



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**ACERCA DEL SUPUESTO: ANIQUILACIÓN DEL OBJETO COMO
APROPIACIÓN DE LA VIDA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JIMENA GARCÍA MARTÍNEZ

Director: Mtro. José Vicente Zarco Torres, U.N.A.M, Facultad de Psicología
Comité tutorial: Dra. Bertha Blum Grynberg, U.N.A.M, Facultad de Psicología
Mtra. Patricia Del Buen Rodríguez, U.N.A.M, Facultad de Psicología
Dra. Ana Lourdes Téllez Rojo-Solís, U.N.A.M, Facultad de Psicología
Dra. Ana María Fabre y Del Rivero, U.N.A.M, Facultad de Psicología

México, D.F.

Octubre, 2013



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.

A Sarah Ivana, con amor.

Eres el motor de mi vida, y agradezco que así sea.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Raúl y Lupita, quienes me han mostrado que el camino del trabajo y el compromiso consigo mismo es aquel que lleva a lograr las metas que uno se pone en la vida, por permitirme crecer en lo que yo he denominado “*a lo silvestre*” ya que a partir de ello crecí para mí y no para otros. Hoy soy lo que deseé ser y vivo feliz. ¿Cómo se agradece eso? Los amo, gracias por todo.

Padre: Me dijiste “lo importante no es iniciar, sino acabar”... aquí el iniciase del acabose.

A mis hermanas, Fernanda y Constanza, compañeras de travesuras y aprendizaje, por enseñarme a ser paciente y a tolerar, las amo y las respeto. A Sarah y Rodrigo, por los juegos, por el amor y las sonrisas, por permitirme amarlos y tener un lugar en su vida, deseo luchen por lo que quieren, y en lo que sea siempre estaré para ambos.

A Víctor, por ser mi compañero de vida, por las reflexiones y el debate que me permitieron pensar cada una de las líneas escritas en este proyecto, por la escucha, el amor, la tolerancia y la fortaleza que me has brindado. Te amo de todas las formas posibles. El camino ha sido mejor a tu lado, por esto y por lo que venga, gracias.

A Gema, me es difícil imaginar mi vida profesional y personal sin ti, gracias por cada uno de los momentos que hemos pasado juntas, los cuales me han enriquecido, te sé cercana, espero tú me sepas de la misma forma. El camino sigue, y estaré ahí. Te quiero.

A Paulina, mi tercera hermana, la comprensión de la adolescencia en mi vida sería nulo de no haber sido por todo aquello que hemos vivido, gracias por cada aventura, por las risas y las lágrimas, crecer ha sido bien difícil pero creo que ahí vamos.

A mis compañeros de Maestría, Gema, Rosa María, Rebecca, David, Laura Cecilia, Roberto, José Antonio, Olivia, Daniel, Martha Irene, Jazmín, Laura Adela y Argelia, por no matarnos (broma), vivir estos dos años a su lado ha sido una experiencia que guardaré en mi corazón de forma entrañable, “estar” se tornó complicado, doloroso, sin embargo pudimos sostenernos y terminar, se dijo en el cierre: “cada uno tomó un vuelo a alguna parte del mundo” pero tengo fe en que siempre se regresa a casa.

A Vicente, por cada sesión de supervisión, en la que ibas de a poco dando mayor forma a mi visión del psicoanálisis, por las observaciones y por uno que otro golpe al narcisismo con el fin de ayudarme a abrir los ojos (me cambió la vida). Gracias, sigamos trabajando.

A Bony, gracias por todo el apoyo recibido en estos dos años, donde supe contaba con un abrazo, una sonrisa amable y un par de oídos dispuestos a escuchar.

A mis maestros, Eva Esparza, Loanna Telléz, Lupita Santaella, Enrique Guarner, Susana Ortega, Bony Blum, Vicente Zarco, Ana Fabre, Lucy Solloa, Verónica Reyes, Lucy Reidl, María Luisa Rodríguez, Martha López y Dení Strincer, por transmitir sus consejos y enseñanzas, gracias.

A Ana María Balboa, Xochitl Prado y Rodrigo Peniche, por confiar en mí, gracias.

A mi psicoanalista Iveth Salazar, por estar.

A Lila, por enseñarme.

Finalmente y no por ello menos importante, a mí.

Jimena.

*“[...] publicar mis historiales clínicos sigue siendo
para mí una tarea de difícil solución.*

*Las dificultades son en parte de orden técnico,
y en parte se deben a la naturaleza de las circunstancias...”*

Sigmund Freud (1905)

INDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 1.1. Escritos sobre el proceso de constitución del individuo. | 7 |
| 1.2. Acerca de la sexualidad femenina..... | 16 |
| 1.2.1. Ser mujer, percepción sobre la castración | 16 |
| 1.2.2. Complejo de castración en cuatro tiempos en el niño..... | 17 |
| 1.2.3. Complejo de castración en la niña. | 19 |
| 1.2.4. Tres tiempos del complejo de castración en la niña | 20 |
| 1.2.5. La función paterna como elemento constitutivo | 21 |
| 1.3. El deseo de la madre, su función como portavoz y la tarea del psicoterapeuta (analista) como constructor de la historización del sujeto. | 23 |
| 1.4. El proceso de identificación(es) y su relación con la insatisfacción | 29 |
| 2. MÉTODO | 35 |
| 2.1. Planteamiento del problema | 35 |
| 2.2. Objetivo general..... | 37 |
| 2.3. Objetivos específicos | 37 |
| 2.4. Tipo de estudio | 37 |
| 2.5. Participantes..... | 38 |
| 2.6. Escenario | 38 |
| 2.7. Instrumentos..... | 38 |
| 2.7.1. Entrevista a profundidad..... | 41 |
| 2.7.2. Historia de vida | 41 |
| 2.7.3. Observación y escucha al discurso de la paciente..... | 41 |
| 2.7.4. Análisis del discurso | 42 |
| 2.7.5. Sesiones de tratamiento psicoterapéutico..... | 42 |
| 2.8. Procedimiento | 42 |
| 2.9. Consideraciones éticas..... | 43 |
| 3. LA PACIENTE..... | 44 |

| | | |
|---------------|---|-----|
| 3.1. | Motivo de consulta..... | 45 |
| 3.2. | Historia del padecimiento | 45 |
| 3.3. | Historia Clínica..... | 47 |
| 3.3.1. | Historia familiar | 54 |
| 3.4. | Definición de categorías | 61 |
| 3.4.1. | Deseo | 61 |
| 3.4.2. | Sujeto deseante | 61 |
| 3.4.3. | Objeto de deseo | 61 |
| 3.4.4. | Deseo de la madre | 61 |
| 3.4.5. | Deseo de hijo | 62 |
| 3.4.6. | Nombre del padre | 62 |
| 4. | PROCESO TERAPEUTICO Y RESULTADOS | 63 |
| 4.1. | El papel de la fantasía materna en la constitución psíquica de Lila..... | 63 |
| 4.2. | La madre como primer objeto de amor e identificación | 70 |
| 4.3. | La madre muerta | 77 |
| 4.4. | Aniquilación del objeto como posibilidad de apropiación de la vida..... | 80 |
| 4.5. | La función del tratamiento psicoterapéutico como tercero en la relación madre-hija..... | 91 |
| 5. | CONCLUSIONES | 98 |
| 6. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 101 |
| 7. | APENDICE | 104 |
| 7.1. | Familiograma de la paciente..... | 104 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como fin exponer el caso clínico de Lila, paciente adolescente que fue atendida en el Programa de Atención Psicológica donde presté mis servicios como Psicoterapeuta, lo anterior como parte de la formación de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes en la UNAM.

Analizo el caso de Lila a partir de la teoría psicoanalítica, teniendo como principal herramienta el contenido de las sesiones psicoterapéuticas psicoanalíticas. A través de estas doy cuenta de la forma de relación de la paciente con su madre, la cual se encuentra “pegoteada”, no hay un tercero que haga corte y esto posibilita el mantenimiento de la ligazón-madre. Lila manifiesta el deseo de “ser libre y hacer algo que ella quiera” sin embargo no hay acciones para llevar a cabo tal libertad. No puede ejercer un deseo propio, ya que este se encuentra en relación al de la madre. En el consultorio fantasea acerca de la posibilidad de liberarse a partir de matar a su madre, fantasía que se deforma de a poco convirtiéndose en la siguiente: “mato a mi madre y me mato yo”. Es mediante el trabajo psicoanalítico y la relación transferencial que la paciente llega a la pregunta ¿Sucumbir al deseo de mi madre o hacerme cargo de mi propia vida?

Palabras claves: Adolescencia, ligazón-madre, deseo, deseo de madre, deseo de hijo.

ABSTRACT

The present research work aims to set forth the clinic case of Lila, adolescent patient that was treated at the Psychological Care Program where I provided my services as a psychotherapist, this as part of the training to obtain the UNAM Master in Psychology with residency in adolescents.

Lila was analyzed based on psychoanalytic theory, using as main tool the content of psychoanalytic psychotherapy sessions. Disclosing the relationship the patient has with his mother reveals how they were "sticked", there has been no third one that can make a cut and the bond with the mother remains. Lila expresses a desire to "be free and do what she wants" but there are no actions to carry out such freedom. She cannot exert her own desire, as long this remain in relation to the mother. In session she fantasizes about the possibility of liberation by killing his mother, the fantasy slowly turns in: "kill my mother and then I kill myself". Through psychoanalytic work as transference relationship the patient has come to the question, grant to the desires of my mother or take charge of my own life?

Keywords. Adolescence, mother attachment, desire, desire for a child, desire of motherhood

INTRODUCCIÓN

Lila es una adolescente de 19 años, asiste a tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico manifestando no poder estar sola sentimentalmente. Durante su proceso terapéutico sobresale la relación con la madre que aparece como *pegoteada*, en la que hay un esfuerzo excesivo e infructuoso por parte de la paciente para satisfacer la demanda materna (que su hija le pertenezca solo a ella) y sentirse amada lo que genera la incapacidad de reconocer su deseo, originando circunstancias de frustración y desamparo constante. La situación antes descrita se repite en sus relaciones de pareja, las cuales son percibidas como incapaces de brindar amor y por tanto son proclives a ser destruidas.

Carla, madre de la paciente refiere haber tenido a Lila con el deseo *de tener a alguien sólo para ella*, por lo que eligió a un hombre para procrearla alejándose de él después de ello, negándole así la posibilidad de saber del próximo nacimiento de este bebé. Se tienen pocos datos de la figura paterna, sin embargo esta toma lugar a partir del deseo de la paciente por tener un padre. La madre fue por mucho tiempo la única posibilidad de sostén emocional para esta joven, el cual es percibido por la paciente como frágil y poco contenedor. A lo largo del tratamiento se evidencia una serie de *mandatos* establecidos por la madre que dirigen la conducta y el estado emocional de su hija, lo que conlleva la repetición inconsciente de la historia de vida materna.

Es a partir del tratamiento psicoterapéutico que se da la concientización de esta repetición y Lila genera la fantasía de matar a su madre como única posibilidad de *ser libre*, tal imaginario es analizado en el consultorio donde es pensada la posibilidad de matar a la madre en forma simbólica, resignificando así el *ser libre* a través de la apropiación de su vida y deseo, lo que implica hacerse cargo y por tanto responsable de aquello que decide y actúa.

Así, se analizará desde la teoría psicoanalítica el caso clínico de Lila con el fin de explicar la forma en que los eventos ahora historizados de la vida de la

paciente generan se haga una repetición de la vida de la madre sin que dé cuenta de ello; comprender como lo anterior produce el deseo de muerte a esta figura bajo la fantasía de ser libre a partir de ello. Se finaliza con el análisis de la figura del terapeuta como posibilidad de diferenciación en la relación madre-hija que permite dar un espacio en el que la fantasía tiene lugar para ser pensada y comprendida en favor de la paciente.

El caso de investigación fue electo debido a las dificultades y retos que representó a nivel profesional y personal, fue en más de una ocasión que se puso en juego mi persona más allá de mi figura como terapeuta, lo anterior se trabajó ampliamente en supervisión y en análisis personal. Una forma de intentar comprender que era lo que sucedía fue plantearme ¿Qué es lo que tiene esta chica? Que de forma evidente llevaría a una suerte de diagnóstico, el cual en mi fantasía me daría herramientas para *trabajar con ella*, tal angustia se habló en supervisión donde se plantearon los beneficios *versus* los perjuicios de establecer un diagnóstico en la adolescencia, resultando de tal debate (que duró muchos meses) la esperanza que brinda al paciente a partir del terapeuta dudar sobre lo que padece, etiquetar en una estructura psicótica, neurótica o perversa puede llevar a ver, escuchar y tratar como tal al paciente, de esta forma a la fecha no tengo un diagnóstico de ella, sin embargo el trabajo psicoterapéutico sigue en pie, el cual consiste hasta ahora en escuchar y estar, al respecto Freud (1912) menciona: “[...] *no se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad {nachtraglich} discernirá*” (p. 112).

Mi supervisor Vicente Zarco, mencionó en sesión de supervisión: “hay un paciente que te hace terapeuta”, de ser así, la relación transferencial y el proceso de tratamiento con Lila ha sido determinante en mi formación como psicoterapeuta.

1. MARCO TEÓRICO

“La clínica no es el lugar donde se produce la teoría, sino el espacio desde el cual se abren los interrogantes que ponen en tela de juicio las teorías cuya convicción sostenemos”
Silvia Bleichmar.

1.1. Escritos sobre el proceso de constitución del individuo.

El ser humano no tiene injerencia en el proceso de su constitución psíquica, ésta es resultado de un accidente en el que otro(s) se hicieron presentes, en primera instancia se encuentra la madre, la cual funge como el primer contacto de ese bebé con el mundo, es a partir del vínculo forjado con ella que se establecerá el modo de relación posterior con los objetos.

En el psicoanálisis la pregunta ¿Cómo se constituye la psique del individuo? ha dado lugar a la teorización y al debate sobre este tema. El aparato psíquico es definido como *“término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias”* (Laplanche y Pontalis, 2010, p. 30).

Al hablar de aparato psíquico Freud (1900, como se citó en Laplanche y Pontalis, 2010) sugiere la idea de una cierta disposición u organización interna cuya función será mantener a un nivel lo más bajo posible la energía interna de un organismo -principio de constancia- (p. 30). Así, *“«aparato psíquico» remite a una apreciación de conjunto de la metapsicología freudiana y de las metáforas que utiliza”* (p. 31).

Piera Aulagnier (1994) menciona que la relación madre-hijo se encuentra instaurada desde la fecundación, la madre deposita en ese que está por nacer sus fantasías y deseos creando así una relación imaginaria con el hijo objeto de deseo. De esta forma, antes de que el bebé sea conocido ya es *visualizado*

y representado. Lo anterior tendrá desde esta perspectiva un fuerte impacto en la forma en que este hijo es asimilado por la madre y por tanto repercutirá en el sostén y la mirada que ésta le proporcione una vez nacido.

Para Winnicott (1960) el niño nace indefenso, es un ser desintegrado, que percibe de manera desorganizada el exterior, por tanto requiere sostenimiento (*holding*) que se refiere al hecho físico de sostener a la criatura en brazos y que constituye una forma de amar. El sostenimiento da continuidad al bebé y por tanto produce una mayor integración de *sí mismo*. Así, el niño vive un sostenimiento exitoso como “continuidad existencial”. La madre, vital en este proceso se presenta como “yo auxiliar”, donde además de proporcionar protección y cuidado destinados a procurar la supervivencia de este pequeño, deberá darle amor e identificarse con sus necesidades; luego entonces el sostén realizado por la madre es el factor que decide el paso del estado de no integración que caracteriza al niño recién nacido, al de posterior integración. Si la madre no provee, el niño percibirá esta falla ambiental como una amenaza a su continuidad existencial y por tanto el proceso de integración traerá consigo fallas importantes.

La madre que “no es buena” es incapaz de responder a la omnipotencia del bebé, no se conecta con éste y por tanto no puede interpretar las necesidades del pequeño, gratifica entonces aquellas que se le presentan a ella como vitales y por tanto el niño quedara sumiso ante esta figura. Tal sumisión se presenta como la primera fase de lo que Winnicott denominó un *falso self* que actúa como una defensa del *self verdadero*, esto puede presentarse más adelante en la vida como un estado de confusión respecto a lo que se desea, lo que se presentaría en actos de acatamiento y sumisión donde se obliga a renunciar a sus impulsos ante los demás, de los cuales parece que nada se puede esperar. De lado opuesto la madre buena es capaz de dar lugar a la omnipotencia de su hijo, interpretar y conectarse con sus necesidades, fortaleciendo su ego y permitiendo dar cabida al deseo propio.

Como hemos visto el planteamiento de desarrollo de Winnicott es lineal, Melanie Klein comparte con este autor algunas ideas sobre el desarrollo, sin embargo, difieren en la jerarquización del papel de la madre como determinante en la constitución de la psique del bebé y en la forma lineal que tiene como base. Para Klein (1946) el peso de los procesos psíquicos internos es mayúsculo comparado con la participación de los padres y el ambiente. Da importancia a la agresión dentro del psiquismo temprano, el cual se expresa en fantasías inconscientes orales-sádicas de devorar el pecho y anal-sádicas de atacarlo con excremento, lo que genera que el bebé viva estos deseos como temores persecutorios en los que él puede ser devorado y atacado. Se teoriza entonces sobre el cuerpo materno deformado por la fantasía debido a la proyección de los impulsos agresivos, así tal agresión se dirige al pecho, no a la madre, ya que ésta es percibida parcialmente, por tanto el pecho puede ser bueno o malo en relación al placer o displacer que éste genere a partir de la satisfacción y frustración de las necesidades. Freud habla de lo anterior al referirse al término *ambivalencia* (1915) en el cual la oposición amor-odio, reproduce la polaridad placer-displacer. Si el objeto es fuente de sensaciones placenteras se buscará incorporarlo al yo, es decir hay atracción y por ello se habla de amor al objeto; al contrario, si el objeto es fuente de displacer se genera repulsión y odio que puede acrecentarse convirtiéndose en la inclinación a agredir al objeto con el propósito de aniquilarlo.

El bebé visto desde la perspectiva kleniana percibe el mundo externo y a *sí mismo* en dos partes inconciliables (escisión), donde una de ellas se encuentra idealizada -aquella gratificante- y la otra se percibe persecutora -generadora de frustración-. Así, la atracción y repulsión de la que Freud habló se encuentra en la línea de la proyección e incorporación a la que Klein hace referencia, a partir de la cual el bebé podrá construir un objeto totalizado en relación a su desarrollo psíquico.

Conforme se introyectan en mayor medida objetos buenos, el yo se fortalece y permite que la tolerancia a la frustración se incremente, por lo que la

ansiedad de persecución disminuye y favorece al proceso de integración de los objetos, dando lugar a que estos sean vistos como totales y por tanto con la posibilidad de ser gratificantes y frustrantes a la vez. Es importante señalar que estos procesos son vistos dinámicamente, así en diferentes momentos de la vida los objetos pueden ser parcializados o totalizados dependiendo de las ansiedades a las que este expuesto el individuo.

Bion (como se citó en Grinberg, 1997) hace referencia a la capacidad de *rêverie* (del francés *ensoñación*) de la madre, es decir a la posibilidad que ésta tiene de sintonizar con las necesidades de su bebé a partir de contener, metabolizar (descomponer-componer-recomponer) y devolver al bebé su experiencia emocional en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él; así, la madre tiene la función tranquilizante de *pensar por él*.

Cuando el bebé llora, expulsa mediante este acto *elementos beta* (β) -aquello que es incapaz de ser procesado por la mente, es experiencia emocional pura sin metabolizar- al salir dichos elementos, dejan un espacio vacío que debe ser llenado con pensamientos; la madre con capacidad de *rêverie*, codifica, calma y aporta placer, devolviendo de esta forma *elementos alfa* (α), los cuales están ya metabolizados.

Piera Aulagnier (1994) mencionó en relación a la función de intérprete de la madre:

Si bien hay una primera violencia tan abusiva como necesaria que hace que la madre interprete al niño y sus expresiones corporales y que hace que el sujeto entre al campo de discurso, esta violencia primaria es positiva si es limitada en el tiempo. [...] -en casos de psicopatologías graves- uno ve la imposibilidad para la madre de aceptar que cambie aquel momento en que ella era para el niño condición de vida [...] (p.365)

De esta forma la madre funge un papel en el que piensa y proporciona a su hijo en relación a sí misma, sin embargo debe haber un momento en que se desprenda de esa posición con el fin de dar lugar a que este pueda colmarse a sí mismo y se den procesos de pensamiento propios.

Freud aborda la constitución del aparato psíquico en el texto: "*Proyecto de Psicología*" (1950 [1895]) en el cual refiere que el aparato psíquico está tironeado por una tendencia a la vida y una tendencia a la muerte, de esa forma vivimos porque existe un apremio a la vida "*mat das leavens*" (p.341). La función del aparato psíquico será aliviar la tensión endógena, el objetivo será diferir las cargas externas e internas para aligerar y diferenciar estímulos (*que viene del interior y del exterior*) con el fin de crear barreras de protección, morigerar la descarga y evitar el dolor -*principio del placer*- (p. 351).

El dolor desorganiza al aparato psíquico, éste es definido como un rayo que atraviesa las barreras de contacto, por lo que deja como secuela facilitaciones duraderas (huellas mnémicas). El dolor primordial, es la sensación de *no ser*, tal sensación avasalla produciendo el pensar delirante, ante ello no hay morigeración, se expulsa a través de la primera forma de descarga es decir, en movimiento, acción (llanto, pataleo, etc.); a nivel motor esto se manifestará en el desprendimiento, a nivel neuronal en la transferencia. (p. 351-359)

Desde la perspectiva freudiana, el bebé se encuentra en constante evolución respecto a todo aquello que le viene a partir de sensaciones y percepciones, el aparato psíquico busca modular las cargas y descargas. En este proceso es vital la presencia de un otro, de no venir alguien al encuentro de ese bebé éste muere. Por tanto damos cuenta que estamos constituidos a partir de un atravesamiento por el otro, y el dolor por la falta de éste, que hace referencia al desamparo originario.

El encuentro con la figura materna genera una *vivencia de satisfacción* que a su vez produce como restos (*secuelas*) estados de deseo. Es decir, hay

una *alteración interior* que se manifiesta a través de llanto, pataleo... etc., ante ello la madre hará una acción específica (*auxilio ajeno*) para cesar el estímulo, tal acción tendrá relación con el *entendimiento* sobre la necesidad que habrá de colmar en el pequeño, lo que produce en éste último la *satisfacción* por el cancelamiento de la tensión (p. 362, 363).

La descarga que se siente como placentera deja una huella¹ debido a que hubo algo que canceló el displacer, ese *algo* es el objeto que brindó olor, calor, sabor, etc. Si hubo placer se buscará repetir aquel momento de satisfacción, creándose con ello *estados de deseo*. De esta forma nos constituimos como *seres deseantes*, la necesidad (*instinto*) se pervierte y se convierte en deseo ¿Qué deseamos? Repetir la sensación de completud, el retorno a ese primer momento donde se colmó y eso sacó de la indefensión y el desamparo; la dificultad de lo descrito tiene que ver con que la única manera de retornar a la completud es a través de la muerte. Se observa, pues, cómo el desvalimiento es lo que constituye al aparato psíquico (p. 362-364).

Ya se ha mencionado que el dolor es un rayo que perfora al aparato psíquico, dejando en este huellas mnémicas que *facilitan* caminos a partir de los cuales descarga por medio de la angustia. El dolor y el placer se relacionan con el objeto perdido, es decir, con la ausencia del objeto que satisfizo, por lo que la *vivencia de dolor* deja como restos *estados de placer y displacer, angustia y estados de afecto*.

Del estado de deseo se sigue directamente la atracción hacia el objeto de deseo, respectivamente su huella mnémica; de la vivencia de dolor resulta una repulsión, una desinclinación a mantener investida la imagen mnémica hostil. Son estas la atracción de deseo primaria y la defensa primaria. (p. 367)

¹ Registro corporal que queda en el manto del aparato psíquico, genera una investidura o una representación (Freud, 1950)

La angustia da lugar a la defensa primaria o represión «*esfuerzo de suplantación y desalojo*» (p. 367) la cual es el pensamiento. Es decir, hay defensa primaria ante el dolor, que tiene como fin desinvertir al objeto hostil, “*entonces, la defensa primaria será tanto más intensa cuanto más intenso sea el displacer*” (p. 369). Si la desinvertidura fuese total se impediría la acción específica (*inhibición*); si en los estados de deseo generados por el placer la atracción hacia el objeto fuese total habría *alucinación*. Por tanto la defensa primaria tiene que mediar las cargas de los procesos primarios, que el sujeto ni alucine ni deje de actuar ya que cualquiera de las dos lleva implícita la muerte. Luego entonces el aparato psíquico tropieza con un conflicto que tiene relación con la hipótesis dinámica: el objeto que produce dolor, también produce placer, teniendo como resultado una ligazón primaria placer-displacer. (p. 366-367)

La inhibición genera que se busque en las huellas un signo de realidad a través de la atención, lo que hace referencia al trabajo de juicio/pensamiento. Así, la defensa primaria y la atención actúan en conjunto con el fin de dar lugar al cuándo y al dónde se puede llevar a cabo la descarga. Al hablar de esto ingresamos al terreno del proceso secundario, es decir aquello ligado que forma representación, entonces hay un aparato psíquico en funcionamiento. Hay un Yo cuando hay investiduras ligadas y cuando se articulan representaciones, las cuales tienen que ver con la cultura.

El aparato psíquico es un aparato metaforizado, subjetivo que constantemente cae en el autoengaño-desencuentro. Es así como sobre otro devenimos sujetos...

Supongamos ahora que el objeto que brinda la percepción sea parecido al sujeto, a saber, un prójimo. En este caso, el interés teórico se explica sin duda por el hecho de que un objeto como este es simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único auxiliador. Sobre el prójimo, entonces aprende el ser humano a discernir. (p. 376)

La madre como ser deseante lo mira, ve al bebé como objeto sexual, por tanto la mirada de la madre es erotizante, sexualizada, esa es la mirada que constituye al niño, lo conecta con el mundo, por lo tanto el asunto narcisista está constituido desde afuera: *como lo vio la mamá*. Las huellas que la madre imprime tienen que ver con su propia sexualidad, la cual queda impresa como un cuerpo extraño y que posteriormente puede devenir traumática.

Lo anterior termina cuando la madre voltea y deja de verlo para buscar en otro su deseo, es decir ella se encuentra en falta, sino fuese sujeto en falta o deseante no podría insertar eso en su hijo. Ahora el niño se siente engañado, no era él aquel que la completaba, tal volteo es por más necesario ya que ser uno con otro implica la muerte. Hay dolor ante el desencuentro pero este dolor constituye, el dolor en el sentido psicoanalítico es *la vida*. A partir de ahora el niño buscará a alguien que lo pueda ver como la madre lo vio, la búsqueda del individuo se dirigirá a eso que ella vio y que por tanto se encuentra ahí.

De esta forma, el individuo se encuentra sexualizado desde los inicios de su vida a partir de la relación con la madre. En el texto: "*Tres ensayos de teoría sexual*" (1905) Freud menciona que la negación de la sexualidad infantil es una de las principales dificultades a las que nos enfrentamos al querer estudiar las bases de la vida sexual, es decir de la vida misma. Es en la infancia donde podemos encontrar las manifestaciones más claras de la sexualidad humana ya que no se encuentran taponeadas por procesos de represión, vale decir que tales expresiones son olvidadas cuando el individuo es mayor, a ese tiempo la represión ya ha tenido lugar en relación a la inserción de este sujeto en la cultura.

Aludo a la peculiar amnesia que en la mayoría de los seres humanos (¡no en todos!) cubre los primeros años de su infancia, hasta el sexto o el octavo año de vida. [...] se nos informa que en esos años, de los que después no conservamos en la memoria sino unos jirones incomprensibles, reaccionábamos con vivacidad frente a las impresiones, sabíamos exteriorizar dolor y alegría de una manera

humana, mostrábamos amor, celos y otras pasiones que nos agitaban entonces con violencia, [...] Y una vez adultos, nada de eso sabemos por nosotros mismos ¿Por qué nuestra memoria quedó tan atrasada respecto de nuestras otras actividades anímicas? (Freud, 1905, p. 158).

“Aquello olvidado dejó las más profundas huellas en nuestra vida anímica y ello será determinante para el desarrollo posterior” (Freud, 1905, p. 159). Es durante el periodo de la latencia cuando se edifican las inhibiciones de la pulsión sexual a partir de la creación de diques: asco, vergüenza y culpa; somos así seres atravesados por el otro y por la cultura que a partir de la educación establece tales diques. Así mismo, lo anterior brinda capacidad de juicio que es la “operación o actitud mediante la cual el sujeto, aun cuando toma conciencia de un deseo, se prohíbe su realización, principalmente por razones morales. Freud ve en ello un modo de defensa más elaborado y más adaptado que la represión” (Laplanche y Pontalis, 2010, p. 207).

De esta manera se forma el supuesto que mediante la desviación de las fuerzas pulsionales sexuales y su orientación hacia metas nuevas (sublimación) se adquieren componentes para todos los logros culturales (Freud, 1905, p. 161).

1.2. Acerca de la sexualidad femenina

Hasta ahora hemos teorizado en relación a la constitución del aparato psíquico y la injerencia de un otro en este proceso. Vemos a la madre como figura fundamental ya que satisface necesidades básicas de supervivencia y aporta su sexualidad pulsando y conectando al bebé con la vida. Siguiendo esta línea, encontramos que de a poco este nuevo individuo tendrá que hacer el esfuerzo de contener *por sí mismo* sus impulsos y satisfacer algunas de sus necesidades sin que el otro esté presente de forma necesaria. Lo que lleva al camino de la cultura, discernir dónde, cuándo y cómo puede satisfacerse, implica que hay *otros*, el niño deberá dar cuenta que es proclive al amor o rechazo de los demás, restringir su voluntad y darse cabida en la cultura, ahora ya no es más un ser omnipotente, se ha disuelto “*His majesty the baby*” (Freud, 1914, p. 88).

La manera en que se forjó la vida sexual del individuo tendrá consecuencias directas en la vida anímica de éste. Aquello que se encuentra bajo el dominio de la represión y que toma lugar a partir de las formaciones de compromiso será lo que determine la forma de vivir y modos de relación con los objetos.

Para ahondar en lo anterior es necesario hacer referencia al complejo de castración, con este fin haré una exposición de este proceso basada en el texto de Juan David Nasio: El concepto de castración freudiano en “*Enseñanza de 7 conceptos cruciales de psicoanálisis*” (2011).

1.2.1. Ser mujer, percepción sobre la castración

La castración es una experiencia psíquica compleja para el individuo, vivida inconscientemente y decisiva para la asunción de su identidad sexual. Lo esencial de esta experiencia radica en el hecho de que el niño reconoce por primera vez -al precio de angustia- la diferencia anatómica de los sexos.

El complejo de castración como una etapa en la evolución de la sexualidad infantil no se reduce a un simple momento cronológico. La experiencia inconsciente de la castración se ve renovada sin cesar a lo largo de la existencia y puesta en juego nuevamente de modo peculiar en la cura analítica del paciente adulto. Así, uno de los fines de la experiencia analítica es posibilitar y reactivar en la vida adulta la experiencia por la que atravesamos en la infancia: admitir con dolor que los límites del cuerpo son más derechos que los límites del deseo (Nasio, 2011, p. 15)

1.2.2. Complejo de castración en cuatro tiempos en el niño.

Primer tiempo. Todo el mundo tiene un pene

Sólo a partir de esta ficción del niño, según la cual todo el mundo poseería un pene semejante al suyo, se puede comprender que él es lo que está realmente en juego en la castración. Se trata del tiempo preliminar de las creencias infantiles, según las cuales no habría diferencia anatómica entre los órganos sexuales masculinos y femeninos.

El descubrimiento de la realidad de un ser cercano que no posee este atributo que supone universal pondrá en jaque la creencia del niño y abrirá la vía a la angustia de ser un día también él privado de igual manera. La condición previa para la experiencia psíquica de la castración es, entonces, esta ficción de la posesión universal del pene (p. 16-17).

Segundo tiempo. El pene está amenazado

Es el tiempo de las amenazas verbales que apuntan a prohibir al niño sus prácticas autoeróticas con lo que es obligado a renunciar a sus fantasmas incestuosos. La amenaza de castración apunta al pene, pero sus efectos recaen sobre el fantasma del niño de poseer un día su objeto amado: la madre, por lo tanto, a eso deberá renunciar. Las advertencias verbales, en

especial aquellas proferidas por el padre, que poco a poco van siendo internalizadas por el niño, darán origen al superyó (p. 17).

Tercer tiempo. Hay seres sin pene, la amenaza, entonces, es real

Tiempo del descubrimiento visual. Lo que el niño descubre visualmente no es la vagina sino la falta de pene. En un primer momento parece no prestar interés alguno a esta falta, pero el recuerdo de las amenazas verbales oídas durante el segundo tiempo conferiría ahora su plena significación a la percepción visual de un peligro hasta entonces desestimado. [...] la amenaza de la castración comienza entonces (a posteriori) a surtir sus efectos (p. 17-18)

Cuarto tiempo. La madre también está castrada

A pesar de la percepción visual del cuerpo de la niña, el niño sigue manteniendo su creencia según la cual las mujeres mayores y respetables como su madre están dotadas de un pene. Más adelante cuando descubra lo contrario, será el momento en el cual surgirá la angustia de castración.

La percepción del cuerpo de la mujer viene a despertar en el niño el recuerdo de las amenazas verbales -reales o imaginarias- proferidas con anterioridad por sus padres y que estaban orientadas a prohibir el placer que obtenía la excitabilidad de su pene. La visión de la ausencia de pene en la mujer por una parte, y la evocación auditiva de las amenazas parentales por otra, definen las dos condiciones principales del complejo de castración. Es preciso dejar en claro que la angustia de castración no es sentida efectivamente por el niño, es inconsciente (p. 18-19).

Tiempo final: Fin del complejo de castración y fin del complejo de Edipo

Existen dos rasgos comunes en el complejo de castración masculino y femenino, la universalidad de pene y la separación de la madre castrada.

El final del complejo de castración es, para el niño, también el final del complejo de Edipo [...] el complejo de castración en el varón termina con una

renuncia al amor de la madre, mientras que en la mujer este complejo abre la vía de amor al padre. [...] El Edipo en la mujer se inicia con la castración pero no se termina con ella (p. 19-20)

1.2.3. Complejo de castración en la niña.

Observamos que tanto para el niño como para la niña la creencia acerca de la universalidad del pene es la premisa necesaria para la constitución del complejo edípico. Una de las diferencias esenciales tendrá que ver con la importancia de la figura materna, que en la niña cobra mayor relevancia ya que esta se separa con odio de la madre, el cual retornara más adelante en forma de rencor...

El primer sentimiento amoroso de la niña por su madre -desde el comienzo de la vida- será interrumpido con la pérdida del seno materno. Para Freud la mujer no se consuela jamás de semejante separación y por consiguiente llevara en sí la huella del resentimiento por haber sido dejada en la insatisfacción. Este resentimiento primitivo, este odio antiguo, desaparecerá bajo los efectos de una represión inexorable para reaparecer más tarde, durante el complejo de castración. [...] resurge en la niña el odio de antaño, esta vez bajo la forma de hostilidad y el rencor hacia una madre a la que se responsabilizará por haberla hecho mujer (Nasio, 2011, p. 21)

Así la madre se encuentra en el inicio y en fin del complejo de castración femenino

[...] omitió dotar a la niñita con el único genital correcto, la nutrió de manera insuficiente, la forzó a compartir con otro el amor materno, no cumplió todas las expectativas de amor y, por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió; tras esa ojeada panorámica, nos parece que esos motivos son insuficientes para justificar la final hostilidad. (Freud, 1931, pág. 236).

1.2.4. Tres tiempos del complejo de castración en la niña

Primer tiempo: Todo el mundo tiene un pene (el clítoris es un pene)

De inicio y como resultado de ignorar la diferencia anatómica de los sexos, la niña se mantiene sin angustia debido a que posee un atributo clítoriano similar al pene y que por tanto cobra el mismo valor.

Segundo tiempo: El clítoris es demasiado pequeño para ser un pene: "Yo fui castrada"

Se da a partir del momento en que la niña tiene un primer contacto visual con la anatomía genital masculina, tal visión la lleva a dar cuenta que "ella no posee un órgano peniano [...] y desde aquel momento cae víctima de la envidia fálica" (Nasio, 2011, p. 22) que llevará al argumento "yo fui castrada".

Tercer tiempo: La madre también está castrada: resurgimiento del odio hacia la madre.

Conforme toma conciencia que no solo ella sino todas las mujeres han sido castradas la niña desprecia a la madre no solo por no haber dotado con el genital correcto, se incrementa el rencor "por no haber podido enseñarle a valorar su verdadero cuerpo de mujer" (Nasio, 2011, p. 23) Siguiendo a este autor, tal descubrimiento conducirá al desprendimiento de la niña de la madre y elegirá a partir de allí al padre como objeto de amor.

Por lo tanto, el complejo de Edipo es en la mujer el resultado final de un desarrollo más prolongado; no es destruido por el influjo de la castración, sino creado por él [...] así la ligazón-madre exclusiva que puede llamarse preedípica, reclama entonces una significación muchísimo mayor en la mujer, que no le correspondería al varón (Freud, 1931, p. 232).

Si bien la actitud de hostilidad de la mujer para con su madre tiene relación a la rivalidad del complejo de Edipo, esta se instauró en una fase anterior, en la que la separación del seno materno no pudo ser tolerada, quedando esto enhuellado en forma de insatisfacción. A lo anterior se suma el desengaño por no ser ella quien completa, la madre voltea a buscar en otro su deseo con lo que se reconoce como sujeto en falta, sujeto de deseo; se ha mencionado que tal condición permite insertar la falta y el deseo en su hija.

1.2.5. La función paterna como elemento constitutivo

La función paterna funge como corte de la relación madre-hijo y por tanto es estructurante, brinda posibilidad de salir de la fascinación de esta relación en que se es uno con el otro y que remite a la posesión de hacer a ese hijo propio. Sumándose a ello que este tercero genera deseo en la madre.

De no haber función paterna el sujeto no puede constituirse como tal, queda prendado a la madre como objeto a partir del cual podría satisfacer su deseo, no hay distinción acerca de qué le pertenece a ella y qué al bebé, quedando así el cuerpo de este último avasallado por elementos que se sienten como invasores (como la voz y la mirada de otros). La función paterna da lugar a lo simbólico, es decir, abre la posibilidad de hallar mayores significantes y con ello visualizar de forma más amplia las puertas del mundo permitiendo entrar al discurso social, si hay función paterna hay Ley.

Silvia Bleichmar (2008) menciona en relación al complejo de Edipo que este implica "*la posibilidad de reconocimiento del daño producido a un tercero*" (p. 19), es decir que la instauración del Superyó como heredero del complejo edípico edificará los modos de identificación con el otro como semejante.

Anteriormente al hablar del complejo edípico en la niña se dio cuenta que hay un momento en que la niñita se desprende de la madre debido a la hostilidad generada en la relación y toma como objeto de amor al padre. Lo anterior no sería posible si éste no existiera, es importante señalar que cuando se habla de un padre no se hace referencia exclusiva *al padre de esa niña* sino

a la función; en psicoanálisis debemos tener en cuenta que las funciones son las que generan estructura, el papel puede ser representado por alguien más (nana, cuidador, abuelos, psicoterapeuta, etc.).

Bleichmar (2008) llama a la reflexión de la llamada Función del padre y su vigencia en la cultura en el texto: “*Violencia social-Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*” donde menciona:

[...] es ya insostenible el furor estructuralista que termina superponiendo estructura edípica con constelación familiar, en razón de una diferenciación de funciones en la cual cada uno de los miembros intervinientes se presenta sin clivaje. [...] que el superyó sea patrimonio de la identificación al padre no puede sostenerse en la idea de que su proveniencia sea efecto de la presencia de un “hombre real” –padre, abuelo, tío o lo que fuera-. Padre, si se conserva como función, es una instancia en el interior de todo sujeto psíquico, sea cual fuere la definición de género que adopte.

[...] Los conceptos Función paterna y Nombre del Padre con mayúscula, esta última no destinada a acuñar el concepto, sino a darle carácter mayestático. Indudablemente el Nombre del Padre es un efecto de entrecruzamiento entre el intento de establecer un “inter”, un separador en el nivel simbólico que imponga la descaptura del niño de la madre, y la forma que toma en la familia francesa del siglo XX esta función nominativa que, pretendiendo dar cuenta de la interdicción del deseo de la madre por el hijo, regula, en definitiva, el deseo de la madre en el interior de las relaciones matrimoniales sacrosantamente y civilmente pautadas. (p. 19-20).

De esta forma el padre se encuentra presente desde el primer momento aunque no exista una presencia real, “*está presente porque la propia madre ha tenido un padre*” (Laplanche, 2011, p. 75)

1.3. El deseo de la madre, su función como portavoz y la tarea del psicoterapeuta (analista) como constructor de la historización del sujeto.

Una de las circunstancias que debemos tener en cuenta para el trabajo psicoterapéutico tiene que ver con los inicios de vida del paciente, conocer los motivos por los que este individuo llega al mundo dará información sobre aquello que se ha depositado en él, lo anterior apunta al deseo de la madre y las fantasías de esta mujer dirigidas a tener un hijo, así mismo, saber sobre el contexto de pareja, familiar y social en el que nace se presentan como elementos vitales para comprender la problemática por la que se presenta al consultorio.

Aulagnier (1994) menciona que todo individuo al llegar al mundo, toma un lugar en el mito familiar, y esto le asigna un papel en la tragicomedia de su vida, es en relación a tal papel que es nombrado y el individuo representa el personaje otorgado sin saberlo de forma consciente. Esta autora añade que la relación madre-hijo se desarrolla anterior al nacimiento de este niño, es decir, que el papel que el sujeto representará se encuentra determinado incluso antes de que nazca.

[...] el lugar que el hijo, como objeto de deseo, tiene desde siempre en el inconsciente materno, se puede tomar como punto de partida de esta relación, el momento en que comienza su historia biológica, es decir la fecundación. A partir del momento en que la mujer sabe que está encinta se instaura la relación madre-hijo.

El inicio del embarazo coincide -o acentúa- con la instauración de una relación imaginaria, en la que el sujeto hijo no es representado con lo que es en realidad, un embrión en curso de desarrollo, sino por el cuerpo imaginado, es decir un cuerpo completo y unificado, dotado de todos los atributos para ello [...] es sobre esa imagen, soporte imaginario del embrión, que se vierte la libido materna. La imposición

de esa imagen es tal que, en los primeros tiempos de vida, la vemos sobreponerse al niño (p. 284-285).

Por tanto, será preciso considerar ¿Quién es ese niño para la madre? Así como el individuo que tenemos en análisis la madre de éste tiene una realidad psíquica historizada, hubo un padre y una madre para ella, tales condiciones repercutirán en la forma de relación con este hijo. Aulagnier (1994) señala en el texto: “*Cuerpo, historia, interpretación*”:

La relación de esa madre con el niño está marcada por su propia relación con el padre del niño, por su propia historia infantil, por aquello que retorna desde su Otra escena, por su relación con su propio cuerpo; todos estos elementos organizan el tipo y calidad de investimento libidinal del niño.

[...] si uno escucha el discurso manifiesto de la madre, o si uno presta atención al vínculo con el niño se puede constatar que tienen el deseo de tener un niño, pero es necesario diferenciar el deseo de hijo con toda la evolución que ello implica: tener un hijo de la madre, tener un hijo del padre, hasta llegar a desear un hijo del hombre que se lo puede dar. Este deseo de hijo debe ser diferenciado del deseo de maternidad que es el deseo de repetir en forma especular su relación con la madre, este último deseo es catastrófico para el niño (p. 366-367).

En algunas ocasiones el paciente puede referir no saber nada acerca de sus orígenes o dar una explicación escueta sobre lo que sabe; ayudarlo a historizar y dar apertura a aquello que él mismo imagina que sucedió forma parte de la función del terapeuta, lo anterior posibilita que se abran interrogantes y exista un esfuerzo de pensamiento para reacomodar aquello que sucedió en el pasado y que actualmente se mantiene en el olvido.

Piera Aulagnier (2010) señala en el texto: “*La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*”:

[...] La pregunta ¿Cómo nacen los niños? equivale a ¿Cómo nace el Yo?, donde este último espera que la respuesta proporcione el texto del primer párrafo de la historia en la que debe poder reconocerse: en efecto, solo ella puede dar algún sentido a la sucesión de todas las posiciones identificatorias que puede ocupar. [...] tanto si se trata de una historia singular o de la historia de los sujetos, ambas no pueden permitirse confesar que nada conocen acerca de su origen. El primer párrafo no puede presentarse como una serie de líneas en blanco [...] la función de todo mito -que es siempre un mito de origen- es garantizar la existencia de ese primer párrafo (p.197-198).

Siguiendo a esta autora, cuando el niño realiza el cuestionamiento sobre ¿Cómo nace un niño? Hace referencia directa a la forma en que él mismo llega a la vida, planteando con ello una interrogante hacia la sexualidad de sus padres y el placer que esta evoca, y por tanto el placer que él mismo genera en sus padres, así “*el Yo interroga la causa originaria de placer y de displacer*” (p. 198). Cuando lanza la pregunta se encuentra preparado para saber, es ahí donde el portavoz tendrá que brindar información sobre la historia de este pequeño y con ello “*ofrecer al niño un primer enunciado referente a ese origen*” (Aulagnier, 2010, p. 198).

En el origen de la vida se encuentra el deseo de la pareja parental a la que el nacimiento del niño causa placer. Cualquiera que sea la formulación explícita de la respuesta oída, es indispensable que remita intrínsecamente a esta concatenación, no sólo porque ella es la única que aporta una significación acorde con la lógica del Yo, sino porque esa respuesta a la causa de su origen será proyectada retroactivamente por el niño sobre la causa originaria de toda experiencia de placer y de toda experiencia de displacer.

El Yo relacionará la causa de placer, de todo placer, con el placer que le procura a la pareja el hecho de que él existe; [...] el enunciado con que el portavoz cree responder al interrogante acerca del nacimiento

será metabolizado por el niño en una significación a partir de la cual elaborará su propia teorización sobre la causa de todo lo que se refiere al origen: de sí mismo, del placer, del displacer, del mundo (Aulagnier, 2010, p. 199).

Sin embargo habremos de tener en cuenta que el nacimiento de un niño no siempre es generador de placer para la madre o para los padres, en ocasiones este hijo poco tiene que ver con un deseo real de tenerlo sino con el deseo de maternidad de la mujer que lo engendra, por tanto el hijo no tiene un lugar como sujeto sino como objeto a partir del cual la madre podrá satisfacer su deseo.

Consideraremos aquello que en la conducta y el discurso materno forma parte de la realidad «manifiesta» tal como ella se revela ante el infans a través de esa conducta y en ese discurso. Ambas se singularizan por la presencia, reconocida por la madre, de un no deseo de un deseo o de un no deseo de un placer, referido, ya sea a «un niño», ya sea a este niño.

En el primer caso, se dirá abiertamente que no se deseaba ningún hijo, en el segundo, que el acto procreador que dio nacimiento a este niño no ha sido fuente de placer, del mismo modo en que ningún placer acompañó al embarazo, vivido a menudo como una prueba penosa, somáticamente mal soportada. Una vez nacido el niño, la madre podrá afirmar un deseo de vida en relación con él, pero por lo general ese deseo se formulará bajo la forma inversa del temor de su muerte. Como consecuencia de ello, este miedo justifica e imposibilita el «placer de tenerlo», que es remplazado por el «displacer de correr siempre el riesgo de perderlo» (Aulagnier, 2010, p. 202-203).

Cuando el pequeño recibe una respuesta del portavoz dirigida a que su nacimiento fue causa de displacer, éste genera “el riesgo de plantear como causa de displacer el deseo del Otro de imponérselo, retomando así por su

cuenta la interpretación fantaseada, y de interpretar el placer como efecto de un error, del no saber, de una falta cometida..." (Aulagnier, 2010, p. 200).

Finalmente, en caso de que no exista un portavoz el niño se verá en la necesidad de crear un mito que de explicación a sus orígenes:

Mientras algún pensamiento le permita autodefinirse y preservar aunque sólo sea un fragmento irrisorio del saber del Yo acerca del Yo, podrá reservarse un espacio compatible con su modo de funcionamiento: si llegase a carecer de pensamiento, él mismo desaparecería. Se requiere que el Yo tenga a su disposición un signo que le indique una causa inteligible acerca de sus sentimientos, susceptible de ser formulada, aunque sólo él comprenda esa inteligibilidad (Aulagnier, 2010, p. 201).

Así damos cuenta de la dificultad que presenta dar sentido al origen, por tanto no habrá de sorprendernos que los individuos y nosotros mismos mostremos cierta renuencia a traer a la conciencia aquel primer párrafo, y que como hemos visto resulta elemental en el proceso de historización:

El Yo no puede advenir más que siendo su propio biógrafo. Su historia exigirá periódicamente la inversión de una parte de sus párrafos, hará necesaria la desaparición de algunos y la invención de otros para arribar a una versión que el sujeto cree definitiva pero que debe permanecer abierta para ese trabajo de reconstrucción, de reorganización de sus contenidos y especialmente de sus causalidades cada vez que ello se revele necesario. Es sólo porque esta versión de su historia es modificable que el sujeto puede asegurarse de su propia permanencia y aceptar los inevitables cambios psíquicos y físicos. (Aulagnier, 1994, p. 361)

Freud (1937) menciona en el texto: "Construcciones en el análisis" que el paciente deberá recordar vivencias olvidadas por él, ya que sus síntomas e

inhibiciones son consecuencia de aquello que ha caído en el proceso de represión, serían entonces sustitutos de lo olvidado.

Hemos hecho la experiencia de que la relación transferencial que se establece respecto al analista es particularmente apta para favorecer el retorno de tales vínculos afectivos. Con esta materia prima –por así llamarla-, debemos nosotros producir lo deseado.

Y lo deseado es una imagen confiable, e íntegra en todas sus piezas esenciales, de los años olvidados de la vida del paciente. [...] La tarea del analista es colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras sí, mejor dicho: tiene que construirlo. [...] Su trabajo de construcción o, si se prefiere, de reconstrucción muestra vastas coincidencias con el del arqueólogo que exhuma unos hogares o unos monumentos destruidos y sepultados.

[...] Si en las exposiciones de la técnica analítica se oye tan poco sobre «construcciones», la razón de ello es que, a cambio, se habla de «interpretaciones» y su efecto. Pero yo opino que «construcción» es, con mucho, la designación más apropiada. «Interpretación» se refiere a lo que uno emprende con un elemento singular del material: una ocurrencia, una operación fallida, etc. Es «construcción», en cambio, que al analizado se le presente la pieza de su prehistoria olvidada (p. 260-262).

De esta forma Freud atribuye al analista la función de historiador, tendremos pues a un sujeto que ha sido tributario de una historia que la madre proporcionó como portavoz y que ahora se encuentra en el consultorio en un proceso de reconstrucción de aquello que se supo y por un tiempo fue olvidado. Así, el saber tiene una función fundadora para el sujeto.

1.4. El proceso de identificación(es) y su relación con la insatisfacción

La identificación se conoce como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona, desde el comienzo mismo la identificación es ambivalente (Freud, 1921, p. 99) ya que existe en un mismo tiempo el impulso de destruir al objeto y el impulso de conservarlo.

Para Freud la identificación tiene un valor central en tanto que es más que un mecanismo psicológico, es una operación en virtud de la cual se constituye el sujeto, así la identificación no es una simple imitación, sino una apropiación que expresa un “*como si*” y refiere a un elemento inconsciente (Laplanche y Pontalis, 2010, p. 185) donde sustituimos las relaciones intersubjetivas por relaciones intrapsíquicas.

Nasio (2011) refiere que encontramos la identificación dividida en dos grandes categorías, la identificación total que hace referencia a la identificación primaria y las identificaciones parciales las cuales se encuentran bajo cuatro modalidades:

a. Identificación parcial con el rasgo del objeto.

Se refiere a la identificación con un rasgo claramente discernible, se trata de un rasgo saliente y el objeto en sí mismo, un ser amado, deseado y perdido; rasgo que se repite en un segundo objeto, en un tercero... y así sucesivamente todos los objetos amados, deseados y perdidos (p. 145-147).

b. Identificación parcial con la imagen global del objeto. El caso de la melancolía.

En este caso se hace referencia a la imagen del objeto, se distinguen dos tipos de imagen: “o bien me identifico -escribámoslo en primera persona en singular, como si fuera el yo inconsciente el que enunciara y hablara-, entonces, o bien me identifico con el aspecto imagen global del objeto amado, deseado o perdido; o bien me identifico con el aspecto-imagen local del mismo

objeto, es el primer caso el que se refiere a la melancolía. [...] «La sombra del objeto recae sobre el yo» la sombra del objeto amado, deseado y perdido, su imagen y al mismo tiempo imagen del yo, cae sobre el yo, lo recubre y lo disuelve” (p. 147-148).

c. Identificación parcial con la imagen local del objeto. El caso de la histeria

El yo se identifica con una imagen ya no global, sino local. Esta modalidad identificatoria la encontraremos, modificada, en la teoría lacaniana con el nombre de identificación imaginaria (p. 148).

d. Identificación parcial con el objeto en tanto emoción. El caso de la histeria

Aquí el sujeto se identifica con la emoción sexual compartida por lo *partenaires* de la pareja fantasmada, fantasmada se entiende, en el dominio del inconsciente (p. 151).

Posterior al concepto instaurado por Freud, diversos analistas han realizado aportaciones para la comprensión de este concepto, uno de ellos fue Jeammet (2003) quién realizó una diferenciación en la identificación por introyección y la identificación por incorporación:

Por introyección se entiende “un sistema de actitud” el sujeto se identifica a ese estilo, lo que será introyectado es ese vínculo con cualidad propia, creación mutua del sujeto, del objeto y de su encuentro. La incorporación por su parte deja al sujeto mucho más pasivo y no tiene ese aspecto creativo que enriquece al yo y amplía su territorio pareciera al contrario que el objeto se instaura en el sujeto parasitándolo o aumentándolo.

En el primer caso hay un espacio bien delimitado entre sujeto y objeto, lo que domina, es el placer o por lo menos el interés ligado al intercambio que autoriza una apertura de fronteras que brinda

sentimiento de seguridad interna en el sujeto. En el segundo caso la apertura hacia el otro se opera bajo el signo de la necesidad y por tanto de la obligación, es decir, se perdió la distancia entre el sujeto y el objeto (p. 713).

Para que la identificación pueda funcionar de manera armónica en relación al modo introyectivo es preciso que comprometa al sujeto de forma moderada, es decir que pueda realizar intercambios sujeto-objeto en las que exista la posibilidad de plantear las diferencias entre uno y otro.

La identificación por introyección remite a “*la capacidad para estar a solas*” planteada por Winnicott (1958), la cual constituye uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional. Basado en la obra de Melanie Klein plantea tal capacidad dependiente de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo, así la interiorización de un pecho o pene «*buenos*», o de buenas relaciones, ha sido lo suficientemente defendido como para que el individuo se sienta seguro ante el presente y el futuro, por tanto, tal capacidad aparece como resultado de la integración de los objetos como seguros y estabilizadores. Comprendiendo lo anterior, resulta que la capacidad para estar solo se basa en una paradoja; estar a solas cuando otra persona se halla presente.

Más adelante este mismo autor (1960) distinguió entre las “necesidades del ello” y las “necesidades del yo”. Afirmó que no es adecuado decir que estas últimas se gratifican o se frustran, ya que no tienen relación con la búsqueda del placer como descarga, sino que estas encuentran respuesta en el objeto, o no la encuentran. Tales necesidades incluyen anhelos como el ser visto, reconocido o comprendido, o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando éstas no encuentran respuesta, la reacción emocional del sujeto no es de frustración, sino de vacío y desesperanza; de encontrar respuesta lo que surge no es una experiencia de placer sino de armonía y plenitud.

Por su parte Jeammett (2003) menciona que todo placer tiene un fin, mientras que la no satisfacción no la tiene, lo que da lugar a la presencia de angustias primitivas como las de castración y las de abandono. El rechazo del objeto permite que este sea vislumbrado más ampliamente a costa de restarle una parte de significación afectiva, esto se presenta como doloroso y por tanto el sujeto anteponiéndose al rechazo puede iniciar una forma de relación con los objetos matizado por la distancia, en la cual buscará no involucrarse y no esperar nada, situación que se observa de forma común en los adolescentes.

En el adolescente, rechazar por adelantado aquello que podría relacionarlo con el objeto, le asegura un control de la situación que puede hacerle creer que se ha convertido en un ser autónomo e independiente con respecto a ese vínculo, sin darse cuenta de su alineación respecto de un comportamiento de rechazo que no deja de autoalimentarse, puesto que deja intacta, o en todo caso aumenta, la necesidad que él supone haber superado.

A tal inversión proceden los adolescentes que no pueden oponer a su “Yo no he pedido nacer”, reflejo de su sentimiento de impotencia ante la pareja parental y el deseo que supone este aserto, un “Puedo escoger morir”. Es esta la única decisión que les permite convertirse en su propio progenitor y en el creador de un destino que no le debe nada a nadie que no sean ellos mismos (Jeammett, 2003, p. 721)

Vemos entonces, que la identificación por introyección *constituye* en los primeros años de vida; al igual que el proceso anti-introyectivo que toma lugar en la adolescencia, donde se busca saber *quién* se es fuera de la relación con las imagos parentales.

Con el fin de comprender el proceso de identificación debemos tener en cuenta con qué objeto se ha identificado el sujeto. Para fines de este estudio trataré la identificación con la madre muerta, concepto instaurado por Green en 1999 y expuesto en el texto: “*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*”.

La madre muerta es una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, cuasi inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y gravita sobre el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista. La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño a quien ella cuida (p. 209).

El hijo hace el intento de una vana reparación de la madre absorbida por el duelo, lo que le hace sentir toda la medida de su impotencia, ante esto el yo pondrá en práctica una serie de defensas: La primera y más importante será un movimiento único, con dos vertientes: *la desinvertidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta.*

La desinvertidura, sobre todo afectiva, pero también representativa, constituye un asesinato psíquico del objeto, perpetrado sin odio. Se comprende que la aflicción materna impide la emergencia de un contingente de odio susceptible de dañar todavía más su imagen. De esta operación de desinvertidura de la imagen materna no se infiere ninguna destructividad pulsional, su resultado es la constitución de un agujero en la trama de las relaciones de objeto con la madre; esto no impide que las investiduras periféricas se mantengan, del mismo modo como el duelo de la madre modifica su actitud fundamental hacia el hijo, porque se siente impotente para amarlo, aunque lo sigue amando y se sigue ocupando de él. Pero, como se suele decir, no lo hace de corazón.

El otro aspecto de la desinvertidura es la identificación con el objeto en una modalidad primaria. Esta identificación especular es casi obligatoria después que fracasaron reacciones de complementariedad (alegría artificial, agitación, etcétera). Esta simetría reaccional es el

único medio que permite restablecer una reunión con la madre, quizá en la modalidad de simpatía. De hecho, no hay reparación verdadera, sino mimetismo; como ya no se puede tener al objeto, el objetivo es seguir poseyéndolo deviniendo en él mismo, no como él. Esta identificación, condición de la renuncia al objeto y, al mismo tiempo, de su conservación en el modo canibático, es inconsciente desde el comienzo, se produce a espaldas del yo del sujeto y contra su voluntad, de ahí su carácter alienante. En las ulteriores relaciones de objeto, el sujeto, presa de la compulsión de repetición habrá de poner en práctica la desinvestidura de un objeto en vías de decepcionar; así repetirá la defensa antigua, pero siendo por entero inconsciente de su identificación con la madre muerta, a la que anudara en lo sucesivo sus pasos en la reinvestidura de las huellas del trauma. Por fuerza sobrevienen la decepción del objeto, o la del yo; estas decepciones ponen fin a la experiencia, y resurge el sentimiento de fracaso e incapacidad (p. 217-218). “Cuando se ha perdido un objeto amoroso, la reacción más obvia consiste en identificarse con él, como si se quisiera recuperarlo desde dentro” (Freud, 1938)

Nasio (2008) menciona que más adelante en la vida, el sujeto puede procurarse un estado de insatisfacción buscando en el otro la potencia que lo somete o la impotencia que lo atrae y lo decepciona. *“Busca -¡y siempre encuentra!- aquellos puntos en que su semejante es fuerte y abusa de esta fuerza para humillarlo; y los puntos en que su semejante es débil y, por esta debilidad, despierta compasión”* (p. 17). Para Nasio la insatisfacción tiene relación con la neurosis; *“la neurosis es una mala manera de defenderse, la manera inapropiada que sin saber empleamos para oponernos a un goce inconsciente y peligroso”* (p. 22) goce que remite al placer cercano a la muerte, a ese primer momento de satisfacción plena y completud, al cual solo se puede acceder a partir de la muerte.

2. MÉTODO

2.1. Planteamiento del problema

Lila, adolescente de 19 años se presenta a solicitar tratamiento psicoterapéutico con el siguiente motivo de consulta: *“no puedo estar sola sentimentalmente”*. A partir de las entrevistas se observa dificultad en la capacidad de tomar decisiones y concretar objetivos. Sus relaciones interpersonales tienden a ser dependientes y en estas realiza actos que no desea con la finalidad de satisfacer a otros y a cambio sentirse amada.

Cobra importancia la relación con su madre descrita como distante y agresiva, en la que se establecen demandas que la paciente había podido cumplir hasta el tiempo en que acude a tratamiento, *coincidiendo* que la madre tiene que continuar sus estudios resultando de ello una separación que afecta en demasía a esta joven. Lo anterior no es apalabrado por la paciente, en su lugar aparecen actos de enojo y pensamientos de destrucción hacia esta figura.

Carla, madre de la paciente refiere en relación al embarazo de Lila: *“es que es muy complicado, mis hijas nacieron porque yo no quería estar sola, a mí no me interesaba quienes eran (hace referencia a los padres de sus hijas) sino que yo no quería estar sola, y si podía tener esa capacidad pues la aproveché, ahora me doy cuenta que no estuvo bien, en ese momento yo lo hice así porque yo necesitaba alguien que me mantuviera, ahora sí que en este mundo...”*.

El deseo de la madre en la gestación es determinante en la constitución del psiquismo del bebé, la relación madre-hijo preexiste al nacimiento, siendo esta relación depositaria de la fantasía materna. La representación de esta hija es de acompañante, objeto vivo que permite dar continuidad a su existencia; la paciente se equipara al hijo como órgano, *el corazón de la madre que permite que está viva*.

El padre no tiene lugar real en la historia de la paciente, sin embargo si lo hay en la fantasía de la misma. La elección de la madre tiene que ver con su circunstancia de hombre y capacidad de procreación por lo que refiere desconocer información sobre él: *"...lo conocí, salimos, me embarqué y tuve a mi hija, una vez lo encontré en un paseo, iba con mi otra hija... pero solo esa vez... No lo he vuelto a ver"*. Niega a la paciente cualquier información sobre su padre ante esto ella menciona: *"no se nada sobre él, mamá me ha dicho: mira Lila, si te interesa saber investiga. ¿Pero dónde? ¡Perra! ¡La odio!"*.

La función materna de engendramiento se complementa con la función paterna del "nombramiento" y del "don" de la palabra, porque el padre en tanto interdictor, al simbolizar al niño como hijo de una pareja, lo protege del peligro de quedar atrapado en la posición imaginaria de ser un objeto absoluto de fabricación materna [...] para que el nombre del padre cobre valor de Ley, es necesario que sea reconocido por la madre. (Schoffer, 2008, p. 131)

El padre no tiene función, la madre se coloca como único sostén y logra mantener temporalmente a su hija, en relación a lo anterior menciona: *"mientras yo este no le va a faltar nada"*, de esta forma ante su ausencia no hay quien sostenga y la paciente se vive en desamparo. En el curso del tratamiento Lila genera la fantasía de matar a su madre *"si muere podría ser libre"*.

Con base a lo anterior propongo, Lila nace con el fin de mantener a su madre en el mundo real, salvarla del mundo de la locura y con ello de la muerte; se encuentra sometida a su demanda y como se expondrá destinada a repetir su historia, de lo que resultan dificultades de construir y ejercer sus deseos, hacerlo conllevaría una traición y la posibilidad de hacerse cargo de sí misma. Manifiesta odio y deseo de muerte a esta figura, si la madre muere ella podría en su fantasía ser libre, es decir, aniquilar a la madre implicaría apropiarse de su vida y su deseo.

De lo expuesto anteriormente surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué actos y condiciones maternas generaron que Lila fungiera como extensión de la madre, repitiendo así su historia e imposibilitando apropiarse de su vida? Implicando que se planteé la interrogante ¿Sucumbir al deseo de la madre o hacerse cargo de su propia vida? y, ¿De qué forma el tratamiento psicoterapéutico funge como un tercero que brinda la posibilidad de diferenciación en esta relación?

2.2. Objetivo general

Mostrar como las dificultades de diferenciación de Lila se deben a ser y sostenerse como producto de la fantasía materna de tener algo que la mantuviera viva, y que fuera sólo para ella. La madre niega a la figura paterna y su función, lo que dificulta exista un tercero que haga corte en esta relación, generando con ello que la paciente viva como extensión de su madre dificultando que pueda apropiarse de su vida y su deseo.

2.3. Objetivos específicos

Realizar un análisis y abordaje teórico psicoanalítico del caso clínico de Lila.

Mostrar en un caso clínico de psicoterapia psicoanalítica las dificultades de diferenciación en la relación madre-hija y algunas de las consecuencias psíquicas de ello.

Exponer la experiencia clínica en psicoterapia psicoanalítica obtenida en la formación como psicoterapeuta a través de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2.4. Tipo de estudio

El presente trabajo se realiza bajo el método de investigación cualitativa, haciendo uso del estudio de caso como estrategia metodológica y el análisis de

contenido como técnica de investigación la cual permite hacer inferencias a través de características específicas identificadas en las sesiones de entrevista y tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico que constituyen el caso clínico a tratar.

2.5. Participantes

El estudio de caso se llevó a cabo con una adolescente de 19 años que inicia un tratamiento psicoterapéutico con orientación psicoanalítica a la edad de 17, refiriendo: "*no puedo estar sola sentimentalmente*" manifiesta gran enojo dirigido a su madre, serias complicaciones en la relación con sus pares y síntomas de depresión.

2.6. Escenario

La paciente es atendida en un Programa de atención psicológica a estudiantes, sus instalaciones se encuentran dentro de un bachillerato de educación pública. El espacio físico es adecuado, hay una sala de espera y seis consultorios; Lila era atendida en uno de ellos y éste cuenta con un sillón para dos personas, una silla de oficina, un escritorio y un perchero, se encuentra bien iluminado y la estancia en tal espacio resultaba cómoda.

2.7. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta investigación tienen relación directa con la forma de trabajo clínico orientado psicoanalíticamente, el cual obedeciendo a la *regla fundamental del psicoanálisis* invita al paciente a decir lo que piensa y siente, sin seleccionar nada y sin omitir nada de lo que le venga a la mente, aunque le resulte desagradable comunicarlo o le parezca ridículo, carente de interés o inoportuno. Dejar hablar al paciente libremente permite vencer los obstáculos para la comunicación y para recordar, a este método se le conoce como *asociación libre*; al método de analizar e interpretar lo que el paciente dice y hace se le llama *psicoanálisis*.

Así, “se designa psicoterapia psicoanalítica a una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.” (Laplanche y Pontalis, 2010, p.324)

La actitud y responsabilidad del terapeuta en el tratamiento definen la participación de la persona del analista como esencial y significativa, de ahí que la preparación del terapeuta psicoanalítico deba extenderse al área de su vida personal.

La meta de la preparación psicoanalítica es hacer que el terapeuta trabaje desde la posición analítica, que es una mezcla de objetividad e involucramiento y puede caracterizarse en tres formas: neutralidad, anonimidad y abstinencia.

La neutralidad se refiere al absoluto respeto por el derecho del paciente de hacer y tomar sus propias decisiones. La tarea de permanecer neutral en medio de la inmersión de la experiencia mutua en el proceso terapéutico requiere de gran preparación, especialmente en el reconocimiento de las reacciones contras transferenciales.

La anonimidad se refiere a la obligación del analista (y de cualquier terapeuta) de hablar solamente al servicio de las metas del paciente, de no invadir el campo terapéutico con autorrevelaciones. Aunque el paciente exprese intensos deseos de satisfacción, el analista no debe abandonar su postura analítica, especialmente ante deseos inconscientes derivados de experiencias anteriores, es decir, en la relación transferencial. El analista debe mantener su postura analítica.

Abstinencia es neutralidad con respecto a los deseos del paciente en general. Aunque el tratamiento asiste al paciente en la búsqueda de la satisfacción de sus deseos, el terapeuta no debe proveerle

gratificación directa, así como tampoco utilizarlo para satisfacer los deseos propios. (Parres, 2001, p.68)

De la misma forma un instrumento fundamental del proceso terapéutico es el establecimiento del contrato terapéutico también conocido como *encuadre*, el cual incluye la frecuencia y duración de las sesiones, acuerdo de honorarios y reglamentaciones en cuanto inasistencias así como periodos vacacionales; los intentos de ruptura o trasgresión a dicho contrato denotan una de las formas en las que se manifestaran las primeras resistencias del paciente. Luego entonces, “*el encuadre sirve como marco referencial más o menos permanente con el fin de que emerja con toda claridad la problemática por la que el paciente sufre y está limitado*” (Vives y Lartigue, 2001, p. 82)

Aquí mi figura como terapeuta que hace la suerte de investigador y la paciente (sujeto investigado) aparecen como constructores del proceso investigativo, por este motivo los instrumentos cuantitativos pierden su importancia, pasando a ser primordial la relación establecida entre terapeuta-paciente, en la que se desarrolla la totalidad del proceso psicoterapéutico, relación que se ha dado en llamar *transferencia*. Así, no hay instrumentos cuantificables, que el paciente hable es el objetivo del método, su palabra es lo primordial. Freud describe dicha relación en 1936 en el texto: “*¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?*”:

Entre ellos no ocurre otra cosa sino que conversan. El analista no emplea instrumentos, ni siquiera para el examen, tampoco prescribe medicamentos. [...] El analista hace venir al paciente a determinada hora del día, lo hace hablar, lo escucha, luego habla de él y se hace escuchar. [...] no despreciemos la palabra. Sin duda es un poderoso instrumento, el medio por el cual nos damos a conocer unos a otros nuestros sentimientos, el camino para cobrar influencia sobre el otro. [...] la palabra fue originariamente, en efecto, un ensalmo, un acto mágico, y todavía conserva mucho de su antigua virtud. (p.175)

Por tanto, teniendo como primordial el discurso de la paciente, y buscando ser consistente con los lineamientos de investigación se utilizaron los siguientes instrumentos propios del método cualitativo:

2.7.1. Entrevista a profundidad

De inicio y previo al establecimiento de la relación transferencial, la cual se forja con el tiempo, se hizo uso de esta técnica de investigación. Las entrevistas llevadas a cabo fueron no estructuradas, las preguntas establecidas surgieron a partir de las dudas que generaba el discurso de la paciente, éstas fueron directas y el fin era descifrar las motivaciones, deseos, creencias, actitudes y emociones de fondo sobre la temática expuesta teniendo como objetivo ubicar momentos clave en la historia de la paciente, así como clarificar lo mayormente posible sus relaciones objetales.

2.7.2. Historia de vida

Técnica fundamental en el proceso psicoterapéutico, es a partir de la historización de los acontecimientos vividos por la paciente y su percepción de estos que se puede explicar la circunstancia vivida actualmente.

La historia familiar y personal permitirá dar sentido a lo que se trabaja y trabajara en un futuro en sesión. “[...] la historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado. El camino de la restitución de la historia del sujeto adquiere la forma de una búsqueda de restitución del pasado. Esta restitución debe considerarse como el blanco hacia el que apuntan las vías de la técnica” (Lacan, J. 1996)

2.7.3. Observación y escucha al discurso de la paciente

Resulta elemental ver al paciente a partir de diferentes ángulos, el tono de voz empleado, las gesticulaciones, posturas, modos de vestimenta, etc., brindan información vital para la comprensión de aquello que el paciente

comunica. Así, observar y escuchar va más allá de aquello que puede ser captado a través de los órganos sensoriales.

2.7.4. Análisis del discurso

A partir de este se busca diferenciar el discurso en cuanto contenido manifiesto y latente, la paciente dice algo, sin embargo se habrá de pensar y preguntarse ¿Qué es lo que quiere comunicar?; tomar en cuenta las figuras de identificación y aquellas introyectadas para descifrar ¿Quién está hablando? siendo al mismo tiempo sensible a la relación transferencial con el fin de comprender: ¿A qué figura represento, a quien le está hablando? Lo anterior se realiza con base a la relación establecida en los acontecimientos actuales como en la historización de los mismos. La comunicación de tales reflexiones en el espacio psicoterapéutico permitirá a la paciente dar nuevos significantes a aquello que esta piensa, vive y actúa en el presente.

2.7.5. Sesiones de tratamiento psicoterapéutico

Elemento primordial del estudio, son las sesiones y el contenido de estas las que forjan la relación transferencial y esta adquiere significado. El espacio terapéutico resulta el medio seguro donde se puede dar la expresión de la palabra y abre la posibilidad de pensar, identificar y metabolizar los procesos inconscientes de transferencia y resistencia.

2.8. Procedimiento

La paciente acude al programa de atención psicológica a estudiantes que se encuentra en una institución de educación pública donde estudia el bachillerato. Al solicitar el servicio se le otorgan los siguientes documentos: formato de datos personales que incluye un apartado donde se pide exprese su motivo de consulta y describa su problemática, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck. Una vez que estos documentos han sido llenados y entregados se integra a la paciente a una lista de espera.

Tras el proceso descrito le soy designada como psicoterapeuta. En las primeras sesiones realizó entrevistas a profundidad con el fin de conocer la situación de mi paciente y decidir el dispositivo bajo el cual se llevara a cabo su tratamiento así como los objetivos de este. Es así como Lila comienza un tratamiento psicoterapéutico con orientación psicoanalítica que a la fecha de corte para este estudio ha tenido una duración de 18 meses con sesiones de 50 minutos y recurrencia de dos veces por semana.

2.9. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se adhiere a los principios fundamentales de Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, Cuidado responsable, Integridad en las relaciones y, Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad establecidos en el Código Ético del Psicólogo (2009).

Fue diseñado de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética (Art. 48), conduciendo la presente con respeto a la dignidad y bienestar de mi paciente (Art. 49) de la cual se mantienen datos confidenciales con el fin de proteger su integridad y de las demás personas involucradas en el presente caso clínico, para ello se hace uso de seudónimos protegiendo de esta forma su identidad (Art. 68, 132). Toda la información recabada y utilizada para fines de este trabajo fue obtenida bajo el establecimiento de un consentimiento informado por escrito (Art. 118, 126) que fue aceptado y firmado por la paciente y por su madre al inicio del tratamiento psicoterapéutico, en el que se otorga autorización de hacer uso de sus datos con fines de investigación (Art. 136).

De esta forma el presente cumple con los requerimientos establecidos en el Código Ético del Psicólogo y por tanto es susceptible de ser publicado con el fin de aportar a otros profesionales de la salud mental conocimiento y evidencia acerca del trabajo psicoterapéutico con adolescentes.

3. LA PACIENTE

Lila es una joven adolescente de 19 años de edad, estatura aproximada de 1.60 metros, complexión robusta; tez blanca, la cual emblanquece más debido a que usa bloqueador solar en todo el cuerpo, y éste se aplica de forma constante en el rostro, brazos y manos.

Usa ropa que compra en “pacas” o en tianguis de ropa usada, pocas veces compra ropa nueva, su forma de vestir es cambiante. Su marcha es desganada, dando la impresión de tener flojera todo el tiempo, esto sucede fuera del consultorio, al entrar al mismo su postura cambia, camina rápido y se incorpora. Su carácter dentro de la sesión es cambiante, puede reír, llorar, gritar, calmarse dentro de la misma, en general es alegre y burlona. Es inteligente y gusta de actividades artísticas como la pintura y se encuentra interesada en estudiar cine en una universidad pública, no ha concluido el bachillerato ya que adeuda asignaturas y esto imposibilita su ingreso a la universidad.

Inicia el tratamiento psicoterapéutico a la edad de 17 años; solicita una cita en el Programa de Atención Psicológica que se encuentra en la institución donde actualmente cursa el bachillerato, misma donde yo realizaba la residencia como psicoterapeuta.

Asiste puntualmente a la primera cita. Usa pantalones de pana en color café, botas en color café, camiseta blanca y un saco negro, encima de ello una paletina de colores, lleva el cabello suelto, despeinado, su mirada parece indicar que está atenta a cada movimiento realizado en el espacio de espera por las personas que se encuentran ahí, mismo donde me encontraba, de primera impresión me parece bonita. La secretaria nos presenta y le pido que pase al consultorio, ingresa a éste continuando pendiente de lo que yo hacía. Toma asiento en una silla que gira y comienza a dar vueltas, su primera frase es “Mi madre está loca”.

A partir de la segunda sesión al llegar me abraza efusivamente, solía colgarse y mencionar “al fin estás aquí” o “necesitaba verte”, el abrazo suele ser corto y acompañado de un beso, actualmente estas muestras afectivas han disminuido en intensidad sin embargo, tanto en el saludo como en la despedida suele haber un abrazo y un beso. A la fecha tiene 1 año 6 meses en tratamiento psicoterapéutico al cual asiste dos veces por semana.

3.1. Motivo de consulta

Busca atención psicológica con el siguiente motivo de consulta manifiesto: "*no puedo estar sola sentimentalmente*" hace referencia a las dificultades de mantener una relación de pareja y a su incapacidad de encontrarse fuera de una relación por más de tres semanas, comenta llevar una vida sexual activa que describe como insatisfactoria: "*es como si no estuviera ahí, me desconecto, como una muñeca inflable*". A lo anterior añade que la relación que tiene con su madre es agresiva, donde de forma continua hay serias discusiones que concluyen con la salida de alguna de las dos de casa y refiere: "*sé que los adolescentes suelen decir que su madre está loca, pero yo lo digo en serio, mi madre está loca, suele golpearse la cabeza en la pared mientras me dice: Mira Lila si estoy loca, mira, mira*".

3.2. Historia del padecimiento

Refiere estar sola desde siempre, comenta que tiene pocos recuerdos de su infancia, los cuales tienen relación a esta sensación de soledad. La madre es presentada en el consultorio como solitaria ya que mantiene pocas relaciones de amistad y no recuerda haber tenido noticia de que tuviese alguna pareja sentimental; ésta trabaja como enfermera en un hospital de salud pública en turnos nocturnos, al hacer referencia de ello la paciente menciona: "*se va a escuchar prostituto, trabaja en las noches (ríe), es enfermera*". Mantiene una relación agresiva con esta figura la cual es ambivalente, su presencia causa gran angustia a la paciente y en la misma magnitud la genera su ausencia.

Muestra un desarrollo normal durante la infancia en el área escolar y en sus relaciones con sus pares, es a partir del último año de bachillerato cuando comienza a sentirse inadecuada y presenta recurrentes sentimientos de tristeza siendo esta la razón por la que busca ayuda; coinciden dos eventos importantes con el inicio de este estado emocional, la ausencia de la madre debido a que esta última continua sus estudios para lograr una licenciatura y la próxima finalización del bachillerato enfrentando con ello una próxima elección de carrera universitaria. En este escenario Lila deja de asistir a clases y pierde el año escolar estando en inicio el tratamiento.

Hay insatisfacción generalizada, se muestra imposibilitada a tomar decisiones en cualquier área y hay poca responsabilidad de sus actos. Constantemente espera que el espacio psicoterapéutico dé solución a los problemas que enfrenta, evitando con ello hacerse cargo de ellos.

3.3. Historia Clínica

“Cuando nace Afrodita, los dioses celebraron un banquete [...] y entre ellos estaba Poro, el recurso. Una vez terminaron de comer, se presentó a mendigar Penia, la pobreza y quedose en la puerta [...] Penia, entonces tramando –movida por su escasas de recursos- hacerse un hijo de Poro, del recurso, se acostó a su lado y concibió el amor [...] pero como hijo que es de Poro y Penia, el amor quedó en la situación siguiente: en primer lugar, es siempre pobre y está muy lejos de ser delicado y bello, por el contrario, es rudo y escuálido, anda descalzo, carece de hogar, duerme siempre en el suelo, acostándose en el sereno de las puertas y en los caminos [...] pues a tener la condición de su madre, es siempre compañero inseparable de la pobreza”

Platón, 1985. El Banquete

Lila es producto de la gesta II/II, su madre la concibe a la edad de 31 años, ésta es enfermera en un hospital de salud pública, mismo donde conoce al padre de la paciente el cual en ese tiempo cursaba una residencia médica; salen en un par de ocasiones sin que se establezca una relación de noviazgo, la madre refiere que ella buscaba tener un hijo sin importar quién fuera el padre, así mismo menciona que en ese tiempo Azucena su hija mayor tenía 9 años y pensó que necesitaría alguien que la acompañara, añade: *“yo no quería estar sola [...]en ese momento yo lo hice así porque yo necesitaba alguien que me mantuviera, ahora sí que en este mundo...”* por lo que aprovecharía su circunstancia como mujer y capacidad de procreación para lograrlo. Una vez que la madre de la paciente se embaraza se aleja totalmente del padre y éste no es notificado sobre este evento, por lo que no se vuelve a hablar de él a pesar de los constantes cuestionamientos de la paciente sobre esta figura.

La paciente suele imaginar que sus padres tuvieron una buena relación donde había un gran amor, sin embargo queda en el vacío la razón por la cual este desaparece de su historia. Ha buscado saber cosas de su padre sin embargo la madre se niega a informarle.

Lila: Mi madre me ha dicho: “Pues mira si te interesa saber, investiga”

¿Pero dónde?, Perra, la odio

Tiene poca información acerca de su padre, sabe que es médico y su nombre. Es a partir de estos datos que ha intentado localizarlo mediante redes sociales y directorios, más no ha encontrado algo significativo; en cuanto a las características físicas de este hombre menciona: “Azucena dice que mis manos son muy bonitas, se parecen a las de mi papá, ella me dijo: tus manos son como las de tu papá”. Ante la falta de información sobre su padre creó una historia que comenzó a difundir cuando se encontraba en primaria:

“Mi padre fue judío, mi madre es cualquier católica, su amor era imposible ya que mis abuelos paternos le impedían casarse con una mujer así, ellos tenían mucho dinero y por eso intentaron llevárselo del país, sucedió que se veían a escondidas y en un regreso de esas visitas mi padre fue asesinado, a ese tiempo mi madre ya estaba embarazada, nunca supo nada de mí”

Por lo anterior todos sus amigos creen que su padre está muerto.

Lila suele encontrar parecidos de las personas que conoce con artistas musicales, y tras esto hace ilustraciones e historietas donde involucra al artista que representa a la persona que si conoce, en varias ocasiones ha hecho comentarios acerca de no recordar cómo era la persona real, es decir a la que si conoce de forma personal.

Lila: Me gusta hacer ilustraciones, imaginar que ese al que dibujo puede aparecerme, y sabes yo lo reconocería...

Terapeuta: ¿A quién reconocerías?

Lila: (Silencio) no sé, ¡a mi padre! (ríe).

Nace en el siguiente contexto familiar, su hermana mayor tiene 10 años y ella se hace cargo de algunos cuidados necesarios para la bebé, su madre trabaja en jornadas nocturnas y comparten vivienda con su abuelo paterno el cual es alcohólico y se encuentra en los últimos años de vida.

Se desconocen datos de crianza y alimentación, sin embargo la madre hace referencia a la continua demanda de tiempo y afecto que hace Lila durante su infancia. Comenta que cuando se encontraba en casa se acercaba mucho, buscaba ser abrazada y atendida "*de forma especial*" lo cual implicaba que la madre hiciera justamente lo que ella necesitaba, de no hacerlo (o *adivinarlo*), había gran enojo por parte de esta niña que se manifestaba en forma de berrinches, estos solían ser observados por la madre sin que hubiera alguna intención por contenerlos. Cuando estos terminaban la paciente solía acercarse a la madre en busca de alguna muestra afectiva la cual podía ser o no brindada en relación al estado anímico de ésta.

Una demanda infantil constante es en referencia a la alimentación, la paciente se quejaba sobre la comida hecha por la madre, mencionaba que no le gustaba y quería otra cosa, situación que generaba conflictos de los cuales resultó la total negativa de la madre a cocinar. A la fecha en pocas ocasiones se hace comida en casa, generalmente esta es comprada en mercados o fondas, Lila reprocha esta situación bajo el argumento de que era muy pequeña cuando no quería comer y que ahora eso ha cambiado, la respuesta materna es que ha olvidado como cocinar.

La paciente suele ser impulsiva en sus actos, al encontrarse enojada o triste suele aventar y destruir cosas que son propiedad de su madre, sin que esto conlleve una consecuencia. Ante ello la madre observa y se muestra condescendiente frente a estos actos; en una ocasión la paciente rompió un Cristo de madera, obsequio del abuelo paterno a la madre, al descubrirlo la madre le dijo: "*fue un regalo ¿Por qué lo hiciste?*"; otro acto tuvo relación con el teléfono móvil de la madre el cual fue roto debido a que ella tiró algunos objetos propiedad de la paciente, la respuesta materna fue: "*yo te dije que te iba a tirar*

tus cosas sino las recogías, tú no me dijiste que ibas a romper mi teléfono si lo dejaba cargando, no es justo".

Al referirse a su hija la madre menciona: *"Lila no ha sido en realidad niña de apapachos, a ella se le mantiene feliz dándole lo que necesita"*, discurso que contradice la demanda afectiva de la paciente que se describió con anterioridad; continúa comentando que en pocas ocasiones hace valía de los regalos que se le otorgan *"le das algo y lo que le dura la emoción de verlo, abrirlo y ahí queda. Hay cosas que están en casa desde que era chiquita y cerradas, nunca las usó, algunas las he tirado, las que me gustan las guardo para mí"*. Lo que remite a pensar que la indiferencia a los obsequios es debido a que no había interés por ellos, la paciente hace una demanda que la madre registra y sin embargo ignora.

En relación a su infancia tiene muy presente el no haber tenido una fiesta de cumpleaños, comenta que ese día solía pasar casi desapercibido por su familia, lo cual la desconcertaba, menciona que en varias ocasiones pidió una celebración y sólo una vez su madre accedió con la condición de que al hacer las invitaciones no se anunciara como fiesta de cumpleaños sino como una comida, recuerda: *"nadie llevó regalos, nadie supo que era una fiesta de cumpleaños, en realidad nunca se celebró"*.

Refiere estar *"sola desde siempre"*, ya que su madre pasaba el tiempo en el trabajo, por lo que quedaba a cargo de su hermana mayor, la cual en pocas ocasiones le prestaba atención, situación que se vuelve un reclamo constante *"nadie me cuidaba, siempre estaba sola, ahí viendo videos, sola"*. Pasaba mucho tiempo en casa, la mayoría de las veces encerrada debido a que su hermana le impedía salir a jugar esto bajo las ordenes de su madre, aproximadamente a la edad de 8 años comenzó a convivir con un chico 10 años mayor que ella de nombre Pedro, el cual tenía intenciones de cortejar a Azucena por lo que iba continuamente a casa de la paciente, recuerda que él jugaba con ella y en ocasiones éste la llevaba a la calle a jugar con los niños de la unidad *"Pedro es mi mejor amigo, desde que era chica pude contar con él, y*

creo que fue el primer hombre del que me enamoré"; cuando la paciente tenía 16 años comenzó su vida sexual con este joven y menciona: *"yo sé que él lo hizo porque le gustaba, y a mí siempre me había gustado, ya había crecido, pero nunca se interesó realmente en mí... como mujer sí, pero no como pareja"* esta relación fue intermitente, y hasta hace algunos meses la dio por concluida; es después de esa relación que Lila comienza a involucrarse con más chicos siendo recurrente la sensación de necesitar un hombre para no sentirse sola y a la vez de estar vacía cuando se encuentra con alguien.

Un recuerdo constante de la infancia, es en relación a un evento ocurrido a la edad de 9 años cuando es suspendida en la escuela por mala conducta, la madre comenta en relación a este evento que la paciente solía *"sabotear"* las clases de la maestra produciendo que los compañeros de salón jugaran sin atender u obedecer las indicaciones, Lila por su parte menciona: *"me suspendieron, estuve todo el día en casa viendo videos y yo solo esperaba a que fuera la hora de salida para ir por la tarea, estaba muy nerviosa, me imaginaba pasar frente a mi salón y que me dijeran: mira que esa niña la ha pasado fenomenal en casa y nosotros aquí, ja, bueno estaba esperando cuando paso una maestra y me pregunta cómo me encuentro, le digo: fenomenal y ella responde: no lo creo porque estuviste sola."* Al escuchar este discurso me parece una fantasía.

Mantuvo poco contacto con su abuelo materno, sin embargo se refiere a él como un hombre cariñoso con el que le gustaba hablar, el abuelo fallece cuando la paciente tiene aproximadamente 5 años y este evento no parece ser vivido como una experiencia dolorosa. No hay referencia de que este hombre haya fungido como figura paterna, se le recuerda enfermo y débil a causa de las consecuencias físicas del alcoholismo. La madre menciona que su padre fue inconstante e iba ocasionalmente a su casa y únicamente se quedó cuando estuvo muy grave.

Actualmente vive en un departamento de unidad habitacional en la Ciudad de México, llega a vivir ahí cuando tiene 6 años de edad. El

departamento es mediano, cuenta con dos habitaciones, sala, comedor, cocina y un baño. Hasta hace 2 años y medio en el departamento vivían Lila, su madre y su hermana Azucena de 29 años la cual sale de la casa materna debido a que comenzó a vivir con su novio en lo que la paciente denomina “*al otro lado de la ciudad*”. Por lo anterior Lila vive únicamente con su madre.

Ante la salida de su hermana de casa la paciente menciona: “*ahora yo soy el centro de atención, anteriormente se peleaba más con Azucena que conmigo, ahora ya no tiene con quién pelear*”, a través de las sesiones permite ver que la relación de su madre con su hermana es estrecha “*se quieren, no sé por qué, pero se quieren*” es decir, existen manifestaciones de celos ante esta relación. En repetidas ocasiones ha hecho referencia a que su hermana pudo “*huir*” de casa, en cambio ella está destinada a quedarse a lado de su madre hasta que esta muera, al cuestionársele sobre lo que desea en relación a la afirmación anterior menciona: “*pues no hay de otra, me tocó*” a lo largo de las sesiones se ha podido ver que esto corresponde a una posición de comodidad más que a un mandato social.

Como se mencionó anteriormente en el departamento existen dos habitaciones, una de ellas se encuentra vacía, la que perteneció a su hermana; la otra es ocupada por Lila, en esta habitación hay una cama matrimonial con un colchón deslizable en la parte posterior, este colchón es el ocupado por la paciente para dormir, en la cama superior hay una serie de objetos propiedad de la paciente (libros, películas, computadora, discos, pinturas, brochas, hojas, dibujos, cuadernos, basura, etc.) estos se encuentran desordenados y ocultos entre cobijas, se aproxima que ha pasado más de 1 año sin que se halla hecho limpieza de esa zona.

Anterior a la salida de Azucena de casa, la paciente compartía habitación con su madre, donde esta última ocupaba la cama superior; es después de una fuerte discusión entre ellas, cuando Lila se *apropia* de esta cama haciendo depósito de sus pertenencias en ella y negándose a desocuparla. Resultando de esto que la madre tome uno de los sillones de la

sala como cama. Sin embargo, la ropa, zapatos y accesorios de la madre aún se encuentran en la habitación que ocupaba anteriormente.

A decir de la paciente no se ocupa la otra habitación ya que ahí se encuentra un balcón donde pasan el día los dos gatos de su propiedad (Gata y Neno) y ella es alérgica a su pelaje, dicha alergia de manifiesta en la vías respiratorias, situación por la cual tiene flujo nasal todo el tiempo y no puede respirar, a pesar de ello los gatos se mantienen dentro de la casa sin que la madre tome alguna acción en relación a esta circunstancia (*permite que la hija se asfixie*), se ha observado que los gatos fungen como medio de comunicación entre la paciente y su madre la cual menciona: “*tenemos dos gatos y yo me doy cuenta por los gatos, porque si está llorando o está mal los gatos maúllan y yo le digo que tiene, y me grita: ¡déjame!. Y pues la dejo, ya cuando se le pasa sale, ya termina de llorar o lo que sea y sale*”. La madre por su parte se niega a la posibilidad de tomar la habitación, sin expresar razones de ello.

En la sala se encuentra la única televisión que hay en casa, Lila es aficionada al cine, por lo que ve películas de forma constante, y al hacerlo ocupa la *cama* de su madre, a sabiendas que esto ocasiona serios conflictos entre ellas.

El baño es pequeño y lo comparten, una de las discusiones más frecuentes es por la limpieza de la casa, pero sobre todo por el baño, el cual la paciente reniega a limpiar ya que ella “*no lo usa*”, Lila se baña pocas veces a la semana, en últimas sesiones ha mencionado que le disgusta bañarse ya que su cuerpo no le gusta, refiere “*no sé, no me gusto, mi cuerpo, me da cosa verlo, tocarlo, siento feo*”.

Por último se encuentra la cocina, la cual se ocupa pocas veces ya que no hay quién cocine en casa, por lo que en general los alimentos se compran preparados, en el refrigerador únicamente hay leche, yogurt y queso Oaxaca, lo cual suele ser la base alimenticia de la paciente, esto a pesar de tener dinero

para comprar comida, refiere que le da flojera salir. La paciente come poco, sin embargo cuando la madre prepara los alimentos come en demasía, llegando a ingerir hasta tres porciones de comida.

3.3.1. Historia familiar

Carla, madre de la paciente es hija única, a la edad de 2 años se alejó de forma definitiva de su madre, quedando a cargo de su padre; a decir de Lila su madre mantiene recuerdos desagradables de su abuela materna ya que esta solía golpearla constantemente y repetirle “ojalá te mueras”. El abuelo paterno pasaba poco tiempo en casa, era alcohólico y trabajaba en pocas ocasiones, se sabe que en una ocasión decidió abandonar su hogar y se llevó a su hija. La paciente refiere *mí abuelo entró a la casa, tomó un par de cosas y se despidió de mi mamá, entonces ella le dijo: ¡Llévame!, y él le respondió: ponte tus zapatos y vámonos*. A partir de este evento no vuelve a saber nada sobre su madre.

La señora Carla se encontró un par de meses con su padre, hasta que éste se declaró incompetente para su cuidado y la dejó a cargo de uno de sus hermanos, el cual más adelante pidió apoyo a otra hermana, de esta forma la madre de la paciente no tuvo un hogar fijo y a decir de Lila su madre *“tuvo que salir adelante con sus propios recursos”*.

La infancia de Carla es descrita como complicada, menciona que en la mayoría de las casas donde vivió se dedicó a labores domésticas por lo que en pocas ocasiones tuvo oportunidad de jugar o hacerse de amigos, al parecer había cambios de escuela constantes lo que se presentaba como una dificultad de relacionarse. En torno a su adolescencia comenta que fue sumamente solitaria, no tenía amigos y en general transcurría de su casa a la escuela y de la escuela a la casa, no salía sino era para actividades escolares y no mantuvo relaciones de noviazgo.

Manifiesta ideación suicida durante la secundaria y dos intentos de suicidio, el primero fue planeado con una compañera de salón, comenta que lo

que harían aventándose de un puente peatonal, lo anterior no se llevó a cabo debido a que a su compañera "*le dio miedo*"; un par de años más adelante tomó medicamentos en exceso con el fin de morir pero únicamente se durmió por largo tiempo y tuvo malestar estomacal. Menciona que estos actos se debían a querer eliminar su continuo sentimiento de soledad. La ideación suicida parece desaparecer al salir de la preparatoria.

Comenta que no le gustaba bañarse y tenía la convicción de ser diferente a los demás "*si todos se bañan diario, yo me bañaba una vez por semana; si todos se bañan de arriba para abajo, yo me bañaba de abajo para arriba*".

Cursó estudios escolares básicos y al término de ellos toma la carrera técnica de enfermería donde conoce al padre de su primera hija Azucena del cual no se tiene información clara. Es en esta temporada que el padre de Carla la busca y comienza a vivir de forma esporádica con ellas ya que debido a su alcoholismo solía "*perderse*" por largas temporadas, Lila comenta en relación a esto que su abuelo fue un *homeless* (vagabundo).

En referencia a la relación de Lila, su madre y la abuela materna se encuentra un dato importante, la paciente ha referido en tres ocasiones que su madre suele entrar a su cuarto "*cuando supone está dormida*" y comienza a hablarle en voz muy baja, en una primera ocasión el recuerdo aparece cuando habla de su infancia, menciona: "*estaba muy pequeña, soñé que mi mamá entraba a mi cuarto y me repetía, ojalá te mueras, muérete, muérete*". En un segundo momento comenta que habían discutido porque la madre le ordenó fuera a su cuarto a dormir y ella se negó, seguido de una fuerte pelea la madre entró al cuarto de la paciente y se puso frente a ella, fingió estar dormida y escuchó que la madre le decía: "*te odio, ojalá todo te salga mal, te odio Lila ojalá te mueras, ¡muérete!*" es después de esta referencia que comienza a pensar que el primer relato no es parte de un sueño. Finalmente, después de una pelea grave en relación a la falta de cooperación de la paciente en casa la madre ingresa a la habitación y le dice de frente: "*Pobre Lila, te entiendo, estás*

sola, nadie te quiere, tu novio no te llama, te entiendo porque yo estoy igual, vamos a suicidarnos”.

Tales relatos son confirmados en una sesión de entrevista con la madre, donde ella menciona decirle cosas "feas" cuando se enoja, pero que en realidad no siente *"lo digo porque estoy enojada, pero ella sabe que la quiero"*.

Terapeuta: ¿Qué pasa cuando se enoja?

Carla: por ejemplo un día me rompió mi celular, ese día estaba muy enojada, ella estaba medio adormilada y entré y le dije, no recuerdo que le dije pero... Pero si le dije feo, que en su vida nunca iba a llegar a nada, no me acuerdo bien lo que le dije pero en contexto le dije que nunca iba a lograr nada, entonces ya después me di cuenta que estaba llorando y que no estaba dormida y había escuchado completamente lo que le había dicho.

La relación entre madre e hija es agresiva y ambivalente, Lila escribe guiones en los cuales tanto su madre como ella son protagonistas, en éstos la madre muere de forma sádica después de discutir con ella. En lo real, tras una pelea y si se da en ocasión de que la madre vaya al trabajo la paciente suplica a la madre se quede en casa *"ya que podría pasarle algo"*.

La paciente menciona la relación con su madre como distante, en el consultorio presenta a esta madre como abandonadora, deprimida e incapaz de hacer algún tipo de contacto emocional con su hija, la cual comenta: *"a ella no le importa nada de lo que yo hago, es siempre como si no existiera"*

En últimas fechas se ha encontrado bajo la idea de comprar una pistola o una escopeta con la cual matar a su madre.

Paciente. Y ahí estaba, escuchando la canción de "No hay marcha en Nueva York"... Me pongo la máscara de muñeca, bailo, bailo, tomo la pistola, apunto y... muere puta, muere...

La idea de matar a la madre aparece como posibilidad cuando se siente impedida a *ser libre*, es decir, a tener que tomar decisiones y hacerse cargo de ellas. De forma continua hace mención a no saber qué hacer y cómo hacerlo, le gustaría *“tener problemas importantes, ser más bonita y sentirse amada”*, es sobre esta línea que Lila mantiene relaciones interpersonales donde el otro puede controlar y decidir por ella, se coloca en cualquier posición y es capaz de realizar cualquier acto con la finalidad de sentirse amada.

Sus relaciones de pareja comienzan a la edad de 14 años, mantiene un primer noviazgo desde la secundaria hasta el segundo año de bachillerato, la relación termina porque la paciente pierde el interés en este joven con el que coincidía en edad. A los 16 años inicia su vida sexual con un joven 10 años mayor que ella y a partir de esta experiencia refiere sus siguientes encuentros sexuales como insatisfactorios. Menciona no sentir nada y desconectarse, sin embargo disfruta el momento previo a la penetración *“donde se siente deseada”*.

Lila mantiene relaciones de noviazgo ambivalentes, desea estar con ellos más existe un reclamo constante por no ser la elegida: *“¿por qué no puedo estar en el pedestal? Siempre soy a la que se cogen y se van.”* Durante el tratamiento habló acerca de la atracción que sentía hacia uno de sus amigos el cual es homosexual, ante ello menciona: *“es un absurdo, nunca podría completarlo ¡quiero un dick!”*.

Actualmente mantiene una relación de pareja con la cual refiere sentirse cómoda y satisfecha, lo anterior debido a que ha podido decidir mayormente circunstancias en relación a su cuerpo y sexualidad, la cual ejerce y disfruta, sin embargo no utiliza métodos anticonceptivos por lo que la posibilidad de un embarazo está presente de forma constante. En otra línea da oportunidad a que tanto su pareja como ella tengan un espacio propio en el que ambos realicen actividades que les satisfagan.

Sus relaciones de amistad suelen ser duraderas, cobra gran importancia Pilar, amiga desde primaria, la madre de esta joven falleció hace unos años por enfermedad, y ésta situación es retomada constantemente en el consultorio.

Paciente. Me choca llorar por tonterías, Pilar tenía una razón para llorar

Terapeuta. ¿Se necesita una madre muerta para llorar?

Paciente. ¡Fuck!

En el área escolar no presentó dificultades sino hasta el inicio de tercer año del bachillerato, coincide con este evento y con el inicio del malestar que la lleva a buscar ayuda psicológica que la madre debe revalidar materias con el fin de terminar la Licenciatura en Enfermería.

Lila mantiene un adecuado estado general de salud. Su padecimiento más frecuente es la dermatitis, que suele agravarse en “*periodos de calor*”, y en sesión al tocar temas que le generan ansiedad como la relación con su madre. Ante ello a la paciente le comienza a enrojecer el rostro y rasca su cuello fuertemente dejando irritaciones considerables. Consume alcohol en pocas ocasiones, sin embargo cuando lo hace llega a estado de embriaguez y fuma marihuana aproximadamente 1 vez al mes.

Refiere perder el sueño por la noche, comenzando a dormir en la madrugada aproximadamente a las 2 de la mañana, siendo este desequilibrio del sueño un factor importante por el que no llegaba a las primeras horas de clase “*no me puedo despertar, juro que lo intento pero no puedo*”.

La madre se introduce al tratamiento a partir de un intento de suicidio de la paciente, en el cual se corta los brazos con un cúter; las heridas tienen poca profundidad y no requiere auxilio médico, estos cortes culminan al llegar a las muñecas ya que siente miedo por lo que toma su cabello y lo corta impulsivamente, comenta: “*no pude con las manitas, entonces el cabello*”. Lila menciona haberse sentido angustiada, no habla sobre el deseo de morir, me

parece que no puede hacerlo, acercarse a la posibilidad de morir por decisión propia se convierte en un tema difícil de apalabrar.

El convenio con la paciente desde el inicio es: *todo lo que digas en este espacio será confidencial a menos que tu vida o la de otros esté en peligro*, es sobre el cumplimiento de lo anterior que se cita a la madre con el fin de hacerle saber este evento y comprometerla al tratamiento psiquiátrico de Lila.

A continuación expondré un fragmento de entrevista donde se informó a la madre sobre la circunstancia de la paciente.

Terapeuta. Lila está muy deprimida, ha tenido ideas en relación a que podría pasar si uno se muere, y bueno mientras estuvo en fantasía aquí lo hablamos, la cosa es que ya no es así, se ha realizado cortes en su cuerpo con... (Carla interrumpe)

Carla. Cúter

Terapeuta. Cúter, y después se cortó el cabello...

¿Usted sabía esto?

Carla. Si, bueno es que es lo que le digo que de pronto está bien y de pronto está mal, ese día le dije ¿Por qué te cortaste es cabello? Y ella me dice pues nomas... Y ya (ríe), me di cuenta del cabello, pero del cúter no... (Me parece que se refiere a los cortes del cuerpo).

Terapeuta. Bueno esto es grave, yo no sabía que esto pasaba, los cortes, es la semana pasada cuando ella me dice que ha pasado esto y no es la primera vez, el trato aquí es que las cosas que hablemos se quedan aquí a menos que su vida esté en peligro. La vida de su hija está en peligro y necesito que la vea un Psiquiatra, la valore y podamos seguir trabajando.

El trato se cumple, por eso la mando llamar, es necesario que la lleve con el Doctor Blanco...

Carla. Yo la veo muy depresiva, es que a mí no me daba miedo porque yo veía que hace cosas como las que yo hacía y no se me hace raro...

La percepción de la madre en referencia a que su hija se encuentre en tratamiento psicoterapéutico es la siguiente:

“A lo mejor cuando empezó a venir a la terapia yo no estaba con ella, lo que pasó es que yo terminé la secundaria e hice la carrera técnica, ahora hice el complementario para la licenciatura, yo tenía que ir todos los días a hacer prácticas, entonces ella se venía en la mañana a la escuela y yo en la tarde a las prácticas y luego al trabajo entonces ya no la veía, en ese tiempo no había ni quien hiciera nada porque pues si hacía una cosa o hacía otra. Entonces en ese tiempo fue cuando empezó, más, a sentirse así”.

En este punto realizó el corte para el presente análisis de caso, considerando que es a partir de estos eventos que se inicia un momento diferente en el tratamiento psicoterapéutico el cual se mantiene bajo la modalidad de dos veces por semana y se apoya en el tratamiento psiquiátrico al cual asiste dos veces al mes.

3.4. Definición de categorías

3.4.1. Deseo

Falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante. Desde 1895, el desconocimiento de su deseo por parte del sujeto se le presentaba a Freud como causa del síntoma. Para Lacan el deseo del sujeto es el deseo del Otro; el lugar de donde viene para un sujeto su mensaje de lenguaje se llama Otro, parental o social. Pues el deseo del sujeto hablante es el deseo del Otro. Si bien se constituye a partir del Otro es una falta [es una falta en el Otro] articulada en la palabra y el lenguaje que el sujeto no podría ignorar sin perjuicio.

3.4.2. Sujeto deseante

El niño sólo accede al deseo propiamente dicho al aislar la causa de satisfacción, que es el objeto, causa del deseo: el pezón. Y sólo lo aísla si es frustrado de él, es decir, si la madre deja lugar a la falta en la satisfacción de la demanda. El deseo adviene más allá de la demanda como falta de un objeto. Justamente por la cesión de este objeto, el niño se constituye como sujeto deseante.

3.4.3. Objeto de deseo

Objeto, es aquello a lo que el sujeto apunta en la pulsión, en el amor, en el deseo. Objeto que funge como meta de satisfacción.

3.4.4. Deseo de la madre

Calcagnini (2003) menciona a propósito del deseo materno, “recordemos que Lacan escribe la fórmula de la metáfora paterna en la que el deseo de la madre: (DM), significa al sujeto con una x, que como en el álgebra puede adquirir diferentes valores. Para el deseo de la madre, el hijo adviene al lugar del falo imaginario. El N.P., nombre del padre, reprime el D M. y pasa bajo la barra y como producto de esta eficacia este lugar adquiere un nuevo valor.

El sujeto deja de ser el falo del Otro y en tanto deja de ser objeto de puro goce entra en el lazo social, entra en la significación fálica.

El deseo de la madre está doblemente orientado hacia el niño y hacia otra cosa. Siguiendo la línea freudiana que Lacan recorta, podemos reiterar que en relación al deseo de la madre, es importante diferenciar que no es lo mismo si el niño adviene como metonimia del deseo de falo, o como metáfora del amor al padre. Si el niño queda fijado en el lugar de falo de la madre obtura la posibilidad de que ella pueda tener acceso a su propia verdad. Y deja al niño hipotecando su cuerpo y su existencia para satisfacer esta exigencia materna.

3.4.5. Deseo de hijo

Deseo inconsciente, como todo deseo, pero que recae sobre un objeto con consistencia real. El deseo no es búsqueda de un objeto o una persona que aportaría satisfacción. Es la búsqueda de un lugar, la búsqueda de reencuentros de un momento de felicidad sin límite, la búsqueda de un paraíso perdido. El deseo de estos reencuentros imposibles por incestuosos y asesinos permanece insatisfecho. Es reprimido e inscripto en el inconsciente, mientras lo sustituyen diferentes deseos, entre ellos el deseo de hijo, que, por lo tanto, es una modalidad de reencuentro y de satisfacción de los primeros deseos de todo serhablante.

3.4.6. Nombre del padre

Lacan utiliza la expresión metáfora paterna para resaltar el hecho de que no se trata del padre sino de una función que se define por el efecto que produce entre el niño y la madre. Para que el niño se pueda constituir como sujeto es imprescindible que adquiera el Nombre del Padre, que es el que establece que más allá del otro, es necesario que exista lo que da fundamento a la ley. El nombre del padre atestigua que la madre no lo es todo y su función consiste en producir un corte que posibilita la organización del aparato psíquico del uno en torno a un término faltante, interviniendo por lo tanto, como una marca de apertura fundamental en la aprehensión de la realidad.

4. PROCESO TERAPEUTICO Y RESULTADOS

“Hay probabilidades pero no certezas. Y no hay certezas porque no debemos nunca olvidar el poder de metabolización, de renegociación, de transformación que la psique puede operar a partir de las experiencias que vive. Felizmente hay un margen para lo impredecible en el funcionamiento psíquico”

Piera Aulagnier

4.1. El papel de la fantasía materna en la constitución psíquica de Lila

El deseo de la madre en la gestación es determinante en la constitución de la psique del bebé, la relación madre-hijo preexiste al nacimiento, siendo esta relación depositaria de fantasías inconscientes de la madre, es decir, el bebé que está por nacer se encuentra desde un primer momento libidinizado a partir de su madre. Piera Aulagnier (1994) señala al respecto:

La relación madre-hijo no espera al parto para existir... el lugar que el hijo, como objeto de deseo, tiene desde siempre en el inconsciente materno se puede tomar como punto de partida de esta relación, el momento en que comienza su historia biológica, es decir la fecundación. [...] el inicio del embarazo coincide con la instauración de una relación imaginaria, en la que el sujeto hijo no es representado por lo que es en su realidad [...] la relación de objeto, está célula, desde el inicio, está representada por el “cuerpo imaginado” que acompaña y precede al hijo. (p. 285).

Carla, madre de la paciente menciona lo siguiente en relación a su embarazo: *“es que es muy complicado, mis hijas nacieron porque yo no quería estar sola, a mí no me interesaba quiénes eran (hace referencia a los padres de sus hijas) sino que yo no quería estar sola, y si podía tener esa capacidad (capacidad de procreación) pues la aproveché, pues sí, ahora me doy cuenta que no estuvo bien, en ese momento yo lo hice porque necesitaba a alguien que me mantuviera, ahora sí que en este mundo...”*

El discurso materno hace referencia a la fantasía de tener un hijo como acompañante, a partir del cual ella podría sostenerse a la vida, de esta forma la madre gesta a un hijo que como objeto vivo permite dar continuidad a su existencia.

Los hijos fungen como extensión narcisista de los padres, extensión que se espera se corte a partir del proceso de separación-individuación, que permitirá a la persona convertirse en individuo y con ello ejercer su vida y su deseo. En este caso, de inicio, no hay evidencia de un corte, la paciente se equipara al hijo como órgano, *el corazón de la madre que permite que ésta viva.*

Consideraremos aquello que en la conducta y el discurso materno forma parte de la realidad «manifiesta» tal como ella se revela ante el infans a través de esa conducta y en ese discurso. Ambas se singularizan por la presencia, reconocida por la madre, de un no deseo de un deseo o de un no deseo de un placer, referido, ya sea a «un niño», ya sea a este niño. En el primer caso, se dirá abiertamente que no se deseaba ningún hijo, en el segundo, que el acto procreador que dio nacimiento a este niño no ha sido fuente de placer, del mismo modo en que ningún placer acompañó al embarazo, vivido a menudo como una prueba penosa, somáticamente mal soportada. Una vez nacido el niño, la madre podrá afirmar un deseo de vida en relación con él, pero por lo general ese deseo se formulará bajo la forma inversa del temor de su muerte. Como consecuencia de ello, este miedo justifica e imposibilita el «placer de tenerlo», que es remplazado por el «displacer de correr siempre el riesgo de perderlo» (Aulagnier, 2010, p. 202-203).

La madre deseó un hijo en lo manifiesto, en lo latente *desea ser madre*, para ello elige a un hombre que *sabe* se desvinculará de ella y por tanto de la posibilidad de tener un lugar en la historia de Lila. Hace *uso* de este hombre que en realidad no importa quién sea, así como no importa qué hijo sea.

No se tiene en cuenta como sujeto, sino como objeto a partir del cual se satisfará su deseo, el cual propongo, sería retornar a su madre a partir de esta hija.

Lo que ella desea sigue siendo «el hijo de la madre», ella espera el retorno de sí misma en cuanto fuente de placer materno. En este caso, el niño sólo puede seguir siendo objeto de su deseo, si puede mantenerlo en esa posición insostenible en la que él representa al que vuelve a dar cuerpo a una posición fantaseada que le concierna a ella; de este modo, ella puede identificarlo con una imagen reencontrada de sí misma que le permite vivir de forma invertida una relación incestuosa y arcaica que dirige hacia su propia madre (Aulagnier, 2010, p.204)

Carla se separó de su madre a la edad de dos años y desde entonces desconoce cualquier información sobre ella; Lila hace mención de lo anterior durante una sesión, a continuación presento el relato de la paciente:

Lila: Me ha dicho (refiriéndose a su madre) que dejó de ver a mi abuela desde muy pequeña, tenía dos años cuando mi abuelo se la llevó...

Terapeuta: ¿Cómo fue eso?

Lila: Sí, mi abuela era muy mala, eso dice mi mamá, le pegaba mucho y siempre le decía que la odiaba y ojala te mueras... (Silencio)

Ojala te mueras, te odio... mi abuelo fue alcohólico y un día se iba de la casa, mi mamá le dijo: "llévame" y él respondió: "ponte tus zapatos y vámonos". Ya, no volvieron a saber nada de mi abuela.

Terapeuta: ¿Quién te habló de eso?

Lila: Mi madre, lo contaba mucho cuando era más pequeña.

La elaboración expuesta cumple con la función de justificar la ausencia de la abuela materna, ahora, teniendo en cuenta la edad de la madre al

momento de la separación y la complejidad del relato, este último se me presenta como una elaboración bajo la cual Carla intenta dar explicación a sus orígenes. Así sostiene y comparte con su hija lo que considero un *mito de origen* a partir del cual, explica su llegada a este mundo. Tal mito es resultado de la ausencia de un referente para la madre, un portavoz que le brindará la posibilidad de dar sentido y significación a su existencia. Aulagnier (2010) señala en relación al problema del origen:

[...] La pregunta ¿Cómo nacen los niños? equivale a ¿Cómo nace el Yo?, donde este último espera que la respuesta proporcione el texto del primer párrafo de la historia en la que debe poder reconocerse: en efecto, sólo ella puede dar algún sentido a la sucesión de todas las posiciones identificatorias que puede ocupar. [...] tanto si se trata de una historia singular o de la historia de los sujetos, ambas no pueden permitirse confesar que nada conocen acerca de su origen. El primer párrafo no puede presentarse como una serie de líneas en blanco [...] la función de todo mito -que es siempre un mito de origen- es garantizar la existencia de ese primer párrafo. (p.197-198)

Analicemos de fondo esta relación, el mito de origen de la madre brindado a su hija, tiene como contenido elementos que coinciden con la historia de vida de la paciente, ésta última hace una pausa al repetir el discurso materno, da cuenta de la coincidencia, el enojo de la abuela a la madre expresado en la frase “*te odio, ojalá te mueras*”, frase que la madre le ha dirigido en varias ocasiones y ante la cual se torna indefensa.

De esta forma, la madre, al ser violenta con la paciente repitiendo el supuesto discurso de su propia madre y negarle la posibilidad de un referente de origen permite a través de una identificación fantaseada se vincule con la imagen de esta mujer (abuela materna), repitiendo así la historia transgeneracionalmente. Situación que de no ser concientizada en Lila, se proyecta como posible circunstancia para con sus hijos.

Carla no brinda a la paciente información sobre su padre, las circunstancias en las que se conocieron y la engendraron, lo cual produce que ante esta falta ella construya su propio mito de origen el cual expongo a continuación:

“Mi padre fue judío, mi madre es cualquier católica, su amor era imposible ya que mis abuelos paternos le impedían casarse con una mujer así, ellos tenían mucho dinero y por eso intentaron llevárselo del país, sucedió que se veían a escondidas y en un regreso de esas visitas mi padre fue asesinado, a ese tiempo mi madre ya estaba embarazada, nunca supo nada de mí.”

Lila es en su mito de origen engendrada por amor, un amor prohibido del cual de forma dramática resulta la muerte; tal ficción funge como posibilidad de justificar la ausencia paterna, al justificar da lugar, este padre *existió* y ambos padres se amaban y deseaban, esto se encuentra inscrito en el inconsciente y da lugar a que se viva como metáfora de amor al padre.

El padre de Lila no tiene un lugar real en su historia de vida, sin embargo hay un padre (aunque no lo haya) porque la madre tuvo un padre. La elección de la madre hacia el padre de su hija tuvo que ver con su circunstancia de hombre y capacidad de procreación; lo anterior actúa como un *salvavidas* en el psiquismo de la paciente ya que la madre sabe necesitar de alguien para concebir a su hija, es decir hay otro en la escena.

Carla refiere desconocer información sobre el padre de la paciente, por lo que no brinda ninguna referencia sobre él. Hay negación del Nombre del padre que genera no exista quien separe esta relación, de inicio no hay más ley que la madre.

La función materna de engendramiento se complementa con la función paterna del “nombramiento” y del “don” de la palabra, porque el padre en tanto interdictor, al simbolizar al niño como hijo de una pareja, lo protege del peligro de quedar atrapado en la posición imaginaria de ser un objeto absoluto de fabricación materna, [...] para

que el nombre del padre cobre valor de Ley, es necesario que sea reconocido por la madre (Schoffer, 2008, p. 131).

Lila ha recabado datos de su padre a partir de su hermana, la cual le ha comunicado tanto su nombre como su profesión, así como el único referente físico que sabe de éste: “*es muy blanco, como yo; mis manos son como las de mi papá*”. Aquí me es importante destacar que madre e hija son muy parecidas físicamente, pero se diferencian por el color de piel (la madre es de tez morena), Lila se dice alérgica al sol, por lo que usa bloqueador solar constantemente de lo que resulta que su piel aparente ser más blanca, con ello parece proteger el vínculo con el padre.

En relación con las manos, Lila pone en ellas la capacidad de crear, lo anterior a partir de la pintura y la escritura. De forma continua crea personajes, estos son resultado de la combinación de personas cercanas a las que encuentra parecidos con artistas musicales, la imagen creada es utilizada para realizar ilustraciones e historietas que tienen como contenido sucesos de su vida; es importante destacar que en varias ocasiones ha referido haber olvidado como era la persona real, es decir, aquella que conoce.

Lila. Me gusta hacer ilustraciones, imaginar que ese al que dibujo puede aparecerme, y sabes yo lo reconocería...

Terapeuta. -¿A quién reconocerías?

Lila. (Silencio) no sé, ¡a mi padre! (ríe).

El padre no tenía lugar en la historia de la paciente ya que como se señaló mediante el mito de origen este se encontraba muerto por tanto, no había más que hacer. Sin embargo, se encuentra vivo, el tratamiento no puede negar como la madre la existencia de este padre, así, dentro del proceso psicoterapéutico se busca dar un lugar a esta figura con dos propósitos:

El primero y fundamental es que esta figura fungirá como posibilidad de cortar la relación madre-hija, ya que al no haber un padre que haga corte Lila

queda atrapada en esta, cuya meta será cumplir la demanda materna. Freud en 1931 propone la ligazón-madre como “*un primer momento de exclusividad del hijo con la madre, en el cual, el padre no tiene presencia real y por tanto podría llamarse preedípica*” (p. 232) por tanto, si hay un padre la paciente puede diferenciarse del deseo materno de tener un hijo sólo para ella y separarse de esa relación.

Segundo, la imagen del padre dará lugar a poder identificarse con alguien más. De lo anterior es posible que resulte también la apertura a aceptar que si bien su padre no se encuentra con ella, éste existe. Así, en la fantasía, el deseo de tener un padre se pone de manifiesto a partir de poder crearlo.

4.2. La madre como primer objeto de amor e identificación

La madre es el primer objeto de amor, ella devuelve al bebé la imagen de sí mismo fungiendo como espejo (doble), este bebé se constituye a partir de ella, volviéndose la figura materna objeto de identificación y proyección. Lo puesto en esa relación no puede ser más que violento, a la paciente el amor pareciera presentársele como un acto violento.

En los primeros años de vida se esperaría que la relación madre-hijo fuera lo suficientemente estable para que el proceso de separación-individuación se llevara a cabo de forma segura, donde la presencia de la madre es tan importante como su ausencia, ya que a partir de ésta el sujeto tiene la posibilidad de constituirse “*capacidad de estar solo en presencia de la madre*” menciona Winnicott (1958). Lila recuerda estar sola desde “*siempre*” y la angustia que produce la ausencia parece presentarse con la misma magnitud ante la presencia de esa madre a quien refiere odiar. La madre se presenta como la única posibilidad de sostén emocional para esta joven, en entrevista Carla comenta: “*yo le digo: no estás sola, yo estoy contigo y mientras yo esté no te va a faltar nada*” y así parece ser, por lo que la ausencia del objeto produce que la paciente tenga que enfrentarse a su medio con sus propios recursos los cuales parecieran ser pocos, dando la impresión de un bebé.

Dentro de esta relación madre-hija se encuentran lazos ambivalentes, se odia tanto como se ama, se desea la lejanía de la otra tanto como se impide la separación, se busca repetir un amor infantil, al respecto Freud señala en el texto “*Sobre sexualidad femenina*” en 1931:

[...] el amor infantil es desmedido, pide exclusividad, no se contenta con parcialidades... este amor carece propiamente de meta, es incapaz de una satisfacción plena, y en lo esencial está condenado a desembocar en un desengaño y dejar sitio a una actitud hostil. En épocas posteriores de la vida, la ausencia de una satisfacción final

puede favorecer otro desenlace: como en los casos de vínculos de meta inhibida. (p. 233)

Sus relaciones objetales tenderán a la ambivalencia;

[...] la segunda oposición amor-odio, reproduce la polaridad placer-displacer... cuando el objeto es fuente de sensaciones placenteras, se establece una tendencia motriz que quiere acercarlo al yo, incorporarlo a él; entonces hablamos también de la «atracción» que ejerce el objeto dispensador de placer y decimos que «amamos» al objeto.

A la viceversa, cuando el objeto es fuente de sensaciones de displacer, una tendencia se afana en aumentar la distancia entre él y el yo, en repetir con relación a él el intento originario de huida frente al mundo exterior emisor de estímulos. Sentimos la «repulsión» del objeto y lo odiamos; este odio puede después acrecentarse convirtiéndose en la inclinación a agredir al objeto, con el propósito de aniquilarlo. (Freud, 1915, p. 131)

Lo anterior daría una comprensión más amplia de la forma en que Lila vive la relación con su madre y sus parejas sentimentales, las cuales son percibidas como incapaces de cubrir la demanda de amor, y por tanto serán proclives a ser destruidos.

En la penúltima sesión del primer periodo vacacional durante su tratamiento menciona:

Lila: Quizá no vuelva, quizá no me vuelvas a ver

Terapeuta: ¿Quizá no vuelvas?... Háblame de eso

Lila: Si, tal vez tengas que atenderme en la cárcel, estaré ahí acusada de matar a mi madre. Parricidio.

En lo anterior me parece que Lila hace referencia a la percepción de incapacidad de su terapeuta de cubrir su demanda de amor y dar contención, lo que merecería el abandono del tratamiento.

La identificación se conoce como *“la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona, desde el comienzo mismo la identificación es ambivalente; puede darse vuelta a la expresión de ternura o hacia el deseo de eliminación”* (Freud, 1921, p. 99). Lila manifiesta odiar a su madre, sin embargo es a partir de la imagen de ésta que pareciera desenvolverse en su vida cotidiana. En el consultorio habla de una madre *“puta y solitaria”* la cual merece estar *“sola”* haciendo referencia al hecho de tener una pareja e incluso de ser abandonada por sus hijas. Lo anterior mencionado por la paciente es su motivo de consulta, al parecer no puede estar sola sentimentalmente ya que eso implicaría encontrarse en la misma posición de su madre. Freud en *“Psicología de las masas y análisis del yo”* (1921, p. 100) menciona *«Has querido ser tu madre, ahora lo eres al menos en el sufrimiento»*.

Anterior al inicio del tratamiento y durante los primeros meses de éste Lila tuvo varias relaciones de pareja, las cuales solían ser pasajeras, la paciente las vivía de forma agresiva ya que consideraba que únicamente la querían para tener relaciones sexuales, al respecto mencionó: *“¿Por qué no puedo ser yo la que esté en el pedestal? Soy a la que se cogen y se van, no es justo”*. Dicha formulación da indicios de la circunstancia en que fue engendrada, *el padre se cogió a la madre y se fue*. El mito de origen se ladea, de a poco se vuelve insostenible. Tal discurso también puede ligarse a su relación con la madre la cual parece haber obtenido de ella lo que deseaba, *mantenerse viva y tener un hijo solo para ella* y después se fue.

Busca tener todo bajo el reclamo *“no estoy completa, siempre me siento sola y vacía”* en sesión ha declarado estar enamorada de su mejor amigo el cual es homosexual *“es un absurdo, nunca podría estar con él, no podría completarlo... ¡¿Por qué no puedo tener un dick?! ... ¡Quiero un dick!”* refiere lo

anterior de forma desesperada. Lila ha manifestado de forma literal saberse castrada, y en la fantasía poseer un pene brindaría completud; es importante señalar que si ella tuviese un pene podría completar a la madre y está se quedaría con la paciente.

Freud menciona en el texto: “*Sobre sexualidad femenina*” (1931):

Muy diversos son los efectos del complejo de castración en la mujer. Ella reconoce el hecho de su castración y así, la superioridad del varón y su propia inferioridad, pero también se revuelve contra esa situación desagradable. De esa actitud bi-escindida derivan tres orientaciones de desarrollo. La primera al universal extrañamiento respecto a la sexualidad. [...] La segunda línea, es porfiada autoafirmación, retiene la masculinidad amenazada; la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas increíblemente tardías, es elevada a la condición de fin vital, y la fantasía de ser a pesar de todo un varón sigue poseyendo a menudo virtud plasmadora durante prolongados períodos. [...] Como quiera que fuese, al final de esta primera fase de la ligazón-madre emerge como el más intenso motivo de extrañamiento de la hija respecto de la madre el reproche de no haberla dotado del genital correcto, vale decir de haberla parido mujer. (p. 233, 235, 236)

Manifiesta gran enojo dirigido a la madre por no haber dado lo necesario, a pesar que se ignoran datos acerca de cómo fue la crianza de esta joven se podría pensar que hay un reclamo a esta época donde el ser amamantado, ser alimentado, ser amado y ser sostenido no fue suficiente.

[...] omitió dotar a la niñita con el único genital correcto, la nutrió de manera insuficiente, la forzó a compartir con otro el amor materno, no cumplió todas las expectativas de amor y, por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió; tras esa ojeada

panorámica, nos parece que esos motivos son insuficientes para justificar la final hostilidad. (Freud, 1931, pág. 236)

Sin embargo, a pesar de la presunta hostilidad, la primera elección de amor está fuertemente moldeada a la ligazón-madre. Así, pareciera que la figura incitadora y responsable de la falta toma la forma de conciencia moral implacable y cruel.

Esto generaría que Lila se coloque en una posición de vida en la que no podrá ser satisfecha, viviéndose incompleta, buscando en otro la completud, sin importar lo que tenga que hacer o la posición en la que se tenga que colocar con la finalidad de sentirse amada. Busca en el otro un Otro insatisfactorio a partir del cual pueda reafirmar su posición, Nasio (2008) menciona:

Busca -¡y siempre encuentra!- aquellos puntos en que su semejante es fuerte y abusa de esta fuerza para humillarlo; y los puntos en que su semejante es débil y, por esta debilidad despierta compasión. El histérico descubre en el otro la señal de una potencia humillante que lo hará desdichado. (p. 17)

Conforme Lila puede hablar sobre sus relaciones de pareja dentro del contexto terapéutico comienza a dar cuenta que estas mantienen similitudes con la forma de relación que mantiene con su madre.

Lila: Me siento mal, Pedro (exnovio) me tenía de la mano pero yo iba detrás de él, su amigo plástica y plástica y yo atrás, maldito.

Terapeuta: ¿Te recuerda algo?

Lila: No, no me recuerda nada... ¿Mi madre? (ríe) ¡Ya! ¡Broma!

Anterior a esta sesión Lila menciona que cuando su madre se muestra enojada la ignora y camina rápidamente, lo que a ella le impide caminar a su

lado, esta situación le genera gran angustia debido a que “no puede alcanzarla” lo que se ha asociado a quedar abandonada.

Lila: Ya en serio, me ponen como quieren, y yo me dejo... ya no quiero, ¿Cómo se dice que no?

[...] muchas mujeres que han escogido a su marido según el modelo del padre o lo han puesto en lugar de éste repiten con él, sin embargo, en el matrimonio, su mala relación con la madre. Él debía heredar el vínculo-padre y en realidad hereda el vínculo-madre. [...] sale a la luz, desde la represión, lo originario (Freud, 1931, p. 232).

Actualmente mantiene una relación de pareja con un joven de nombre Omar, Lila ha manifestado estar enamorada, y sentir “cosas diferentes”, por lo anterior buscó “hacer las cosas de forma distinta”, lo que implicó saliera con él durante un tiempo sin comprometerse a un noviazgo y darse oportunidad para decidir el momento de iniciar una vida sexual con éste joven. Al hacerlo, la paciente entra en crisis, sentir se vuelve angustiante, sentir merece castigo.

Lila: ¡Paso!, tuve sex con Omar, me voy a morir... fue... fue... estaba ahí, me entiendes, estaba ahí... mi mamá se va a dar cuenta, estoy segura, ¿qué va a decir?

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar que se dará cuenta?

Lila: No sé, quizá vea la cama y lo sepa.

Terapeuta: ¿La cama...?

Lila: No, no hay nada en la cama, pero lo va a saber, seguro dirá: “¡Ah le rompieron a Lila su florecita!, ¡y se va a encabronar!”

Lila es el nombre de una flor, el que ella pudiese apropiarse de su cuerpo y disfrutar a partir de éste se presenta como un primer esbozo de apropiación de su Yo.

Por tanto, si Lila lograra el cumplimiento de su deseo esto se traduciría en una angustia que posiblemente la desestructuraría, “no sé ser feliz” menciona en sesión, más adelante formula “no es que no pueda estar sola sentimentalmente, la realidad es que no puedo estar sola conmigo misma”.

Formulémoslo con claridad: el histérico como cualquier sujeto neurótico, es aquel que, sin saberlo, impone el lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente. Un fantasma en que él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha. El histérico es, fundamentalmente, un ser de miedo, que para atenuar su angustia no ha encontrado más recurso que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida el penoso estado de insatisfacción. El peligro esencial amenaza al histérico, un riesgo absoluto, puro, carente de imagen y forma, más sentido que definido: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce de tal índole que, si lo viviera, lo volvería loco, lo disolvería o la haría desaparecer. (Nasio, 2008, p. 16)

4.3. La madre muerta

Lila se refiere a su madre como alguien ausente “*no me escucha, no me habla*” la cual pareciera no ser capaz de brindar contención. La comunicación entre ellas es poca, a decir de la madre a su hija se le mantiene feliz dándole lo que necesita “*Lila no ha sido en realidad niña de apapachos, a ella se le mantiene feliz dándole lo que necesita*”; lo que yo interpreto como *lo que cree que necesita*, menciona que a pesar de darle todo ella parece no aceptar nada o no valorarlo. En sesión la paciente comenta:

Lila: Y de regalo de cumpleaños me regalo una computadora (ríe) ¿Eso qué?

Siempre me da lo que a ella le falta, ella si necesita una compu nueva, yo podía quedarme con la vieja...

Terapeuta: ¿Le dijiste algo sobre eso?

Lila: Mmm... no, yo quería otra cosa, la serie completa de Sailor Moon hubiera sido fenomenal

Terapeuta: Será que lo fenomenal sería que te conociera más

Lila: ¡Uy! No creo, ella no sabe nada sobre mí, yo tampoco de ella

Terapeuta: Quizá para eso le alcanza

Lila: No hablas de dinero ¿verdad?

No sé, a mi mamá le cuesta mucho estar conmigo de verdad.

La madre está deprimida, su historia de vida se construye en abandonos y en dificultades para ser parte de algo a nivel de estructura familiar. En realidad no hubo quien la sostuviera y busca tal sostén en una hija que se constituye como único recurso, ambas viven para la otra. Green (1999) habla sobre La madre muerta:

[...] imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, cuasi inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y gravita sobre el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista. La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño a quien ella cuida. (p.209)

De esta forma pareciera ser capaz de *dar* a su hija, pero no lo logra. A su vez la paciente hace un esfuerzo por satisfacerla y este resulta finalmente en vano, se vive incapaz de cubrir la demanda materna y esto desestabiliza. La madre en el discurso manifiesto busca satisfacer las demandas de su hija pero no es capaz de conectarse afectivamente con ella, hace referencia a la impotencia para amar a su hija, se ocupa de ella pero no lo hace de corazón, lo anterior generaría que esta joven en el transcurso de su desarrollo obtuviera ciertos recursos para mantenerse en la escuela y encontrarse en un proceso psicoterapéutico; en algún lugar la madre se hizo presente y dio estructura aunque esto se perciba insuficiente por la paciente.

Lila tiene fuertes problemas escolares más estos son evadidos, es probable que esto se deba al gasto de energía psíquica que coloca en otras áreas lo que genera sentimientos de desesperanza e insatisfacción con sus logros los cuales considera poco importantes, siendo esto un discurso que proviene de su madre

Lila: Es una tontería...ya no hay que hablar de eso...a nadie le importa

Terapeuta: ¿A nadie?

Lila: Bueno, a ti sí... pero a mi mamá por ejemplo le vale madre... ella dice: A ver Lila déjate de tonterías y ponte a estudiar, ¿esos dibujitos

qué? ¡A nadie le importan eh! Mejor estudia para ser veterinaria en vez de dibujar gatos.

Green (1999) menciona en el texto: “*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*” que la identificación funge como un aspecto de la desinversión de la relación con la madre muerta, tal identificación será casi obligatoria ya que aparece como el único medio por el que el sujeto puede restablecer una unión con la madre y al hacerlo da lugar al mimetismo, de esta forma se abandona a sí mismo de forma inconsciente, tal acto tendrá como consecuencia en el sujeto sentimientos de fracaso e incapacidad constantes, ya que de inicio todos los esfuerzos por conectar de otra forma fueron insuficientes. Así en las posteriores relaciones de objeto, el sujeto presa de la compulsión a la repetición buscará siempre decepcionar *-decepción del objeto-*, decepcionarse *-decepción del yo-*.

4.4. Aniquilación del objeto como posibilidad de apropiación de la vida

La paciente ha ideado en sesión formas posibles de matar a su madre, ubico los inicios de tal fantasía a partir de una sesión en la que refiere tener que quedarse en casa y hacer lo que su madre desee hasta que esta muera, *cual esclavo con su amo*, en este contexto menciona: “*cuando ella muera podré hacer lo que quiera*”, tal fantasía se presenta de forma constante al hablar sobre esta figura, donde un discurso repetitivo es “*¡Que se muera, la odio tanto!*”.

Escribe guiones donde ella y su madre son protagonistas, en el contenido de estos la madre muere de forma sádica después de pelear con Lila, en lo real después de una pelea pide a su madre que no se vaya “*podría pasarle algo*”.

Lila: “no voy a negar que la adolescente soy yo y la madre es la mía...es obvio...pero a veces me da miedo que si pase lo que escribo, entonces mejor no hago enojar tanto a mi mamá...”

Melanie Klein habla sobre la fantasía de eliminar al objeto malo con el pensamiento, lo que remite a una postura omnipotente, *puedo destruir todo ¿y si me regresa?* En 1946 menciona: “*Es en la fantasía que el niño disocia al objeto y se disocia a sí mismo, pero el efecto de esa fantasía es muy real, porque conduce a sentimientos y relaciones (y luego a procesos de pensamiento) que, en realidad, están separados entre sí*” (p. 260) así, vemos como los impulsos agresivos y amorosos luchan en su mente.

Hace un esfuerzo excesivo por satisfacer la demanda de su madre, sin embargo no es capaz de lograrlo, la madre tiende a rechazar a Lila y suele ser agresiva con ella, lo que genera en la paciente emociones de frustración e incapacidad. La paciente refiere lo siguiente: “*no importa lo que haga, todo me sale mal, nunca le parece nada*”.

La madre comenta que le parece normal el estado emocional de su hija ya que ella vivió de la misma forma la adolescencia, en entrevista comenta:

Carla: Yo la veo muy depresiva, es que a mí no me daba miedo porque yo veía que hace cosas como las que yo solía hacer

Terapeuta: ¿Cómo qué cosas?

Carla: Pues sí, hacía cosas raras, no salía, no me bañaba, yo decía que no iba a ser como las demás gentes, entonces si se bañan todos los días yo me baño sólo los domingos, si se bañan de arriba hacia abajo yo me baño de abajo hacia arriba.

Yo tenía tendencias así, igual también me quería morir, una vez pensé con una amiga en aventarnos del puente, otra vez tomé pastillas, todas las que encontré, entonces me parece que no es tan anormal.

Bueno a ella le llegó más tarde que a mí, pero pienso que se le va a pasar. Yo creo que ella piensa: mi mamá no me quiere, ya se quiere morir.

Terapeuta: ¿Lila sabe algo sobre esto?

Carla: No, ¿es importante que le diga?

Terapeuta: (silencio)

Lila ignora los sucesos de vida de su madre, sobre todo los referentes a la adolescencia, aun así muchos de ellos son repetidos por ella, por ejemplo, el no bañarse, en referencia a esto Lila menciona: “no sé, no me gusto... mi cuerpo, me da cosa verlo, tocarlo, siento feo”

Posterior a esta entrevista me doy cuenta que la madre suele a partir de su discurso establecer lo que he denominado *mandatos*, uso tal denominación debido al fuerte impacto que representan en la paciente y se siguen como una

guía a partir de la cual rige su estado emocional y conducta. A continuación expondré algunos ejemplos representativos de tal circunstancia.

Anterior a perder el año escolar Lila se encontraba bastante desanimada y bajo cualquier pretexto evitaba tomar sus clases, algunos argumentos para pretextar esta situación solían ser la dificultad para despertar por las mañanas, el tiempo que le solicitaba su pareja para estar juntos y que le era importante cubrir, las reuniones con los amigos en el patio principal de la escuela, sin embargo en una ocasión mencionó:

Lila: Pues no tiene sentido ya ¿o sí? Igual ya perdí el año

Terapeuta: Es muy pronto para declararlo perdido, recién inicia el semestre

Lila: Mmm... si, puede ser pero a mí me parece que ya se perdió, no quiero hablar más de eso (silencio)

¿Quieres hablar de algo más?

Terapeuta: Que más tienes por decir

Lila. ¡Ash! ¡Nada! Fin de la sesión (silencio)

Terapeuta: ¡Mira! Quieres terminar con la sesión como con el año escolar, a lo mejor no quieres salir para no tenerte que ir de aquí también

Lila: Mi mamá ya me dijo: “No saldrás este año del bachillerato ¿verdad?, ya no vayas, ya para que te esfuerzas”

Tal discurso fue cuestionado en varias ocasiones, sin embargo era bastante fuerte y para el tiempo en que Lila comenzaba a refutarlo ya había perdido el año escolar.

Esto sucede en otras áreas como en la alimentación, donde la madre menciona “*haber olvidado cocinar*” por lo que la comida se compra la mayoría

de las veces ya preparada, en casa únicamente hay leche, yogurt y queso lo que se ha forjado como base alimenticia de la paciente. La madre le da dinero para comprar comida, pero ella no compra ya que le da flojera salir. Lila comenta que en las ocasiones que su madre cocina come mucho, llegando a ingerir hasta tres porciones de comida, al hacerlo su madre suele decirle: “*deja de comer, te estás poniendo gorda*” y esto tiene como consecuencia que se sienta así y se viva gorda, dejando de comer por largos periodos.

Así, el discurso de la madre tiene gran impacto en la percepción de su imagen corporal, a continuación expongo un ejemplo más.

Lila: Pues no fue tan bien la fiesta como esperaba, estaba la familia de Omar y bien, pero no me sentía a gusto.

Terapeuta: ¿Hubo algo que te hiciera sentir incómoda?

Lila: El vestido...

Me veía como puta...

Terapeuta. Te veías como puta, ¿Cómo se ve una puta?

Lila: No sé.

Terapeuta: ¿Qué te hizo pensar que te veías como una?

Lila: Mi mamá. Me dijo que parecía prostituta

Terapeuta. ¿Y sí?

Lila: No, bueno creo.

Manifiesta ser incapaz de hacer las cosas bien o de forma suficiente, cualquier esfuerzo sería en vano, anteriormente mencioné que la madre tiene como contenido en su mito de origen la frase “*te odio, ojalá te mueras*”; frase que dirige a su hija y a partir de la cual parece identificarse con la imagen de su madre.

Lila ha referido en tres ocasiones que su madre suele entrar a su cuarto “*cuando supone está dormida*” y comienza a hablarle en voz muy baja.

En una primera ocasión el recuerdo aparece cuando habla de su infancia, menciona: “*estaba muy pequeña, soñé que mi mamá entraba a mi cuarto y me repetía, ojalá te mueras, muérete, muérete*”.

En un segundo momento comenta que habían discutido porque la madre le ordenó fuera a su cuarto a dormir y ella se negó, seguido de una fuerte pelea la madre entró al cuarto de la paciente y se colocó frente a ella, Lila fingió estar dormida mientras escuchaba que la madre le decía: “*te odio, ojalá todo te salga mal, te odio Lila ojalá te mueras, ¡muérete!*” es después de esta referencia que comienza a pensar que el primer relato no es parte de un sueño.

La última ocurrencia de esto sucede de la siguiente forma; la paciente deja de asistir por una semana a su tratamiento, por lo anterior le hago una llamada telefónica a su casa la cual no es contestada, así es que le envió un mail donde le recuerdo de su próxima sesión y el horario de esta, asiste a la siguiente cita y habla sobre este suceso:

Lila: Hola, vi tu mail

Todo va mal (llora) ya no sé cómo hacer, ayúdame.

Terapeuta: ¿Qué pasó?

Lila: Ya me quiero morir... nada vale la pena.

La semana pasada salí de acá y fui a mi casa, mi mamá me dijo vete a dormir y yo no le hice caso. Le dije que no me quería dormir que quería ver películas y comenzó a gritar... no sé qué decía... está loca...

La cosa es que me dijo que no ayudaba en nada, que no hacía nada, que no servía de nada... ya, mejor me fui.

Me metí a mi cuarto y ella entró. Me dijo Pobre Lila, te entiendo, estás sola, nadie te quiere, tu novio no te llama, te entiendo porque yo estoy igual, vamos a suicidarnos.

Un par de semanas después de este evento sucede lo siguiente en sesión.

Lila: (ríe) me acordé de algo, nada relevante... ¿ya te digo? (ríe) ya, pues estaba acostada en mi cama cuando llegó mi mamá, se acercó a mí para besarme y yo me tapo la cara, le grito "no déjame, te odio, muérete" y al taparme le pego con mi codo en la cara, se salió y yo me quedé pensando...

No, no pensaba nada... estaba quieta, me levanté y mi mamá estaba ahí llorando

Lila: ¿Por qué lloras mujer?

Carla: Porque no me quieres

Lila: ¿Cómo quieres que te quiera si entras a mi cuarto a decir que me odias, que esperas todo me salga mal?, no te entiendo

¡Mujer!, ¿Por qué lloras por alguien que no te quiere?

Carla: Ya no lloraré por ti

Me fui al baño y ya no sé qué pasó...

Terapeuta: No sabes que pasó, estabas muy enojada

Lila: ¿Y si se muere?

Terapeuta: ¿Qué si se muere?

Lila: Yo tendría que salir de casa, viviría con mi hermana un tiempo... luego tendría que trabajar, yo sola pues...

¿Quién me daría de comer?

Terapeuta: Que enojo que alguien a quien odias tanto te dé de comer

Lila: Es como un esclavo con su amo

Terapeuta: ¿Y qué otra posibilidad existe de ser libre, más allá de la muerte?

Lila: Ninguna (silencio) ¿Trabajar? (silencio) ¡no!, tendría que dejar cosas, dormir mucho, desvelarme, comer a la hora que quiero, no, imposible

Terapeuta: Es placentero ser esclavo

Lila: Estoy ahorrando para un rifle pero son muchos trámites, la mato, me mato.

Terapeuta: Si, muchos trámites, como levantarte temprano, no desvelarte, salir, trabajar, si, tienes razón que flojera

Lila: ¡Ya! Me quiero morir, punto.

Terapeuta: ¿Ah sí? ¿Y por qué te quieres morir?

Lila: No sé.

Terapeuta. ¿Para cumplirle a tu mamá? Eres muy obediente

Lila: No quiero que me digan qué hacer, qué pensar

Terapeuta: ¿Quién te dice?

Lila: Tú, obvio

Terapeuta: ¿Yo? No, a ti te enoja que no te diga qué hacer y qué pensar

Lila: Bueno, Lorena me dijo que si me suicido voy a sentir por toda la eternidad tres veces el dolor que sentí al morir. (Comienza a llorar)

Me choca llorar por tonterías, Pilar tenía una razón para llorar... (La madre de Pilar falleció hace un par de años)

Terapeuta: ¿Se necesita una madre muerta para sentir amor por ella?

Lila: ¡Fuck!

No quiero, no quiero quererla, me da miedo querer a alguien...

Ella me dice cosas y ya no quiero escucharla, si se muere ya, se acaba, quizá sienta feo pero ya.

Terapeuta: Bueno no tienes por qué quedarte, pero eso depende de ti. Si quieres ser realmente independiente tienes que trabajar.

Lila: ¿Trabajar? ¿Dónde? Ah ya, aquí, la escuela, trabajo de dinero ¿no?

“El desencadenamiento de un odio secundario, que no es ni primero ni fundamental, moviliza los deseos de incorporación regresiva, pero también posiciones anales teñidas de un sadismo maníaco en que se trata de dominar al objeto, mancillarlo, vengarse de él, etc.” (Green, 1999, p. 218)

Jeammet (2003) refiere sobre la identificación por incorporación lo siguiente:

La incorporación deja al sujeto mucho más pasivo y no tiene ese aspecto creativo que enriquece al yo y amplía su territorio pareciera al contrario que el objeto se instaure en el sujeto paralizándolo o aumentándolo. La apertura hacia el otro se opera bajo el signo de la necesidad y por tanto de la obligación, es decir, se perdió la distancia entre el sujeto y el objeto. (p.713)

A partir de lo expuesto anteriormente y en relación a la propuesta de incapacidad de Lila de separarse de su madre se puede pensar que esta madre ha sido incorporada, tragada y no metabolizada actuando como un fantasma que acompaña de forma permanente a la paciente y del cual le es difícil desasirse. En sesión, al hablar de su madre comienza a rascarse fuertemente el cuello o el brazo *“me irita, tengo que salir de ahí”*

De esta forma Lila, paciente adolescente encuentra la imposibilidad de desasir la ligazón-madre afectiva lo que produce sea incapaz de apropiarse de

su vida, esto manifestado en un yo insatisfecho y el deseo de aniquilación de la madre como posibilidad de ser.

La madre es introducida al tratamiento debido a que Lila hace un intento de suicidio. Dejó de asistir durante cuatro sesiones, al regresar se le observa cabizbaja, el cabello ha sido cortado de forma desproporcionada y su rostro refleja gran tristeza, esta primera impresión me hace pensar que sucedió algo grave y me siento preocupada, le pido pase al consultorio y sucede lo siguiente:

Terapeuta: Hola Lila. ¿Cómo estás?

Lila: Mal, no había venido porque no he querido salir de casa. Tengo mucho sueño

Terapeuta: Has faltado mucho ¿Qué sucedió?

Lila: No lo sé, cosas feas... es que si te digo te vas a enojar... te vas a enojar mucho

Terapeuta: ¿Por qué habría de enojarme?

Lila: Porque... (Silencio) es que el otro día estaba dibujando y comencé a pensar cómo sería morir... de pronto me sentí muy angustiada, no sabía de dónde venía y me dio miedo, tenía en las manos un cúter y me empecé a cortar los brazos, no muy fuerte, pero me iba acercando a las muñecas y más fuerte me corté... cuando iba a llegar ¡ya! Me corté el cabello... no pude con las manitas, entonces el cabello.

Pensé en llamar pero preferí quedarme sola... para pensar

¿Estás enojada? (llora)

Terapeuta: No

Lila: ¿Estás triste?

Terapeuta: Estoy preocupada.

¿Qué pensabas al hacerte los cortes? ¿Qué querías?

Lila: No quería morir, por eso me corté el cabello... pensé: no voy a morir, quiero vivir. Pero tenía que pensar... pensar a solas, por eso no llamé.

Terapeuta: Está bien que hayas querido darte un tiempo, hablar de la muerte es algo difícil, aquí hemos dado lugar a pensarla, lo que pasaría en la fantasía, sin embargo ahora se ha puesto en acto y es necesario que tomemos acciones para evitar que te hagas daño.

El trato aquí es que todo lo que digas será confidencial a menos que tu vida o la de alguien más esté en peligro ¿recuerdas?

Lila: Sí, el trato se cumple

Terapeuta: Necesito una segunda opinión, te voy a dar los datos de un psiquiatra que te evaluará y con el que estaré en contacto con el fin de que te encuentres atendida en todos los ámbitos

Lila: ¿Le vas a avisar a mi mamá? Ella me dijo que me muriera. ¿Te acuerdas?

Terapeuta: Sí, pero tu decidiste vivir

En esta misma sesión Lila refiere que no es la primera vez que hace cortes en su cuerpo, sin embargo si es la única ocasión en la que ha pensado de forma consciente hacerse daño. La paciente tiende a la *actuación*, aquí se evidencia en los cortes, sin embargo también lo hace en el ejercicio de su sexualidad donde continuamente tiene conductas de riesgo como lo es abstenerse de usar métodos anticonceptivos.

La descarga motriz, que durante el imperio del principio del placer había servido para aligerar de aumentos de estímulo al aparato

anímico, y desempeñaba esta tarea mediante inervaciones enviadas al interior del cuerpo (mímica, exteriorizaciones de afecto), recibió ahora una función nueva, pues se la usó para alterar la realidad con arreglo a fines. Se mudó en acción. La suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar. El pensar fue dotado de propiedades que posibilitaron al aparato anímico soportar la tensión de estímulo elevada durante el aplazamiento de la descarga [...] (Freud, 1911, p. 226).

A partir de lo anterior y desde la hipótesis económica, se puede comprender el cansancio manifestado, el pensar generará un mayor gasto de energía psíquica, ya que pensar es en sí mismo un trabajo.

Lila pensó en cómo sería morir, sin embargo no se mata, pudo hacerlo pero se detuvo, la libido se desplazó, se ha trabajado mucho en el tema de la muerte, al parecer la representación se desgastó y es debido a la elaboración psíquica durante el proceso psicoterapéutico que no se lastimó. La madre le propuso morir, sin embargo ya hay diferenciación, se cortó la relación a partir de la entrada de un tercero que fue la figura del terapeuta. Por tanto se presenta el cuestionamiento ¿Sucumbir al deseo de mi madre o hacerme cargo de mi propia vida? Cortar su cabello en lugar de cortarse las venas se presenta como una metáfora del corte que la paciente puede de a poco, hacer con la madre.

4.5. La función del tratamiento psicoterapéutico como tercero en la relación madre-hija.

El espacio terapéutico y mi figura como terapeuta posibilitan la diferenciación madre-hija en tanto actúa como un tercero que da lugar para que Lila pueda pensarse a sí misma en relación a ella y no en relación a los demás. Cuestionar los discursos a partir de los cuales se constituye apertura su visión de las cosas; el poner en duda los discursos de los demás ayudó a que pudiera crear un juicio propio de las circunstancias vividas.

Lila me pareció en un inicio una chica con grandes necesidades afectivas, las cuales sentía la necesidad de colmar. Con mis pacientes suelo mantener una distancia física importante, sin embargo con ella era distinto, permitía se me acercara y nunca hubo rechazo de mi parte ante sus muestras afectivas. Estas tenían lugar principalmente al llegar a sesión donde solía abalanzarse hacia mí y abrazarme de forma efusiva, lo que en un principio me generaba confusión en cuanto mi rol terapéutico.

[...] el analista y sus dispositivos no son los mismos frente a todos los pacientes, ni frente al mismo paciente en diferentes momentos de la vida o del propio análisis. De ser así, debemos diferenciar entre un análisis instrumentado en forma standard de aplicación de procedimientos uniformes para todo el espectro psicopatológico y un análisis atravesado por experiencias de conocimiento emocional compartido emergentes en ese proceso analítico singular, a través del interjuego transferencia-contratransferencia. (Dryzun, 2005)

Dentro del consultorio se movía constantemente, esto me hacía pensar “¡nunca se queda quieta!”. Poco a poco comencé a darme cuenta que el aceptar ese comportamiento generaba que pudiese confiar en mí, me daba la impresión de que intentaba ver hasta dónde podía llegar; fue en más de una ocasión que generaba en mí sentimientos de ternura, ya que daba la impresión en su discurso y comportamiento de ser más pequeña, *como si fuera un bebé*.

Esto último es retomado por Christopher Bollas (1987, como se citó en Drysun, 2005) al hablar del *allegamiento*, el cual es descrito como un discurso primitivo en el sentido pre-verbal que se asemeja la relación madre-bebé y que se revive en la relación transferencia-contratransferencia en el consultorio con el paciente y el terapeuta como protagonistas. Así, es posible mediante este fenómeno vivir y re-vivir la naturaleza de vida del paciente.

El allegamiento alude entonces más al proceso materno silencioso, real y continuo del objeto, allegándose y acercándose con esfuerzo, en su anhelo de construcción de una comunicación de comprensión y conectividad interpersonal. Bollas describe para el allegamiento en la transferencia –contratransferencia, el revivir memorias tempranas del existir y de cómo el objeto se allegó a ese bebé dando cuenta del trato recibido y suministrado, haciendo hincapié en el proceso materno más que en el objeto madre en sí mismo. (Dryzun, 2005)

Las emociones negativas también tenían un lugar importante en el proceso y éstas al manifestarse eran demasiado fuertes, en una ocasión al encontrarse sumamente enojada debido a los cuestionamientos que se hacían sobre su deseo de morir manifestó:

Lila: Sabes, ya tengo la lista de las 5 personas que debo matar, saben demasiado

Terapeuta: ¿Ah sí? (Pienso: ¿Y quiénes son las otras cuatro?)

Lila: (risotada)

Si, y ahí estaba escuchando la canción de Mecano “No hay marcha en Nueva York” con mi mascara de muñeca puesta, apunto hacia dónde está mi mamá y disparo... ¡muere puta, muere!

La pistola imaginaria es dirigida hacia mí.

Ha manifestado la angustia que siente por la incomprensión de las personas que la rodean ante su problemática, en una sesión leyó un párrafo de un libro de Stephen King (*no recuerdo el título del libro*) “[...] *qué caso tiene poner en palabras las emociones que se sienten si el otro no será capaz de entender ya que no se encuentra en su lugar [...]*” dicho discurso es dirigido a la terapeuta, a la cual en relación transferencial le es otorgado un rol materno, expresando con ello una demanda de amor.

Winnicott (1960) distinguió entre las “necesidades del ello”, es decir, los deseos pulsionales, y las “necesidades del yo”. Afirmó que no es adecuado decir que dichas necesidades se gratifican o se frustran, ya que no tienen relación con la búsqueda del placer como descarga, sino que estas encuentran respuesta en el objeto, o no la encuentran. Estas necesidades incluyen anhelos tales como el de ser visto, reconocido o comprendido, o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando éstas no encuentran respuesta, la reacción emocional del sujeto no es de frustración, sino de vacío y desesperanza. Cuando sí la encuentran, lo que surge no es una experiencia de placer sino de armonía y plenitud.

El espacio terapéutico funge como posibilidad de resignificar la soledad en la paciente, la cual tiene por motivo de consulta la incapacidad para estar sola. En una sesión que tuvo lugar después del primer año de tratamiento menciona:

Lila. Sucede que todo mundo tiene a alguien, yo estoy sola, nunca pensé que de verdad alguien pudiera estar sola...

Terapeuta. Todo mundo tiene a alguien, me pregunto, ¿Quién querrías estuviese contigo?

Lila. Bueno... sola no estoy, estás tú, pero porque te pago

A esa fecha la paciente adeudaba 10 sesiones aproximadamente, esto es señalado y se obtiene por respuesta una risotada. Una sesión más tarde y

después de pagar el total del adeudo y una sesión extra comienza de esta forma:

Lila. Sé que he dicho que no puedo estar sola, he pensado que más bien no se estar sola (silencio) conmigo... (Llora)

Winnicott (1958) menciona que la capacidad de estar solo constituye uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional; basado en la obra de Melanie Klein plantea tal capacidad dependiente de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo así, la interiorización de un pecho o pene «*buenos*», o de buenas relaciones, ha sido lo suficientemente defendido como para que el individuo se sienta seguro ante el presente y el futuro, es decir que tal capacidad aparece como resultado de la integración de los objetos como seguros y estabilizadores. Comprendiendo lo anterior, resulta que la capacidad para estar solo se basa en una paradoja; estar a solas cuando otra persona se halla presente, en el crecimiento se entenderá *estar solo en presencia de la madre*, en la clínica sería *la capacidad que tiene el paciente de estar solo en presencia del terapeuta*. Siguiendo a este autor esto puede aparecer en el curso del tratamiento como una fase de silencio, o una sesión en silencio, lo cual lejos de poner de manifiesto resistencia, es un logro del paciente.

Desde esta línea resulta imprescindible remontar al deseo materno: *tener a alguien sólo para ella... alguien que la mantuviera viva*; la paciente vista desde esta perspectiva resulta un objeto de deseo, posición de la que como hemos observado resulta difícil desasirse. A partir de esto y lo sabido a través de la historia clínica es posible inferir que la madre no se presentó como un objeto bueno y constante, capaz de contener las necesidades afectivas de la paciente y permitiendo con ello crear un ambiente seguro. Al contrario la madre se presenta como *él* lugar seguro, el cual se vuelve imposible de sostener cuando tiene que irse, resultando de ello un estado de desamparo. “*Así, habrá personas incapaces de estar solas. Escapa a la imaginación la intensidad de sus sufrimientos*” (Winnicott, 1958).

La postura como terapeuta es sostener y dar cabida a contener los diversos estados afectivos y los actos que sustituyen a estos, sean agresivos como en el fragmento expuesto anteriormente o amorosos como el que mostraré a continuación con el fin de que puedan ser identificados y resignificados.

Lila. Está muy mal querer que alguien te quiera de verdad.

Terapeuta. ¿Por qué estaría mal?

Lila. No sé, siento que la gente no quiere de verdad, o bueno no todos, yo te quiero de verdad pero no sé si tú me quieras de verdad a mí, quisiera que alguien me quiera de verdad

¿Me quieres de verdad?

Terapeuta. (Sonrió) ¿Tu qué crees?

Lila. Sí, esas cosas se saben

Terapeuta. Se sienten.

Lila. Necesitaba hablar contigo, que bueno venir

La paciente se encuentra en una búsqueda *desesperada* por sentirse amada, la lógica común haría pensar que esta búsqueda se dirige al afecto de un hombre que brindara lo no proporcionado por el padre, lo que explicaría el cambio continuo de parejas; sin embargo propongo que esta búsqueda es para *encontrar el amor de la madre*, la cual funge como primer objeto de amor, en el texto “*Sobre la dinámica de la transferencia*” en 1912 Freud nos señala:

Aclarémonos esto: todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las

pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse.
(p. 97).

Un propósito del tratamiento fue que a partir de la señalización e interpretación Lila pudiera integrar a sus objetos, ya que estos eran destruidos completamente y desvalorizados o idealizados y por tanto cuestionarlos se volvía imposible. En sesión la paciente comentó: “*ya no quiero más hablar, toda la gente que traigo aquí termina hecha mierda*” más adelante da cuenta que las personas idealizadas son las que terminan hechas mierda.

Mi figura como terapeuta tendrá que ser libidinizada, y con ello representará una figura de la historia de mi paciente, es decir, para que el trabajo psicoanalítico tenga lugar es necesario dar apertura a la transferencia, de no ser así no se puede hablar de un tratamiento psicoanalítico. Así, el espacio terapéutico figura como transicional, en el que Lila establece un espacio entre lo interno y lo externo, el cual se presenta como un lugar seguro, donde la fantasía, los deseos y las emociones tienen cabida, siendo estos trabajados a partir de la contención, metabolización y el proceso de pensar que permea el terapeuta en beneficio del paciente.

En el trabajo con adolescentes resulta primordial presentarse como un objeto que permite dar expresión a aquello que se encuentra vetado ante sus figuras parentales y de autoridad con el fin de poder verse a través del terapeuta. Recordemos que fungimos como espejo (doble) tal como lo fue la madre en los primeros momentos de vida; el adolescente no es niño, tampoco es adulto, por tanto, es necesario se lleve a cabo un reencuentro consigo mismo en el que *ser* resulta primordial, siendo parte de nuestra responsabilidad como psicoterapeutas brindar esa posibilidad, permitir que en la transferencia se reparen las insuficiencias del paciente a través del *estar ahí*. En mi experiencia esto implica acercarse de forma segura, a sabiendas que uno sabe que no es a su persona a quien se está dirigiendo el discurso y la actuación, sino a lo que representa.

No sé si existe lo que se ha dado llamar *la cura*, hasta donde yo sé no he curado a nadie, así mismo ignoro si existe la salud mental, esto se presenta como un constructo subjetivo, del cual es posible surjan debates filosóficos muy importantes. Sin embargo me parece que lo que llamamos *cura* tendrá que ver con la posibilidad del paciente de visualizar de manera diferente la vida y en el caso de los adolescentes apoyar en el proceso de *dar el paso* a lo que socialmente hemos dado en llamar adultez, que en todo caso desde mi perspectiva tendrá que ver con hacerse cargo de su propia vida.

El trabajo terapéutico consiste hasta ahora en escuchar y *estar*, “*no se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad {nachtraglich} discernirá*” (Freud, 1912, pág. 112).

5. CONCLUSIONES

“Felizmente existe lo impredecible en el devenir del sujeto. Eso no quiere decir que no podamos decir algo.”

Piera Aulagnier

Carla *desea ser madre*, esperando con ello un retorno a la relación incestuosa y arcaica que dirige hacia su propia madre, reviviendo a través de la relación con su hija la omnipotencia de la ligazón exclusiva en la que se es uno con el otro. Las fuertes carencias afectivas y constitutivas de esta mujer generan que el hijo que se encuentra por nacer no sea identificado como sujeto, sino como objeto a partir del cual se satisfará su deseo, que se expresa en la fantasía de *“tener un hijo sólo para ella”*.

A partir del nacimiento de su hija, Carla actúa el *ser madre* en concordancia a la imagen que construye de su propia madre a través de su mito de origen, en el cual esta mujer agrede, odia a su hija y desea que ésta muera. En lo consciente, a través de lo apalabrado, busca que Lila esté bien ofreciéndole lo que considera necesita a nivel afectivo y material, sin embargo *no le alcanza*. En el texto *“Un caso de curación por hipnosis”* de 1892 Freud plantea que la madre produce un mal al hijo que no es premeditado: *“esta madre concibió el propósito de amamantarlo ella misma más no lo logró a pesar de tener una constitución corporal favorable”* (p. 157); así, pone de manifiesto que el contar con la condición orgánica y la conciencia de aquello que se quiere no es suficiente a la hora de intentar lograr un fin, el inconsciente habla y como se ha vislumbrado tiene mucho por decir. Por tanto no se da aquello que aspira el sujeto, la madre no logra proporcionar lo que Lila tiene por derecho; tener un padre me viene como ejemplo fundamental.

El padre de la paciente existe desde el mito de origen, el contenido de este genera que *se viva* como metáfora de amor al padre y por tanto quede excluida la posibilidad de concretarse como objeto absoluto de fabricación materna, es decir, hay negación más no forclusión del Nombre del padre.

La madre, a pesar de colocarse en la posición omnipotente de fungir como único sostén emocional y cumplir con las tareas correspondientes de madre y padre, sabe necesitar a este último, lo anterior alude a la castración, se sabe en falta y a partir de ello Lila se salva de la psicosis.

A lo largo del presente escrito se ha hablado de la dificultad de desasir la ligazón-madre que Freud propone como un primer momento de exclusividad del hijo con la madre, en el cual, el padre no tiene presencia real. El que en el proceso se pudiera pensar al padre como *sujeto vivo* da una significación diferente a su figura y, por tanto, coloca a Lila en una estructura familiar en la que por jerarquía madre y padre son superiores, así la madre no es más un *partenaire*.

Mi figura como terapeuta deviene como la función del padre, la cual apunta a la regulación, orden, límite y separación de la relación madre-hija. Así, la función del tratamiento es de tercero, el cual permite y posibilita a Lila dar cuenta de su deseo, que se presenta como: “*saber qué es lo que quiero*”.

Lila hace una repetición inconsciente de la vida de la madre, fungiendo como objeto para este fin, lo anterior mediante lo que denomine *mandatos*, es a partir del proceso psicoterapéutico que se cuestiona el *deber de cumplirlos*, así como la veracidad de los argumentos dictados por la madre; esto llevó a la paciente al esfuerzo de pensar sobre su propio deseo, resultando de inicio la fantasía de matar a su madre y a partir de ello “*hacer lo que ella quiera*”.

Para que una persona pueda forjarse como individuo es necesario desasirse de las imagos parentales, que implicaría la muerte simbólica de estas, circunstancia que tiene lugar dentro del consultorio y que en este caso tendría que ver con dar cuenta del deseo propio y separarse de la madre.

La problemática principal de lo expuesto anteriormente se colocó en dar lugar a la fantasía y confrontar su contenido con la posibilidad real de llevarla a cabo, lo que genera gran enojo en la paciente, teniendo como resultado la transfiguración de la fantasía, ahora ella tendría que morir después de matar a

la madre, situación que se *alimentó* a partir de la propuesta materna de suicidarse

La relación transferencial se presenta como primordial ya que a partir de esta Lila puede dar cabida a sus deseos y depositar el enojo en un lugar seguro. De esta forma cuando se encuentra realizando un acto *con el fin de morir* se detiene. En sesión menciona: *“si te digo te vas a enojar”*, esto se me presenta como una manifestación de la forma de relación conmigo desde mi figura como terapeuta *la madre buena, la que fortalece, no querría que se hiciera daño, la quiere amorosamente y desde ese amor se mantiene viva*. El yo se ha fortalecido, Lila decide vivir y estar sola sin que eso cause más angustia, hay tristeza pero esta parece integradora, cuando esta lista para el encuentro vuelve y continúa trabajando.

Uso el corte de cabello como metáfora del corte que se inicia con la madre, lo expongo así ya que como mencione al inicio de este trabajo, es a partir de tal momento que Lila comienza una etapa del proceso psicoterapéutico diferente en el cual informo ha podido integrar a sus objetos lo que ha generado que tenga mejores relaciones, tomar decisiones en beneficio propio y cuidarse.

La relación con la madre continua siendo complicada, de a poco se ha podido establecer la diferencia. Freud mencionó en su conferencia 33 *“La feminidad”* (1933 [1932]) lo siguiente en relación a la separación de la ligazón madre: *“El extrañamiento respecto de la madre se produce bajo el signo de la hostilidad, la ligazón-madre acaba en odio. Ese odio puede ser muy notable y perdurar toda la vida, puede ser cuidadosamente sobrecompensado más tarde; por lo común una parte de él se supera y otra permanece”*. (p. 113)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aulagnier, P. (1994). Una interprete en busca de sentido. México: Siglo veintiuno editores

Aulagnier, P., Bianchi, H., Dayan, M., Friczman, E., Green, A., Hornstein, L., Hornstein, M.C., Pelento, M. (1994) *Diálogo con Piera Aulagnier*. Cuerpo, Historia, Interpretación. Buenos Aires: Paidós

Aulagnier, P. (2010) La violencia de la interpretación. México: Paidós

Bleichmar, S. (2011) Violencia social - Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades. Buenos Aires: Noveduc

Calagnini, C. (2003) La función materna: Entre el deseo y el estrago. Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis: Tucumán, 2003

Dryzun, J. (2005) Aspectos intersubjetivos de la técnica analítica. Estados de aislamiento. Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis. No. 021. Recuperado de:

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000348&a=Aspectos-intersubjetivos-de-la-tecnica-analitica-Estados-de-aislamiento>

Freud, S. (2008). Un caso de curación por hipnosis. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1892-93).

_____ (2008). Tres ensayos de teoría sexual. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1905).

_____ (2008). Sobre el psicoanálisis «silvestre». En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 11). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1910).

_____ (2008). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1911).

_____ (2008). Sobre la dinámica de la transferencia. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1912).

_____ (2008). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1912).

_____ (2008). Introducción al narcisismo. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914).

_____ (2008). Pulsiones y destinos de pulsión. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1915).

_____ (2008). Psicología de las masas y análisis de yo. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1921).

_____ (2008). ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1921).

_____ (2008). Sobre sexualidad femenina. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 21). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1931).

_____ (2008). Conferencia 33. La Femenidad. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 22). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1933 [1932]).

_____ (2008). Construcciones en el análisis. En J.L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 23). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1937).

Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Grinberg, L. (1997). Vigencia teórica y clínica del pensamiento de Wilfred R. Bion. Bion y el psicoanálisis científico. *Presentación en la mesa redonda del Homenaje a Bion organizado por la Sociedad Española de Psicoanálisis en Barcelona*. Recuperado en <http://intercanvis.es/pdf/05/05-02.pdf>

Jeammet, P. (2003). Lo que está en juego en las identificaciones en la adolescencia. En Geissman, C. y Houzel, D. (Comp.), *Psicoterapias del niño y del adolescente* (Cap. 45, p. 713). Madrid: Síntesis

Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas* (Vol. 3, p. 260). Buenos Aires: Paidós

Lacan, Jaques. Seminario 5. *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires. 1999 Paidós. 1ª Edición.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2010). Diccionario de psicoanálisis. Argentina: Paidós

Laplanche, J. (2011). Vida y muerte en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu

Nasio, D. (2008). El dolor de la histeria. Buenos Aires: Paidós

_____ (2011). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. México: Gedisa

Parres, R. (2001). Aspectos generales de la técnica psicoanalítica. En Salles, M. (Coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes* (Cap. 2, p. 68). México: Plaza y Valdés

Schoffer, D. (2008). La función paterna en la clínica freudiana. Buenos aires: Editorial Lugar

Sociedad Mexicana de Psicología (2009) *Código ético del psicólogo*. 4ª edición. México: Trillas

Vives, J y Lartigue, T. (2001). El proceso psicoanalítico y sus variantes en niños y adolescentes. En Salles, M. (Coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes* (Cap. 3, p. 82). México: Plaza y Valdés

Winnicott, D. (1958) La capacidad para estar a solas. Basado en un escrito leído ante una reunión extracientífica de la British Psycho-Analytical Society, el 24 de julio de 1957, y publicada por vez primera en «Int. J. Psycho-Anal.», 39, p. 416-420.

Winnicott, D. (1960) Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. En *El proceso de maduración del niño*. Editorial Laia: Barcelona (p. 169-184)

7. APENDICE

7.1. Familiograma de la paciente.

