aunque se le devolvía en sesión. A veces se enojaba pero al poco tiempo se vivía sumamente culposos y así como lo hacía en casa, lo reproducía en la escuela y en su psicoterapia. Poco a poco, pudo ir dando cuenta de sus afectos por muy vergonzosos, dolorosos o enojosos que éstos fueran para él.

Durante varias sesiones Carlos comentó un cuento⁷ leído en la escuela, que decía, lo había dejado impactado:

“es como mi vida, es más, yo soy como Simón, es tan tonto, tan tímido, tan débil... todos abusan de él porque no aprecian que es amable y bueno, y es que como todo lo dicen por favor pues él no se puede negar...”

⁷ El cuento se llama “¿Me planchas mi elefante por favor?” El autor es “El Fisgón” (Barajas, 2003). He aquí una breve reseña: Simón es un niño tan amable y bien educado que no se puede negar a nada si se lo piden por las buenas, sus conocidos siempre le llegan con las peticiones más insólitas tales como ¿Me dejarías impecable mi mascota? ¿Buscarías arañas por mí?, etc.

“yo soy el niño de los favores...”

Ocasionalmente reía en un tono de burla, quizá, burlándose de sí mismo. Carlos se identificaba infantil y plenamente con el protagonista y eso se intentó devolver en cada intervención.

Temía perder el amor de los padres y la aceptación de los demás, basada en su sacrificio. Al tiempo, fue posible trabajar tal como lo decía el cuento, el hecho de que a fuerza de querer ser bueno, ser querido y aceptado por los demás no se debía renunciar a sí mismo.

Se observa así en éste paciente, el fantasma de “Pegan a un niño” (Freud, 1919) que lo colocaba una y otra vez en una posición pasiva y masoquista, y que ahora en su adolescencia se reactualizaba. La fantasía era reforzada por el deseo y las preferencias abiertamente manifestadas de la madre hacía la hija mayor, renovado con la sobrina, y complementado con el deseo de Carlos por ser esa niñita amada de la madre.

Con tal de sentirse deseado y aceptado por el otro, era capaz de soportarlo todo en casa, incluyendo la hostilidad de la hermana al exigir madurez en él:

“todos me tratan mal, más Ximena, mi hermana... me robó mi televisión, me ha robado dinero y también a mis papás, mi mamá me dice que no sea contestón, que ella es mujer y que es mayor y luego no quieren que le diga nada, siempre dicen que está enferma...”

Susceptible de abusos y maltratos por parte de la hermana e incapaz de expresar su enojo, reproducía su pesar en el entorno escolar. No podía encontrar en el padre un modelo que le permitiera salir a flote más que con eso no dicho del padre, ese tic que identificaba Carlos en los hombres de la familia.

A lo largo de las sesiones, Carlos comenzó a conectar lo único compartido con su padre y con su primo de 18 años que vivió durante varios años en su casa y que recientemente se cambiaba de ciudad para ingresar a la universidad. Le causa sorpresa y gracia el saber que los tres, prácticamente los únicos varones de la familia inmersos en un ambiente de mujeres, compartían los tics. El asombro creció al caer en la cuenta de que su primo, no era familiar directo de su padre, es decir no existía vínculo sanguíneo alguno.

Detalle relevante representaba el hecho de que el padre fuera camarógrafo de profesión. Volvía a observarse la erotización cotidiana de los ojos que remitía al siguiente simbolismo corporal según Cameron (1990): el tic era económico ya que condensaba en el gesto o en el lenguaje corporal un conflicto prohibido, erótico y agresivo. Y es que desde tiempos antiguos ya se había reconocido la potencialidad destructiva y erótica en el acto de mirar, como ejemplo bastaba recordar aquel dicho popular “si las miradas mataran...”.

En aquel momento, cobró sentido lo transgeneracional en el tic. Los tics representaban formas de un lenguaje inconsciente de gestos (Fenichel, 1945) pensados como residuos de algo olvidado del pasado o como reacciones conversivas con un significado misterioso para Carlos y para los demás.

De ésta manera, y aún cuando tuviese que sacrificar su propia estima, Carlos encontró como única posibilidad, el aprehender e incorporar el tic como símbolo de virilidad para asumirse como varón en la familia, bromeando en repetidas ocasiones con la frase:

“pues es que a donde fueres, haz lo que vieres...”

En éste línea, Carlos con mucho esfuerzo dio cuenta de su desvalimiento y dependencia hacia la madre, la fuerte regresión (incestuosa) mostrada a raíz del nacimiento de su sobrina mezclada con la actitud hostil y agresiva-pasiva guardada por largo tiempo.

Pero, por más palabras que ponía, los tics, iban y venían, y difícilmente se desvanecían. Y es que Carlos, en un primer momento, no entendía la posibilidad de reunir en un solo objeto lo amable y lo detestable simultáneamente. En consecuencia, lo desagradable, lo agresivo, se transformaba en lo imposible, en un sentimiento de angustia que debía reprimir inmediatamente a través de sus síntomas (Vives & Rodríguez, 1991). Como si fuera impensable amar y odiar a mamá y a papá, como si el sentirse desplazado por su sobrina no debiera ser tema de conversación. Y es que el doble mensaje de los padres siempre estuvo presente “crece, pero ni se te ocurra, ni intentes ser independiente” (Vives & Rodríguez, 1991).

De hablar de algo no permitido se pasó a hablar del cuerpo, siéndole también difícil el pensar en que éste se expresara y tuviera su propio lenguaje.

El tic constituía la erotización híper intensa de los ojos requeridos para la función de ver y hacer contacto con el mundo exterior. El tic, en este sentido era un indicador del cuerpo, un emergente de conflicto psíquico que se manifestaba a través de y en sus ojos.

Pero en Carlos no sólo la función se deterioró. Acudió al oftalmólogo pensando en que los tics se relacionaban con la dificultad de ver o poseer alguna infección sin poder ver que a raíz de los tics, los ojos eran manipulados constantemente séase por el médico, por la madre, por el padre o por él mismo a través de los lentes que finalmente fueron puestos en calidad de cura y que al poco tiempo él mismo se retiró al pensar en alguna sesión que representaban una barrera para no ser visto por su terapeuta, y que de paso, mencionó:

*“son iguales de feos que los de mi papá, ¿cómo no me fije?...
debí escoger otros... supongo que también los usa para que no
se vean sus tics...”*

Así fue posible observar cómo la función de un órgano era dañada cuando se acrecentaba su erogenidad, es decir, su significación sexual al convertir, o mejor dicho, al sustituir el cumplimiento de algo del orden sexual.

Y es que el cuerpo, erógeno en toda su extensión, fue capaz de sobre investir los ojos, privilegiando en ellos, sustitutos de fantasías masturbatorias como una especie de autoerotismo, un placer de órgano como el ejercicio de una sexualidad parcial, infantil y perversa. Si bien, la aparición no fue clara para él ni para sus padres, pudo ubicársele en la latencia irrumpiendo con gran violencia en el periodo posterior a la entrada de la pubertad que coincidió justamente con el nacimiento de su sobrina apenas diez meses atrás.

Algo inconciliable como el situar la problemática alrededor de la escena primaria vista, o primordialmente oída fue relacionado al tic (Klein, 1925), no obstante, en éste caso no se contó con material que confirmara dicho postulado aunque no se descartó ya que Carlos fungía como espectador en diversas situaciones en casa, especialmente en los conflictos entre los padres.

Pero el tic ofrecía una ganancia secundaria tal como Freud (1926 [1925]) lo indicaba: el síntoma histérico, el tic, cumplía el compromiso entre la necesidad de satisfacción y la necesidad de castigo o exigencia del SUPERYÓ. Carlos, a la vez que irritaba a la familia con el tic a manera de una manifestación agresiva ante el deseo de ser mirado, recibía también la atención y las severas reprimendas por ello, satisfaciendo así sus impulsos masoquistas.

Así, la ganancia secundaria radicaba en que el síntoma ya estaba ahí y no podía ser eliminado, entonces de algunas ventajas tenía que proveerlo (Freud, 1926 [1925]).

Al respecto, recordó con gran tristeza y llanto en alguna sesión:

“mi hermana me prohibió cuidar a Valentina, dice que me largue por ahí con mis tics porque si estoy con ella, va a aprenderlos y después va a estar igual que yo...”

No obstante, el tic también podía estarse jugando el ser, es decir, a cada parpadeo se confirmaba la existencia de Carlos y en ésta línea, no sólo se estaría jugando el YO y el narcisismo sino también una lucha crónica y feroz ante la crítica de un IDEAL DEL YO perfeccionista y de un SUPERYÓ en extremo exigente.

El tic como síntoma también estaba representando el desplazamiento de la defensa ante la renovada angustia de castración: la angustia frente a una imperiosa castración por parte del padre en la dinámica edípica reeditada.

Los tics aunque habituales siempre estaban expresando algo del pasado, tal como que en un primer momento de la infancia, Carlos haya tenido que reprimir sus deseos hacía la madre ante las constantes reprimendas del padre y la decepción de verlo tan frágil. Al presente, nuevamente tenía que renunciar a ella ante el inesperado nacimiento de su sobrina, siendo desplazado y destronado por completo frente a sus propios ojos mismos que se rehusaban a aceptarlo pero que, de manera pasiva, lo asumían. La pasividad también se observaba en los juegos y las tareas escolares donde era siempre él, el derrotado. Quizá le recordaba la repetición, la posición frente al padre: un padre que amaba y odiaba, que admiraba y desdeñaba y que le permitía anudar indudablemente, el carácter ambivalente del tic.

Es muy probable que si bien hubo un intento por romper la diada madre-hijo en el primer momento del Edipo, esta separación no haya sido del todo adecuada por lo que resultaba de suma importancia en el presente, el papel del tercero en la relación, de lo contrario como Edipo, Carlos tendría que sacarse los ojos como pago parcial de su crimen (Sófocles, 1969). Pese a ello y a algunos señalamientos hacía ambos padres, no se pudo contar con la presencia activa del padre.

Pero algo gozoso pudo estar obteniendo Carlos al encontrar un placer ligado al dolor, en suma regresivo al buscar colocarse nuevamente en el lugar de ese niño que ya no era, al aferrarse a no crecer y a seguir siendo el pequeño de la familia. Sin embargo, el deseo se tornaba incumplible con la llegada del embate pulsional de la adolescencia, acompañado de la inminente e irreversible llegada de los cambios corporales, de esa voz aguda a esa voz ronca, de esos gallos en las sesiones acompañados de risas y rubor, de las burlas cada vez más dolorosas e incisivas por los tics en la escuela y por esa gran dificultad para asumirse como un adolescente en vías de constituirse adulto, en vías de alcanzar la genitalidad, en vías de ser él mismo.

Por otra parte, la llegada de su sobrina, bella, blanca de piel, rubia, lo hacía enfrentarse consigo mismo, poniendo en juego su narcisismo, poniendo en riesgo su lugar dentro de la familia, al vivirse feo, con sobrepeso, “prieto” y con cabello negro y grueso pero aún con la esperanza de seguir siendo el niño pequeño, misma que se desvanecía al observar cómo era reemplazado ante sus ojos ticosos por “His (Her) Majesty The Baby” (Freud, 1914).

Y es que pareciera que Carlos fue un bebé bastante narcisizado, muy deseado, pero visto por la madre con una mirada fugaz, ya que para ella después de diez años del nacimiento de su primera hija, un nuevo hijo ahora implicaba mayor responsabilidad y gasto. Al parecer fue un embarazo a petición del padre y previo al embarazo de Carlos, la madre tuvo un aborto por lo cual éste embarazo fue de alto riesgo ya que presentaba “convulsiones” dormida a causa de estrés laboral. A pesar de ello, la madre se expresaba así de Carlos en las entrevistas:

“yo no sé porque es tan demandante y enojón, le damos todo, siempre le he dado todo a mi alcance... yo lo veo tan guapo, lo quiero tanto pero él siempre quiere más y más y más y yo no sé qué más quiere...”

Pero si fue un hijo muy deseado por ambos padres y la reacción de ambos fue de felicidad por ser su primer y único hijo varón, pareciera entonces que nada era suficiente para Carlos, no después de haber vivido aquella primera experiencia de satisfacción, de completud, de deseo y por tanto de omnipotencia narcisista a la cual seguía aferrándose. Quedó prendido y por ello, vivir después la falta, la ruptura de la diada quizá duradera a causa de la ausencia del padre y la instauración de la castración, le imposibilitaba salir de esa aprehensión.

Por la fijeza y la híper intensidad de las cargas libidinales depositadas en los objetos, es que lograron distinguirse aspectos melancólicos en Carlos tales como la identificación narcisista que realizó con el objeto que deseaba destruir, mismo objeto que era el propio. En éste sentido, la libido retornaba al YO pero como sombra, no se aplicaba al narcisismo secundario: se trataba del desenlace característico de la melancolía (Freud, 1917 [1915]).

Y es que era como si constantemente se preguntara qué había hecho para que ya no se le amara como antes, qué tenía su sobrina que le había robado la mirada de su madre, ahora inalcanzable ya que pensaba que era él mismo el culpable de la pérdida de ese amor. Su madre ya no lo veía como antes, ya no era la niña de sus ojos. Ahora Carlos aparecía eclipsado frente a su sobrina.

De ahí partieron una serie de auto reproches:

“soy tonto, soy feo, soy un idiota, no merezco nada... todo lo hago mal... soy tonto, soy feo, soy un idiota, no merezco nada... todo lo hago mal... soy tonto, soy feo, soy un idiota, no merezco nada... todo lo hago mal...”

Los cuales eran escritos casi compulsivamente una y otra vez al final de de las hojas de sus cuadernos y que en un intento por no dirigir directamente toda la agresión a los

padres, a los amigos, a los maestros etc., eventualmente y sin querer, llegaban a manos de la madre (como la carta suicida había sido mostrada por la tía).

Se trataba de la satisfacción de tendencias sádicas y de odio que recaían sobre el objeto y que por la vía indicada habían experimentado una vuelta hacia la propia persona. Sólo éste sadismo revelaba el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se volvía tan interesante, enigmática e inclusive riesgosa (Freud, 1917 [1915]).

Herido y dolido, Carlos volcaba la libido depositada anteriormente en su madre, hacia sí mismo, identificándose sí con el objeto perdido, pero también realizando una formación ambivalente al amar y odiar, al abstraerse del mundo mostrando desinterés, aislamiento e irritabilidad en un movimiento de introversión libidinal, llegando incluso a intentar suicidarse en un acto compulsivo, peligroso e histérico.

Casi después de un año y después de haber sugerido a la madre ingresar a una psicoterapia de grupo para padres de adolescentes, a la cual asistió sólo una vez, Carlos comenzó a faltar a sus sesiones, aún cuando siempre había sido bastante regular.

En una de las últimas sesiones, el material traído fue el posible cambio de residencia a petición de la madre, cambio inoportuno e inesperado para Carlos por la interrupción del periodo escolar y de su psicoterapia, además del enojo por la imposibilidad de decidir, ya que el padre se quedaría trabajando y radicando en México. Así mismo, las fantasías de cómo sería todo por allá: nueva escuela, nuevos amigos, nueva recámara y hasta nueva terapeuta -ya que tenía deseos de continuar en tratamiento-, se hicieron presentes.

La inexperiencia no me permitió pensar sino hasta después que se trataba de una despedida ya que en la siguiente sesión, bajo su brazo escondía un regalo, el cual acepté después de hablar de su significado. Al parecer, ambos lo entendimos realmente después, yo justo hasta la siguiente sesión que no volvió.

Se trataba de un cuaderno para tomar notas (tal como solía hacerlo de cada paciente), delicadamente forrado en color rosa y plástico (tal como forraba mi agenda y cuadernos) con un niño y una niña, respectivamente vestidos en color azul y rosa situados en un pasto entre nubes y un sol.

Carlos explicó:

“Las figuras son hechas a mano de papelitos de colores... se me ocurrió cuando estaba ayudando, la verdad, no de muy buena gana a hacer las invitaciones de la fiesta de dos años de mi sobrina... ¿para qué festejar a alguien tan pequeña? ni siquiera sabe quién es Hello Kitty... ya me imagino... yo cuidando a los niños de la fiesta...”

Le era imposible pensar que un niño cuidara de otro, particularmente si se trataba del lugar que tanto ambicionaba. Se sabía celoso pero ahora pasaba de enojarse a reírse y asentir con palabras.

Se le hacía ver el hecho de cuidar a otro más pequeño y dependiente, responsabilidad otorgada por los padres al verlo ya como alguien capaz de poder hacerlo, como un adolescente y ya no como un niño.

Pero eso no le impide escapar de la actividad de ése momento para hacer lo que él deseaba, pensar en el gasto absurdo de tanta ropa para Valentina que sólo ocuparía por poco tiempo y que sería costosa. Al percatarse de que pensaba como lo hacía en su psicoterapia, piensa en hacer algo para su terapeuta. Se le devuelve la manifestación abierta que en aquel momento puede hacer ante los celos y la envidia que le causaba la fiesta de su sobrina a lo que divertido decía:

“Si, sí... ya sé, pero bueno a mi no me hicieron tanta cosa en mi cumpleaños, creo que ni llegó mi papá por su trabajo aunque

después me compensó yendo al museo conmigo, eso no lo puede hacer Valentina...”

Se fue en un punto donde la transferencia se encontraba intensa, la figura de los niños tomados de la mano a la luz del sol remitía a una escena de amor infantil, aunque claro, prefería pensarla como la imagen de ese año de trabajo, juntos, como un agradecimiento. Pero como tal, la transferencia enmarcaba la repetición de la dependencia respecto del objeto amado con el efecto de rebajarlo; “el que ama ha sacrificado, por así decirlo, un fragmento de su narcisismo y sólo puede restituírsele a trueque de ser-amado” (Freud, 1914a, pp. 95).

Pero quizá como ocurrió con su madre, Carlos no aceptó el no ser correspondido, por eso no volvió, aunque, de hecho, vale la pena pensar en que es la madre quien ya no le permite volver. Tal vez, la repetición es de ella ya que nuevamente, da y quita, mira y no mira y en éste sentido, es ella la que no tolera la relación de alteridad entre su hijo y un otro.

La decisión de marcharse no es Carlos, es de la madre. Pareciera entonces que la madre no permitió la entrada de ningún tercero en la relación con el hijo y por tanto, tampoco la de la terapeuta.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pensar el espacio psicoterapéutico como un espacio donde el paciente traerá su teatro o mundo interno a compartirlo con el analista y por lo tanto a depositar en él y en la transferencia, la representación de diversos papeles, resulta fascinante y muy útil en el trabajo con adolescentes (McDougall, 1989).

De dicha puesta en escena surgirán síntomas, muchos de ellos, aparentemente accidentales y desligados de un cuadro patológico particular al cual pareciera que simplemente no pertenecen. Pero, a partir de la biografía, la sexualidad infantil y las formaciones del inconsciente, es que se puede dar significado a la puesta en escena. En el caso de Carlos, se pudieron plantear algunas reflexiones en torno a la melancolía, el intento suicida y los tics, todo ello enmarcado por su paso por la pubertad.

Es bien sabido que, además de experimentar importantes cambios físicos durante la pubertad, los afectos y los pensamientos también cambian. Se resignifican aspectos de la infancia antes desprovistos de significado. La forma en que se ve el púber a sí mismo, a su familia y a la gente que le rodea, cambia de igual manera.

Posteriormente, en la adolescencia, se empiezan a tomar decisiones y a formar criterios y opiniones propios. En éste sentido, la pubertad marca un cambio trascendental porque supone el primer paso en el camino hacia la constitución de un adulto y por tanto hacía sus deseos.

Es así como el púber es provisto ahora de palabras y de un cuerpo que le permite actuar según dichos deseos. Pero también es así como ese mismo púber posee la capacidad de simbolizar. Se abre la posibilidad de elaborar y resignificar todo aquello que le acompaña en su travesía por el crecimiento y por el dolor inherente a él.

Sin embargo, resulta que en ocasiones, algunos adolescentes en su calidad de pacientes, parecen no dar cuenta de ninguna demanda haciendo responsable al mundo

externo y a los otros, de sus propias desgracias. Sucede que sus síntomas les parecen un tanto accidentales e incomprensibles, poniendo mayor énfasis en las manifestaciones del cuerpo y evadiendo así, el hacerse cargo de la parte psíquica.

A causa de dicha escisión entre psique y soma, estos pacientes funcionan bajo un modelo mental arcaico presimbólico, donde la palabra y el lenguaje están excluidos, ocasionando una descarga en la inmediatez de una acción cuando una sobrecarga afectiva y/o el dolor mental superan las defensas; dando como resultado que, en lugar de reflexionar o hacer un trabajo interno para dar un cauce verbal, tiendan a “hacer” o “actuar” algo para dispersar por completo aquel afecto (McDougall, 1989).

Es así como las vicisitudes de Carlos y el tiempo convergieron en su devenir adolescente. El destierro de la niñez precipitó sus dolores, sus miedos, su cuerpo púber y la adquisición de una nueva posición en tanto sujeto y en tanto revelación a los otros.

Con el fin de evitar el reconocimiento de afectos dolorosos, Carlos desplegó una serie de operaciones defensivas tales como la regresión, la negación y cierto desplazamiento a síntomas somáticos. Pero, llegó un momento en que la negación se cayó. Fue justo cuando Carlos comenzó a dar cuenta de los efectos de la pérdida objetal que implicaba el crecer y dejar de ser el niño mimado, lo que se agrava con el nacimiento de su sobrina. La toma de conciencia era ya irreversible. Como resultado aumentó la hostilidad hacia ellos aumentando también sus sentimientos de culpa, la impotencia y los síntomas propiamente depresivos.

El dolor se manifestó en Carlos revelando un estado melancólico que se exacerbaba con la entrada a la pubertad. Sufrimiento llevado al extremo en una actuación histérica que imitaba los intentos suicidas de una hermana cruel y enferma pero que al final, pudo dar cuenta de una patología familiar puesta en él.

Es por medio de otra identificación histérica con el tic de los ojos del padre que puede renunciar a la madre para reprimir sus impulsos edípicos reeditados pero, también y a la vez, le permitió reprimir los impulsos hostiles hacía el padre pudiéndose identificar con

un aspecto parcial de él que curiosamente, le daba acceso a la única representación masculina en casa.

El tic se tornó como un cuerpo extraño. La regresión desfiguró la moción pulsional que ponía en juego su existencia en cada guiño buscando una suerte de confirmación en los demás. La ambivalencia de sus afectos y del tic por supuesto, permitió el hablar del conflicto entre el amor y el odio sin culpa.

Así es como fue comprensible que el cuerpo antes ignorado, estaba presente más que nunca, y que las manifestaciones del y en el cuerpo eran también la escena de la psique.

Conforme transcurrieron las sesiones, los tics iban y venían, se hacían presentes con mayor intensidad cuando Carlos se sometía a estresores familiares, escolares y/o psicosociales, hablando siempre de ello e intentando sustituir las manifestaciones del cuerpo y las actuaciones por las palabras. Si bien, es cierto que los tics disminuyeron considerablemente, nunca se fueron por completo. Pese a ello, Carlos pudo manejar las agresiones escolares otorgando cada vez, menos importancia a las burlas y enfrentando a quienes lo llegaban a molestar.

Con el análisis de los procesos identificatorios se intentó promover la reflexión en Carlos donde también se permitió el pensamiento ante una inhibición profunda, desarrollando al tiempo mayor fortaleza en el YO y con ello la posibilidad de pensarse de otra forma, fortaleciendo su estima y siendo menos devaluado por él mismo.

Al entrar a segundo año de secundaria, se mostró más dispuesto y abierto, su desempeño escolar mejoró considerablemente sin reprobar ninguna materia. Además, pudo continuar con la amistad de Philippe pese a haber decidido no trabajar en equipo con él.

Al tiempo, el juego fue recuperado. Juegos y trabajos escolares más justos con los compañeros, juegos compartidos con la sobrina e incluso con la terapeuta al solicitar abiertamente el uso de juegos de mesa acompañados por supuesto, con palabras, adquiriendo así, un rol más activo y propositivo.

La diferenciación fue un aspecto crucial. Carlos logró distinguir sus deseos de los de los demás, particularmente de los de sus padres, reconstruyendo así su historia pero luchando con ella en lo cotidiano en su momento de desarrollo: al decir no, al levantar la mano tímidamente para participar en clase, al rebelarse de vez en cuando e incluso al asumir la falta en función de la rivalidad con su sobrina, adjudicándose al final, el papel de tío mayor con todos los cuidados amorosos y entregados que la formación reactiva le ofrecía, reduciendo así la angustia de crecer y separarse de la madre.

Y tal como le ocurre al “infans” (Castoriadis-Aulagnier, 1975) quien no dispone aún de un lenguaje verbal pero que al tiempo lo va aprendiendo e incorporando, Carlos comenzó a hablar. Habló y se escuchó. Pudo verbalizar e identificar afectos, gustos y disgustos. Pasó de reaccionar como si sus estados afectivos le vinieran de otra parte a hacerse cargo de ellos. Con el paso del tiempo, pudo integrarlos progresivamente a su realidad psíquica en la medida en que fue capaz de reconocer su naturaleza y darle un nuevo sentido.

Si bien, Carlos se fue cuando la transferencia era intensa pero positiva, puso finalmente a prueba sus deseos con la entrega de un regalo a la terapeuta, descomponiendo afectos inconscientes que se remontaban a fuentes eróticas con la madre (Freud, 1912).

Se pudo pensar en aquella última sesión en el hecho de que, para Carlos, la fantasía giraba en torno a poseer un lugar privilegiado donde la aceptación, la aprobación y el amor de la terapeuta estaban en juego y donde todo ello, por supuesto confrontaba a la terapeuta con su propia historia.

Por todo lo anterior, vale la pena mencionar las dificultades enfrentadas a lo largo de éste proceso terapéutico. Al igual que con los niños, el trabajo con púberes implica sin duda el trabajo paralelo con los padres. Si bien, se intentó incluir a ambos padres en las intervenciones familiares, asistía cada uno por su lado lo que lo hacía más difícil. Aún cuando se invitó a la madre a acudir a un grupo para padres en el mismo centro, la madre se resistió por todos los medios dejándolo apenas en la primera sesión. Así mismo, la asistencia y la continuidad se vieron trastocadas por las vacaciones escolares, el periodo de suspensión de labores por la influenza y las dificultades de los padres para llevar a Carlos a sus sesiones.

En relación a los padres y a los demás, cobró así sentido la frase “sentirse real es más que existir” (Winnicott, 1971), siendo posible para Carlos, el encontrar un modo de existir como él mismo y de vincularse con un otro también como él mismo.

Carlos exigía ser visto como en realidad era, dificultad enorme para los padres quienes aún lo veían como un niño. Eran espejos donde se miraba pero no se hallaba, ya que sólo encontraba lo que los padres querían, o en términos de posibilidad –podían–, ver y devolver. La cicatriz fue definitiva. Carlos poco a poco comenzó a admitir la existencia de la imperfección en él y por tanto a hacer el trabajo de duelo tanto del cuerpo infantil, del desplome de los padres de la infancia así mismo como de la imagen narcisista propia que había construido en compensación. Sólo a costa de aquellas dolorosas renunciaciones pudo sino establecer nuevas relaciones con objetos nuevos si tener presente la idea de hacerlo más adelante.

Así, el papel de la terapeuta fue brindar ésta mirada necesaria, reconocerle, darle su lugar, su espacio, aún incluso manteniendo al margen, en ocasiones, a los padres. También se intensificó y privilegió el uso de la palabra para dar cuenta de los hechos de su realidad interna y externa. El discurso en todo momento intentó contrarrestar aquel estado en el que Carlos no encontraba las palabras para designar cada una de sus emociones (McDougall, 1989) pero que quedaban al descubierto en sus síntomas.

Y si bien, el uso de la palabra y el pensamiento cobraron un sentido y función irremplazable, también es cierto que se incluyeron otras herramientas tales como los juegos de mesa, los cuentos y los dibujos, material que el mismo Carlos traía a sesión y que sin duda fueron de gran utilidad.

Para finalizar, en lo personal, quisiera destacar cuatro importantes pilares que me permitieron hacer frente a éste y a otros casos, de la mejor manera posible. En primer lugar la formación teórica brindada por mis profesores a quien admiro profundamente y agradezco su generosidad. En segundo lugar, la práctica clínica representada por los pacientes que a bien y sin saber sobre mi inexperiencia, se entregaron y confiaron en la psicoterapia como herramienta para disminuir su sufrimiento y mejorar en la medida de lo posible, su salud mental y emocional. En tercer lugar, el espacio de supervisión ofrecido por la Dra. Luz Ma. Solloa y la Dra. Ma. Luisa Rodríguez. Y finalmente, el análisis personal, compromiso adquirido aún hasta la fecha.

Es así como con el presente trabajo se cierra una experiencia enormemente satisfactoria donde sólo puedo agradecer a los pacientes, a mis profesores, a mis compañeros, a la UNAM mi verdadera alma mater, a mi familia, a mis amigos y porqué no, también a mi analista, ya que gracias a ellos, mi crecimiento como profesional y como persona ha resultado ser profundamente enriquecedor, fascinante e invaluable.

V. REFERENCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Paidós.
- Anthony, J.E. (1970). Las reacciones de los progenitores ante el hijo edípico. En Anthony, J.E. & Benedek, T. (1970). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Arfouilloux, J-C. (1983). *Niños tristes. La depresión infantil*. Francia: Fondo de Cultura Económica.
- Aparicio, D. (2005). *Erotismo. Autoerotismo. Narcisismo*. En *Conceptos Freudianos*. (2005). España: Editorial Síntesis.
- Barajas, R. (2003). *¿Me planchas mi elefante por favor?*. México: Alfaguara Infantil.
- Barreda, P. (2005). *La pubertad normal: ¿Que es la pubertad?* Consultada el 18 de julio de 2010, desde http://www.pediatraldia.cl/la_pubertad_normal.htm
- Bleichmar, H. (1974). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (1984) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Blos, P. (1962). *Psicoanálisis de la adolescencia*. España: Editorial JM.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Cameron, N. (2005) *Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico*. México: Editorial Trillas.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Argentina: Amorrortu Editores.
- De la Torre, P. (2008). *Psicoanálisis aplicado. Padres y Adolescentes*. Consultada el 18 de julio de 2010, desde <http://psi.usal.es/rppsm/pdfn3edicion ESPECIAL/adolescentesypadres.pdf>

- Díaz, E. (2002). *Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral*. México: Trillas.
- Erickson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI Editores.
- Fenichel, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S. (1921). *Observaciones psicoanalíticas sobre el tic. Teoría y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fize, M. (2002). *Los adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. España: Paidós.
- Freud, S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 2. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 5. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 7. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 12. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914a). *Introducción del narcisismo*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914b). *Recordar, repetir y reelaborar*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 12. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). *La represión*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916-1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 16. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1919). *Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales*. En J. Strachey Ed. (2006). Obras Completas. Volumen 17. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1920). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 18. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 18. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923 [1922]). *Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis y Teoría de la libido>>*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 18. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924a). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 19. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924b). *El problema económico del masoquismo*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 19. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 19. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 20. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933 [1932]). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 22. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1950 [1895]). *Proyecto de psicología*. En J. Strachey Ed. (2006). *Obras Completas*. Volumen 1. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gutton, P. (1991). *Lo puberal*. Buenos Aires: Paidós.
- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Jeammet, P. (1992). *Lo que se pone en juego, las identificaciones en la adolescencia*. En Urribarri, R. (1992). *Revista n/A Psicoanálisis con niños y adolescentes*. No. 2. Buenos Aires: Paidós.
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: El fin de la ingenuidad*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Klein, M. (1925). *Una contribución a la psicogénesis de los tics*. *Obras Completas*. Buenos Aires: Hormé.

- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955-1956). *Seminario No.3: Las psicosis*. Escritos. México: Siglo XXI.
- Lebovici, S. (1975). *Los tics nerviosos en el niño*. Barcelona: Luis Miracle.
- Laplanche, J. (1970). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1972). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (1998). *Manual para la administración y calificación del MMPI-A*. Versión en español. México: El Manual Moderno.
- Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B. & Hébrard, J. (1984). *La crisis de la adolescencia*. México: Gedisa.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1986). *Psicopatología del Adolescente*. Barcelona: Masson.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Editorial Julián Yébenes.
- RAE (2010). *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española*. Consultada el 09 de abril de 2010, desde: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=tic
- Sófocles (1969). *Edipo Rey*. Madrid: Alianza.
- Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España: Ludus.
- Vels, A. (2004). *Dibujo y personalidad*. España: Herder.
- Vives, J. & Rodríguez, M.L. (1991). *El tic como transacción en el conflicto padre-hijo*. En Vives, J. (1991). *Estrategias Psicoterapéuticas*. México: Pax.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

VI. APÉNDICES

Inventario de Depresión de Beck.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: <u>Carlos</u>	
Fecha: <u>9/10/08</u>	Edad: <u>12 años</u>
Sexo: <u>Masculino</u>	Edo. Civil: <u>Soltero</u>
Escolaridad: <u>Secundaria</u>	Ocupación: <u>Estudiante</u>

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 Yo no me siento como un fracasado
 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1 Estoy desilusionado de mí mismo
 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 3 Me odio

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
 1 Siento que podría ser castigado
 2 Espero ser castigado
 3 Siento que he sido castigado

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
 1 Me siento descorazonado por mi futuro
 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad yo no me siento culpable
 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2 Me gustaría suicidarme
 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

Inventario de Ansiedad de Beck.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

Nombre: Cayles Fecha: 9 / 10 / 08

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo	X			
Sentir oleadas de calor (bochorno)		X		
Debilitamiento de las piernas		X		
Dificultad para relajarse			X	
Miedo a que pase lo peor				X
Sensación de mareo			X	
Opresión en el pecho, o latidos acelerados	X			
Inseguridad		X		
Terror		X		
Nerviosismo			X	
Sensación de ahogo	X			
Manos temblorosas		X		
Cuerpo tembloroso		X		
Miedo a perder el control		X		
Dificultad para respirar	X			
Miedo a morir		X		
Asustado		X		
Indigestión, o malestar estomacal			X	
Debilidad		X		
Ruborizarse, sonrojamiento	X			
Sudoración (no debida a calor)		X		

Test de la Figura Humana.

Carlos

1º B''

26/11/2008



UN DIA POR LA MAÑANA PHILIPPE HIBA CAMINANDO POR LA CALLE CUANDO DE REPENTE, DE LA NADA LE SALIO UN PERRO, RABIOSO, PHILIPPE CORRIO Y CORRIO HASTA QUE LO PERDIO, O ALMEJOS ESO PENSÓ, POR QUE EL PERRO LO OLFATEO Y LO SIGUIÓ, PERO PHILIPPE APESTAR DE QUE NO PERDIO AL PERRO EL TERMINO PERDIDO, HABI QUE TRATO DE REGREJAR A SU CASA CORRIENDO POR EL MISMO LUGAR, HASTA QUE LL EGO A DONDE SE LO ENCONTRÓ Y OH! SORPRESA EL PERRO LO SIGUIÓ, PERO DE TANTO CORRER EL PERRO SE CANZO Y CLAINO LO PERSIGUIÓ, PERO COMO PHILIP ERA TAN DISTRAIDO SIGUIÓ CORRIENDO, CUANDO DE REPENTE SE PREGUNTO C YO PORQUE ME METI POR AHI SI MI CASA ESTA PARA OTRO LADO Y COMO DE COSTUMBRE PHILIP SE DISTRAJO POR SU CASA PASO Y NUNCA ENTRO. HABI QUE CORRIO Y CORRIO HASTA QUE SE VOLVIO A PREGUNTAR ¿DONDE ESTOY? Y FUE CUANDO SE PERDIO Y NUNCA REGRESO.

MMPI-A

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes
 Copyright © 1992, (revisado, 1970, 1943, 1942; este Perfil 1992 por
 Regenta of the University of Minnesota.
 © 1998 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1998
 Perfil traducido al español por Lucio, E. (1997).
 MMPI-A y Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent
 son M.F.R. por University of Minnesota.

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes

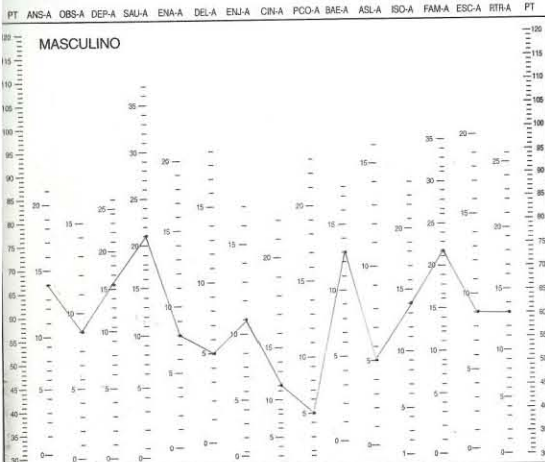
J.N. Butcher, C. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer,
 A. Tellegen, Y.S. Ben-Porath y B. Kaemmer,
 con base en MMPI por S.F. Hathaway y J.C. McKinley

Perfil de escalas de contenido y suplementarias
 (normas mexicanas)
 MP 48-6.2

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Refirido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____

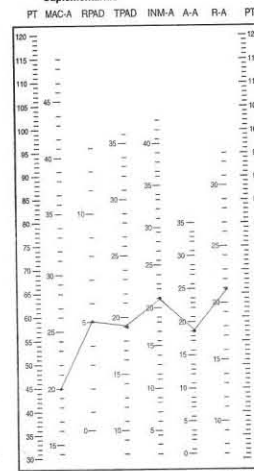
Nota: Este perfil está impreso en café y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.

Contenido



PT	ANS-A	OBS-A	DEP-A	SAU-A	ENA-A	DEL-A	ENJ-A	CIN-A	POC-A	BAE-A	ASL-A	ISO-A	FAMA-A	ESC-A	RTR-A	PT
Puntuación cruda	14	9	16	21	8	5	11	12	5	10	5	14	22	9	13	
	67	57	67	77	56	53	59	48	39	73	50	63	73	60	60	

Suplementarias



PT	MAC-A	RPA-D	TPA-D	INM-A	A-A	R-A	PT
Puntuación cruda	20	5	19	21	19	21	
	48	59	58	64	57	60	

PT Puntuación T	
Escalas de contenido	
ANS-A	Ansiedad -adolescentes
OBS-A	Obsesividad -adolescentes
DEP-A	Depresión -adolescentes
SAU-A	Preocupación por la salud -ad.
ENA-A	Enajenación -adolescentes
DEL-A	Pensamiento delirante -adole.
ENJ-A	Enojo -adolescentes
CIN-A	Cinismo -adolescentes
POC-A	Problemas de conducta -adole.
BAE-A	Baja autoestima -adolescentes
ASL-A	Aspiraciones limitadas -adole.
ISO-A	Incomodidad en situaciones soc. -adolescentes
FAMA-A	Problemas familiares -adole.
ESC-A	Problemas escolares -adole.
RTR-A	Rechazo al tratamiento -adole.
Escalas suplementarias	
MAC-A	Alcoholismo de MacAndrew -19
RPA-D	Reconocimiento de problemas o alcohol y/o drogas
TPA-D	Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas
INM-A	Inmadurez -adolescentes
A-A	Ansiedad -adolescentes
R-A	Represión -adolescentes



MMPI-A

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes
 Copyright © 1992, (revisado, 1970, 1943, 1942; este Perfil 1992 por
 Regenta of the University of Minnesota.
 © 1998 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1998
 Perfil traducido al español por Lucio, E. (1997).
 MMPI-A y Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent
 son M.F.R. por University of Minnesota.

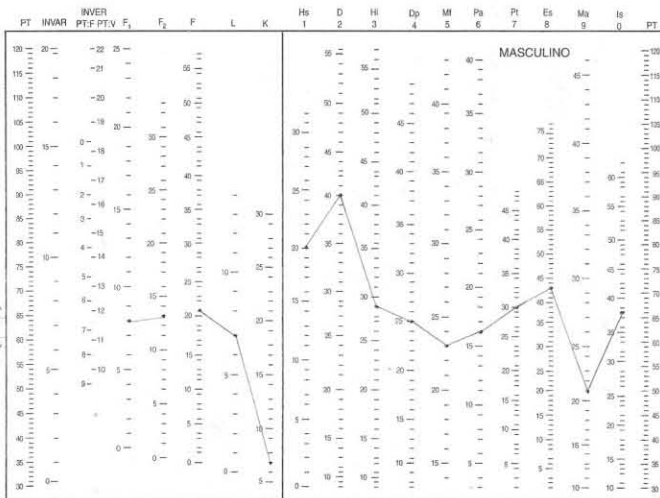
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes

J.N. Butcher, C. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer,
 A. Tellegen, Y.S. Ben-Porath y B. Kaemmer,
 con base en MMPI por S.F. Hathaway y J.C. McKinley

Perfil de escalas básicas
 (normas mexicanas)
 MP 48-6.1

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicac: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Est: _____
 Refirido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en café y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.



PT	INVAR	PTF	PTV	F ₁	F ₂	F	L	K	Hs	D	HI	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is	PT
Puntuación cruda	8	13	21	7	7	20	40	29	25	23	16	30	13	21	38				
Puntuación cruda	65	67	67	62	36	49	90	67	64	59	62	67	71	50	60				

PT Puntuación T	
Escalas básicas	
?	No podría decir
L	Mentira
F	Infrecuencia
K	Defensividad
F ₁	Infrecuencia 1, de la primera parte
F ₂	Infrecuencia 2, de la segunda parte
INVAR	Inconsistencia de las respuestas variables
INVAR	Inconsistencia de las respuestas verdaderas
Hs	Hipocondría
D	Depresión
HI	Histeria
Dp	Desviación psicópata
Mf	Masculinidad - Femenidad
Pa	Paranoia
Pt	Psicastenia
Es	Esquizofrenia
Ma	Hipomanía
Is	Introversión social

