



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**LAS DIFICULTADES EN EL TRÁNSITO A LA ADULTEZ EN ADOLESCENTES**  
**CONCARACTERÍSTICAS PSICOSOMÁTICAS: DOS ESTUDIOS DE CASO**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:**

**SILVANA DE REGIL HERRERA**

**TUTORA**  
**DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA U.N.A.M.**

**MÉXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **DEDICATORIA**

A mis pacientes y a nuestra sociedad que con su lucha  
reiteran mi compromiso y pasión por la causa.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi padre Alonso, abuelo Carlos y a mi hermosa familia que me han dotado de raíces sólidas que me impulsan a alcanzar mis sueños.

A mi madre, madrina Geo y abuela Mercedes por ser mis tres pilares invencibles que una vez más han sido mi soporte y fuerza para emprender el vuelo.

A mis compañeros, cómplices y amigos que convierten cada experiencia en una dulce aventura en la que quiero seguir creciendo a su lado.

A mi hermano y roomie por ser la mejor compañía y construir el hogar al que siempre quiero regresar.

A mi supervisora y profesores por transmitir su pasión y sabiduría en cada momento incentivándonos a llegar más lejos.

A mi terapeuta que acompaña desde dentro mi crecer.

A Onil, mi amigo, amor y proyecto de vida por aprender conmigo en cada paso dado construyendo así nuestro futuro juntos.

A Dení y mi familia cubana por contener y motivar cada logro con alegría y entusiasmo.

A la vida por siempre ofrecerme oportunidades para seguir luchando.

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>

### **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

<b>1. Características de la adolescencia y el tránsito a la adultez .....</b>	<b>3</b>
---	----------

1.1 Narcicismo y dependencia en la adolescencia

1.2 Los duelos de la adolescencia

1.2.1 Duelo por el rol y la identidad infantil

-Vicisitudes en la conformación de la identidad, el rol y el yo adulto

- Las Identificaciones

- El Ideal del yo

- La conformación de la identidad y la personalidad “como si”

1.2.2 Duelo por los padres de la infancia

-La reedición del complejo de Edipo

-Importancia de las amistades y lazos exogámicos

1.2.3 Duelo por el cuerpo y la sexualidad infantil

-El adolescente y su cuerpo

-La escisión en el cuerpo

<b>2. Lo Psicosomático .....</b>	<b>18</b>
----------------------------------	-----------

2.1 Enfermedades psicosomáticas y adolescencia

2.2 Teoría psicosomática

2.3 Enfermedades psicosomáticas

-La Artritis reumatoide

-Enuresis y encopresis

<b>3. Más allá de la enfermedad .....</b>	<b>32</b>
---	-----------

3.1 Beneficio secundario de la enfermedad

3.2 El duelo de los padres

3.3 La relación de la familia psicosomática

3.4 Los mecanismos de defensa ante la crisis de la adolescencia y la enfermedad

**CAPÍTULO II. MÉTODO ..... 46**

- Planteamiento del problema.
- Categorías de estudio
- Objetivo general y objetivos particulares
- Tipo de estudio
- Participantes
- Escenario
- Instrumentos
- Procedimientos
- Consideraciones éticas

**CAPÍTULO III. LOS PACIENTES: ARIEL Y RALPH ..... 55**

- Descripción
- Motivo de consulta
- Proceso diagnóstico
- Entrevistas iniciales
- Historia Clínica

**CAPÍTULO IV. PROCESO TERAPÉUTICO, RESULTADOS Y DISCUSIÓN ..... 85**

- Resultados y Discusión
  1. Hablando de tanto y tan poco: un cuerpo que grita lo que la voz calla.
  2. Un lugar en el mundo para mí
  3. ¿Quién soy yo?: Vicisitudes en la conformación de la identidad
- El proceso terapéutico

**CAPÍTULO V. CONCLUSIONES ..... 136**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS ..... 138**

## RESUMEN

El presente estudio busca analizar los desafíos que viven dos adolescentes que presentan características y enfermedades psicosomáticas en el tránsito a la adultez.

Con un enfoque cualitativo y a partir del método de estudio de caso y la técnica de análisis del discurso centrado en una dirección pragmática y semántica se analiza el caso de una joven de 18 años que padece artritis reumatoide degenerativa y el caso de un joven de 13 años que presenta enuresis y encopresis. Partiendo de la revisión bibliográfica psicoanalítica se hace un recorrido por las características del paciente psicosomático, los duelos del adolescente, la reedición del Complejo de Edipo, el juego de las identificaciones, el concepto de beneficio secundario y la crisis de identidad que se despierta en estos joven y en sus padres.

A través de describir las características psicosomáticas presentes, de evidenciar los beneficios que existen en no lograr la individuación y analizar la dificultad de elaboración de los duelos adolescentes se puede reconocer cómo estos jóvenes aunados a los duelos de la etapa deben afrontar también los retos propios de la enfermedad. Se concluye que la presencia de características psicosomáticas en la adolescencia dificulta la individuación necesaria para transitar a la adultez. Por todo esto, el rol del analista debe fungir como tercero en la relación simbiótica con la familia para desarrollar recursos psicológicos que permita a los pacientes iniciar la individuación.

**Palabras Clave:** Psicosomática, adolescencia, individuación.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende integrar gran variedad de características del adolescente y la realidad de dos casos de pacientes psicosomáticos que viviendo su adolescencia se encuentran con el desafío de enfrentar enfermedades y características psicosomáticas que pueden generar vicisitudes particulares en su tránsito a la adultez.

Pese a que la relación de estos factores es reconocida por muchos grandes teóricos, poco se ha escrito en concreto y, pese a que todo trabajo psicoanalítico debe atenerse a la individualidad y particularidad de cada sujeto, este trabajo busca aportar a través de dos casos que muestran diferencias y diversidad, una visión de componentes que pueden presentarse en jóvenes con estas características.

La tarea del analista al tener que visualizar la historia de cada paciente desde diversos ángulos que permitan encontrar vértices que lleven al conocimiento, es muy compleja. Por ello, en esta investigación se busca ampliar el conocimiento y particularizar las dificultades en el tránsito a la adultez invitando a todo analista a reflexionar y contemplar un ángulo más que puede contribuir a la ardua y extensa labor del trabajo terapéutico.

Se esperaría ambiciosamente, que las conclusiones puntualizadas y sintetizadas en esta tesis pudieran servir de apoyo a los profesionales que laboran en la clínica psicológica y/o médica con jóvenes que deben afrontar una enfermedad en el cuerpo.

A partir del estudio de los casos descritos y la revisión bibliográfica psicoanalítica este trabajo hace un recorrido por las características del paciente psicosomático, los duelos del adolescente, la reedición del Complejo de Edipo, el juego de las identificaciones, el concepto de beneficio secundario y la crisis de identidad que se despierta en el joven y en sus padres para analizar que vicisitudes se despiertan en el tránsito a la adultez de dos jóvenes con características psicosomáticas.

## CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

### Tema 1. Características de la adolescencia y el tránsito a la adultez

*“Lo nuevo se inicia y ha de ser terrible  
para aquellos que permanecen ligados a lo antiguo”.*  
*Herman Hesse en Demian, la aventura de un adolescente.*

Adolecer viene del latín *adolescens* como participio activo de *adolescere* (crecer), se deriva a *ad* (a) y *dolescere* (dolor) por lo que significa el dolor de crecer (Carvajal, 1993:11). Este malestar durante el desarrollo es suscitado por los grandes cambios que se dan en esta etapa en tres aspectos; lo biológico, lo social y lo psíquico. Para Muss (1994) es importante contemplar la interacción que se suscita en los cambios sociales y biológicos por los que transita el adolescente.

Muss (1994) reconoce que en la adolescencia, el individuo adquiere el perfil definitivo de su personalidad porque tiene la necesidad de separarse de lo que constituye su forma de reaccionar infantil para adquirir independencia, responsabilidad propia y experiencia personal. Tiene avidez de conocimiento por lo que sus actitudes son negligentes, manifiestan inquietud, obstinación, protesta y separación material o simbólica del medio familiar que ha caracterizado su etapa infantil. Está en busca de otro tipo de autoridad que le permita situarse y culminar su crecimiento en espacios fuera del hogar, como es el caso de la escuela pero las autoridades tienen que ser elegidas por él y no ser impuestas. Esta tentativa de emancipación lo lleva a empezar una travesía con un tiempo absurdo y una extensión exagerada para probarse a sí mismo hasta donde llegar.

Como consecuencia, se cree que en esa evolución total del adolescente habrá ciertas crisis de mayor o menor intensidad. Todos estos cambios buscan llegar a la adultez logrando un sentido real del sí-mismo que impregne cotidianamente su experiencia social y que lleven al self a tener: sentido de agencia controlando sus acciones; sentido de cohesión física, de integración de su cuerpo, de su persona, de la realidad; sentido de continuidad

que lo integra y le permite el funcionamiento mnémico temporal; sentido de la afectividad aceptando y reconociendo sus afectos y emociones; sentido de un sí mismo subjetivo que le permite definir al otro e interactuar con él; sentido de crear organización en su mundo interno y en el mundo real; sentido de transmitir significación introduciéndose así en la cultura, socializando y validando su persona (Stern, 1991).

En el proceso del desarrollo existe una muy importante e indispensable función que debe desarrollarse y es el proceso de elaboración de los contenidos intrapsíquicos. Durante la infancia “el niño tiene la tendencia a sentir que todo conocimiento que almacena lo conoce a su vez su madre [...] es una situación simbiótica de dependencia [...] con un self continuado con los objetos parentales” (Carvajal, 1993: 28).

Existe una “dependencia simbiótica infantil” (Mahler, Bergman y Pine, 1975) en la que incluso el niño al jugar “elabora los contenidos intrapsíquicos en una actividad fuera de la psiquis y a través de objetos externos” (Carvajal, 1993:28), posteriormente, el adolescente desarrolla actividades motoras dirigidas hacia un goce pero éstas no logran elaborar el contenido intrapsíquico pues, aunque buscan lograr su independencia psicológica real, los adolescentes están sobrecargados y aún no tienen herramientas para poner en palabra todo lo interno.

“La intimidad es mantener contenidos dentro de una zona especial de nuestra psiquis[...] el niño no tiene capacidad de pensar elaborativamente en sus cosas internas y por lo tanto, tiene la necesidad casi compulsiva de contar estas cosas de manera evacuativa[...] para que le ayuden a elaborarlas” (Carvajal, 1993:35).

A diferencia del niño, el adulto ideal está en condiciones de elaborar, en su propio aparato de pensar, los contenidos tensionantes provenientes del afuera o del adentro y esto le impide “evacuar” su interioridad y por lo tanto, puede contener lo íntimo sin tener que revelar sus contenidos.

“El adulto ideal sería entonces aquel personaje con su propia matriz de contención... con relaciones de mutua gratificación de necesidades reales, sin repetir patrones infantiles y con la profunda vivencia de ser su propio continente... con capacidad para contener a otros” (Carvajal, 1993:41).

Finalmente, y retomando todo lo mencionado, la adolescencia representa un indispensable pero doloroso transitar que permite transformar el mundo interno hasta que el joven se sienta capaz de ir transformar el mundo externo.

### **1.1 Narcisismo y dependencia en la adolescencia.**

El adolescente tiende a sentirse omnipotente y cree poder afrontar los estímulos que el mundo externo le presenta. Debido a esta situación, la muerte es un tema que continuamente se debate y existe cierta fluctuación entre el reconocimiento y el intento de negación a ésta ya que la idea de la mortalidad y de la impotencia atenta contra el narcisismo. Ante esto, el joven algunas veces procura restablecerlo mediante fantasías de inmortalidad, como sucede cuando se afirma la existencia de una doble vida o se insiste en que el cuerpo es mortal pero el alma permanece (Tubert, 1992). Así “la búsqueda de la uniformidad que brinda seguridad y estima personal” (Aberastury y Knobel, 1988:45) es frustrada continuamente en el adolescente que cada vez tiene más contacto con el desafiante mundo exogámico.

“La lucha por la independencia se da en la consciencia de manera simbólica y dramática mientras que es lenta y procesal en el inconsciente” (Carvajal, 1993:78) generando continuas frustraciones y heridas narcisistas. El adolescente por un lado necesita alejarse de los padres que le representan una amenaza sexual y para su independencia, y por otro lado, los requiere cerca pues lo sostienen en su descubrimiento del mundo. Esta situación “compromete al narcisismo y crea condiciones antagónicas con los deseos objetales” (Jeammet, 1992: 42).

Buscando fortalecer su independencia, el adolescente se opone a los padres tomando apoyo sobre el adulto al cual él se opone para cuidar su narcisismo y su autonomía por la afirmación de su diferencia (Jeammet, 1992) sin embargo, es común que en esta misma búsqueda de diferenciarse se esté evidenciando la dependencia con el adulto pues es sobre éste y sus normas que se marca la pauta para la separación.

## **1.2 Los duelos de la adolescencia**

Blos (citado en Marcelli, 1992:65) expone que “los dos procesos necesarios para el desarrollo del adolescente son la identificación y el desprendimiento del Edipo”. Aberastury y Knobel (1988) reconocen que estos procesos y “la integración del yo se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos” (30). Estos autores siguiendo las ideas de Anna Freud y Melanie Klein sobre los duelos de la vida adulta y su relación con la vida temprana; definen con acierto la “adolescencia normal” desde la perspectiva del duelo. Determinan tres duelos como los esenciales a transitar en la adolescencia; a) el duelo por el rol y la identidad infantil que los obliga a renunciar al estado de dependencia hacia los padres y a asumir responsabilidades; b) el duelo por los padres de la infancia idealizados; y c) el duelo por el cuerpo infantil perdido cuando el púber se encuentra como espectador pasivo frente a lo que le ocurre en su organismo.

Duelo etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: primero, “dolus”, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. Y segundo, “duellum”, variante fonética arcaica de bellum que significa batalla, desafío, combate entre dos (Corominas y Pascual, 1991). Esto significa que el duelo es dolor psíquico, pena, aflicción, pero también es un desafío para el sujeto, es la oportunidad para que revise su relación con la pérdida que lo fundó como tal, y producir una recomposición significativa ante el agujero que la pérdida dejó en el tejido simbólico.

Para Freud (1915) el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, la patria, la libertad, un ideal, etc. Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo, que

exigen al adolescente nuevas pautas de convivencia, son vividos al principio como una invasión. Esto lo lleva como defensa a retener muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y el afán de alcanzar su nuevo status.

Lacan (1958) por su parte contribuye a esto recalcando que el duelo abre un “agujero en lo real” que desordena el orden simbólico produciendo un quiebre en la estructura del sujeto. Este autor introduce el concepto de “función del duelo” (Lacan, 1991) con lo que propone una lectura: un agujero en lo real, una pérdida en la vida que atañe la existencia, no respecto al entorno sino la que toca la fibra más íntima; conmueve todo el universo significativo, el orden simbólico se desordena y la falta pierde su localización; generalmente el sujeto no encuentra cómo apropiarse de la nueva identidad otorgada por un objeto que ya no tiene correlato en la realidad. El duelo no consiste en sustituir al objeto perdido, sino en cambiar la relación al objeto. El duelo es, además de dolor psíquico, una ocasión de recomponer la falta y producir una separación liberadora que abre a la posibilidad de un acto, entendido como acto creador.

El trabajo del duelo es entonces simbólico; es rasgo por rasgo como se efectúa la recuperación de los recuerdos. Lacan retomado por Bauab (2001) recalca que el duelo no corresponde a la castración que es un agujero en lo simbólico sino que corresponde a la privación que es un agujero (no de la realidad) en lo que toca el tejido de la estructura subjetiva generando un agujero en la existencia que alude a su trama más íntima y que toca sus entrañas.

### **1.2.1 Duelo por el rol y la identidad infantil.**

En la infancia el niño ha sido asignado con un rol y una identidad que funciona de acuerdo a la familia y a las funciones parentales. La búsqueda de la identidad personal tiene lugar principalmente en el periodo pospubertario y es el problema culminante del adolescente, el joven debe prepararse para asumir un rol y conformar una identidad que le permita integrarse a la sociedad y establecer lazos exogámicos para afrontar los desafíos que implica la adultez.

### **-Vicisitudes en la conformación de la identidad, el rol y el yo adulto**

"La crisis de identidad es la crisis central de la adolescencia [...] es una compleja situación intrapsíquica, la mayor parte inconsciente y por lo tanto debe ser visualizada de manera teórica y metapsicológica. Las manifestaciones observables las veremos clínicamente en las diversas etapas" (Carvajal, 1993).

En la búsqueda de identidad el adolescente se presenta como varios personajes al mundo externo y toma "ideologías prestadas que lo dotan de identidades transitorias que no logra incorporar al yo" (Aberastury y Knobel, 1988:53).

Cuando la realidad adulta se presenta como violento desafío "obliga al adolescente a aferrarse a precarios estados de identidad con el fin de preservarse de alteraciones muy temidas" (Grinber citado en Aberastury y Knobel, 1988:24).

"La identidad es la vivencia o sensación que tenemos los seres humanos de ser nosotros mismos, así como todo lo que nos permite ser distintos ante los ojos de otros. Esa sensación de mismidad, de pertenencia, tiene un origen y desarrollo desde el recién nacido. En un inicio padres e hijos son una sola unidad funcional inconsciente [...]. El proceso de identificaciones consolidan lentamente la identidad" (Carvajal, 1993:71)

En la conformación de la identidad podemos determinar dos importantes conceptos que participan en la consolidación de ésta: el "yo" desarrollado por la escuela psicoanalítica francesa y el "self" trabajado por la escuela inglesa; "El yo es el conjunto de todas las representaciones mentales de objetos y del aparato funcional que permite los procesos psíquicos [...y que en]... un proceso de internalización hace que ellas pasen al self y éste las considere propias [...para lograr que] el self al ir creciendo vaya internalizando lo que le pertenece" (Carvajal, 1993:25).

## **- Las Identificaciones**

Las identificaciones ocupan un lugar central para consolidar la personalidad y la identidad. El desarrollo del yo se realiza gracias a sucesivas identificaciones. En el proceso adolescente existen grandes pérdidas pero “es posible resignar al objeto sin perderlo cuando es sustituido por una identificación” (Freud, 1924). De esta forma, el yo se va conformando con las huellas mnémicas de los diferentes objetos y va internalizando en el self el modelo adulto y las características con las que se va identificando hasta hacerlas cada vez más auténticas y propias (Carvajal, 1993).

En la primera infancia, Freud nos menciona que “las investiduras de objeto son resignadas y sustituidas por identificación. La autoridad del padre [...] introyectada en el yo [...] forma el núcleo del superyó” (Freud, 1924:184); y “el superyó conserva caracteres esenciales de las personas introyectadas: su poder, su severidad, su inclinación a la vigilancia y el castigo” (Freud, 1924:173)

Las modalidades de identificación del adolescente dependen de los trabajos de identificación durante la infancia y de la cualidad de la base narcisista. Las carencias narcisistas precoces por déficits identificatorios de la temprana infancia generan que los adolescentes no logran del todo internalizar a los objetos externos sino que necesitan de su presencia teniendo que verificar que el objeto del cual dependen esté siempre disponible (Jeammet, 1992).

La identificación primaria está relacionada con el narcisismo primario y la identificación secundaria con la elección de objeto. Cuando la identificación con el objeto ideal se ha logrado, el adolescente “desarrolla su yo para sentirse fortificado y capacitado para defenderse a sí mismo y a su objeto ideal” (Jeammet, 1992:72).

## **- El Ideal del yo**

De acuerdo con Muss (1994) la ansiedad del Superyó es el resultado de la internalización (identificación) del sistema de valores morales de los padres y otras figuras importantes de autoridad. Como integrantes del superyó se encuentran el ideal del yo que es resultado de

las imposiciones parentales y el yo ideal que se construye de las diversas introyecciones y deseos del sujeto.

Lacan resalta en la constitución del sujeto el deseo del Gran Otro. En conceptos Freudianos, el ideal del yo es un importante aspecto que conforma la identidad y tras el cual se encaminan objetivos y metas del adolescente y posteriormente del adulto. Freud (1914) describe que el joven:

“No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo [...]. Lo que él proyecta frente a sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal (91).

Este ideal del yo inconscientemente internaliza las demandas recibidas por el exterior generando el deseo de conseguir una imagen que contiene estos mensajes que en su mayoría se contradicen y son ambivalentes. “El ideal del yo [es entonces], una imagen narcisista que perseguimos incesantemente, es la imagen de nosotros que nos devuelve la madre, la manera en la que ella nos mira, es un imago de lo que no somos pero queremos ser. Somos como nos miraron” (Puig, 2009:75).

#### **-La conformación de la identidad y la personalidad “como si”.**

Helen Deutsch (1999) en el texto “Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia” señala que los pacientes con la personalidad “como si” tienden a ser sujetos que necesitan desarrollar gran capacidad de adaptabilidad para afrontar el mundo después de haber sufrido una gran pérdida en la carga objetal que genera un gran trauma y la desvalorización de su ideal del yo. En el individuo “como sí” ya no se trata de una represión del objeto, sino de una verdadera pérdida de carga objetal. La relación aparentemente normal con el mundo corresponde a la naturaleza imitativa del niño y expresa una identificación con el medio, una imitación que trae como resultado una adaptación aparentemente buena al mundo de la realidad a pesar de la falta de carga objetal.

Anna Freud (1961:184), retomando este texto comenta que “el adolescente se asemeja a aquel tipo de paciente (como si) [...] que actúa como si estuvieran viviendo realmente su propia vida y expresando sus propios sentimientos, opiniones y pensamientos” pero que en realidad se encuentra vivenciando un gran vacío.

Son personas carentes por completo de carácter y muy sugestionables, su moral, sus ideales y sus convicciones no son más que reflejos de otra persona. La primera impresión que producen estas personas es de completa normalidad. Están intelectualmente intactas, son talentosas y demuestran notable comprensión frente a los problemas intelectuales y emocionales; cuando siguen sus frecuentes impulsos a realizar una labor creadora construyen algo valioso en cuanto a la forma pero que constituye siempre una repetición espasmódica, aunque eficaz, de un prototipo en el que no hay huella de originalidad. Las relaciones afectivas son intensas y presentan todos los signos característicos de la amistad como el amor, la simpatía y la comprensión, pero poco a poco se logra percibir algo extraño generando en los espectadores la pregunta “¿Qué le pasa?” (Helen Deutsch, 1999:415).

El adolescente normal pasa por este proceso, sin embargo, Winnicott (1994) observó que la repetición de experiencias de fracaso en el mantenimiento de la función (paraexcitación) de la madre que se presenta en los pacientes psicossomáticos contribuye mucho más ampliamente a la creación de un falso self.

### **1.2.2 Duelo por los padres de la infancia**

En la infancia las figuras parentales se vuelcan sobre el niño que requiere de cuidados y enseñanzas particulares para la sobrevivencia. El cumplir estas funciones les asigna un rol protector que el niño idealiza y admira. En la adolescencia a través de la reedición del Edipo, el conocimiento de las nuevas capacidades y el descubrimiento de las limitaciones de los padres, el joven se percata de la no omnipotencia de los padres, generándose así, un duelo por los padres de la infancia al buscar la renuncia a la imagen de los padres omnipotentes y resignificar a los padres desidealizados. En estos duelos la conducta de los padres puede favorecer o no este proceso.

En el infante la carga del self está puesta en el objeto que le hace todas las cosas, que cumple las funciones paternas y maternas, este objeto tiene más cargas que el self mismo ya que es más importante que él mismo para la supervivencia; por esto se da un profundo proceso de idealización del objeto hipercargado. Esto disminuye gradualmente durante el crecimiento cuando el niño va adquiriendo sus funciones y va fortaleciendo su self (Carvajal 1993). Tubert (1992) alude que:

“El adolescente se encuentra privado de los padres mismos en su función de soporte del ideal del yo infantil. Ese ideal, durante la infancia, es una especie de prolongación de los ideales de los padres, pero a partir de la pubertad, en la inmensa mayoría de los casos los padres ya no se perciben como omnipotentes, sabios e infalibles y pasan a ser cuestionados, lo que se traduce en un distanciamiento del hijo que suele materializarse especialmente mediante el encierro y la ausencia” (81).

Particularizando los casos, Gutton (1993) nos menciona que aquellos que pierden a sus padres durante la infancia, tendrán a lo largo de su vida que hacer el trabajo de duelo, sin embargo, es posible que esta herida narcisística permanezca abierta toda la vida.

### **-La reedición del complejo de Edipo**

La madre es el primer objeto de relación que favorece la capacidad de dar amor y el padre aporta la capacidad de poner límites permitiendo estructurar un yo fuerte, y un superyó que más adelante es un factor importante para la construcción de la personalidad del individuo. El Edipo, vivido primeramente en la infancia, se reedita en la adolescencia y “si el Edipo infantil es bisexual, el Edipo pubertario es heterosexual”. (Gutton, 1993:25)

Gutton (1993) introduce el concepto de “escena pubertaria” en la que participan tres personas: el adolescente, en un estado de excitación genital; el padre del sexo opuesto con quien se despierta la relación incestuosa; y la figura parental del mismo sexo con quien se establece un deseo parricida.

En estas escenas se condensan todas las seducciones de las cuales ha sido objeto el niño y ahora físicamente puede responder pues a partir de la pubertad el adolescente ya es capaz de seducir y ya tiene los medios para descargar tensiones sexuales más adultas; por lo tanto, la escena pubertaria no solo constituye el fin de la seducción infantil, sino que además constituye la inversión de esa seducción. “Es ese cuerpo incestuoso el que es preferencialmente atacado en los comportamientos negativos de autodestrucción de los adolescentes” (Jeammet, 1992: 45).

El temor a cumplir los deseos incestuosos y parricidas generan ataques de ansiedad y grandes consecuencias que caracterizan la adolescencia como una de las etapas de mayor conflicto. La relación con los padres se vuelve aún más ambivalente y la separación es imprescindible para evitar el cumplimiento del Edipo. En este tránsito los lazos exogámicos se vuelven indispensables. Cuando existen contratiempos en el desarrollo y es necesario que los padres continúen teniendo gran contacto corporal con el adolescente la situación edípica se vuelve más amenazante y desgastante para la familia.

#### **-Importancia de las amistades y lazos exogámicos**

El ser humano, desde bebé necesita de alguien que lo contenga, está existiendo a través de alguien; esta función continente primeramente lo hacen los padres pero el adolescente en su proceso de independencia trata de romper el apego primario a las figuras parentales, desplazándolo a otros objetos para luego permitirse depositarlo en un objeto estable; inicialmente se traslada al íntimo amigo que es cargado libidinalmente como objeto en espejo, posteriormente “pone en movimiento las identificaciones parciales opuestas al integrarse a un grupo de amigos y finalmente se catectiza a la figura heterosexual escogida como pareja adulta” (Bowlby, 1970 citado en Gutton, 1993:42).

Bowlby (1970) explica que el instinto de apego es lo que une a los seres humanos y se desencadena hacia la madre o sustituto, en un momento específico, y permanece como patrón de las relaciones interpersonales. El adolescente carga al grupo, de la misma manera como se cargaron primitiva y narcisísticamente a la madre o al padre, siendo por lo tanto una “relación erótica de niveles muy regresivos y no genital” (Carvajal, 1993:78).

Käes (1996) ha observado que el sujeto que participa en un grupo se enfrenta a una doble necesidad; la de satisfacer sus necesidades narcisistas y a la vez, la de ser el eslabón de una cadena sin la participación de su voluntad. El individuo es un sujeto de grupo, el grupo lo sostiene y la psique está subordinada a su vinculación con otros sujetos.

El incremento de los deseos incestuosos y la ansiedad de castración obliga al joven a desligarse de sus padres y de sus ideales infantiles para buscar nuevas figuras identificatorias y crear lazos con ellas. Buscan evitar la enajenación de los padres pues ello implicaría truncar su desarrollo emocional y social y busca otro tipo de autoridad que le permita situarse y culminar su crecimiento en espacios fuera del hogar en donde pueda pasar más tiempo y lo unan a otras autoridades elegidas y no impuestas (Muss, 1994). El líder de una agrupación funge como sustituto del ideal del yo y lo une con un vínculo emocional muy intenso en el que los miembros viven una identidad grupal (Freud, 1921).

### **1.2.3 Duelo por el cuerpo y la sexualidad infantil**

“La intensificación del interés y la angustia ante el propio cuerpo en tanto éste se convierte, por la velocidad y calidad de las metamorfosis que experimenta, en un desconocido que interpela y cuestiona al sujeto” (Tubert, 1992:78), es la causa por la que este cuerpo se percibe como un extraño en el espejo.

En la infancia el niño tiene un rápido desarrollo físico pero exento de saturaciones hormonales como los que se presentan en la pubertad. Al comienzo de la pubertad aparecen transformaciones que conducen a la vida sexual infantil a su forma definitiva y normal. La pulsión sexual que era hasta el momento esencialmente autoerótica, va a descubrir un nuevo objeto sexual. La aparición de los caracteres sexuales secundarios y los aumentos en las proporciones anatómicas genera grandes cambios psíquicos en el púber y lo convoca a ejercer una sexualidad genitalizada. Es entonces que el cuerpo genital de adulto va a seducir progresivamente al cuerpo del niño.

### **-El adolescente y su cuerpo.**

“Los cambios corporales son perturbadores para el adolescente y generan un sentimiento de despersonalización normalmente” (Aberastury y Knobel, 1988:115). El cuerpo es una construcción que se organiza en el intercambio con el semejante desde la infancia y se constituye en el soporte representacional de una subjetividad que trata de mostrarse al otro; en la relación con el otro queda inscripta la representación del cuerpo en el psiquismo y en la representación mental del cuerpo se encierra la historia vincular de cada humano (Fischbein, 2010).

Respecto a esto Piera Alaugnier (1988) explica que la información que recibe el bebé es libidinal, en tanto ausencia o presencia de placer. La experiencia del encuentro con la madre que dota de esta información deja una marca, tanto física como psíquica. Es una fusión, un enraizamiento de lo psíquico y lo somático. Se fusiona la zona con el objeto. Si el encuentro es con el predominio de placer, se inscriben pictogramas de fusión. El objeto y la zona brindan placer. El cuerpo como conjunto de entramados de zonas erógenas es atravesado por estos pictogramas.

Es entonces que la madre ejerce cierta violencia primaria y necesaria porque interpreta, vía proceso secundario, el llanto del bebé con un sentido. Si esta violencia primaria es deficitaria o excesiva se torna secundaria y significa que la interpretación no está entonada, no tiene en cuenta lo espontáneo del bebé, y si se repite deja como huella, pictogramas de rechazo, es decir la zona y el objeto provocan sufrimiento entonces el bebé rechaza fuera de sí, junto con el objeto, toda la zona. Pero puede ser por ejemplo que conserve la boca para hablar pero no para comer. Acepte una función pero no el placer que conllevaría esta zona. Es necesario se mantenga la ilusión de que el bebé es quien creó el pecho (postulado de autoengendramiento) para que finalmente pueda adquirir el niño la capacidad para estar a solas. El cuerpo es un trazado libidinal y se escritura a partir del encuentro con el Otro logrando así ser un mapa que se traza momento a momento. El principio de constancia ayuda a que la información libidinal se mantenga en circulación y se viva placenteramente.

Garbolino (1986) nos dice: “Si pensamos en esa falta de ser con la que nace el infans, y en la necesidad del Otro (Lacan, 1999) que nos mire, que vea un ser ahí donde todavía no lo hay, como posibilidad de unificación, de poseer un cuerpo simbólico, ¿Qué dimensión unificadora proporciona el Otro en este caso? La de un cuerpo enfermo, “debilucho”, frágil, sin “futuro”, pensado y tratado más como un cuerpo orgánico, rodeado de un ambiente amenazador y con gruesas fisuras en cuanto se refiere a una identidad sexual” (Garbolino, 1986: 78).

En el desarrollo del ser humano, el self va aglutinando las experiencias de vivencias internas orgánicas y así va conformando el self corporal y la imagen corporal del self. En la adolescencia, el self y principalmente el cuerpo, se cargan de los enormes intereses con que estaban antes cargados los objetos parentales. Lo corporal comienza a tomar gran importancia interna y el mundo externo se opaca. Comienza una lucha consciente de liberarse de todo aquello que no pertenezca al self y aparece la ambivalencia y la lucha por comprender qué es aquello que le pertenece en esencia y qué no (Carvajal, 1993).

Es entonces, que dentro de esta lucha el adolescente debe aspirar a apropiarse del cuerpo genital y adulto atravesando por el duelo de la imagen del cuerpo infantil que era básicamente egocéntrico en sus fines y con tendencia a obtener el placer momentáneo.

Para conformar el self corporal participa: el esquema corporal que es la representación que cada uno hace de su cuerpo y le sirve de referencia en el espacio; y la “imagen inconsciente del cuerpo [que es la] encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (Dolto, 1984:21), es decir, la representación inconsciente que cada uno se hace de su cuerpo de ayer y de hoy vibrante de deseos, lenguaje y ternura producto de la historia de las vivencias libidinales acorde a lo que los padres han transmitido.

La pérdida que debe aceptar el adolescente en el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño al aparecer los caracteres secundarios y la de la distinción sexual e imposición del rol que tendrán que asumir a raíz de la primera menstruación o eyaculación.

Esto exige el abandono de la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica por lo que se debe buscar la pareja para elaborar la desaparición de la fantasía del otro sexo en sí mismo y lograr la identidad sexual adulta (Puig, 2009). Esta diferencia entre lo que el joven tiene como ideal infantil y lo que es en realidad (sexualidad adulta) puede causar fracaso en la consolidación de la identidad sexual.

El adolescente inicia generalmente su desarrollo pensando en un ideal de belleza corporal asexual, sin demasiado énfasis en los genitales ni en sus formas sexuales. Desde la parte infantil, ve al cuerpo sexual adulto como ajeno y perseguidor.

### **-La escisión en el cuerpo**

Gutton (1993) menciona que el adolescente sufre las “escenas puberales” en la que el rol principal del cuerpo erógeno está centrado en los órganos genitales. “Entre más importante haya sido la homosexualidad infantil en la niñez y más continúe siéndolo en el momento de la pubertad, más grande es el riesgo de la escisión del yo” (Gutton, 1993:25). La escisión del yo se abre camino determinando por un lado que quede toda la heterosexualidad pubertaria y por el otro lado, se encuentra toda la homosexualidad infantil.

En la adolescencia, “hay un cuerpo excitado que no puede descargarse a través de las representaciones, y se arroja a los actos y que tiene que entregarse a neutralizaciones corporales” (Gutton, 1993:35). El joven es portador de un cuerpo que lo incomoda por la excitación de su cuerpo genital seductor. Cuando el cuerpo genital intenta seducir al otro, o bien, cuando la seducción es demasiado fuerte, se trata incluso de un verdadero cuerpo perseguidor. Este cuerpo genital punzante es tratado como si fuera un objeto exterior, el cuerpo portador de la pulsión es arrojado hacia afuera ocasionando que una parte del yo desconozca la escena pubertaria (Gutton, 1993).

Durante la adolescencia el joven desea deshacerse de su cuerpo, sin embargo, el desarrollo continúa con el desafío que implica y, cuando el adolescente finalmente acepta

su cuerpo, decide habitarlo, se enfrenta con el mundo y lo usa de acuerdo con su sexo, se puede determinar que ha adquirido una identidad sexual.

## **Tema 2. Lo Psicosomático**

*“El ser humano se representa compuesto por un espíritu y un cuerpo, distintos y unidos a la vez”.*

*Didier Anzieu*

### **2.1 Enfermedades psicosomáticas y adolescencia**

La participación de la salud mental en la generación y desarrollo de enfermedades físicas ha sido de gran interés desde los inicios de los estudios de la filosofía. Históricamente desde Descartes la visión dualista del hombre cuerpo–alma ha sido la que ha orientado la investigación clínica y experimental en el dominio de la medicina psicosomática. En el Psicoanálisis se trata de hacer existir al sujeto “cuya tónica psíquica se refiera a regiones del aparato psíquico dondequiera que estén situados dentro del cuerpo, y no en localidades anatómicas.” (Freud, 1916:170). En los años 30 y 40 se realizaron los primeros estudios y se centró el interés en enfermedades crónicas de etiología desconocida (Puig, 2009).

Ha existido un interesante debate sobre la distinción entre conversión y enfermedad somática. Lo conversivo se presenta como un conflicto entre actividad y pasividad, entre libertad de acción y/o dependencia, entre sexualidad y sociedad represora, en última instancia entre deseo y conciencia moral (Freud, 1901). Mientras que lo psicosomático es una expresión orgánica que manifiesta una dificultad que no puede llegar a organizarse como conflicto mental por lo que el órgano lesionado ocupa el lugar de un pensamiento que no se llega a constituir, siendo la organicidad el último bastión defensivo ante la desorganización mental. La lesión orgánica no es una formación del inconsciente, ni se constituye como un retorno de lo reprimido sino que es una imposición de lo real del soma (Marty, 1990).

Békei y Vitullo (1995) determinan que en las enfermedades psicosomáticas existe una disfunción fisiológica manifiesta que tiene su origen en la estructura de personalidad

del paciente. La escuela de Chicago encontró que tras un conflicto específico surge la enfermedad y con ello postuló “la teoría de la especificidad del conflicto” (Puig, 2009, 155) que reconoce que la pérdida del objeto y otros acontecimientos estresantes aumentan la susceptibilidad de la enfermedad.

Por lo anterior, se puede reconocer que el período adolescente debido a los duelos y transformaciones en el aparato psíquico actúa como un disparador de la enfermedad psicosomática que incluso, como refieren Yufera y Wolfberg (1993), esta enfermedad ocupa el lugar del proceso adolescente que se encuentra interrumpido pues no pueden separarse de sus padres quedando apegados a sus objetos primarios que sirven de soporte narcisístico y sienten gran angustia ante cualquier cambio interno o externo.

Durante la adolescencia, para el joven el cuerpo es el lugar de expresión privilegiado de los conflictos de identificación y la transformación de éste, “independientemente de la voluntad del yo, [la adolescencia] dota al joven de un sentimiento de pasividad que favorece el clivaje cuerpo – psiquis” (Jeammet, 1992:48).

Respecto a esta aparición de lo somático en situaciones específicas, Freud (1895), que en esa época sólo trabajaba con el término conversivo, ya menciona en el caso de Elisabeth R:

“Ese dolor somático no fue creado por la neurosis, sino solo aprovechado por ella, aumentado y conservado... siempre había preexistido al comienzo un dolor real y efectivo, de base orgánico... este dolor originalmente reumático pasó a ser en la enferma el símbolo mnémico de sus excitaciones psíquicas dolientes y ello, hasta donde yo puedo verlo, por más de una razón” (187).

Finalmente, en la adolescencia como ya se ha definido, la búsqueda de la identidad es el principal objetivo a cumplir, sobre esto Ariel Granda (2005) recalca que se debe conceptualizar a la subjetividad como la integración psicosomática, contextualizada en una

estructuración simbólica, como el reservorio de modelos y valores identificatorios, como una matriz portadora de investidura e historia libidinal.

## **2.2 Teoría psicósomática**

Los estudios sobre la teoría psicósomática establecen la diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicósomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido. La Escuela Psicósomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicósomático como dos tipos de patologías con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático en un registro más próximo a la psicosis.

Marty (1964) plantea que la estructura psicósomática se debe a una construcción incompleta del psiquismo pues la enfermedad contempla una desorganización con regresión a lo somático; existen fallas en el funcionamiento del preconscious con un aparato mental inestable y frágil por lo que “el pensamiento operatorio es resultado de la falla o déficit de la capacidad de simbolización y las enfermedades tienen su origen en la depresión esencial de la temprana infancia” (157).

Piera Aulagnier (1992) sostiene que es la madre quien constituye el psiquismo del bebé. Bion (1966) por su parte estipula que estudiando la temprana infancia se puede reconocer la importancia que tiene el proceso de identificación proyectiva comunicativa. En ésta, el bebé descarga los elementos beta en la madre quien los elabora y regresa convertidos en alfa a través de la función de “*réverie*”; cuando esto no ocurre y estos elementos se regresan al bebé de manera angustiante, se obstruye la capacidad para tolerar emociones, se dificulta la identificación e internalización del objeto pensante y se obstaculiza el desarrollo del aparato para pensar. Por esto, cuando se impide la mentalización de las emociones, pasando de representación cosa a representación palabra, éstas se descargan directamente en el cuerpo (Fain y Marty, 1964 citado en Bekei, 1995:22)

y las emociones perturbadoras en lugar de ser pensadas se traducen en un lenguaje de órganos.

La vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psiquis para dos en una unidad indivisible, la madre es el universo. En todos nosotros existe la nostalgia del regreso a esta fusión en la que no existe la identidad individual y nos lleva a la muerte psíquica. Debido a los conflictos inconscientes de la madre, ésta puede estropear el avance del niño hacia su diferenciación y cuando la relación madre e hijo no es “suficientemente buena” (Winnicott, 1994) a partir de la matriz somatopsíquica original, no se desarrollará una diferenciación progresiva en la estructura psíquica del niño entre su propio cuerpo y el de la madre. Paralelamente lo psíquico tampoco podrá distinguir en la mente del niño lo somático que construirá su propio yo.

En los pacientes psicósomáticos existe una sensación de autonomía precoz ligada a una objetivización prematura de los objetos primarios, pues cuando se alcanza demasiado de prisa el estatus de objeto total y separado, se carga a esta imagen mental de cualidades omnipotentes e ideales inaccesibles.

Ciertas madres viven a sus hijos como pequeños cuerpos extraños mientras que otras no pueden abandonar la relación fusional. Cuando la madre no hace una objetivización prematura creando la ilusión de que la realidad exterior e interior son una misma y única cosa; el niño no puede adueñarse psíquicamente de su cuerpo, sus emociones y su capacidad de pensar.

Si en la relación madre-hijo existen prohibiciones prematuras de expresión de las emociones del niño, éste tendrá propensión a tener sintomatología psicósomática. Los únicos pensamientos autorizados son los de la madre, el niño debe inventar su propia visión del mundo para escapar al terror de encontrarse preso en la mente de la madre.

El niño cree que si rompe la identificación primaria dejará hecha añicos a su madre. Por lo tanto la imagen de la madre es doble: una figura omnipotente y omnipresente, y una mujer frágil y dañable. Estos pacientes tienen incapacidad de ocuparse de sí mismos pues ignoran las señales de sufrimiento del cuerpo y no logran oír las señales de desamparo de la mente.

Sami Ali (1987) plantea que la somatización se debe a un impasse que es un conflicto que no tiene solución y es diferente al neurótico pero cercano al psicótico en el que lo impensable se elabora a través del delirio. Referente a esto, Mc Dougall (1987) hace una diferenciación entre histeria y psicosis en la cual recalca que la psicosis se aproxima mucho a la psicosis por las angustias, por la representación del cuerpo como continente, por el temor a los límites e impermeabilidad con la fantasías de fusión corporal; en ambos casos existe un terror idéntico a perder el derecho a la identidad, a tener pensamiento y emociones personales. Puntualiza que el cuerpo psicósomático aparece descatectizado ya que sus mensajes no son recibidos como portadores de pulsiones prohibidas como ocurre en el cuerpo neurótico y tampoco es vivido como un sentimiento de ajenidad como ocurre en el cuerpo psicótico; el cuerpo psicósomático tiene representantes psíquicos del soma que son denegados, considerados inexistentes o sofocados y carentes de significación. Este tipo de relación se repite en el vínculo con los otros que se torna desafectivizado.

Esta autora (Mc Dougall, 1987) ubica el lazo entre lo psicósomático y la organización histérica del lado de las neurosis actuales de Freud y defiende que la disfunción psicósomática es una defensa destinada a proteger al sujeto de estados emocionales primarios, donde la psique no percibe y reprime las emociones angustiosas como en la neurosis, sino que las borran inmediatamente del campo del conocimiento – repudio-, es decir, busca, al igual que en la histeria neurótica clásica, con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente.

Este lazo no tiene relación con los destinos de afecto planteados por Freud pues reconoce que el afecto está completamente sofocado y sin ninguna compensación psíquica, sin recuperación neurótica ni delirio dejando así solo al soma a cargo de responder; en el

caso de lo psicossomático la amenaza psíquica es tratada como amenaza biológica. McDougall (1987) agrega dos destinos de afecto más a los ya descritos por Freud a lo largo de su obra (el desplazamiento, la conversión y la transformación del afecto en angustia) que son: 1) el rechazo a la representación y a su afecto intolerable que tiene vinculado y 2) el afecto que se presenta congelado en su capacidad para ser representado debido a la escisión entre psique y soma.

En su libro “Teatros de la mente”, Mc Dougall (1987) plantea que lo prohibido y lo imposible constituyen el inevitable armazón sobre el que se constituirá nuestra identidad personal. El teatro de lo prohibido se caracteriza por lo potencialmente realizable mientras que el teatro de lo imposible está conformado por inevitables heridas narcisistas alejadas del lenguaje verbal y de la represión por lo que requieren mecanismos de otro orden para ser alejadas de la consciencia. En este caso no se trata de mantener la identidad adulta y sexuada como en el teatro de lo prohibido, sino que aquí se vulnera la identidad narcisista, la autoestima y la identidad personal pues se buscan anhelos universales que inevitablemente tienden al fracaso como el deseo y la imposibilidad de ser uno con la madre, la ilusión de poder controlar el deseo y las acciones de los demás, el deseo de conservar ambos sexos, el enfrentarse al envejecimiento y la inevitabilidad de la muerte. Tras estos continuos fracasos existen satisfacciones sustitutivas como perturbaciones narcisistas, descompensaciones psicóticas, adicciones y enfermedades psicossomáticas en las que pareciera que el psiquismo abandona la lucha y deja que el soma represente su propio espectáculo.

Para lograr la homeostasis psíquica es necesario realizar los duelos correspondientes y conciliar un acuerdo entre lo prohibido y lo imposible pero este proceso puede ser perturbado por los problemas inconscientes de los padres o la fragilidad del hijo. Víctima de este desequilibrio, el cuerpo puede perder su capacidad de representarse psíquicamente y dejar de tener existencia para el yo, incluso algunas partes del cuerpo no tienen representación psíquica porque fueron hipercatectizadas o no libidinizadas en la relación materno filial.

Mc Dougall en su libro “Teatros del cuerpo” (1989) define que “El fenómeno asociado con el llamado tipo de personalidad psicósomática no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica; es más bien una intensa defensa contra los temores narcisistas o psicóticos” (196). Desarrolla el término de desafectación (del prefijo latino des: separación o pérdida y del prefijo griego dys: enfermedad), que es cuando las palabras pierden su utilización primera de ligazón pulsional y existen vacías de sustancia y significado. La representación está sobrecargada de afectos; se puede sentir y expresar una emoción pero hay incapacidad para contener el exceso de experiencia afectiva y reflexionar sobre ésta. Los sujetos tienden constantemente a hacer más que a ser. Es la defensa que causa que la persona se vincule carente de emocionalidad, desmintiendo su necesidad de dependencia. En su historia estos sujetos buscaron no depender afectivamente de otros recurriendo a comportamientos adictivos que los excluyen de las experiencias intolerables, sin embargo, debido al fracaso se produjo la eclosión psicósomática. La desafectación es la capacidad para eyectar fuera de la psique percepciones, pensamientos, fantasías y otros acontecimientos causados por trivialidades en el mundo exterior pero cargadas de dolor mental para el sujeto pudiendo producir una regresión somática.

Por otra parte, esta autora (McDougall) observa que en los pacientes psicósomáticos existe una constelación edípica específica en la que el padre es casi ausente en el mundo simbólico de la madre y el niño, por lo que con la madre hay un vínculo extremadamente cercano y su imagen se vuelve peligrosa y absorbente. Pese a esto, los pacientes aparentan haber alcanzado una organización edípica con posibilidad de vivir una sexualidad y vida social adulta, en cambio, el niño recurre a una autonomía precoz con una objetivación prematura de los primeros objetos. La imago materna y la fantasía articulada alrededor del cuerpo de la madre se escinde en promesa de vida y amenaza de muerte debido, en gran parte, a contradicciones inconscientes de ambos padres.

En la “histeria arcaica” (Mc Dougall, 1989) no hay amenaza de castración sino amenaza a la pérdida de uno mismo al quedar fusionado con la madre. En la relación con la madre, existe un cuerpo para dos en el que la madre, en función de su propio mundo interno no llega a crear para su bebé la ilusión de que la realidad externa e interna son una misma

cosa para después desilusionarlo y lograr que su bebé pueda diferenciarse e individualizarse. Para el niño es muy difícil adquirir el sentimiento de identidad que le da posesión de su cuerpo, de sus emociones y capacidad para pensar. Con la premisa que plantea que el síntoma somático tiene que ver con experiencias ocurridas antes de la adquisición de lenguaje, se ha desarrollado el término de “protolenguaje” (Mc Dougall, 1989) en el que el mensaje tiene un sentido pero que no es verbal ni simbólico.

Joyce Mc Dougall retoma el concepto “prohibición de pensar” (Aulagnier, 1980) planteando que las prohibiciones prematuras de gestos, movimientos y expresiones espontáneas de emociones son causadas porque despiertan afectos intolerables para la madre y son captadas por el bebé desde lo arcaico. Tras estas prohibiciones se genera la prohibición de representar determinadas zonas o funciones biológicas y de sentir placer pues esto podría causar que se rompa la unidad madre-hijo que despedazaría al niño; cualquier evidencia de separación genera pánico con la fantasía de que el cuerpo propio está bajo el control del otro.

La disfunción psicósomática es la respuesta a todo tipo de conflicto; el órgano o función actúan supletoriamente ante acontecimientos dolorosos cuyas representaciones son expulsadas. Nemiah y Sifneos (1970) basados en la teoría neurobiológica, llaman alexitimia al déficit estructural que incapacita al sujeto para experimentar sentimientos y expresarlos predisponiéndolo a padecer enfermedades psicósomáticas, es decir, la respuesta emocional es evitada y transformada en una respuesta física logrando que el sujeto sólo perciba el dolor pero no pueden describirlo. El dolor es el puente privilegiado entre la psiquis y el soma que permite al individuo pedir ayuda, su ausencia pareciera que denota salud, sin embargo la total ausencia de sufrimiento puede ser debido a que no se tolera su presencia porque es vivido como una herida narcisista; en la alexitimia se generan casos de confusión entre sensaciones y afectos imposibilitando que el dolor pueda actuar como una señal de alarma para una adecuada intervención.

Concluyendo lo anterior, recurrimos al pensamiento de Meltzer (1963 citado en Puig, 2009) que denomina lo psicósomático a la psicopatología resultante del

antipensamiento en el que existen distintos fenómenos evacuatorios con incapacidad para tolerar el dolor mental generado por experiencias emocionales como el contacto con el objeto, su pérdida, una herida narcisista o la incertidumbre que genera el conocimiento.

Resumiendo algunas de las características de los pacientes psicósomáticos y recopilando las contribuciones de diversos autores encontramos que los sujetos presentan:

- Deterioro en verbalizaciones de las emociones y alteración en la expresión verbal y simbólica en los pacientes (Ruesch, 1948).
- Dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional (Nemiah, 1977).
- Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas (Otero, 1992).
- Postura rígida y rostros inexpresivos; su discurso es aburrido y repetido con preocupación por “las cosas” (Nemiah y Sifneos, 1970).
- Organización muy primitiva preverbal y pregenital (Nemiah y Sifneos, 1970).
- Personalidades infantiles (Ruesch, 1948); no hay elaboración psíquica ni material reprimido por lo que “el paciente no tiene posibilidad de procesar y elaborar el dolor psíquico” (Bekei 1996;12). No desarrollan adecuada individuación. Los tipos de personalidad más frecuentes son introvertidos, pasivo-agresivos y pasivo-dependientes (Krystal, 1979).
- Pensamiento operatorio que es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos (Otero, 1999).
- Incapacidad de soñar pues entre las funciones del sueño podemos señalar la liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. Pues bien, en estos sujetos, dada la desvinculación abismal respecto a su inconsciente no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio. (Nemiah y Sifneos, 1970; Otero, 1999).

- Apariencia de normalidad psíquica aunque tiene una hiperadaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas. En psicoterapia muestran una pseudonormalidad con logros y éxitos sociales sobreadaptados a las realidades externas pero alejadas del mundo interno y vida emotiva (Nemiah y Sifneos, 1970; Otero, 1999).
- Fantasía de fusión con la madre que dificulta la capacidad de integrar el cuerpo y sentirlo como propio. (Mc Dougall 1989). Tienen relaciones de dependencia hacia el objeto primario y relación narcisista con la madre.
- La imago paterna está ausente (Nemiah y Sifneos, 1970; Mc Dougall, 1989).
- “Pseudoadaptación social” con relaciones sociales muy dependientes o evitativas con falta de empatía (Krystal 1979). Las relaciones objetales son carentes de afecto, su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. El psicósomático es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos (Otero, 1999).
- Desafectación y alexitimia que rigen su proceso de pesar e interactuar (Mc Dougall, 1989).
- Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y no poder simbolizar se complica la introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas (Krystal, 1979). El alexitímico en particular que se encuentra en situaciones interpersonales difíciles, en las que se requiere del manejo de las emociones, se siente frustrado al no poder expresarse y comprenderse adecuadamente y recurre a manejar el problema analizando interminables detalles (característico del pensamiento operatorio) o directo en el cuerpo.

### 2.3 Enfermedades psicosomáticas

El fenómeno psicosomático busca el equilibrio psíquico aunque es una solución auto agresiva que amenaza con la enfermedad y/o muerte. Ricardo Rodulfo (1995) recalca que la enfermedad psicosomática es:

“Un misterio siniestro. Poco se sabe de estas enfermedades y lo que se sabe es por lo menos siniestro; son un grupo de enfermedades que atacarían al sujeto del inconsciente por detrás, no por el significante, sino por algo que estaría antes y sobre lo cual el significante se apoya y lo hace quitándole apoyo al yo en el lugar en el cual el yo más lo necesita, como su lugar débil, su flanco débil. Si necesita aire, tendrá asma, si necesita evacuar, tendrá colon irritable; si necesita digerir tendrá ulcera; he ahí algo siniestro, si necesita ser flaco, estará gordo, si necesita estar gordo, adelgazará eternamente” (92).

D. Anzieu en 1974 publica el texto “El yo – piel” en el que describe la importancia de la piel como envoltura ya que por medio de las experiencias de contacto inicial con el cuerpo de la madre se comienza a formar el psiquismo del bebé. Determina que la piel posee una primacía estructural sobre los otros sentidos y que tiene funciones 1) como sostén músculo-esquelético y de holding materno que luego va a interiorizar; 2) como continente; 3) como protección de la excedencia de estímulos (el bebé requiere equilibrio para no caer en los extremos de un desborde persecutorio o de estar en un caparazón que lo aísla sin contacto); 4) como constancia en la presencia y seguridad; 5) como individualidad demarcando un contorno propio; 6) como receptor y transmisor sensorial que permite comprender sentidos y encontrar coherencia; 7) como una vía para el placer y para el dolor contemplando la plenitud y el vacío; 8) como función de inscripción de huellas sensoriales táctiles; 9) finalmente como camino para la inscripción de significados atribuibles a las experiencias atravesadas por el yo- piel. Para este autor, las funciones del yo- piel son las que sustentan el necesario apego del niño a su madre, en un vínculo recíprocamente gratificante que aseguran al bebé en su idea de ser y de existir en un continuo.

Anzieu señala que todas las funciones precedentes están al servicio de la pulsión de apego y que a falta de una descarga satisfactoria esta envoltura erógena puede transformarse en envoltura de angustia. El individuo convertido en adulto puede no sentirse con la seguridad suficiente como para comprometerse en una relación sexual completa. Si los orificios sexuales no han sido lugar de experiencias erógenas placenteras puede reforzarse la representación de un Yo-piel agujereado; derivar en patologías que privilegian el dolor como fuente de placer. Reconoce que el yo-piel tiene una antifunción al servicio de Thanatos, que tiende a la autodestrucción de la piel y del Yo pues se ha descubierto que los fenómenos autoinmunes el organismo vivo vuelve contra sí mismo su capacidad de rechazar lo extraño.

Anzieu confirma que la medicina psicosomática ha descubierto una inversión de las señales de seguridad y de peligro pues la familiaridad en lugar de ser protectora y tranquilizante se rechaza como mala; la confianza en el funcionamiento natural del organismo está destruida o no ha sido adquirida: lo que es bueno en la vida se percibe como peligro mortal, se confunde sueño y vigilia, realidad e irrealidad, animado e inanimado, predomina la pulsión de autodestrucción.

Tras varios años de investigación se ha encontrado una amplia gama de enfermedades psicosomáticas tales como; asma, enuresis, migraña, insomnio, problemas de la piel como alergias y dermatitis, trastornos digestivos, anorexia, irregularidades o dolores premenstruales, enfermedades autoinmunes, úlcera péptica, hipertensión, enfermedad de la tiroides, colitis ulcerosa, etc. A continuación se desarrollarán algunos puntos importantes sobre dos enfermedades que se trabajarán en la presente tesis.

### **-La Artritis reumatoide**

Es una de las enfermedades más estudiadas por la medicina psicosomática por pertenecer a la rama de las enfermedades autoinmunes (Dunbar, 1965). El sistema inmunológico es el encargado de discernir lo propio de lo ajeno para atacar este último. El organismo en las enfermedades autoinmunes no cumple esta función y desconoce lo propio por lo que lo ataca.

Yufera y Wolfberg (1993) trabajan ampliamente este tema y explican que en las enfermedades autoinmunes participan factores hormonales, genéticos y psicológicos en diferentes proporciones, sin embargo, casi siempre se disparan por un factor emocional como pérdidas y duelos objetales y/o narcisistas. Por ello, la adolescencia es uno de los momentos de mayor vulnerabilidad pues algunos adolescentes se encuentran imposibilitados para continuar su desarrollo pues les abrumba la sexualidad y el cuerpo genital que no está integrado psíquicamente, tomando nuevamente lo propio como ajeno y desarrollando la enfermedad psicósomática.

En cuanto al funcionamiento psíquico y a la organización del yo en estos pacientes:

- Predominan mecanismo de defensa como la desmentida, la disociación y el pensamiento mágico omnipotente sin capacidad de sublimación.
- No hay discriminación generacional pues la paternidad está invertida y el hijo corre el rol protector.
- Tiene déficit en la construcción del self con vivencias de despersonalización y pobre imagen corporal con el cuerpo erógeno desinvertido.
- La angustia de castración es reemplazada por angustia de “Intrusión-Separación” sin capacidad para representar la ausencia.
- La agresión hacia el objeto recae sobre el sujeto.

### **-Enuresis y encopresis**

La encopresis y la enuresis han sido muy estudiadas por la medicina psicósomática y han sido nombradas dos de las enfermedades psicósomáticas con mayor claridad para evidenciar la influencia psicológica.

La enuresis es la falta de control de esfínter vesical que genera incontinencia urinaria. Psicológicamente se relaciona con violencia y maltrato familiar. Se divide en (Ajuriaguerra, 1990);

- Enuresis nocturna que es la más común y tiende a presentarse relacionada con terrores nocturnos o trastornos del sueño.

- Enuresis diurna, se encuentran pocos casos reportados de este tipo de enuresis en niños mayores de 7 años. Tiende a presentarse la incontinencia en situaciones de gran estrés o mayor ansiedad.

La encopresis es la defecación involuntaria en niños mayores de cuatro años que ocurre periódicamente tras intervalos prolongados de no evacuación. Los niños se ensucian o defecan en sitios inusuales y exóticos. Por definición (Bekei, 1992) se divide en:

- Encopresis continua en la que el niño nunca logra el control de esfínteres. Normalmente el niño es hijo de una familia cargada de problemas sociales y económicos, que vive en medio de pobreza y suciedad. La suciedad del niño en cierta forma encubre la suciedad general del ambiente. Los padres son tolerantes al síntoma y no buscan ayuda pues piensan que es una enfermedad congénita. Tiende a haber desinterés de la madre en la educación del niño. El niño es impulsivo y se mantiene infantil.
- Encopresis discontinua es aquella en la que el niño logra el control de esfínteres por un periodo de su vida y vuelve a perderlo en algún punto. El niño suele ser obsesivo, hijo mayor de una familia en que el problema de los padres gira compulsivamente en torno a la limpieza y suciedad, orden y caos. Es muy inhibido en su vida emocional y logró el dominio de los esfínteres sometiéndose a una educación exigente con insistencia materna y gran severidad. Pierde el control en un momento crítico, cuando la relación con la madre pelagra, frecuentemente al sentirse desplazado y no poder expresar su dolor ni protesta. Reclama la atención con una actitud infantil regresando a una etapa anterior de su vida en el que ensuciarse era natural pero ahora es una agresión a la madre. Esta conducta es también fomentada por la actitud materna quien tiene una relación sadomasoquista con el hijo y con el marido que tiene una patología similar. La madre divide el mundo en bueno y malo, sucio y limpio. El niño es su víctima tratado como una parte suya sucia y mala en quien canaliza su ambivalencia respecto de la suciedad. El niño se avergüenza de su falta de control y es un secreto que lo angustia y trata de esconder.

### **Tema 3. Más allá de la enfermedad**

*“Un síntoma corresponde con toda regularidad a varios significados simultáneamente... puede expresar varios significados sucesivamente...”*

*(Freud 1905)*

#### **3.1 Beneficio secundario de la enfermedad**

Freud observó que pese a que el síntoma es un huésped indeseable, no es extraño que el yo quiera sacar ventaja también de la condición de enfermo y la persona se sirva, consciente o inconscientemente, de sus síntomas para obtener un beneficio de sus padecimientos. A esta función del síntoma la llamó “ganancia secundaria” diferenciándola de la “ganancia primaria del síntoma” que es la “salida económicamente más conveniente de un conflicto psíquico en un momento determinado de la vida de una persona” (Freud, 1905:102).

Estos beneficios fueron notorios en la expresión de varios pacientes de Freud (1895) ante el “automatismo de repetición” que es la continua remembranza en la que una y otra vez describían los sucesos dolorosos.

Esta doble y paradójica función del síntoma en la que, por un lado, existe sufrimiento, por otro, satisfacción, lo llevó a replantear sus conceptos sobre el principio del placer en el que sostenía que el aparato psíquico se regía por éste, buscando la reducción de los niveles de tensión que son los orígenes del displacer. Tras un prolongado análisis, postuló la “pulsión de muerte” que se encuentra “más allá del principio del placer” (Freud, 1922).

Las defensas de la pulsión de muerte ante eros pugnan por vivir lo más rápida y completamente posible la tensión vital de las fuentes pulsionales y conducir en consecuencia hacia la inercia. La estrategia defensiva puede apuntar tanto a la descarga inmediata de cualquier tensión libidinal no desexualizada como al vaciamiento del conjunto de las tensiones erógenas.

Ante la presencia de la pulsión de muerte, Freud (1924) pone en cuestión al principio del placer como guardián de la vida pues lo que es placentero para un sistema puede ser displacentero para otro por lo que postula tres tipos de masoquismo que evidencian la enigmática aspiración masoquista en la vida pulsional de los seres humanos. El masoquismo erógeno es constitutivo; el masoquismo femenino se basa en las fantasías sádicas que se suscitan y la posición pasiva que adoptaba el sujeto ante situaciones de violencia; y finalmente el masoquismo moral, que define como: “la reversión del sadismo hacia la persona propia ocurre regularmente a raíz de la sofocación cultural de las pulsiones” (Freud, 1924:175).

Para encontrar la relación del masoquismo y lo psicossomático, se retoma a Anzieu (1996) que enuncia el término de “apego al negativo” que es aquello que combina una experiencia negativa del apego y una fijación a objetos de amor que responden negativamente a las demandas de ternura que les son dirigidas.

Aunado a esto, André Green (1983) plantea a partir del complejo de la madre muerta, que la falta de respuesta de la madre en los momentos primarios conduce a un estado en el cual lo negativo es real y se impone como una relación objetal organizada, independiente de la presencia o ausencia del objeto, aquí se presenta el imperio de la pulsión de muerte.

Este tipo de desinvertimiento materno, que es desobjetalizante, conduce a los distintos modos de apego al negativo. Ante esta situación, se produce en el recién nacido la posibilidad de una repetición autocalmante que opera como defensa contra los efectos de la propia pulsión de muerte no ligada, dejando una marca en el tipo de masoquismo erógeno. Posteriormente, en el momento en que se presenta el trauma por la ruptura del equilibrio interpulsional e intercorporal, se inicia un momento de desorganización y se desmantelan los recursos psíquicos por lo que se llega a lo somático. Con esto se puede comprender, que la enfermedad resulta beneficiosa para el sistema psíquico pues logra liberar la energía desde el masoquismo y su ligazón con la pulsión de muerte.

Por otra parte, Lacan (1966) desarrolla ampliamente el concepto de goce que está íntimamente ligado al registro de lo real y que responde a estas dos vertientes del síntoma analítico: como mensaje a descifrar y como una manera de gozar. El goce escapa al orden simbólico, es imposible de compartir, inaccesible al entendimiento y opuesto al deseo. El deseo pasa por la regulación del significante y de la ley, el goce no. El placer calma, el goce desconcierta, el placer hace sentido, el goce revela el ser. Lacan en el Seminario Psicoanálisis y Medicina (1966), cita:

“Lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente, hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada” (25).

Es porque hay goce que el enfermo se aferra a la enfermedad, derrotando al médico y a la ciencia. Es por el goce que hacemos sangrar la herida sin poder alejarse del recuerdo traumático, de la evocación dolorosa que ataca desde adentro que nos paraliza y nos hace girar en el mismo lugar, de la misma manera.

Pese a que muchos de los estudios sobre este aspecto y la psicopatología se desarrollaron tras la muerte de Freud, él ya mencionaba en 1915 un caso en el que existía una gran resistencia por avanzar en el proceso médico, esta resistencia enseña que:

“el propósito del enfermo de abandonar la enfermedad no es tan cabal ni tan serio[...] se pinta en su rostro una particular alegría al hablar de su padecimiento. Sin duda alguna, (el paciente) se sintió en extremo desdichado cuando sufrió la mutilación[...] no podría trabajar[...] se vería forzado a vivir de la limosna. Pero desde entonces, lo que antes lo dejó sin la posibilidad de ganarse el pan se ha transformado en la fuente de su sustento[...]" (40)

Beneficios como éste también se presentan en el adolescente que enferma y que por ello, pese al dolor y diferentes nuevos desafíos se le presentan, también tiene grandes justificaciones para no tener que afrontar aquellos retos que la misma edad le exige. La ganancia secundaria por la enfermedad debe ser evaluada con precaución en los años infanto-juveniles (Ajuriaguerra, 1977).

Estos beneficios son innumerables y dependen de la realidad de cada paciente, sin embargo, se puede pensar que uno de los principales es la gratificación narcisista que le da un lugar en la vida y el hecho de permanecer en estadios regresivos e infantiles pues “cuando (el cuerpo) está cargado de una literalidad alejada de lo metafórico, el discurso sobre el cuerpo cumple con una función de suplemento tendiente a llenar un vacío. Esta modalidad es un discurso que obstruye cualquier tentativa de abordar los duelos” (Fischbein, 2008:216).

### **3.2 El duelo de los padres.**

La característica esencial del niño es el de depender y tener una absoluta necesidad de los objetos externos para poder sobrevivir y teniendo una sensación de estar diluido con el objeto.

Desde el punto de vista teórico desde los 12 años el ser humano tiene suficiente yo para autoabastecerse y poder manejar la realidad externa iniciando un proceso de independencia irreductible. Para ello necesita un ambiente que esté en condiciones de aceptarle su proceso de desprendimiento y así poder llegar a tener un “YO estructural-funcional lo suficientemente desarrollado como para autoabastecerse de forma total” (Carvajal, 1993: 32). Es en este momento que aparecen las grandes exigencias de libertad que buscan romper la fusión de su self con el objeto primario por lo que se hipercatectiza a sí mismo y a su cuerpo.

El adolescente empieza a competir en la vida sin necesidad de los padres y lucha por ser él y dejar de ser el “hijo de” sin saber que con esto también exigen a los padres

resignarse con su propia identidad, afrontarse a su propia vejez, reconocer sus limitaciones, restablecer sus objetivos y dejar de vivir en función de ser los “padres de” (Carvajal, 1993).

Cuando el niño es pequeño, quiere ser el centro del universo de los padres creando un ideal del yo basado en las características idealizadas de la madre y del padre. En la adolescencia el padre debe abandonar la idea de tener un hijo a su imagen y semejanza, el joven está solamente dispuesto a que lo guíen si piensan exclusivamente en él y cuando él lo solicite, “los padres deben dar pautas teóricas a través de respetuosas opiniones pedidas y no a través de aseveraciones y órdenes autoritarias, asumiendo el rol de único poseedor de la verdad y la experiencia” (Carvajal, 1993:52). “Solamente la capacidad de los adultos de recibir de buena manera el advenimiento de estas rupturas, que producen dolor en ellos, puede permitir un armónico desarrollo de los adolescentes” (Carvajal, 1993:33).

Gutton reconoce que “no hay crisis de adolescencia que no provoque una crisis parental [pues] surge en el interior de la familia un amante potencial, hombre o mujer, que es el niño púber; [y por esto...] ocurre una crisis en la pareja parental” (Gutton, 1993:30). En cuanto a la situación edípica antes señalada (véase tema 1); lo que transitan los adolescentes es también revivida por los progenitores que los acompañan con angustia esta etapa que los hace mirar hacia su propio cuerpo, el comienzo en las relaciones de noviazgo y el establecimiento de nuevas amistades de sus hijos, el juegos de nuevos roles en la vida de sus hijos siendo ahora acompañantes y no protagonistas, etc.

Esta metamorfosis adolescente en el hijo que condensa todos los traumas infantiles y que busca librarse del apego libidinal con la madre y la dominación ejercida por el padre a través de conductas de rechazo, resentimientos y hostilidad Muss (1994) genera un propio dolor, heridas narcisistas y proceso en los objetos primarios que son desplazados de objetos omnipotentes a objetos despreciados por el joven.

Respecto a esto, Carvajal (1993) plantea que los adolescentes no viven un duelo pues éste es caracterizado por la pérdida pasiva y no gratificante; en su lugar, llama crisis al proceso activo que viven los jóvenes durante la adolescencia en el que se retira la libido del

objeto y esta queda disponible para investir otros y encontrar la sustitución o la nueva relación con el objeto. Por otro lado, este autor reconoce que:

“los progenitores sí sufren abrupta y pasivamente la pérdida de un objeto gratificante: el niño y su entorno infantil y si suponemos además que sus gratificaciones adultas están en tener al niño como único objeto de sus necesidades eróticas en un plan regresivo, el advenimiento de la adolescencia rompe el equilibrio neurótico o la impreparación del progenitor y desencadena el duelo” (117).

Ahora bien, cuando el adolescente padece una enfermedad la situación tiende a dar un giro importante; el joven vive mayores y más continuas frustraciones al interactuar con el mundo exterior; requiere frecuentemente de la asistencia de los padres y regresa a ellos buscando la protección que los aliviaba en la infancia. Frente a esto los padres obtienen significativos beneficios secundarios y el duelo que se les presenta es más débil; Freud (1895) trabajando el caso de Elisabeth R nos sugiere que:

“Quien tiene la mente ocupada por la infinidad de tareas que supone el cuidado de un enfermo, tareas que se suceden en interminable secuencia a lo largo de semanas y de meses, por una parte se habitúa a sofocar todos los signos de su propia emoción y, por la otra, distrae pronto la atención de sus propias impresiones porque le faltan el tiempo y las fuerzas para hacerles justicia. Así el cuidador de un enfermo almacena en su interior una plétora de impresiones susceptibles de afecto” (175).

Es importante siempre recordar que el hijo puede funcionar como un síntoma de la madre por lo que ella no logrará tomar las medidas pertinentes para que el hijo pueda curarse; esto recuerda a la madre abismal y el hijo tapón que es quien sufre las enfermedades psicosomáticas respondiendo a las relaciones fusionales (Mc Dougall, 1989).

Como anteriormente se ha citado en el tema 2 (pag. 20), las imago parentales juegan un papel estructurante en la vida del joven por lo que si éste se desenvuelve en un ambiente enfermo, el fenómeno identificatorio con la patología familiar buscará el cumplimiento del

mandato transgeneracional y le exigirá cumplir con ciertas características para pertenecer a dicha familia. Haydee Faimberg (citado en Kaes, 1996) habla del “telescopaje generacional” que es la transmisión muda de tres generaciones en el psiquismo a través de un proceso de identificación inconsciente que resalta la importancia de lo no dicho en la transmisión entre generaciones. Un ejemplo de esto es el caso de Dora, trabajado por Freud de 1901 a 1905 y en el que se dilucidó que la paciente “se identificó con las dos mujeres amadas por el padre” (Freud, 1905:50), la Sra. K y su madre quienes padecían continuas enfermedades y con ellas obtenían la atención y cuidados del padre. Dora, en la plenitud de su adolescencia, se sirve de esto para ser ahora ella el objeto de preocupación y ternura del padre.

### **3.3 La relación de la familia psicósomática**

Mc Dougall (1999) en el texto “Familia y enfermedad somática” recalca que, si bien es conocido el papel protagónico que la familia desempeña en la estructuración de la subjetividad de un individuo, no menos importante es el que cumple en la construcción de la imagen corporal y en la unidad psicósomática que son dos organizadores fundamentales para garantizar, en alguna medida, la salud psicofísica a lo largo de la vida.

En el seno familiar se producen, en torno al cuerpo y sus representaciones conscientes e inconscientes, procesos esperables y otros de índole perturbadora que tendrían destacada participación en la instalación, desarrollo y/o recuperación de enfermedades somáticas. Este autor (Mc Dougall, 1999) refiere que

“la salud y la enfermedad (tanto somática como psíquica) si bien tienen su “locus” en el individuo, adquieren dimensionalidad a través de los vínculos interpersonales en el sistema, es decir, en la red vincular que une a los miembros de una familia [...] los estados de enfermedad y no-enfermedad (salud – no-salud), la aparición y el mantenimiento (de los síntomas) están en relación con la significación que se les asigna en la familia” (4).

Es imprescindible reflexionar en torno a ciertos mecanismos operantes en las familias, que contribuirían a la instalación de una tendencia a la “actuación somática” en uno o varios de sus miembros; y además, de intentar diseñar algunas hipótesis acerca de cómo puede conformarse desde la infancia una marcada predisposición a enfermarse orgánicamente. Instruye sobre la importancia de encontrar el sentido de la enfermedad para el sujeto y para la familia explorando ¿qué está diciendo el paciente a los demás a través de su enfermedad?, ¿qué modificación se produce en el sistema con la aparición de la misma? Y ¿a qué necesidad del sistema responde la presencia de la enfermedad?.

Otra excelente aportación de Joyce Mc Dougal (1999) es el concepto de "actuación somática" que tiene su antecedente en los sentidos tomados a los términos "agieren" usado por Freud, traducido al inglés como "acting-out", y "paso al acto" (o pasaje al acto). En el análisis, un acting out puede constituir un llamado, un desafío, una réplica que atestigüa un desfallecimiento del decir, que responde a una intervención en lo real o significa lo que resta intocado por la interpretación pero que a su vez está pidiendo acceso a la interpretación y a hacer lugar a la palabra.

Lacan (1999) estableció una marcada distinción entre acting out y pasaje al acto recalcando que está claro que ambas expresan mecanismos de últimos recursos contra la angustia, pero en el acting out el sujeto permanece en la escena, hay un mensaje, una apelación al Otro, mientras que el pasaje al acto supone una salida de la escena, una huida del Otro, donde la simbolización se ha tornado imposible. Basados en este punto se genera la expresión "actuación somática": algo que no puede entrar en el proceso simbólico de la elaboración se degrada a través de trastornos corporales.

Muchas actuaciones somáticas pueden suceder en familia pues varios mecanismos de defensa y "operaciones" para mitigar la angustia, conflictos de distinta naturaleza, traumas, etc., pueden ser adquiridos por identificación, donde los otros significativos son tomados como modelos.

En cuanto al entorno familiar, Bleger (1967), nos señala que la dinámica del grupo familiar se caracteriza por ser el reservorio de la parte psicótica de la personalidad de cada uno de sus integrantes, que se ha quedado en los niveles más inmaduros y regresivos y que se caracteriza por la no diferenciación entre yo y no yo, entre objeto interno y depositario; a esto lo denomina simbiosis. Este mismo autor clasifica varios tipos de grupos familiares dentro de los que es interesante resaltar la familia hipocondríaca que surge como reacción de fuga frente a una simbiosis patológica donde el individuo es absorbido por el intragrupo; esto implica un déficit en el desarrollo de la personalidad y responde al mismo conflicto a través de la enfermedad psicósomática.

Según estudios realizados en la Universidad de San Buenaventura, Cartagena (Acuña, Herrera y Nobles 2005), las familias con pacientes psicósomáticos presentan un estado de aglutinamiento, cada uno de los miembros manifiesta tendencia intrusiva en los pensamientos, sentimientos, acciones y en la comunicación con los otros; la autonomía es escasa; los límites generacionales e interindividuales son débiles. En estas familias predomina la sobreprotección; por ello cuando el paciente asume el compromiso somático, la familia se moviliza para protegerlo y a menudo sofoca en este proceso muchos conflictos intrafamiliares.

Otra de las características es su rigidez, son resistentes al cambio, niegan los conflictos y no hay más problema que la enfermedad del paciente. En un sentido dinámico los vínculos familiares se pueden postular en una falla de narcisización así como en la posibilidad de corte respecto de los miembros de estos y de sus familias de origen. La narcisización implica la erogenización del cuerpo del niño como el reconocimiento de la diferencia y el límite entre el cuerpo propio y el cuerpo del otro. El paciente psicósomático está separado de lo que debió estar unido psique-soma y está unido aquello que debió separarse cuerpo propio cuerpo del otro.

La función materna se halla fallida desde una doble perspectiva; por un lado, crea un vínculo libidinal con el infante pero también lo ubica en el lugar de objeto de deseo en tanto aquel sostenga permanentemente los ideales narcisistas del otro (familia). Esta

función materna se personifica como un lugar omnipotente permanente, hay una complicidad desde la función paterna y filial donde existe una única legalidad: la materna. Si hay un intento de separación la madre es quien sufre esta angustia de separación (y no el bebé) por lo que se perturba el normal desarrollo de separación-individuación. El cuerpo pone de manifiesto la no separación entre el yo y el otro, es decir, la falla de la función de corte.

En la historia familiar, tiende a haber un momento de ruptura severa con el objeto de amor pese a que las características familiares ya mencionadas se mantienen.

Según Acuña, Herrera y Nobles (2005), para el paciente psicósomático:

“Todos estos eventos traumáticos vivenciados desde su nacimiento, no tramitados y que reaparecen en su edad adulta, refieren a un individuo patológico que tomó su enfermedad y el significado como el soporte que le permite ser reconocido: prolonga ese estado de enfermedad que le resulta beneficioso; por ello, si ante la pérdida de su salud elabora un duelo, rompería eso que construyó y que le da un lugar que le fue negado” (208).

En los pacientes psicósomáticos pareciera que el cuerpo le dice al yo, a la familia y a los otros: ¿Me escuchan? busca hacerse oír y los demás pueden registrar el dolor pero no la causa. “Esta enfermedad tiene algo de grito o de murmullo rumiante y doloroso sin significante, sin palabra que permita entender. Grito que no sale por la voz [...] más allá del autoerotismo, en la repetición de una falla que se hace autoerótica” (Rodulfo, 1995: 97). La enfermedad que es utilizada en los sujetos como una prótesis narcisista también les sirve como actings para llamar al otro y que resultan ser vitales para la obtención de beneficios secundarios que los equilibra; “el enfermo es atendido, de manera que lo que no fue en un momento tramitado en palabra se convierte en acto que se repite constantemente” (Mc Dougall, 1999:207).

La relación con los hermanos en todos los seres humanos tiene contrapartes importantes pues dentro de una familia también “están los otros hijitos... que a uno no le gustan por toda clase de razones pero principalmente porque debe compartir con ellos el amor de los padres... hay que ver cómo se atrae la cuota de ternura que los padres” (Freud, 1919:184).

Kancyper L. (1995) introduce el término de Complejo Fraternal que es un conjunto organizado de deseos hostiles y amorosos que el niño experimenta respecto a sus hermanos. Nos explica que existen cuatro funciones de este complejo fraternal: a) La función sustitutiva se presenta como una alternativa para remplazar y compensar funciones parentales fallidas. b) La función defensiva pues encubre situaciones conflictivas edípicas y/o narcisistas no resueltas. c) la función elaborativa que apoya a la superación de los remanentes normales y patológicos del narcisismo y de la dinámica edípica que se presentan a lo largo de toda la vida. d) la función estructurante pues tiene un carácter fundador en la organización de la vida anímica del individuo, de los pueblos y de la cultura.

Recalcando algunas notas de Freud (1905) en el caso de Dora, podemos rectificar que:

“A menudo, los motivos para enfermar empiezan en la infancia, la niña hambrienta de amor que de mala gana comparte con sus hermanos la ternura de los padres observa que esta vuelve a afluirle si ella enferma y causa inquietud en los padres. Ahora conoce un medio para granjearse el amor de sus progenitores, y se valdrá de él tan pronto como disponga del material psíquico para producir una enfermedad... cuando la niña se ha hecho mujer vuelve a ocuparlo... La única arma que le queda para afirmarse en la vida es la enfermedad” (40).

### **3.4 Mecanismos de defensa, crisis de la adolescencia y la enfermedad.**

Durante la labor de duelo surgen defensas cuyo fin es negar la pérdida de la infancia. En el proceso adolescente “el self debe hacerse cargo de sus actos y de sus funciones (...) el ambiente que no facilita estos procesos crea la sensación confusión que no va a permitir el desarrollo de un ser cada vez más independiente, sino que lo deja, ante todo que su

reacción inconsciente fusionada al objeto (madre), confundido con él, indiferenciado”. (Carvajal, 1993:72).

La adolescencia es momento de crisis y Pearson (1975) asegura que:

“En ningún otro momento de la vida del individuo se percibe con tanta claridad el conflicto entablado entre el deseo de ser un bebé y dependiente y la necesidad de ser grande, activo e independiente. Los actos que ponen de manifiesto el deseo o la necesidad, no son otra cosa que repudiaciones de la realidad y la tentativa de reemplazarla por el cumplimiento del deseo, lo que es casi igual a los esfuerzos que realiza el bebé por obtener gratificaciones alucinatorias”. (33)

Pedreira y cols (2001) relatan que en la adolescencia la preocupación por el cuerpo: su aspecto, la imagen corporal, el poseer un cuerpo sano y fuerte son temas de una gran sensibilidad y estos temas se relacionan con temores hipocondriacos y narcisismo del adolescente. Las quejas corporizadas ante determinadas situaciones emocionales o de estrés frecuentes son: los síntomas de ahogo acompañados de síntomas cardio-circulatorios como sensación de taquicardia, abdominalgias, las cefaleas y las artralgias; a veces acompañados por signos clínicos de tipo neurovegetativo como: sudoración, palidez, sensación de escalofríos, sensación nauseosa con o sin vómito; alteración del sueño y miedos nocturnos; alteraciones de la ingesta alimenticia, acné juvenil y otras afecciones dermatológicas, entre otros.

“La presentación somatizada en la adolescencia no solo traduce un síntoma o un grupo de ellos, sino que remite a una forma de reaccionar y es una forma de expresión de los trastornos psicopatológicos en esta etapa de la vida... Hemos defendido la existencia de una organización psicosomática como forma de expresión del funcionamiento psicológico y psicopatológico en la adolescencia” (Pedreira, et. al. 2001: 37).

El joven tiene que adaptarse a un mundo adulto que ya está construido y con su capacidad emplear los dispositivos existentes para lograr sus satisfacciones básicas (Knobel, 1992). En ocasiones los dispositivos con los que cuenta son limitados y existen grandes conflictos intrapsíquicos ante las continuas demandas del ello y las exigencias del superyó; ante esto, el yo responde a través de diversos mecanismos de defensa. Ana Freud (1961) recapitula que en la adolescencia se presentan principalmente los siguientes mecanismos de defensa presentados en orden creciente de gravedad.

- 1.- Defensa por desplazamiento de la libido de las figuras parentales a nuevos objetos.
- 2.- Defensa por cambio de afecto, es decir, se cambia el amor por el odio, la dependencia por rebeldía, la admiración por la burla. Se refuerza la oposición compulsiva intentando separarse de las figuras parentales pero quedando fijado a través del odio.
- 3.- Retiro de la libido hacia el self pues hay un retorno de la libido del objeto a libido narcisista. Surgen ideas de grandeza y poder ilimitado. Cuando la libido se adhiere al cuerpo aparecen preocupaciones corporales, tendencias hipocondríacas y la prominencia a la somatización.
- 4.- Defensa por regresión; esta identificación primaria con los objetos implica la pérdida de límites bien definidos entre el self y el objeto, el resultado es la confusión y la pérdida de identidad.
- 5.- Represión que se presenta cuando todo fracasa y se requiere de la defensa más primitiva en la que se suprime toda gratificación pulsional. Es una respuesta del yo ante la sensación de perder su organización y este ascetismo involucra incluso a las necesidades más comunes del cuerpo.

En el paciente psicossomático se presentan características regresivas patológicas. Respecto a esto, Ana Freud (1961) confirma que existe una constante regresión en el ser humano que actúa como principio del desarrollo normal pues reactiva los mecanismos de defensa; por ello, la adolescencia es una segunda oportunidad ofrecida por el desarrollo para revivir los conflictos y las fijaciones infantiles y darles una mejor solución. Blos (1979) menciona que en esta época existe un movimiento entre la regresión y la progresión para resolver fijaciones previas y ensayar nuevas capacidades yoicas contribuyendo así a la

reestructuración del aparato psíquico. Normalmente, “la regresión es tanto pulsional como yoica y puede efectuarse sin temor a la pérdida de cohesión del self” (Blos, 1979: 119).

El riesgo patológico de este tema se presenta cuando se produce una fijación en la que se regresa a un funcionamiento infantil para resolver los conflictos o relacionarse con el objeto como se presenta en los pacientes con enfermedad psicosomática. “Esta fijación implica una estructura rígida o la pérdida de cohesión por regresión a un estado primitivo de desintegración” (Puig, 2009:54).

En cuanto al proceso psicoterapéutico de pacientes con características psicosomáticas podemos retomar a Kraissler (1985) que proponen que la psicoterapia debe neurotizarse al paciente psicosomático y ofrecen algunos aspectos definidores: respetar el encuadre buscando introducir la Ley simbólica desde la realidad; favorecer el proceso de simbolización estimulando el lenguaje y juego terapéutico; procurar espacios diferenciados para el paciente y para la familia; tener cuidado al realizar señalizaciones terapéuticas para evitar las descompensaciones somáticas del cuadro clínico, contemplar las aportaciones de las técnicas de consulta-terapéutica y la psicoterapia focal que resultan de gran utilidad; también la interconsulta entre médico y Psicoterapeuta suele ser de gran utilidad y eficiencia; y finalmente, la supervisión de los casos y las discusiones clínicas, representan la culminación técnica en estos complicados casos.

## **CAPÍTULO II. MÉTODO**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde Descartes se ha pensado en una visión dualista del hombre compuesto por la “res cogitans”, el pensamiento y la “res extensa”, el cuerpo. Sin embargo, la influencia que tiene la psique en el cuerpo se apartaba del interés de la ciencia y se dejaba este tema a la brujería y las religiones. Freud (1890) ya exponía que: “La relación entre lo corporal y lo anímico es de acción recíproca pero en el pasado la relación de lo anímico y el cuerpo halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica dejarían de atizar el terreno seguro de la ciencia” (116). Pese a que esta situación en la actualidad ha ido cambiando y los estudios del fenómeno psicósomático se han hecho de un importante lugar en las disciplinas psi (Psicología, psiquiatría y psicoanálisis); aún existen extravíos y vacíos en varios aspectos que deben ser contemplados. Poco se ha hablado de los desafíos que viven los jóvenes que padecen una enfermedad psicósomática pues, aunado a los duelos del proceso adolescente, estos jóvenes deben afrontar los retos propios de la enfermedad.

Con esta difícil situación transitan su adolescencia Ariel y Ralph, dos jóvenes de 18 y 13 años respectivamente que padecen enfermedades psicósomáticas en las que el cuerpo se ha vuelto el campo de la palabra y éste ha complejizado cada uno de sus pasos. “Un adulto normal tiene conciencia de su yo desarrollado y self diferenciado, suficientes como para no vivir dependencias infantiles” (Carvajal, 1993:32) no obstante la artritis de Ariel y la encopresis que presenta Ralph los han mantenido practicando conductas que no les permiten trascender las características infantiles para adquirir aquellas que los lleven a la independencia y autonomía.

Algunos casos en los que se evidencian estas situaciones en Ariel y Ralph son las complicaciones para establecer amistades y lazos exogámicos fuertes pues tienen poca convivencia con jóvenes de su edad debido a las limitaciones físicas que presentan y al secreto que ocultan ante situaciones vergonzosas causadas por su enfermedad. En cuanto a la conformación de la identidad existen varios avatares en estos jóvenes que se han

identificado con padres enfermos y han conformado un ideal del yo con mensajes ambivalentes respecto de la enfermedad que, los limita en la exploración y ensayo de diversas identidades y a la vez les presta una pseudoidentidad con la que pueden presentarse al mundo sin necesidad de buscar la propia.

Por otra parte, la adolescencia, como puente entre el polimorfismo de la sexualidad infantil y la genitalidad de la sexualidad genera un importante desconocimiento del cuerpo. En estos jóvenes, existe un mayor extrañamiento sobre éste que se vive como ajeno e imposible de controlar pues médicos, psiquiatras y profesionales de la salud son quienes dirigen y manipulan los procesos orgánicos, mientras que los jóvenes, desconociendo de por sí los nuevos caracteres que les pertenecen, no entienden ni pueden explicarse el funcionamiento de su cuerpo quien les roba el protagonismo y no permite ser dominado.

Aunado a esto, se encuentra un intrigante y en ocasiones desconcertante aspecto que el psicoanálisis, a diferencia de otras disciplinas, logra vislumbrar y refiere al beneficio y goce que implica padecer una enfermedad. En la adolescencia, etapa de severas crisis, el psiquismo se arma de cualquier herramienta que le sea accesible para afrontarla e incluso regresar a estadios de mayor placer. Por otra parte, los padres y la familia a la que pertenece el paciente psicósomático, pese a que comúnmente busca el alivio del joven, también tiende a tener importantes satisfacciones en presencia de la enfermedad que mantiene al joven arraigado al hogar y limitado a independizarse.

Ante esto, la labor del psicólogo es encontrar el vértice de estas líneas que se yuxtaponen para ofrecer así una visión que permita al sujeto y a su familia delimitar lo que le corresponde a cada uno en la relación familiar y en la relación con su propio cuerpo para promover una construcción psíquica más favorable. Para ello es necesario realizar un amplio análisis de la historia clínica y familiar de cada uno de los pacientes y “co-pensar con el paciente” (Vliegen, 2009:167) sobre las diversas vicisitudes que existen en cada uno de los síntomas.

Ahora bien, buscando conseguir lo anteriormente puntualizado y recordando que la psicoterapia psicoanalítica abre la posibilidad de un desciframiento del goce por el camino de la palabra en la historia del sujeto surge la pregunta, ¿será que la presencia de enfermedad psicosomática en Ralph y Ariel contribuye a que los duelos adolescentes que permiten la individuación necesaria para el paso a la adultez se transiten con mayor dificultad?

Tras analizar las vicisitudes que se presentan en un adolescente con trastorno psicosomático, desde mi perspectiva, se considera como supuesto que: *“la presencia de características psicosomáticas en Ralph y Ariel les dificulta la individuación necesaria para transitar a la adultez”*.

## **DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS**

- **Duelos Adolescentes:** son los duelos generados ante la pérdida de las características infantiles y la necesidad de afrontar las crisis que devienen en la etapa adolescente en la que hay un incremento de libido, reestructuración psíquica tras revivir los traumas infantiles, cambios físicos, etc. Los tres principales duelos trabajados por Aberastury y Knobel en 1988 son: a) el duelo por el rol y la identidad infantil que obliga al adolescente a renunciar al estado de dependencia hacia los padres y a asumir responsabilidades; b) el duelo por los padres de la infancia que estaban idealizados y se percibían como omnipotentes; y c) el duelo por el cuerpo infantil perdido cuando el púber se encuentra como espectador pasivo frente a lo que le ocurre en su organismo. Estos duelos generan crisis difíciles de transitar y el adolescente empleará de todas sus herramientas para afrontar esta etapa, incluyendo sus mecanismos de defensa que pueden tender a la regresión y fijación.
- **Enfermedad psicosomática:** es la presencia de enfermedad en el cuerpo devenida porque la construcción arcaica del psiquismo fue incompleta ya que en la primera infancia la relación con la madre fue absorbente y dificultó la individuación del niño

generando incapacidad para poner en palabra las emociones y utilizando al cuerpo como vía de comunicación y exteriorización del mundo interno. Es distinto a lo conversivo en el que existe un significado que está manifestando lo interno; en lo somático el cuerpo no representa sino que ocupa el lugar de un pensamiento que no se llega a constituir.

- Individuación: es la separación simbólica de los objetos primarios que sostienen narcisistamente al sujeto y de los cuales depende, pues aún no cuenta con los recursos necesarios para diferenciarse y sostenerse. Lograr la individuación determina una identidad propia y permite lograr un sentido real del sí-mismo que impregna cotidianamente en sus experiencias sociales.
- Adulthood: es el estadio que se presenta tras la elaboración de los duelos adolescentes. El adulto controla sus acciones; reconoce su cuerpo, lo controla, utiliza y domina de acuerdo a sus deseos; acepta y reconoce sus afectos y emociones; percibe la realidad con mayor objetividad y juicio; hay organización en su mundo interno y externo; es independiente, responsable y productivo; interactúa con los otros y contribuye a la sociedad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Demostrar que las características psicósomáticas en Ralph y Ariel contribuyen a que los duelos adolescentes se transiten con vicisitudes que dificultan la individuación necesaria para el paso a la adultez.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- Describir las características psicósomáticas presentes en los adolescentes y su familia.
- Mostrar cómo se vive la enfermedad en los adolescentes y su familia.
- Evidenciar los beneficios que existen en no lograr la individuación y cómo éstos refuerzan las características psicósomáticas.
- Analizar la dificultad de elaboración de los duelos adolescentes.
- Explicar cómo el rol del analista como tercero en la relación simbiótica con la familia y el trabajo terapéutico para desarrollar recursos psicológicos ayudó a los pacientes a iniciar la individuación.

## **TIPO DE ESTUDIO**

La investigación es cualitativa ya que a se hace énfasis en la subjetividad de los dos sujetos a estudiar, se basa en argumentación con lógica inductiva (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, P, 2006) y a través de las categorías psicoanalíticas trabajadas se establece una ilación lógica de los elementos incuantificables que han proporcionado los participantes a través del discurso y se busca llegar al resultado. Se ha elegido este tipo de investigación pues se busca descubrir y entender qué hay detrás del fenómeno investigado mediante la recolección de información detallada y a profundidad. (Ito & Vargas, 2005).

Ahora bien, para responder a las preguntas de investigación se implementa el método de estudio de caso y la técnica de análisis del discurso centrado en una dirección pragmática y semántica que analiza minuciosamente lo dicho por cada uno de los participantes durante el tratamiento realizado para reconocer la presencia del fenómeno estudiado en este discurso (Becker, 1974).

Como ya se ha puntualizado, los elementos prioritarios en la investigación son los discursos de los pacientes, por ello éstos son trabajados con carácter hermenéutico que posibilita comprender, entender o captar como una totalidad la cadena de sentidos parciales en un solo acto de síntesis (la psique). Pese a que es imposible reconstruir en su totalidad el mundo interno de una persona, Escalante & Páramo (2011) focalizan la labor en analizar profundamente el significado de los fenómenos humanos para lograr interpretación de los símbolos pues estudiar el significado es reconstruirlo, como la estructura inscrita en los productos de la actividad humana.

## **PARTICIPANTES**

Dos adolescentes en tratamiento de psicoterapia psicoanalítica atendidos en un centro de servicio psicológico. Uno de ellos, joven varón de 13 años que asiste a consulta llevado por su familia debido a las complicaciones presentadas por padecer enuresis y encopresis desde hace varios años. La otra paciente, mujer de 18 años que ha sido diagnosticada hace pocos meses con artritis reumatoide autoinmune y esta situación ha contribuido a generar grandes cambios en diversas áreas de su vida por lo que por interés propio asiste a terapia buscando herramientas para sobrellevar y comprender su nueva forma de vivir con la presente enfermedad.

## **INSTRUMENTOS**

### **Observación:**

Ésta es una de las herramientas principales de la investigación y en estos casos fue indispensable durante el tratamiento pues el lenguaje corporal, los gestos, vestuario dotaron en muchos momentos de información importante.

### **Entrevistas preliminares:**

En los primeros encuentros con los pacientes se logró recopilar información sobre el motivo de consulta, historia familiar, datos del desarrollo biológico y psíquico, etc. En el caso de Ralph en estas entrevistas se conoció a la familia personalmente y en estas entrevistas sus comentarios ampliaron la visión con la que se trabajó el caso.

**Sesiones psicoterapéutica:**

Al finalizar cada sesión se realizó el registro lo más textualmente posible de lo ocurrido con el fin de recopilar la información necesaria para la investigación. La secuencia de los temas, las contestaciones y los discursos de los pacientes se han tomado como referencias para el análisis.

**Pruebas psicométricas:**

Son instrumentos orientados a identificar, medir y evaluar las características intelectuales, axiológicas, de habilidades y de personalidad de los individuos, y de la misma persona en diversas circunstancias. En el centro de atención psicológica en la que fueron atendidos los pacientes se aplica obligatoriamente al ingreso las pruebas de:

- Inventario de Calidad de vida: que evalúa con un pequeño cuestionario la calidad de disfrute que tiene la persona en el área física, psicológica, en las relaciones sociales y en su ambiente.
- Inventario de ansiedad y de depresión de Beck: es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.
- Aunado a lo anterior a Ralph particularmente se le aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota que es una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su diseño está abocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

**Pruebas proyectivas:**

En el caso de Ralph se aplicaron pruebas proyectivas que son instrumentos clínicos que con frecuencia ponen de relieve datos relacionados con el modo en que el examinado ve, enfoca y maneja su mundo, sus ansiedades e inseguridades, sus dolores y deseos, sus ficciones, sus necesidades, sus bienes y sus carencias determinarán los elementos que los dibujos que

realice. Estas pruebas permiten una mayor comprensión de las motivaciones de la conducta ayudando al diagnóstico diferencial.

Las pruebas aplicadas fueron:

- El test de la casa/árbol/persona que es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual se puede realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad.
- El test de Rorschach creado por Hermann Rorschach. Consiste en una serie de 10 láminas que presentan manchas de tinta, las cuales se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración. Aporta datos muy importantes para la valoración de la personalidad y la detección de estructuras mentales. Se le considera una de las pruebas más completas.

### **Proceso terapéutico psicoanalítico:**

Proceso basado en la premisa de la existencia del inconsciente que es quien rige la existencia del ser humano. En este proceso terapéutico hay dos reglas fundamentales que son la asociación libre y la atención flotante. Laplanche y Pontalis (1993)<sup>1</sup> definen la psicoterapia analítica como “una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica religiosa” (p.24).

### **ESCENARIO**

Los procesos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de los dos pacientes se realizaron en un centro de atención psicológica del sur del Distrito Federal en el que se realizaron las prácticas profesionales de la Maestría en Psicología con Residencia de Psicoterapia para Adolescentes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **PROCEDIMIENTO**

Ambos pacientes acudieron a un centro de atención psicológica en el sur del Distrito Federal. Para acceder a consulta debieron asistir en el día y hora establecidos para solicitar una ficha, llenar planillas sobre el motivo de consulta, llevar documentos (acta de nacimiento, comprobante de domicilio y de ingresos, una identificación, etc.). Se les citó para preconsulta y pruebas psicológicas establecidas por la institución y realizadas por psicólogos del centro. Posteriormente se les asignó terapeuta y se realizó el primer contacto con ellos para agendar cita. Se realizaron entrevistas iniciales y en el caso de Ralph se le aplicaron otras pruebas complementarias. Tras haber recopilado la información indispensable se encuadró a tratamiento estableciendo horarios, costos y lineamientos para trabajar siendo que con Ariel se realizaron 12 sesiones – una vez cada semana- y con Ralph se han tenido 45 sesiones y se continúa trabajando dos veces por semana. En las sesiones terapéuticas se realizan señalamientos, interpretaciones, clarificaciones, indicaciones, etc. que han sido supervisadas por un profesional de la salud mental y tutor de la maestría a lo largo del tratamiento.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Siguiendo los principios del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (1985)<sup>1</sup>, en el presente estudio se respetó la intimidad de los pacientes, garantizando la confidencialidad de su información (art. 12), su anonimato mediante la utilización de un pseudónimo y omitiendo datos que pudieran facilitar su identificación (art. 71). En todo momento la relación con el paciente se limitó a un trato profesional (art. 35); y se protegieron sus derechos e intereses (art. 40). Desde el inicio del proceso dentro de los trámites requeridos en el centro de atención los padres de ambos pacientes firmaron la carta de consentimiento en la que se autorizó el uso de la información recaudada para fines educativos y de investigación. Igualmente al inicio del tratamiento se hizo un contrato oral con los pacientes en los que se les recordó lo establecido en dicha carta y se les reiteró que podían retirarse del tratamiento en el momento que creyeran conveniente (art. 68).

## **CAPÍTULO III. LOS PACIENTES**

### **ARIEL**

Ariel es una joven de 17 años con leve sobrepeso, aproximadamente mide 1.75 cm de altura. Se presenta a psicoterapia por el interés que tiene en saber quién es, cómo estar mejor y cómo sobrellevar la Artritis Reumatoide Adulta Autoinmune avanzada que se le ha diagnosticado hace 6 meses.

Durante las sesiones es recurrente la pregunta “¿Quién soy y qué quiero?” dedicando gran esfuerzo a intentar definir su identidad. La paciente muestra una excelente capacidad de análisis e interés por profundizar en sus emociones.

### **Motivo de consulta**

La paciente redacta como motivo de consulta en su expediente de ingreso “violencia psicológica y conducta un poco agresiva desde hace más de un año; últimamente ha aumentado mi tristeza y llanto, me siento sola”

Cuando se presenta Ariel relata: “Pues muchas cosas han pasado y me siento un poco mal, todo se juntó: el 5º año no fue bueno; con mi papá la situación ha sido muy mala, nos agrade mucho, también me enteré que tengo artritis y no sé aún cómo sobrellevar esto, una persona muy importante de mi vida se fue, mi hermana también se enfermó, me alejé de mi amigos y todo pasó en menos de un año.” Comenta que se ha sentido muy triste y decaída en el último año y que hay días en los que se siente tan desganada que desearía permanecer en casa todo el día.

La paciente llega al Centro de atención Guillermo Dávila por referencia del departamento de orientación de su preparatoria, ella señala: “Hay un compañero en el salón que es el que me acompañó a hablar con la psicóloga que me canalizó para acá, yo me sentía muy triste y me dijo que me acompañaría”.

## **Proceso diagnóstico**

En el Centro Guillermo Dávila el área de proceso de admisión aplicó una batería de pruebas en las que sus puntuaciones fueron las siguientes:

- Ansiedad de Beck: 13 correspondiente a presencia leve de ansiedad.
- Depresión de Beck: 23 correspondiente a presencia moderada de depresión.
- Calidad de vida: De acuerdo a la calificación de esta prueba la paciente disfruta su vida en un 39.25% de los casos. Por segmento determina que hay un disfrute del 44% en factor físico, 38% en psicológico, 31% en relaciones sociales y 44% en ambiente.

Al iniciar el proceso de entrevistas se solicitó contar con copia del expediente médico para corroborar datos y diagnósticos de artritis pero, debido a procesos institucionales, no se logró obtener esta información documentada sin embargo por testimonio de la paciente se le ha diagnosticado médicamente artritis reumatoide autoinmune. Dos meses antes de llegar a solicitar atención psicológica la paciente comenzó a tomar metotrexato, ácido fólico, alfasina, paradisina. Cuenta que estos medicamentos le han afectado sus funciones normales y aletargan su comportamiento. Tras varias sesiones de entrevista se puede reconocer que la paciente presenta depresión y enojo ante el tema de la enfermedad en relación con las figuras parentales, esto acompañado a una serie de duelos que la confunden y desgastan. La relación con la hermana particularmente genera ambivalencia y culpa. Se puede identificar la influencia de la enfermedad e historia familiar en esta sintomatología.

## **Entrevistas iniciales**

Para iniciar el tratamiento se tuvieron 4 entrevistas en las que se presentó únicamente la paciente. Se recabó la siguiente información:

Madre: tiene 43 años y trabaja como auxiliar contable, tiene una estrecha relación con sus dos hijas. Proviene de Veracruz donde vive casi toda su familia. Padeció de parálisis facial por un periodo de su vida, aunque la paciente no conoce especificaciones de éste. Presenta

sobrepeso y fuma en ocasiones. La paciente habla con admiración y aprecio de ella pese al enojo que le despierta.

Padre: tiene 44 años y trabaja como policía auxiliar. Padece obesidad, gota e hipertensión. Tiende a ser violento y agresivo verbalmente, sobre todo cuando ha ingerido alcohol. En la infancia mantenía una estrecha relación con la paciente pero desde hace un año y medio aproximadamente ella recuerda que “se dio cuenta de la realidad” y actualmente lo define como alcohólico y salvaje.

Hermana: Tiene 15 años, se encuentra terminando la secundaria aunque ha tenido dificultades para asistir a la escuela por lo que es probable que repruebe el año. En agosto de 2012 comienza a mostrar síntomas de debilidad y delgadez extrema sin causa aparente. La paciente expone: “mi hermana empezó a sentirse mal, bajó como 10 kg en 4 meses, le han hecho muchos estudios, 1º en el hospital de la policía donde por 6 meses le hicieron tratamientos y mil cosas que no le funcionaron y ahora está en el IMSS, mi mamá la metió ahí porque tiene este servicio pero ya sabe lo lento que es eso... aún no le descubren nada... mi papá estuvo muy cerca de ella casi todo el tiempo, además en la escuela está sufriendo de bulling porque como se dieron cuenta de que está bajando de peso le dicen bulímica o anoréxica, nadie sabe qué le pasa.”

Abuela materna: vive en Veracruz y es cercana a la madre de Ariel pues diariamente hablan por teléfono. Tiene 83 años y en la actualidad se encuentra muy delicada pues padece cáncer de riñón y diabetes. Ariel recuerda haberla visto no más de 10 veces en su vida pero menciona que se siente preocupada pues todo lo que le ocurre afecta a su madre.

Abuelo materno: Ariel manifiesta que no sabe mucho de él pero asegura que abandonó a su familia hace 28 años cuando la madre de Ariel tenía 15 años.

Tíos maternos: Ariel tiene 12 tíos y describe: “mi abuela era de esas mujeres que sólo vivía para su casa y sus hijos, estuvo embarazada de 13 niños del mismo esposo y al final este señor los abandonó, ella tuvo que sacarlos adelante”. En general recuerda que casi todos sus

tíos padecen diabetes o problemas renales. Su tío Pablo de 37 años es con quien más convivencia tiene pues es dueño del departamento en el que viven actualmente en Coyoacán, lo describe como “mujeriego”, presenta problemas con la vista y cálculo renal. Su tía Michel a quien define como “fiestera” tiene una hija de 17 años llamada Mariana que padece asma y obesidad, es con quien convive cuando va Veracruz.

Abuelo paterno: también padece diabetes, muere a los 55 años de cirrosis por alcoholismo, y la madre de Ralph lo recuerda como agresivo y golpeador.

Abuela paterna: No se encuentra muy presente en la vida de Ariel pues puntualiza que la familia paterna es disfuncional. Muere por gota y Ariel recuerda comentarios de ella sobre lo dolorosas que fueron las diálisis renales.

Jesús: es un joven de 17 años, compañero y exnovio de la paciente. Ariel lo describe como un importante apoyo a ella y su familia ante las dificultades vividas con la separación de sus padres y la artritis. Lo presenta como alguien depresivo y demandante estableciendo una relación dependiente y con pocas amistades. La paciente expone: “lo que me dolió fue que al mes de tronar empezó con otra chava, ¡Mínimo un tiempo entre una y otra! nosotros tuvimos una relación fuerte y grande”.

### **Historia clínica**

Los padres se casan y un año después empiezan a intentar concebir un hijo. La madre tuvo complicaciones para lograr embarazarse, tras un año de intentos cree haber concebido. Después de varios estudios se les informa que es un embarazo psicológico. A los tres años finalmente la madre queda embarazada de Ariel.

Durante el embarazo la madre descubre que el padre le ha sido infiel y pese a que lo perdona y continúan la relación, ella cae en una profunda depresión. Tras 9 meses de gestación Ariel nace sana, pesa 3.650 y mide 52 cm.

Durante 3 meses la madre amamantó a Ariel y posteriormente le dan fórmula láctea pues la bebé quedó bajo cuidados de otras personas. La paciente recuerda que disfrutaba mucho de tomar leche con mamila y que utilizó ésta hasta los 5 años. En la infancia tuvo sobrepeso y actualmente todavía tiene irregularidad de ingesta comiendo mucho algunos días y pasando días con muy poco alimento.

Se reporta adecuado control de esfínteres, caminata y habla de acuerdo a las etapas del desarrollo. Durante la infancia únicamente se recuerda haber padecido reflujo y gripa sin mayores complicaciones.

Desde muy pequeña Ariel ingresa a guardería pues su madre debe trabajar, se mantiene en guarderías, ella platica: “Cuando éramos chiquitas íbamos a la guardería y al kínder, una mamá de otra niña del kínder nos recogía y llevaba a su casa y luego pasaba mi mamá por nosotras. Luego en el kínder igual una prima mía que tenía 18 años nos cuidaba, luego otra mamá de una amiga, luego casi solas porque una vecina nada más se daba sus vueltas para ver cómo estábamos. Ya desde 3° de primaria estábamos prácticamente solas, mi mamá nos dejaba hecho de comer y ya nosotros nos ocupábamos de calentar y de hacer tareas hasta que llegara”. En varias sesiones Ariel recuerda esta situación como abandono y menciona con cierto reproche: “sí jugaba con mi hermana a las muñecas pero casi siempre veíamos novelas, yo me inventaba cosas para no sentirme sola”.

Ariel describe: “nunca me he sentido parte de mi familia, de hecho yo pensaba cuando era chiquita que era adoptada (se ríe) siempre pensaba: “¿dónde están mis papás de verdad? yo no los reconocía...” y creía que era de otra familia millonaria y que con los que vivía la habían secuestrado y sacado de su verdadera familia. “Es que cuando yo era chiquita ¡me secuestraron!; bueno, eso es lo que creen mis papás, yo no me acuerdo de nada pero me han platicado la historia varias veces. Narran que íbamos caminando en el centro histórico, en esas calles que son súper angostas, mi papá iba adelante, yo en medio y mi mamá atrás, ella iba comprando zapatos y de repente hubo un tumulto de gente y ya no me encontraban. Mi papá dice que corrió a un lugar donde habían muchas patrullas y cerraron las calles a la redonda, me estuvieron buscando en las tiendas y en todas partes, al final,

relatan que una señora como 20 minutos después, regresó conmigo en los brazos y yo traía una paleta. Yo creo que quizás la señora sí me había secuestrado y cuando se vio rodeada por los policías decidió mejor entregarme”.

Además de esta historia narrada por los padres, Ariel desde pequeña ha tenido gran capacidad de crear historias por las cuales incluso muchas veces ha pasado noches enteras sin dormir. Una fantasía recurrente que hasta la actualidad se presenta es la creación de su casa; con una sonrisa ella platica: “me imagino y planeo una casa perfecta, pienso y pienso hasta el último detalle. Hasta tiene tubería y sé dónde va a ir... y mi cuarto es muy amplio. Hay elevador para bajar a la cocina cuando tenga antojos... hay incluso un cuarto para la guerra nuclear; hay seguridad por todas partes... y perros para que no vayan a robar... hasta pienso a veces tener un arma para que nadie haga daño aunque creo ya es mucho... y bueno, antes no sólo pensaba esto, antes hasta tenía la escuela a la que iba a ir, la prepa o la universidad”. Ante la pregunta de qué o quién se protege manifiesta: “de los ladrones, no sé, me robaban algo muy adentro, algo muy mío”. Tras estas reflexiones se concluyó que sentía le robaban su identidad, su individualidad.

Al hablar sobre esta fantasía reitera en varias ocasiones que su hermana tendría una habitación para vivir ahí y que, aunque no le gustaría que vivieran siempre juntas, le agradaría que su hermana siempre sintiera que tiene un lugar especial en su casa. Respecto a esto, Ariel resalta una situación; recuenta que en su memoria ha habido 5 ocasiones en las que la familia ha tenido que mudarse, expone: “por tiempo, por dinero, por pasajes o por lo que sea pero es un estrés moverme, no me gusta, ¡quisiera quedarme estática ya!”. El último cambio de domicilio fue en Diciembre 2011. Actualmente Ariel y su hermana comparten habitación. Ariel narra: “vivíamos en el estado de México y nos salimos de la casa de allá porque mi mamá ya no soportaba a mi papá, él era muy violento y estaba tomado siempre, mi tío nos apoyó y nos vinimos a vivir a un departamento de él que tiene por acá en el sur, [donde] todo parecía mejor, mi hermana estaba muy triste pero yo me sentí muy feliz... en Abril mi papá empezó a meterse a la casa, a decir que iba a cambiar y manipular...mi mamá le creyó y ya vive con nosotros... Me enoja que mi mamá lo siga soportando”. Ariel puntualiza que su mamá casi siempre ha sido la que sobrelleva los

gastos de la casa y mantiene a la familia pues el padre tiene pocos ingresos y los que tiene los consume en alcohol.

La relación de Ariel con su padres cuando era pequeña era muy buena y cercana, sintiéndose incluso “consentida y demasiado apegada” al padre. Ella narra que existía mucha diferencia de trato con su hermana, expone: “mi papá rechazaba mucho a mi hermana cuando era chiquita, yo me parezco mucho a la mamá de mi papá desde siempre pero mi hermana no se parecía en nada a él, entonces mi papá decía que solo tenía una hija, que Ale era hija de alguien más y realmente creía que mi mamá le había sido infiel, estaba como molesto con mi mamá”.

Ariel cuenta: ¡Antes de que mi papá se fuera de la casa me llevaba mal con mi mamá, incluso nos aventábamos cosas y en alguna ocasión rompí una puerta sin querer al pelear con ella. Con mi papá me llevaba muy bien, aunque sé que él siempre fue firme y egoísta no me importaba porque conmigo era muy bueno, como que no veía las cosas malas, no me percataba, sentía que me consentía y estaba ahí para todo... ahora lo odio, me llevo mucho mejor con mi mamá y no tanto con mi papá, quisiera que él se muriera”

La relación con su hermana es buena aunque hay muchas discusiones, ella refiere: “no sé por qué se me pega tango Ale y acabo rechazándola, me molesta que me esté abrazando, me siento mal de hacerle el feo pero no la soporto, además, ella es muy manipuladora... creo me admira mucho desde hace mucho porque mis papás siempre le decían a Ale ¡mira como Ariel cocina y le va bien en la escuela, tú debería hacer más cosas!”.

Referente a la separación y reconciliación de los padres describe que deciden mudarse en Diciembre de 2011 con el objetivo de alejarse del padre. En Agosto del 2012, Ale la hermana menor de Ariel, comienza a bajar de peso desmedidamente y pese a que, según Ariel, come adecuadamente y le han hecho diversos estudios, no logran definir la causa. La disminución de peso ha debilitado su sistema inmune y ahora padece continuas gripas, dolores de cabeza y debilidad crónica. Dos meses después, en Octubre de 2012,

Ariel comienza a sentirse mal y tras varios estudios le diagnostican Artritis reumatoide adulta autoinmune. Ella cita: “En la familia, mi papá no me apoyó mucho porque estaba con mi hermana en el hospital de la policía, mi mamá si estaba conmigo pero también ella cayó en depresión. A veces yo salía temprano de la escuela y llegaba a la casa y la veía ahí triste llorando o desesperada porque además de que sus 2 hijas estaban enfermas también mi abuela en Veracruz se puso muy mal, casi todo fue al mismo tiempo, me imagino que fue fuerte para ella. Creo que por eso regresó con mi papá aunque hubiera preferido que él no nos estorbara, ahora se comporta más y ya no toma tanto pero me desagrada mucho su presencia. Yo llegaba y al ver a mi mamá le ayudaba con la casa o acompañaba a mi hermana o algo pero si fue muy fuerte para mi verla llorar tanto”

Expresa que disfruta mucho de la convivencia con su mamá y se categoriza como “manipuladora”, pues idea formas para pasar tiempo a solas con ella, continuamente muestra celos de su hermana por los tiempos que comparte con su madre. Pese a que en la familia discuten mucho, tienden a pasar tiempo juntos los fines de semana, conviven con su tío o con su familia viendo películas en el televisor y comiendo pizza.

En el ámbito escolar Ariel siempre se ha destacado por buen rendimiento académico. Recuerda haber usado lentes de los 8 a los 10 años y haber sido molestada en la escuela durante la primaria por “ser gordita y ñoña”, se recuerda como una niña aislada y aplicada pese a que “nadie le ayudaba a tareas escolares”. Muestra gusto por las materias de humanidades y biología, desea estudiar psicología, filosofía o biología. Preocupada relata: “mi tío es gerente de un banco, trabaja ahí desde los 18 y fue creciendo, mis papás quieren eso para mí, que estudie una carrera rápida en temas de administración y que entre a su banco de cajera. Es que mis papás vienen de familias de pocos recursos, lucharon mucho para lograr tener lo que tienen y como que quieren que nosotras tengamos tranquilidad económica, un departamento, cosas así pero ¡yo no quiero esa carrera ni ese trabajo!”. Con molestia reclama: “¡Creo que si me hubieran metido a más cursos me hubiera podido identificar más! No sé..... cursos de idiomas, de actuación, de biología, ¡de lo que sea! ¡Tendría más idea, tendría una identidad! ¡Ya viene la elección de área y no estoy tan segura de qué voy a hacer!”

Sobre sus relaciones sociales platica que siempre fue retraída y tímida, por lo que no ha tenido muchos amigos cercanos. Al ingresar a la preparatoria estableció un círculo social un poco más estable y fuerte pero Jesús, su exnovio, era celoso y le incomodaba que pasara tanto tiempo con ellos. Cuenta que la relación tenía muchos problemas pues Jesús era posesivo y ella “caprichosa y celosa”. Al describir varias anécdotas se reconoce cómo Jesús y Ariel tendían a colocarse en situaciones triangulares en las que la exnovia de él o la nueva novia o algún pretendiente de Ariel eran quienes los separaban y conflictuaban la convivencia.

Sobre la sexualidad refiere: “sí quedamos en algunos puntos yo desnuda o él desnudo pero nunca hubo coito tal cual, era algo muy privado y con mucho amor”. En varias sesiones Ariel habla sobre lo incómoda que se siente sobre su cuerpo y cómo esta sensación ha permanecido desde la infancia, según sus propias palabras manifiesta: “Me molesta mi cuerpo, que los doctores lo vean o toquen, soy muy gordita. Quiero entrar a baile, hacer algo con mi cuerpo, estoy estancada, debo hacer algo pero no puedo, creo que el hecho de que me moleste tanto mi cuerpo pudo contribuir a que Jesús también se incomodara pues eran raros esos momentos de caricias, cuando empezamos a fajar fue raro y a los pocos meses o incluso semanas fue que me sentí mal y me diagnosticaron artritis así que era más raro aún”.

Tras un año de una dependiente y cercana relación terminaron, ella comenta: “En la escuela todo se complicó, yo tenía mis amigos en 4º y padrísimo, éramos un grupo súper bueno y tranquilo, elegimos salón y no sé cómo los asignan en la escuela que todos ellos quedaron en un solo salón y yo en otro sola. Mis compañeros de salón de verdad son muy tontos, sólo hablan de sexo, alcohol y fiestas ¡pero feo! Sin respeto, despectivamente e incluso me incomodan. De plano durante el año yo decidí ir a la escuela, tomar las clases y salirme enseguida. Me decían que era antisocial pero la verdad preferible que estar ahí nada más poniéndome de malas... a mis amigos del otro salón si los veo pero está más difícil coincidir, además algunos se llevan con Jesús y eso es muy raro. En 6º van a haber áreas y todos elegimos diferentes, creo yo fui la única para área 2”. Al describir algunas salidas con

amigos o conocidos describe lo frustrante que ha sido padecer la enfermedad pues sus compañeros no comprenden las limitaciones que ella tiene y prefiere no salir con ellos.

Tras varias sesiones Ariel ingresó al grupo de los Scouts y comenta: “me gustan mucho, fui a un retiro de supervivencia de 3 días y me gustó, lo más rudo duró 11 horas, fue un recorrido por la montaña de 7 km. Habían muchas reflexiones. Entré con mi amigo de la escuela Maciel, él tiene alergias a todo, al sol, al pasto, tiene asma, a muchas cosas y aún así ahí sigue. Me siento bien porque ahí nadie es raro, como que todos tienen lo suyo, algunos tienen complicaciones con las piernas o asma o cosas así, todos nos cuidamos de acuerdo a nuestras limitantes, ahí no me siento la rara”.

Sobre su enfermedad habla con desagrado e interrogantes pues aún se continúa investigando cómo atenderla. En algunas sesiones explica: “no tengo discapacidad, ¡no quiero sentir que la tengo!! aunque sea una limitación tengo otras capacidades”. En las últimas sesiones realizadas habla sobre el desagrado que siente por tener que cuidar a los bebés de su tío, dueño del departamento que recientemente ha ido a vivir con ellos, ella menciona: “me gustan los bebés mucho pero me molesta que ellos se vayan y me dejen a cargo por horas, y ¡ya van muchas veces!, tengo 17 años, debería estar viviendo mucho, por algo no me he embarazado, no tengo por qué estar cuidando a niños que no son míos, además es cansado en mi condición”. Por otra parte, un mes antes de dejar la terapia ingresa como voluntaria al Instituto Nacional de Pediatría para cuidar y atender bebés enfermos y necesitados de ayuda.

Tras 4 entrevistas y 5 sesiones el tratamiento se ve interrumpido por el cierre de instalaciones del centro en el que se trabaja. Posteriormente Ariel regresa únicamente a dos sesiones más, se comunica para avisar que no podrá presentarse la siguiente sesión pues se le ha presentado un cuadro artrítico y no puede moverse; tras las siguientes llamadas no se logra hablar con ella y el padre comunica que no puede levantarse de la cama pues tiene “uno de sus episodios”, se le solicita que si tiene interés en continuar únicamente se comunique la paciente con la terapeuta para mantener su espacio y horario abierto pero tras 3 semanas de espera no se reciben noticias de la paciente y se tiene que dar de baja el expediente por falta de asistencias.

## **Ralph**

### **Paciente**

Ralph es un joven de 13 años que se encuentra cursando la secundaria y está bajo el cuidado de su abuela materna. Vive con su familia que se muestra irritada y frustrada por la difícil convivencia con Ralph debido a continuas discusiones familiares por mal comportamiento, por la enuresis y la encopresis.

### **Motivo de consulta**

En el expediente la abuela escribe “Déficit de atención mixto. Trastorno de impulsos mixto, inmadurez, encopresis y enuresis”. En la primera entrevista la abuela describe: “Destruye todo... no recoge, las cosas se le caen, no quiere pero hay algo que lo empuja a hacer maldades, no termina las cosas. Le digo q los lave, se los junto en una bolsa y los deja días enteros ahí! nunca los lava hasta que el olor no lo soporto y acabo lavando yo... siempre yo... No se sabe lavar cuando se baña no se talla, se deja líneas de mugre en el cuello y en las rodillas, tiene problemas de control, se hace todavía pipi y popo en la noche y en el día incluso, esconde los calzones y dice que yo soy una mentirosa, ¡se lo juro!”. Posteriormente se citó a la madre que no había asistido al centro anteriormente y explica que Ralph: “a veces cuando se enoja golpea la pared y no para, como que no se da cuenta del dolor, o camina con los ojos perdidos, me da miedo... es insoportable de verdad y hemos hecho de todo pero nada ha funcionado...se sigue haciendo del baño y apesta horrible, al menos para mí, este es el último intento y aún así ya le dije a mi mamá que no lo pagaré yo”.

### **Proceso diagnóstico**

Se exploró historial médico y atención psicológica previa:

En la infancia fue atendido en el CISAME (El Centro Integral de Salud Mental, Delegación Miguel Hidalgo), a los 4 años se le realizó un encefalograma en el cual se reconoció un posible daño en la corteza cerebral que causaría epilepsia (la cual no se ha manifestado hasta el momento) y se le diagnosticó TDAH, comenzó a ser medicado, según la madre, con “Atemperato (fármaco antiepiléptico) para la ansiedad y Ritalín para las posibles Convulsiones”. Desde esta edad y hasta enero del 2014 se le realizaban

encefalogramas y estudios de sangre para monitorear su desarrollo cada 6 meses. Ha tomado diversos medicamentos en estos 9 años, incluyendo antidepresivos, sin resultados positivos. Actualmente sigue tomando Atemperto y además toma Calpoato de Magnesio (fármaco antiepiléptico de acción anticonvulsivante). La abuela menciona que por periodos le medican Clonazepam (antiepiléptico que disminuye la actividad eléctrica anormal del cerebro), fluoxetina (antidepresivo) y Piroxicam (contra dolor, inflamación y rigidez causada por la osteoartritis o artritis).

El paciente se ha atendido con psicólogos en la delegación de su correspondencia, ha asistido a la clínica de la conducta y con dos doctores particulares a lo largo de su vida. En el 2012 inició un tratamiento que duró 9 meses con una psicóloga particular que lo atendía 2 veces a la semana; tenía sesiones familiares e individuales con Ralph pero la madre comenta que la terapeuta; “dejó el caso porque dijo que si no cambiábamos como familia no se iba a poder y pues por más que intentamos no pudimos así que sólo perdimos tiempo, dinero y esperanzas”.

En el Hospital Juan N. Navarro fue atendido durante 7 años por psiquiatras, pedagogos y psicólogos cada dos semanas. Hace 2 años encontraron que por tomar medicamento desde tan pequeño el hígado comenzó a tener complicaciones en sus funciones por lo que subió de peso. Pese a que su calidad de vida puede disminuir significativamente por estas afecciones al hígado, el equipo de médicos no encontró otra solución que continuar con el medicamento. La madre manifiesta: “decían si se lo dejamos dañamos el cuerpo, pero ayudamos a la cabeza, si los quitamos dañamos la cabeza aunque ayudemos al cuerpo así que decidieron que era preferible ayudar a la cabeza... yo no quise seguir esto, durante un año se los quité, el hígado no es fácil y tampoco se puede hacer un trasplante, no podría yo donarle un hígado, pero su abuela decidió volver a dárselos el año pasado y pues ¿qué hago?”.

Cuando inicia tratamiento, la abuela relata: “lleva 2 años con una psicóloga en el N. Navarro, todavía va cada 15 días y juega un rato, platica un poco... sinceramente no sé si está funcionando pero sigue yendo ahí en el centro de salud mental al que lo estábamos

llevando...”. Este tratamiento continuó durante un año más, al unísono que la terapia psicoanalítica y en Noviembre 2013 tras resultados del electroencefalograma que deslindaban orígenes orgánicos sobre el comportamiento, se logra convencer a la familia de que asista dos veces a la semana a psicoterapia psicoanalítica y deje el otro tratamiento psicológico. La abuela puntualiza: “ahora si nos dijeron que ya no hay nada orgánico que lo justifique, ya no sabemos qué hacer porque si no es eso ¿qué es?, se lo vamos a traer pero de verdad que esta es la última opción, ya no tenemos dinero, energía ni motivación para seguir luchando con él”.

Al llegar a consulta trae una valoración realizada por un centro de atención psiquiátrica gubernamental donde se le diagnostica: “Trastorno de control de impulsos secundario por causa médica. Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. Encopresis y enuresis secundarias en estudio, epilepsia, variedad de ausencias”.

En el Centro Guillermo Dávila el área de proceso de admisión aplicó una batería de pruebas en las que sus puntuaciones fueron las siguientes:

- Ansiedad de Beck: 5 correspondiente a mínima presencia de ansiedad.
- Depresión de Beck: 6 correspondiente a mínima presencia de depresión.
- Calidad de vida: el paciente disfruta su vida en un 80% de los casos. Desglosado se puede analizar; factor físico 81%, psicológico 69%, relaciones sociales 100% y ambiente 69%. Los datos aquí presentados no concuerdan con historia clínica y diagnóstico.
- MMPI: el indicador más alto en .764 es Esquizofrenia seguido por Hipomanía. A razón de esta prueba se describe en el expediente: “Percepciones peculiares, aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades para concentrarse e impulsividad. Problemas escolares, desacuerdos con los padres y desempeño pobre”.

Complementario a esto al iniciar tratamiento durante las entrevistas se le aplicó el Test de Rorschach e integrando las pruebas con lo revisado en las entrevistas se puede concluir:

- Recursos intelectuales: Tiene poca riqueza de pensamiento y creatividad, esto puede ser causa de una depresión que se gesta. Reacciona lentamente ante nuevos estímulos con respuestas concisas e intentos de ingeniosidad; sin embargo responde a los estímulos con poca flexibilidad y es racional en sus respuestas pero tiende a lo más sencillo no reflexionando o analizando el contenido; ante esto el sujeto expone: “no sé, prefiero no pensar”, en otra ocasión; “mejor me olvido, no vaya a ser que le encuentre más patas a la araña y me enoje más”. Por lo anteriormente descrito, el paciente tiende a tener mejor rendimiento académico en temas que comprometen la memoria como geografía, gramática e historia que en aquellas que se requiere del análisis y reflexión como civismo, ética, redacción de ensayos, etc.

Tiene un pobre rendimiento intelectual, atiende y percibe mayormente a las generalidades, aborda los problemas de manera global con un pensamiento total. Existe una gran necesidad de cubrir necesidades primarias que pueden desorganizarlo y el sujeto intenta postergarlas pero este esfuerzo hace que disminuya su concentración y calidad de respuesta a los estímulos; por ello, busca controlarse racionalmente e intenta no perder su estructura a través de atender con patrones rígidos, poco espontáneos y defensivos al medio. Posteriormente y habiendo tenido la oportunidad de conocer lo que se espera de él, puede adaptarse al medio discriminando y controlando la depresión.

Tiene capacidad de síntesis y metas a largo plazo con ambiciones intelectuales y proyectos, pero existen algunas alteraciones del juicio de realidad por lo que tiende a ser fantasioso y le es difícil llevar a cabo sus planes. Es probable que debido a su bajo rendimiento académico posea esta tendencia infantil a fantasear y depresión que desborda su atención alejándolo de planes concretos estructurados. Por otra parte, al narrar su historia, el paciente tiende a confundir roles familiares; no logra visualizar un horario para sus actividades ni controlar sus propios movimientos (al igual que sus esfínteres); incluso,

cuando intenta hablar de su estructura familiar, no distingue figuras de autoridad específicas ni su espacio en el hogar; todo esto es probable que genere un desgaste intelectual y desestructure su pensamiento.

Finalmente, el paciente en la terapia y en la prueba ha mostrado que cuando comprende el encuadre, siente contención y comprende lo que se espera de él puede responder con mejor adaptabilidad y rendimiento.

- **Manejo de la ansiedad y capacidad de insight (pronóstico):** El paciente tiene pensamiento racional con poco control de la ansiedad tendiendo a bloquearse ante emociones intensas pues tiene dificultad para la elaboración de afectos. Por esto no ha logrado desarrollar mecanismos defensivos de alto nivel; primordialmente las herramientas defensivas que presenta son: la negación y racionalización, que le permiten justificar y negar lo que sucede en la realidad; ejemplo claro de esto es el eliminar lo agresivo y no querer responder a esto; justificar al padre pensando que se encuentra en EUA y no ha logrado conseguir comunicarse con él en 3 años o el hecho de que en el tratamiento, después de 10 sesiones aún no acepta los síntomas de enuresis y encopresis de los que se queja la familia. Todo lo anterior puede ser causa de que en su historia ha sido muy lastimado, tiene temor al rechazo, posee una estructura muy pobre y no se logra percatar de sus demandas para encontrar la mejor manera de responder a ellas. En relación a lo anterior se puede colegir que tiene un yo débil que intenta controlar y postergar las exigencias del ello y súper yo, que tienden a ser más fuertes.

El paciente contacta poco consigo mismo y sus emociones, por lo que tiene poca capacidad de insight y le es complicado hacer esfuerzos asociativos. Tiende a responder con un discurso lógico que intenta controlar sus pulsiones presentes pero no entendidas; sin embargo, después de haberse adaptado al medio logra expresarse más libremente e incluso manifestar su sentir sobre algunos temas. Es probable que sienta que de explorar en su interior, encontrará desafíos que no está listo para afrontar.

Tiende a infantilizar o rechazar los estímulos agresivos intentando alejarlos de él pero sabiéndose afectado por ellos.

Existe conflicto con su identificación psicosexual ya que este tema aún crea un impacto fuerte y angustiante para el sujeto. En cuanto a la sexualidad reconoce que están existiendo movimientos y dinamismo en este tema, siéndole cercano, tomado como un juego y respondiendo impulsivamente a los estímulos de este tipo; por otra parte, aún le cuesta trabajo dimensionar algunos otros estímulos fálicos y menciona “no sé, no había visto esas cosas, no es parte de la imagen”.

El pronóstico del paciente es favorable siempre y cuando se logre crear un ambiente adecuado para que se permita mostrar sus emociones y poco a poco ir dotando de herramientas para lograr el insight. Si no consigue el desarrollo de esta herramienta, es probable que continúe compulsivamente luchando por salir adelante pero no logre avances significativos, seguirá sintiéndose abandonado y atacado por el medio que le resulta agresivo y demasiado desafiante.

- **Relaciones interpersonales:** El paciente comprende los convencionalismos sociales, sin embargo, es poco adaptable y tiene dificultad para vincularse afectivamente; siente que las relaciones interpersonales le demandan y exigen más de lo que él puede afrontar por lo que rechaza el desafío y se siente con pocas capacidades para afrontar este estímulo; esto se puede relacionar con el hecho de que en las sesiones, él ha manifestado “cada vez que voy a fiestas familiares mi mamá me exige que me arregle como ella quiere, que me comporte como ella quiere y que no vaya a hacer nada de lo que ella inventa que hago, así que mejor ni voy a las reuniones, la verdad prefiero ahorrármelo”. Por otra parte, sus emociones están sujetas a las demandas de los demás, la madre comenta “él es borrego de quien lo quiere, si su abuela lo apapacha él le sigue lo que ella diga, si ella se enoja conmigo él se enoja también, si anda de mal humor, él también, si está triste él está de buenas para hacerla sonreír, todo el tiempo depende de ella”. Con la madre muestra una

estrecha relación emocional pero inversamente, es decir, si la madre está de buenas él se muestra enojado hasta que logra molestarla y entonces, él se muestra feliz.

Consciente e inconscientemente tiene poca capacidad empática con la gente, no obstante pone atención a lo que se espera de él y poco a poco logra responder a la demanda logrando relacionarse con quienes lo rodean. En terapia se ha mostrado conversador y participativo desde un inicio, aunque repite continuamente estereotipias y discursos iguales a los que la madre y abuela manifiestan. Debido a esto, puede entablarse fácilmente una conversación con él, aunque es difícil conocerle con mayor profundidad.

Continuamente se identifica con “mutantes” o “monstruos” que son buenos, pero que los demás creen que son malos y por ello quieren atacarlo y él no tiene cómo defenderse. Esta descripción coincide con la relación que tiene con la familia y entorno social en que se desenvuelve; él definitivamente es el “monstruo” de su casa, todos lo corrigen y regañan buscando educarlo pero él manifiesta “no saber ya qué hacer para que lo acepten”.

La figura paterna es vista como algo ajena a lo normal y grandioso. Existen fantasías alrededor de éste que pueden relacionarse con la inquietud sobre el abandono y localización de su padre. También llama la atención que su madre manifiesta una y otra vez el gran parecido que existe en el aspecto físico y desde el punto de vista del comportamiento entre Ralph y su padre; en la lámina del padre, describe a un monstruo del laberinto del fauno, parece un hombre pero es un monstruo y en la primera entrevista mencionó; “dicen que tengo todo eso pero no soy un monstruo”.

A la madre la percibe como carente de algunas cualidades necesarias para la vida y sobre todo, para el contacto y autonomía. Caracteriza unas siamesas que podrían referirse al vínculo tan estrecho que existe entre la abuela y madre, que lo confunde, no identificando los roles y funciones de cada una en su vida. Esta unidad de dos seres que no pueden relacionarse ni avanzar pero están unidos también puede referirse al vínculo de él con su madre, ya que siempre se han mantenido unidos pese a que no tienen una relación afectiva sana.

**\*Principales áreas de conflictos:** El paciente muestra tener varios conflictos emocionales, entre los que se encuentran:

La poca capacidad para expresar sus afectos; lo cual ha perjudicado sus relaciones interpersonales y ha contribuido a la pérdida de seguridad para involucrarse con otros y reconocerse a sí mismo como un ser en constante lucha.

Ralph se percibe a sí mismo como un individuo que intenta subir y salir adelante, pero probablemente sienta que tiene que “escalar” (en sus propias palabras) “un montón de cosas amontonadas” que ha acumulado en su vida e historia familiar para salir adelante, como la lámina 8 manifiesta. Esto lo ha llevado evitar enfrentar sus emociones. No puede controlar situaciones primarias (como lo evidencia con la encopresis) y busca una satisfacción inmediata que involucra consecuencias como el rechazo de la familia que lo lleva a deprimirse. Presenta algunas características prepsicóticas y pensamiento concreto, Ralph no acepta las complicaciones físicas que presenta desde su nacimiento. Muestra sentimientos ambivalentes hacia su madre; deseo de retener a la figura paterna “no conocida” y rencor manifestado hacia su hermano quién “le quita” la atención de la madre.

### **Impresión diagnóstico y sugerencias**

El paciente tiene características de personalidad prepsicóticas y borderline con mecanismos de defensa primitivos que deberán ser explorados durante el tratamiento.

Ralph padece de una depresión que le genera inseguridad y desconfianza sobre sus propias capacidades y herramientas. Siente vergüenza ante la situación que vive y la sintomatología que presenta. Tiene algunos rasgos del carácter anal (Reich, 1933) pues existe placer erógeno en esta zona, tiende a ser terco y logra mostrar agresividad pasiva con esta conducta, busca retener motivado por el temor a la pérdida pero “se le escapan” tanto las heces como los objetos de amor en su historia y tiene una significativa falta de control de su entorno, al igual que de las heces.

Por lo antes enunciado se decidió impartir tratamiento con terapia psicoanalítica acompañado de monitoreos psiquiátricos y neurológicos.

## **Entrevistas iniciales**

Se realizaron 10 entrevistas iniciales en las que se aplicaron pruebas, se conoció a Ralph y su forma de interactuar con el espacio, se entrevistó a la madre y a la abuela en algunas ocasiones juntas y otras por separado.

Se realizaron entrevistas profundas a la familia resaltando los principales datos:

La familia vive en una colonia de recursos económicos bajos en la que existe delincuencia e inseguridad. Se ha dedicado principalmente a negocios pequeños como tiendas y papelerías o a manejar microbuses. Ralph muestra mucha admiración por los automóviles y comparte esto con su tío mecánico y abuelo microbusero. El nivel socioeconómico de la familia es bajo pero tienden a darse lujos materiales como televisiones o aparatos costosos. La madre y abuela durante las entrevistas muestran tener buen dominio del lenguaje y se expresan adecuadamente.

Vivienda: Ralph la describe como: “Una vecindad bonita... no es fea. Entrando está la casa de mis abuelos que tiene un cuarto, yo tengo otro cuarto, mi mamá otro y mi hermanito otro... luego como al lado, está la casa de mi tía que es un cuarto grandotote donde está con sus 3 hijos y su esposo... y luego mi tío tiene una casa de dos pisos con sus dos hijas, ahí tienen su cuarto cada uno... arriba de mi casa vive mi bisabuela, mamá de mi abuelo, tiene un como departamento parecido al nuestro”.

Conforme se ha ido trabajando este tema Ralph se ha corregido diciendo: “en realidad mis abuelos tienen un cuarto, mi mamá y mi hermano duermen en otro y comparten la cama aunque hayan dos camas y yo duermo en el sillón de la sala... deberían de hacerme un cuarto pero mi mamá no quiere compartir de su espacio”.

En cuanto a los hábitos de dormir Ralph pasó por las siguientes situaciones: al nacer dormía en su cuna porque la madre dormía con su esposo, padre de Ralph. Al año los padres se separan y comparte cama con su madre hasta los 6 años pues nace su hermanito Roger quien hasta la fecha duerme con su mamá pese a que tenía su cuna y ahora su cama. De los 6 a los 8 años Ralph duerme en una cama individual en el cuarto con su madre y hermano pero a los 8 años sale de esta habitación debido a que, a decir de la abuela, Ralph

se orinaba por la noche y era difícil de aguantar el olor por lo que su mamá lo corrió del cuarto. Por otra parte la madre comenta: “se salió de mi cuarto, no lo corrí, él quería irse al cuarto de los abuelos porque estaba la tele”. Ralph comienza a dormir en la cama de los abuelos en la orilla junto a la abuela pero no cabían cómodamente y él continuaba mojando la cama. A sus 9 años deciden poner una colchoneta en el suelo junto a la abuela y duerme ahí por un periodo. A los 10 años la madre menciona: “dormía con sus abuelos pero olía muy fuerte y lo sacaron del cuarto, dormía en la colchoneta yo le dije que se viniera a mi cuarto y no quiso así que ahora duerme en la sala”. En la relación madre-abuela existen grandes complicaciones y una vez más aquí es notoria esta situación. La madre refiere que los abuelos no quieren construirle una habitación y la abuela expresa: “ya estamos viendo que tenga su cuarto pero Valeria (madre) no ayuda en nada para eso, no quiere dar espacio de su cuarto... además no ayuda en casa nunca, es un niña. Estamos pensando separar los espacios y que ella tenga su propia cocina, salita y más para que se haga cargo de sus cosas pero mi esposo no quiere”. Ante la pregunta: “y Ralph ¿dónde quedaría?”, responde con expresión de sorpresa responde: “no lo había pensado, tendríamos que platicarlo”. Hasta la fecha, pese a dos años de continuas conversaciones sobre la importancia de la privacidad para Ralph él sigue durmiendo en la sala.

En cuanto a alimentación Ralph lactó hasta los 7 meses, la madre comenzó a trabajar y comenzaron a mezclar leche de fórmula con papillas, fruta y leche materna hasta los 9 meses. Desde entonces ya come casi todo. Actualmente su dieta es balanceada y normal pero Ralph no disfruta de las verduras y la madre agrega: “se las traga sin masticar si quiera, tiene malos hábitos y por más que se le corrige no entiende, es sucio al comer y da asco”.

Debido a la gravedad del caso se realizaron entrevistas profundas con la madre y abuela por separado, solicitándoles que narraran también su historia y se buscaron en éstas características similares a la vida de Ralph. Como resumen se puede contemplar:

**Valeria (Madre):** Hizo una carrera técnica en el CONALEP y trabaja como auxiliar de secretaria. R la describe como “fría, pesada y tiene lágrimas de cocodrilo, ¡yo no le

importo!, si es la hora de comer ella le cocina a Roger y comen juntos, si no está mi abuela yo me quedo sentado en la sala viéndolos y no le importa, ya cuando se van yo me sé cocinar, no la necesito”.

La abuela la describe como: “huraña y enojona, no tiene muchos amigos. A los 15 años se intentó suicidar con aspirinas y estuvo yendo al Fray Bernardino pero manipulaba a todos los psicólogos... se los comía”.

Valeria relata: “cuando era chiquita siempre me sentía sola y comparada con mi hermano mayor que para mis papás es perfecto... mi intento de suicidio fue porque se me murió un novio y luego descubrí que me había sido infiel... yo pensaba en cómo me gustaría que mis papás me vieran muerta y se arrepintieran de todo”. Su primera relación sexual fue con el padre de Ralph. A sus 17 años tiene un intento de suicidio por consumo excesivo de somníferos. Es internada en el Psiquiátrico Juan N. Navarro y es diagnosticada con trastorno bipolar y depresión crónica. Nunca fue atendida por esta situación.

Valeria cree que para que Ralph mejore según su punto de vista debe:

“La familia dejar de meter la mano en Ralph, todos lo regañan, le faltan al respeto, le dicen de cosas y lo molestan por la popó”. “La abuela debe dejar de hacer distinciones entre nietos pues también es muy grosera con Ralph diciéndole “sácate de aquí, ya vienes con tus porquerías”. Relata que a los hijos del hermano mayor se les trata diferente porque es el proveedor económico de la casa y son los niños “perfectos”.

La abuela señala: “Valeria no ayuda en nada, ella trabaja de auxiliar de secretaria en una empresa que la manda a oficinas. Trabaja de 8 a 2 aproximadamente, a veces llega y dice, estoy muy cansada y yo pienso, ¿a esta edad? ¡imagínate yo! no le gusta y quizás fue mi culpa porque desde chiquita no le exigí, yo fui ama de casa y pensaba que para eso me había casado, no entendía muchas cosas y siempre cuando llegaban mis hijos de la escuela ya tenían todo listo, no veían lo que implica. Mi hija menor se molesta porque me deja todo pero no se qué hacer, he pensado separar la casa en dos y que tenga sus propios espacios para que se haga cargo de esto pero mi esposo no quiere, él siempre quiere tener a sus hijos cerca”

Valeria tiene problemas con el padre de su hijo menor y no le permite ver a su hijo hasta que aporte la pensión alimentaria, la abuela define “Usa al hijo como un arma”. Actualmente mantiene una relación con Carlos, joven compañero que conoció en su oficina.

**Ralph:** padre del paciente con el mismo nombre. Ralph lo describe como “buena onda” y muy apegado a él. El paciente tiene dos nombres y el primero es igual al de su padre con el cual ha pedido que se le llame en la escuela y en terapia pues menciona “me gusta llamarme como mi papá”. El padre era microbusero e hizo grandes inversiones en camiones. Hace 4 años desapareció, él cree que se fue a EUA porque alguna vez si se fue por un tiempo.

La madre narra: “Es que eran dos hermanos, es decir, son gemelos y andaban del tingo al tango juntos, la verdad es que le debía dinero a todos, no sé ni por qué pero siempre estaba endeudado. Él manejaba una combi y llegó un punto en el que de plano lo esperaban en todas las estaciones diferentes personas, les debía a todos los que conocía casi y pues terminó yéndose con toda la familia a quién sabe dónde. No se ha comunicado desde entonces”.

**Abuela:** es la responsable de Ralph desde que él es pequeño, pues la madre trabajaba, tomó la tutoría desde hace 2 años y lo trae a consulta. Constantemente va a hablar con los profesores en la escuela, médicos y psicólogos para intentar ayudar a su nieto. Lo describe como: “muy inteligente pues sabe cómo destruir, muy sociable, le gusta hablar mucho, por eso no lo dejo moverse solo en la ciudad, sin embargo es descuidado, sucio, desorganizado y mal hecho”.

Al hablar sobre su propia historia explica: “Me trago todo lo que siento, cuando yo tenía 13 años pensaron que tenía una enfermedad del corazón pero era bronquitis....” En cuanto a su familia, relata que su mamá trabajaba mucho, su papá era bracero y cuando tenía 13 años él murió. Era enfermiza y se sentía siempre sola. Tenía 6 hermanos, es la 4ª

hija con 6 años de diferencia entre ellos. A sus 8 años de edad tuvo un periodo aproximadamente de 1 año en el que le daba temor estar en un salón cerrado. A los 14 años le empezó el síntoma de la tos “fue un largo periodo, hubo una época en la que no pude salir de la casa sola... iba en el camión al centro con mis hijas (Valeria tenía 8 años) y me empezó esta sensación de no poder respirar horrible, pensé que iba a morir y si no hubiera ido acompañada quizás me quedaba ahí, desde entonces se me complicó, me dijeron que no era asma pero nunca supieron que era”. En los últimos años ha ido disminuyendo esta tos pero aún se presenta.

**Abuelo:** tuvo un infarto hace 2 años. Tiende a desesperarse con R, más continuamente salen juntos y el paciente disfruta de contar, cómo él llama, “las aventuras del abuelo viajador y microbusero”. Fue invitado al espacio y no quiso participar pues expuso: “ya estoy agotado y no creo que algo funcione para él”.

**Roger:** Es el hermanito menor, es muy apegado a la familia del padre quienes tienden a hacerle regalos muy costosos. R lo define como consentido por ser el primer nieto de la otra familia. Es muy burlón y “presumido” con Ralph.

**Juan:** es el papá de Roger, vive cerca de su casa, nunca ha vivido con ellos pero pasaba mucho tiempo con R, lo apodó “Popochas”.

**Carlos:** es la actual pareja de la madre. Es 8 años menor que Valeria y desde que lo conocieron ambos niños lo llaman “papá” por petición de la madre. Ralph muestra una gran admiración y cariño por él pues Carlos procura ser equitativo con ambos niños y defiende a Ralph en muchas ocasiones.

## **Historia Clínica**

El noviazgo de los padres comenzó 4 años antes del nacimiento de Ralph J, la madre estudiaba una carrera técnica durante la relación y no tenía conocimiento de las actividades del padre, ella menciona: “cuando yo me enteré que trabajaba en una micro fue cuando ya

estaba súper enamorada y me tenía aquí (señala su mano), fue muy atento y conquistador al principio y me enganchó”.

Durante la relación utilizaban como método preventivo el coito interrumpido. A los 4 años de relación ya habían muchas discusiones y estaban a punto de separarse cuando un día el padre no interrumpió el coito, le dijo: “hoy quedarás embarazada, tú no te vas a separar de mí”, por la tarde habló con los suegros y les dijo que se casaría con su hija porque quedaría embarazada. Esperaron unas semanas y ciertamente estaba embarazada. La madre narra “fue una forma de retenerme ¡y lo logró!, hasta pensé, si me caso con él quizás puedo hacer una vida con él... yo tenía 22 y estaba muy jovencita”.

La madre platica: “la verdad es que cuando yo iba a dejarlo fue porque estaba enamorada de su hermano... su gemelo, se llama Manuel y es increíble, muy buena persona pero los dos sabíamos que había problemas para estar juntos... el día que pasó todo, en el que el papá de Ralph me dejó embarazada fue el día que nos descubrió... cuando nos cachó se puso súper mal... Empezó a gritar muchísimo y me agarró con fuerza y me puso un desatornillador en el cuello y me apretó mucho... me dijo ¡tú te vienes conmigo! y Manuel me dijo: ve, yo conozco a mi hermano y sé que nunca te haría daño, él es una buena persona...y sí, me fui con él... la relación sexual ese día no fue violenta pero yo veía sus ojos con tanto dolor que no pude decirle que no a nada, me miraba de una forma que me rompía el corazón. Realmente yo quería a Manuel pero ¿qué le iba a hacer? Tenían el mismo cuerpo pero una personalidad totalmente diferente...”. Valeria asegura nunca haber tenido relaciones sexuales con Manuel y que no existe posibilidad de que sea el padre de R. Después de este incidente parece que hubo una pronta reconciliación entre los hermanos y se olvidó el asunto.

El padre y la madre de Ralph se casaron a los 3 meses, la madre expone “algo no me gustaba de que fuera microbusero, tienen muy mala reputación, de borrachos, de mujeriegos y me volví súper celosa e histérica, no me sentía bien con él”.

La madre describe: “R fue muy deseado por sus tíos y papá, realmente era el primogénito y primer nieto de la familia así que todos estaban atentos”, sin embargo en este tipo de discursos la madre no se incluye a sí misma.

Durante el embarazo la madre se enfermó de la garganta y su primo la atendió con medicamentos apropiados, estuvo revisándola todo el embarazo y hasta el final fue que ingresó al IMSS con un seguro que consiguieron los microbuseros para dar a luz. El embarazo fue saludable pero subió 30 kg (de 50 a 80); económicamente el padre no “consentía” muchos caprichos que se le presentaron durante el embarazo y a manera de reproche ella platica: “únicamente lo básico, me decía, es que estoy comprando una micro” de todas formas, los padres de Valeria se encargaron de ella.

La madre no quiso conocer el sexo del bebé y explica “no supe qué era mi hijo, mantuve la ilusión de qué iba a ser, yo quería niña y su papá niño, él decía que si no era niño me lo iba a regresar por donde venía y yo pensaba bueno, es la panza, no va a doler tanto”. A las 36 semanas el padre le expresa “te ves muy rara, muy pálida, vamos al hospital”, la madre se sentía bien pero rara así que fueron y le diagnostican que tenía preeclampsia y necesitaban hacer la cesárea pronto o corrían riesgo el bebé y ella. Estaba asignada a la cirugía de las 12:30 pero llegó otra mujer con mayor urgencia y la atendieron, fue a las 7:14 que nació Ralph (R) y la madre cuenta sobre esto: “en cuanto salió de mí se me quitó la preeclampsia y el riesgo”

Al nacer, el paciente pesó 3.900 kg, según la madre: “¡estaba gordito! Y si hubiera estado los 9 meses seguro pesaba 4kg o más, ¡Qué bueno que salió antes!”. El APGAR fue de 9.5 pero en cuanto nació lo llevaron a incubadora. La madre pasó 3 días sin verlo, al relatarlo no se nota que el recuerdo genere incomodidad y frente a la pregunta, y usted ¿cómo se sentía? Responde: “bien pero pensaba ¿qué le estarán haciendo?”. La madre al subir a verlo al 3er día lo ve con un “casco para respirar” y al preguntar ¿para qué es? le dicen que “seguramente se broncoaspiró al nacer y es para que respiren”, no se recibió más información que esto.

Durante estos 3 días R es alimentado con leche de fórmula, al 4º día su madre intenta darle de comer pero señala que “no salía la leche y él no comía bien”, después de que recibió instrucción por parte de las enfermeras esto se facilitó y pudo alimentarlo.

A los 7 meses de edad de R, el padre decide vender su combi e irse a EUA para trabajar con su hermano gemelo y un amigo, esta decisión no es apoyada por la madre pues “se iba con un amigo que aquí es un mujeriego y de lo peor, allá con sus 2 amigos ¿cómo se comportará y cómo los hará comportarse?”; sin embargo la madre puntualiza: “le dije que se fuera, sino luego vendría con reproches de mira que bien les fue a ellos y yo aquí me quedé”. Durante su estancia en EUA se comunicaba continuamente pero era complicado encontrar a la madre por lo que no tuvieron mucho contacto, la madre explica que R sí sintió esta separación y lloraba más en esa época. Al mes de la partida, el padre regresó y confesó que se había ido de vacaciones habiendo gastado buena parte de los ahorros familiares.

Después de este incidente los padres estuvieron 5 meses más casados y se separaron al año 3 meses de R. La madre fue quien “lo sacó de la casa e hizo sus maletas”, el padre expresó: “nos vamos a divorciar cuando yo quiera”. El proceso de divorcio tardó 3 años más y fue motivado por los abuelos que condicionaron a la madre a estar divorciada para poder comenzar una nueva relación.

El desarrollo psicomotor de R se desarrolló de acuerdo a lo esperado, al año y medio comenzó a caminar y empezaba con el control de esfínteres. En el rango de los 1 a los 4 años ocurrieron varios accidentes, dentro de los cuales el más recordado fue a los 2 años pues R se golpea con la esquina de un cuadro y se abre el párpado arriba del globo ocular, en el hospital la cosen sin anestesia, la madre cita: “lo amarramos como loquito con camisa de fuerza para que no se moviera, lloró y gritó muchísimo”.

A los 2 años y medio R es modelo en un curso de primeros auxilios de la abuela y cuando la doctora lo acuesta y hace movimientos para mostrar la desobstrucción de vía

aérea encuentra muy débil la pared estomacal. Se hacen estudios inmediatamente y se encuentra que hay una hernia hiatal de 2 cm que debe ser operada inmediatamente. Con contactos de la madre se consigue un doctor que lo opera a los 2 días y descubre que R además de la hernia tiene testículos retráctiles por lo que en la misma cirugía corrigen esta situación. La anestesia fue raquial y la operación ambulatoria, se recuerda aparentemente sin malestar este evento.

En este mismo periodo, la madre recuerda haber tenido una discusión con su hermano mayor Javier por la que dejó de hablarle durante 5 años. La situación la describe: “Todos vivíamos en casa de mis papás, R estaba en el baño llorando y haciendo berrinche, se hacía más eco y se escuchaba mucho, mi hermano era barman y dormía de día así que no podía descansar por el llanto y empezó a gritarle, le dije que yo lo calmaría y que se fuera a dormir, R seguía llorando y no lograba yo callarlo, como no se tranquilizaba Javier llegó al baño y con la mano le dio una bofetada que le abrió los labios y sangró de la boca, yo me le fui a golpes y le decía ¿cómo te atreves a meterte con un bebé de 2 años?, en dado caso era mi culpa no de él”.

Aparentemente el desarrollo se desenvolvía normal y controló adecuadamente esfínteres a los dos años. A sus 3 años Ralph vuelve a perder el control de esfínteres, en esta época nace su prima Casandra, hija de Javier, hermano mayor de la madre y “consentido de la abuela”. En ese momento la madre y Ralph vivían en casa de los abuelos y fueron pasados como comenta Ralph “de la casa grande a la casa chiquita” que se encontraba a un lado y está compuesta por un solo cuarto y una cocineta. Esta situación debido a que Javier habitó la casa grande con su nueva familia y, al ser él quien hasta la fecha tiene más ingresos de la familia tuvo preferencia. La madre cree que este suceso fue importante para R pues Casandra focalizó la atención por ser hija del mayor y ser mujer; aunado a esto, en esa misma época comienza a intensificarse el trámite del divorcio y las discusiones con el padre.

A los 4 años de edad le realizan un electroencefalograma y se nota una pequeña lesión en la corteza cerebral que puede haber sido producto de la bronco aspiración al nacer.

A los 5 años la madre, su hermana y cuñada se embarazan casi al mismo tiempo y nacen 3 bebés: Roger, su hermano y 2 primas más. En este momento el TDA y la encopresis aumentan.

A los 6 años las discusiones entre sus padres se incrementan y empieza a complicarse la situación por deudas económicas que tiene el padre con su suegro. La madre tiene otra pareja y decide embarazarse pues desea tener otro hijo antes de los 30. El embarazo de la madre Ralph lo describe como pesado y difícil.

A los 7 años de R nace su hermano y se presenta la encopresis. R narra “cuando nació mi hermanito yo estaba emocionado pero no me dejaban acercarme, durante 2 meses no lo vi, decían que le iba a hacer daño y se lo llevaban a casa de sus abuelos paternos que viven cerca, el caso es que cuando lo vi ya ni emocionado estaba”. En la misma época, su padre, a quien veía cada semana aproximadamente, le dice un sábado “hijo mañana domingo vengo por ti para desayunar e ir al parque”, sin embargo, el padre no va por él y desde entonces nadie sabe en dónde se encuentra. Existen muchas ideas sobre su paradero e incluso se supone que debido a las deudas es que se va pero nada de esto lo sabe R.

Desde entonces se han presentado síntomas de enuresis y encopresis acompañados de TDA y ataques de violencia. Esta sintomatología aumenta cuando existe alguna excitación.

Prefiere el nombre de Ralph como su papá cuando le llaman fuera de casa. Daniel se lo puso la abuela y así le llaman en casa. Al explorar el primer recuerdo que tiene, Ralph recuerda estar en el microbús con su padre y “pasear por la ciudad”. Muestra agrado con este recuerdo.

En cuanto rendimiento escolar, Ralph ha tenido un bajo rendimiento casi toda su vida y ha sido cambiado de salón y turno escolar varias veces por mala conducta. La abuela cita: “hace un año la maestra la de ciencias naturales estaba embarazada y dijo que en ocasiones jugando, R empuja a sus amigos y sin querer se pueden tropezar y en el laboratorio hay muchos objetos punzocortantes... me dijo señora piense si ocurre un accidente o hasta mata a alguien sin darse cuenta ¡sería terrible! Lo sacaron del turno de la mañana, nunca se está quieto y no tiene buen comportamiento”.

En cuanto a la sexualidad la madre menciona no haber hablado claramente del tema pero que le ha explicado un poco cuando ven películas o programas por la televisión.

La abuela manifiesta: “si, en la escuela le han enseñando mucho y yo si me he sentado con él a preguntarle si tiene dudas o algo y dice que no... le hablé desde antes de sexualidad porque me preocupa que tiene primitas chiquitas y no vaya a ser que por curiosidad o algo así vaya a intentar algo, las esté viendo o pueda pasar algo, sería horrible en mi familia... realmente me preocuparía porque sé que podría pasar... el otro día lo encontró mi hija, su tía, masturbándose en el sillón de la sala, entró y lo vio ahí y le dijo de cosas... ¿imagínese que hubiera sido alguno de mis nietos? le dije, aquí vivimos muchas mujeres, su tía sólo gritó y le dijo que ¡eso no se hace! que se vaya al baño, ¡está muy mal!. También el otro día estaba revisando sus cosas... me dice que no revise pero le digo que si apestan ¿qué puedo hacer?... el caso es que encontré una revista con fotos explícitas de chicas enseñando todo, pero todo allí abajo la zona expuesta en cada foto...le digo que somos muchas mujeres en la casa y eso no debe estar ahí, que entiendo los adolescentes ven esas cosas en la escuela y no sé ni de dónde las sacan pero que no en la casa... ahí la tengo todavía, fue hace 2 semanas...no sé qué voy a hacer con ella, yo creo que cortarla en cachitos...”. R puntualiza que tuvo una novia hace poco con la que duró 3 meses, con respecto a esto platica: “solo nos veíamos en la escuela y quizás nos besamos alguna vez pero ya me cambió por otro niño; ¡me da tanto coraje!”.

En la actualidad Ralph muestra mucho interés en los automóviles, microbuses y mecánica. Le agrada el futbol y en ocasiones va a jugar con sus amigos pero la abuela señala: “realmente se la pasa platicando con el portero y ensuciándose las rodillas”. Le

gusta mucho pasar tiempo fuera de su casa y busca actividades distantes para transportarse solo.

La actual pareja de su madre y él tienen una relación estable y Ralph muestra admiración por él por lo que ha mejorado calificaciones y regula más su comportamiento esperando las felicitaciones de Carlos.

Ralph platica que tiene varios amigos, sin embargo, sus relaciones son poco afectivas y lejanas; ha establecido amistad con algunos compañeros de la secundaria con los cuales hace “travesuras”, por otra parte relata tener conocidos en Maruata, Guerrero a donde va de vacaciones 2 veces al año y convive por periodos semanales con chicos de su edad. Tiende a jugar con sus primas y a pasar largos ratos de juego en la computadora.

## CAPÍTULO IV. PROCESO TERAPÉUTICO, RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### Apartado 1. Hablando de tanto y tan poco: Un cuerpo que grita lo que la voz calla

*“Te daré piernas para conocer nuevas tierras, serás humana...  
Conquistarás a tu príncipe y podrás caminar por tu propia cuenta...  
pero a cambio el precio será tu voz”  
Úrsula en la película “La Sirenita”*

El desarrollo del lenguaje es indispensable al llegar a la adultez. Los adolescentes normalmente se encuentran sobrecargados de emociones y se les dificulta poner en palabra lo interno sin embargo Ralph y Ariel se han encontrado en la adolescencia con un desafío aún mayor, la alexitimia<sup>1</sup> (Nemiah & Sifneos, 1970) y la falta de integración del cuerpo.

#### **La prohibición de pensar**

Desde pequeños, ambos pacientes han tenido “prohibición para pensar” (Aulagnier, 1980) por parte de sus madres generando que crean que si hacen justicia a sus emociones, descuidarán o destruirán a la madre.

Ralph al nacer fue recibido por una pareja parental con grandes problemas y desconfianza de parte del padre que encontró 9 meses antes a su esposa en un amorío con su hermano gemelo. La madre deprimida por haber sido separada de su enamorado (tío de Ralph) y por las críticas sociales, concibió un hijo al que no podía mirar ni contener así como no podía contener sus propias emociones. La madre comenta:

---

<sup>1</sup> Alexitimia: Nemiah y Sifneos (1970) basados en la teoría neurobiológica, llaman alexitimia al déficit estructural que causa incapacidad para experimentar sentimientos y expresarlos predisponiendo a enfermedades psicósomáticas.

“¡Yo estaba tan triste por tener que separarme de mi cuñado!, sé que quedé embarazada por venganza del papá de Ralph... Cuando nació Ralph me sentía muy rara de saber que yo ya era mamá y que ese era mi hijo. De bebé, él era muy ruidoso, hacía ruiditos y gestos que se parecían a los que su papá hacía... estaba chiquito pero ya era un gran problema, se movía todo el tiempo y no entendía que yo no tenía tiempo ni cabeza para estarle aplaudiendo esas cosas, me pone de malas que sea así. Hasta la fecha él siempre quiere que le pongamos atención y la verdad es que, con todo respeto, hace puras tonterías. Si dijera algo inteligente, ok, pero con lo que dice y hace es imposible seguirle una conversación. Me molesta que esté interrumpiendo las conversaciones para disque dar su opinión cuando no sabe ni de qué estamos hablando, le digo ¡cállate que esto es de adultos y tú no sabes nada! ¡Pero es necio!... luego dice que está triste para que le compremos cosas pero sé que es manipulación, ¡él no tiene por qué estar triste! ¡Tiene comida, casa y ropa, que deje de estarse quejando!... cuando se pone de sensible se parece a su padre, no lo soporto”

Ante esta situación, se puede evidenciar cómo las prohibiciones prematuras de gestos, movimientos y expresiones espontáneas de emociones son causadas porque despiertan afectos intolerables para la madre y son captadas por el bebé desde lo arcaico. Los únicos pensamientos autorizados son los de la madre por lo que estos pacientes desde pequeños deben escapar de una madre que no los reconoce como necesitados de su propio aparato para pensar y sentir.

Por su parte, Ariel en su primera infancia también se encontró con una madre profundamente deprimida por la infidelidad del padre. Abrumada por las emociones que la mantenían sobrecargada, la madre parece no haber podido permitir que Ariel externara su sentir. La paciente manifiesta: “mi abuelita me cuenta que cuando estaba súper chiquita lloraba y que mi mamá cuando me veía empezaba a llorar más fuerte aún hasta que yo me quedaba calladita, no sé, me imagino que se angustiaba porque yo estaba mal y le entraba el sentimiento... todavía a la fecha no soporto verla llorando”.

En otra sesión menciona: “me siento muy mal, ayer discutí otra vez con mi exnovio y tenía muchas ganas de llorar, de gritar de todo... Llegando a mi casa mi hermana estaba en el sillón acostada porque se desmayó, mi mamá estaba súper asustada y me pidió que le ayudara y yo no quise, no sé por qué soy tan egoísta, me encerré en mi cuarto a llorar pero luego escuché que mi hermana vomitaba y ya salí a ayudar. ¡No debí de haberme encerrado! Mi mamá me necesitaba y yo con mis tonterías, al final mi hermana se puso peor y la tuvimos que llevar al hospital, mi mamá estuvo llorando toda la noche y me quedé con ella...”. Ante la pregunta, ¿y tú cómo te sientes?, ella contesta “con dolor de cabeza y me duelen las articulaciones, me duele la espalda”, tras clarificar la pregunta ¿y emocionalmente cómo te sentiste?, ella contesta “no sé, simplemente me duele tanto el cuerpo que ya lo otro no me importa”.

Debido a esta prohibición a tener espacio para sus propias emociones se presenta en los pacientes el pensamiento operatorio que es el “déficit de la capacidad de simbolización y... tiene su origen en la depresión esencial de la temprana infancia” (Marty, 1964). Se presentan características de “protolenguaje” (Mc Dougall, 1989) que tiene un sentido pero que no es verbal ni simbólico.

Refiriéndose a Ralph, la abuela comenta: “no entiendo por qué en los exámenes de matemáticas no piensa los problemas y se los salta o inventa una respuesta. Es increíble que ni siquiera se detenga a ver de qué se trata, sabe que es un problema y pone cualquier número sin hacer el proceso”. Así como en este caso, Ralph ha tenido dificultades para poder pensar los problemas y metafóricamente en la vida también se ha “saltado el proceso” del pensamiento teniendo que responder a los desafíos sin poder analizar lo que se le presenta. En el proceso terapéutico, Ralph tiende a tener un discurso aburrido y repetido mostrando preocupación por “las cosas” (Nemiah y Sifneos, 1970) sin atender a la emocionalidad y profundidad que suscitan los acontecimientos. A la mayoría de las preguntas contesta riendo y estirándose o haciendo ruidos y revisando compulsivamente su celular sin ofrecer respuesta alguna. Estas conductas nos recuerdan a Meltzer (1963) quien denomina psicósomática a la psicopatología resultante del antipensamiento en el que

existen distintos fenómenos evacuorios con incapacidad para tolerar el dolor mental. Ralph realmente no piensa los problemas pues no tolera la presencia del dolor que se desencadena y muy posiblemente éste es vivido como una herida narcisista.

La confusión que muestran ambos pacientes entre sensaciones y afectos, imposibilita que el dolor pueda actuar como una señal alarma y que se pueda describir para una adecuada intervención. Por lo tanto, los sentimientos se perciben pero al no poder pensarlos ni expresarlos la respuesta emocional es evitada y se transforma en una respuesta física.

El adulto ideal reconoce sus emociones y les hace justicia permitiéndoles ser sentidas, pensadas y expresadas. Las expresiones de las emociones de Ariel y Ralph han tendido a ser prohibidas y han generado el pensamiento operatorio manteniéndolos con un protolenguaje.

### **La voz que calla**

De acuerdo con sus historias familiares cuando Ralph y Ariel eran bebés y tenían sensaciones angustiantes fueron atendidos por sus madres que, debido a sus estructuras y a la depresión, no pudieron contenerlos y les regresaron los elementos beta no metabolizados generando una gran angustia en los pequeños. Por esto, se obstruyó la capacidad para tolerar emociones, se dificultó la identificación e internalización del objeto pensante y se obstaculizó el desarrollo del aparato para pensar. Cuando se impide la mentalización de las emociones que permite pasar de representación cosa a representación palabra, estas emociones se descargan directamente en el cuerpo (Fain y Marty, 1964 citado en Bekei, 1995:22).

La artritis de Ariel y la encopresis de Ralph son una expresión orgánica que manifiesta una dificultad que no puede llegar a organizarse como conflicto mental por lo que el órgano ocupa el lugar de un pensamiento que no se llega a constituir ya que existe gran dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional (Nemiah, 1977).

Ariel numerosas veces narra situaciones en las que la tendencia a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico se presentan en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas (Otero, 1992). Ella relata: “llegué y vi a mi novio con su ex, ella es súper resbalosa y estaba sentada junto a él, yo estaba sentada en una banca con S y ella me dijo, ¡ve y dile algo! Pero no me pude ni levantar, la artritis estaba fatal, me dolían las piernas y los tobillos muchísimo, fue imposible. Me sentía tan mal que me quedé ahí con S un buen rato hasta que se me pasó el dolor... a la hora de la salida mi novio me fue a dejar el libro y ya no le dije nada, ya mejor me fui a mi casa a descansar”.

Por su parte, Ralph también ha manifestado esta situación en varias ocasiones durante sesiones como la que a continuación se transcribe brevemente:

R- mi papá me regaló unos cuadernos

T- ¿tu papá?

R- bueno el novio de mi mamá, ella nos dijo que lo llamáramos papá

T- ¿y tú qué piensas de eso?

R- no sé (comienza a estirarse y a mirar el celular)

T- ¿qué significará decir papá?

R- no me importa, es algo tonto, no sé... ¿puedo ir al baño? ¡Necesito ir al baño!  
(sale rápidamente del consultorio y tarda cerca de 10 minutos en el baño)

Conmocionado con algunos de los temas o cuando se le pide que externalice lo que siente, Ralph no encuentra las palabras para poder comunicarlo y es notorio cómo el cuerpo es quien se expresa. Dicha conducta evidencia cómo repetidamente la amenaza psíquica es tratada como amenaza biológica que necesita ser atacada o desechada.

Rodulfo (1995) recalca que la enfermedad psicósomática es: “Un misterio siniestro... son un grupo de enfermedades que atacarían al sujeto del inconsciente por detrás... quitándole apoyo al yo en el lugar en el cual el yo más lo necesita... Si necesita aire, tendrá asma, si necesita evacuar, tendrá colon irritable...” (92). En este caso, Ralph

que necesitaba retener desesperadamente el amor de su madre y de su padre ha desarrollado una encopresis que no puede contener, así como no pudieron contenerlo en su infancia.

Por otro lado, Anzieu (1974) puntualiza que el yo-piel tiene una antifunción al servicio de Thanatos y recalca que en los fenómenos autoinmunes el organismo vivo vuelve contra sí mismo su capacidad de rechazar lo extraño. Continuando con la reflexión de la enfermedad psicosomática que “ataca al yo” se reconoce como Ariel psíquicamente actúa como la artritis autoinmune que padece pues vuelve contra sí aquello que debería de ser contra el agente externo que debería rechazar. Ella menciona: “cada vez que mi papá me dice de cosas o me empieza a insultar tengo unas ganas de golpearlo que hasta me siento mal... no sé por qué pero después de enojarme mucho empiezo a sentirme muy débil y como que me tiemblan las piernas...” en otra sesión recapitula: “cuando me dan los cuadros artríticos lo primero que siento es como debilidad en las piernas y en los brazos... me tiemblan mucho”. Podemos entonces notar cómo la artritis de Ariel ataca a su cuerpo, la ataca a ella evitando que el enojo que siente pueda externarse.

<p>El adulto ideal metaboliza y expresa las emociones perturbadoras logrando externar la emoción que les aqueja. Sin embargo, Ariel y Ralph no responden a las emociones atacando al yo a través del lenguaje de órganos.</p>
---

### **Este cuerpo no es mío**

El self corporal es el conjunto de representaciones inconscientes que cada uno se hace de su cuerpo de ayer y de hoy vibrante de deseos, lenguaje y ternura producto de la historia de las vivencias libidinales acorde a lo que los padres han transmitido. En el inicio de la vida existe la fantasía de que el cuerpo de madre e hijo son uno mismo hasta que se logra dotar al niño de la sensación de su propio cuerpo a través de permitirle el disfrute de éste.

Sin embargo, tras la prohibición para pensar se genera también la prohibición de representar determinadas zonas o funciones biológicas y de sentir placer. El niño tiene la

fantasía de que su cuerpo está bajo el control del otro y por ello no puede separarse de este otro. Tanto Ariel como Ralph en diferentes momentos de su historia han evidenciado cómo sus cuerpos son en realidad cuerpos no diferenciados del de la madre.

Ariel comenta “mi mamá dice que cuando nació no podía creer que por fin tuviera una hija, le costó mucho trabajo embarazarse y dice que siempre me veía ahí tan indefensa. Me cuenta que estaba muy triste por otras cosas pero que pensaba, ahora no volveré a estar sola porque tendré a mi hija para siempre conmigo... me abrazaba muy fuerte. Dice que estaba tan chiquita y bonita que sentía que podía romperme en cualquier momento, todavía hasta la fecha me abraza mucho, son abrazos calentitos, quisiera que no terminaran”.

Por otra parte, la madre de Ralph platica: “cuando nació me desesperaba mucho porque no sostenía la cabeza... cuando me lo dieron empezó a llorar y yo lo puse cerca del pecho pero no comía, estuvo llorando mucho tiempo y no lograba agarrarlo, era como así (hace gesto de confundida y coloca los brazos estirados frente a su cuerpo pareciendo que agarrara una pelota) lo sostuve así hasta que una enfermera vino y me dijo cómo ponerlo a comer para que se callara... cambiarle los pañales fue algo muy desagradable pero era mi hijo y tenía que hacerlo, lo limpiaba lo más rápido posible para que no me fuera a ensuciar”. Remitiéndonos a las funciones del yo- piel mencionadas por Anzieu se puede reconocer cómo han existido carencias en las caricias y el contacto que sustenta el necesario apego del niño a su madre, en un vínculo recíprocamente gratificante que asegura al bebé en su idea de ser y de existir en un continuo.

Como es notorio en los párrafos anteriores ciertas madres viven a sus hijos como pequeños cuerpos extraños y otras no pueden abandonar la relación fusional, sin embargo en ambos casos es indispensable contemplar que el cuerpo es un conjunto de entramados de zonas erógenas y es atravesado por estos pictogramas que las madres violentamente imprimen en sus hijos. Si esta violencia primaria es deficitaria o excesiva habrá carencias en la interpretación de las necesidades sin tener en cuenta lo espontáneo del bebé. Cuando esta carencia se repite deja como huella pictogramas de rechazo, es decir la zona y el objeto provocan sufrimiento entonces el bebé rechaza fuera de sí, junto con el objeto, toda la zona

(Aulagnier, 1992). En el caso de Ralph la madre comenta continuamente lo “desagradable” que fue tener que limpiar al bebé y tener que estar al tanto de sus genitales, los cuales, actualmente son rechazados por Ralph pues no puede controlarlos. Ariel por su parte al hablar de los dolores que le despierta la artritis tiende a hablar de “la paz y sanación” que siente gracias a los fomentos calientes que le ponen, ella menciona: “se sienten como un abrazo en todo el cuerpo, calentito y relaja mucho el dolor”. Esta envoltura se ha transformado en envoltura de angustia.

Tanto Ariel como Ralph han mantenido la fantasía de fusión con la madre que dificulta la capacidad de integrar el cuerpo y sentirlo como propio. (Mc Dougall 1989). Tienen relaciones de dependencia hacia el objeto primario y relación narcisista con la madre; la sombra de un cuerpo enfermo, “debilucho” y frágil los ha atravesado y su cuerpo ha sido pensado y tratado más como un cuerpo orgánico generando que el ambiente sea amenazador y generando gruesas fisuras psíquicas.

El adulto ideal tiene sentido de sí mismo y un self corporal integrado permitiéndose aceptar y disfrutar de su cuerpo. Ariel y Ralph han crecido con un “cuerpo para dos” (McDougall) y tiene pictogramas de rechazo por lo que el cuerpo y el objeto que ha provocado sufrimiento son rechazados.

### **Un cuerpo que grita pubertad**

Los dos pacientes han pasado por grandes complicaciones para adueñarse psíquicamente de su cuerpo, sus emociones y su capacidad de pensar. Estas complicaciones se derivan de la simbiosis de la madre que no puede ofrecer contención al infante ni reconocerlo como un ser separado de ella que requiere de su propio aparato y capacidad. Este modo de actuar en la primera infancia queda registrado y es estructurante para el sujeto, de tal suerte que ante los desafíos que se presentan posteriormente la angustia buscará esta salida para liberarse.

Ahora bien “La teoría de la especificidad del conflicto” (Puig, 2009, 155) puntualiza que la pérdida del objeto y otros acontecimientos estresantes aumentan la susceptibilidad de la enfermedad, podemos comprender la amenaza tan grande que se ha aproximado a estos jóvenes con los estresantes duelos y procesos que implican la pubertad y la adolescencia.

Ralph a sus 12 años es llevado a la consulta psicológica debido a que “en las últimas semanas” los síntomas encopréuticos se habían intensificado. Al entrevistar a la abuela sobre historia sexual de Ralph señala: “justo dos semanas antes de venir aquí mi hija encontró a Ralph masturbándose en la sala y yo encontré unas revistas de chicas desnudas, ¡nunca había pasado algo así!”. Con esto podemos reiterar cómo la pubertad de Ralph con todos los cambios fisiológicos que implica despierta grandes incomodidades en la familia que no posibilita límites o espacios privados en los que Ralph pueda experimentar y autosatisfacerse.

Como ya hemos descrito Ariel y Ralph desde pequeños no han logrado libidinizar el cuerpo completo para sentirlo como propio pues advierten el cuerpo desde la función que cumple pero, al buscar disfrutarlo y apropiarse de él, les resulta imposible ya que algunas partes de su cuerpo fueron hipercatectizadas o no libidinizadas en la relación materno filial y no tienen representación psíquica.

Ahora bien, según la teoría psicoanalítica un adolescente que transita a la adultez se encuentra en un proceso de apropiación del cuerpo que le permitirá hacer uso de él para satisfacer sus necesidades y buscar cumplir sus deseos. Sin embargo, en la actualidad ambos jóvenes se han tenido que enfrentar al enorme desafío de intentar apropiarse de un cuerpo que cambia constantemente por la adolescencia pero que también reacciona a las emociones psicosomáticamente sin metabolización alguna.

La abuela de Ralph menciona: “no sé por qué aumentó tanto la encopresis en estos días, sobre todo la enuresis, llega con toda la ropa interior sucia de la escuela desde hace dos semanas más o menos” Al platicar con Ralph sobre otros temas se descubre que hace justo dos semanas: “se rompió la banca y me cambiaron con una chava que me cae muy

mal, tiene 16 años y todo el tiempo me está hablando, ocupa mucho espacio en la mesa y está siempre sobre mis cosas, no quepo ahí, es muy rara... la regañó el profesor porque siempre se baja las calcetas, recortó la falda y la usa súper chiquitita, el otro día llevó una blusa de tirantes y también eso está prohibido”. Relacionando la excitación que se despierta en Ralph al hablar de esta compañera con su forma de tramitar las emociones se puede reconocer cómo ante los nuevos desafíos hormonales y genitales que le presenta la adolescencia, él responde por la vía más arcaica que desprende conductas infantiles como “hacerse pipí” frente a la erección; de esta forma llega directamente a la descarga encontrando sólo placer momentáneo sin atravesar el duelo de la imagen del cuerpo infantil que es básicamente egocéntrico en sus fines y con tendencia a la obtención del placer momentáneo. La genitalidad ha generado que la constante excitación sexual se libere a través de la encopresis o enuresis que han sido imposibles de controlar para Ralph. Por esto, el cuerpo puberal se ha vivido como amenazante pues demanda mucho del sujeto y éste no cuenta con las herramientas psíquicas necesarias para responderle. La pubertad que vive Ralph intensifica la expresión del cuerpo pues sin tener completamente desarrollado su aparato para pensar se encuentra abrumado por la sexualidad y el cuerpo genital que aún no está integrado psíquicamente.

Muchos son los ejemplos que se han visto sobre este tema en Ralph por lo que, sabiendo que el paciente psicósomático desde su nacimiento vive su cuerpo como si estuviera gobernado por el Otro, podemos reconocer cómo ahora este cuerpo genital que vive fuertes seducciones se vuelve perseguidor. Los cambios puberales en esta etapa están cumpliendo el rol del gran Otro que gobierna de forma avasalladora al sujeto sin dar permiso a Ralph para expresarse por otra vía que no sea el cuerpo.

En el caso de Ariel es interesante que esta misma premisa se presenta ya que el cuerpo psicomatizador es quien responde ante la excitación genital. La paciente menciona: “estaba con mi novio en su casa y su mamá se fue al trabajo, empezamos a besarnos y me desvistió; enseguida pensé en lo horrible que es mi cuerpo y lo mucho que me desagrada mostrarlo. Él quería seguir pero yo empecé a sentir mucho dolor en las piernas no sé por qué, fue muy incómodo, quizás era el sillón que tenía un cojín roto. Le

dije que se quitara porque de verdad me dolía mucho, me llevó a mi casa y me quedé dormida. Cuando desperté tenía todas las articulaciones hinchadas, creo el medicamento no funciona bien. Me dio mucha pena con él pero realmente me sentía mal”. En esta situación, su malestar somático no sólo expresó su emoción sino que también la ayudó a no tener que hacer frente a las relaciones sexuales que pueden representar un gran desafío.

Para los adolescentes existe una intensificación del interés y de la angustia ante el propio cuerpo pues éste se convierte, por la velocidad y calidad de las metamorfosis que experimenta, en un desconocido que interpela y cuestiona al sujeto (Tubert, 1992:78). El adolescente es un extraño en el espejo.

Aunado a lo ya expuesto, es importante recalcar que normalmente en la adolescencia se vive la escisión del cuerpo que intensifica el duelo por el cuerpo infantil perdido. La falta de integración y la amenaza del cuerpo genital son notorias cuando en la lámina 8 de la prueba de Rorschach Ralph menciona, “éste es un monstruo como el de la película ‘Laberinto del Fauno’. Es grande y como desbordado, estos son sus pies, sus piernas, sus manos, su cabeza y esto (señalando la imagen que se encuentra entre lo que él nombra las piernas del monstruo)... esto no sé que sea, nunca lo había visto y está feo, mejor lo quitamos porque descuadra el muñeco que yo ya había visto”. Analizando este discurso a través de la proyección que suscita esta prueba, pareciera que Ralph describe su cuerpo infantil como un monstruo grande y desbordado (semejante a como su madre en alguna sesión lo describió) pero del que tiene cierto conocimiento, sin embargo, se muestra ajeno ante un cuerpo genitalizado que le desagrade por “descuadrar” con lo ya conocido.

Por su parte Ariel menciona: “ayer tuve la menstruación y los cólicos fueron insoportables... continuamente pienso en mí misma cuando tenía 10 años, estaba sana, súper fuerte y no tenía que estarme preocupando por este cuerpo que no me deja hacer nada. Cuando me pienso hoy no puedo creer que sea yo... cuando voy al doctor y empieza a decirme todo lo que está pasándome no logro aceptar que sea yo de la que están hablando... No sé de quién están hablando, ¡este cuerpo enfermo no puede ser mío!”. Ariel además de necesitar elaborar el duelo por el cuerpo infantil libre de cambios pubertarios,

también debe elaborar el duelo por el cuerpo que en la infancia estaba sano y fuerte. En varios momentos del tratamiento asoció el cuerpo infantil con el cuerpo sano y el cuerpo puberal con el cuerpo enfermo como si aceptar su genitalidad fuera también aceptar la enfermedad. Ella menciona: “me duele mucho la espalda últimamente, mi mamá me compró un top en vez de brassier porque dice que sostiene mejor y me puede ayudar a que mis huesos no carguen tanto peso del busto... la verdad no sé si funcione... está horrible la ropa interior para artríticos, ¡hasta los calcetines son feos! este cuerpo es de una enferma no de una mujer ¡eso me queda claro!... cuando estaba sana usaba ropa más bonita, tenía unas camisetas de tirantitos con corazones en la primaria que me encantaban, esa ropa de niña sí me gustaba”.

A Ariel este cuerpo genital le incomoda por su excitación, por los caracteres sexuales secundarios y por su agotante enfermedad que tiene sus propios cambios y avatares. La misma paciente narra: “me quitaron la cortisona y me siento tan ligera, ¡Ya no retengo agua! Pareciera que otra vez tengo control del cuerpo”; una semana después comenta “necesito cortisona, no soporto más este dolor... prefiero la medicina que este cuerpo insoportable, quiero que me regresen mi salud... mi cuerpo ligero y feliz”. Aberastury menciona que “los cambios corporales son perturbadores para el adolescente y generan un sentimiento de despersonalización normalmente” (Aberastury, 1971:115), Para Ariel, este cuerpo adolescente también es gravemente afectado por los cambios del clima, alimentación, horario y actividades que crean diversa reacción de su cuerpo haciéndola sentir víctima de lo que circunstancias externas mandan.

A través de clases de baile, desafíos en campamentos, tratamientos naturistas, masajes, etc., ha intentado apropiarse de aquel cuerpo adulto y en este caso enfermo, que resulta amenazante al infantil y sano que se ha perdido, no obstante, existe una confusa batalla para comprender un cuerpo adulto que a veces requiere de ser bañado, tapado, acariciado y cargado pues irónicamente, se recuerda al cuerpo infantil como independiente. Una vez más Ariel se sabe perseguida por un cuerpo incontrolable y necesita elaborar el duelo por aquel cuerpo que además de infantil era sano.

El adulto ideal acepta su cuerpo, decide habitarlo, se enfrenta con el mundo y lo usa de acuerdo con su sexo. En el caso de Ariel y Ralph se puede determinar que la escisión del cuerpo vivida como proceso normal en la adolescencia es intensificada por la falta de apropiación del cuerpo, desde la infancia, por los amenazantes cambios propios de la enfermedad y porque una vez más, este cuerpo está bajo la gobernancia simbólica y real del Otro (los cambios puberales, la enfermedad, los familiares cuidadores y los doctores).

Finalmente, como hemos visto en esta sección a través de los casos descritos, el pensamiento operatorio, la alexitimia y la vivencia del cuerpo como ajeno y persecutorio aletargan el duelo por el cuerpo infantil y dificultan consolidar la capacidad adulta de poner en palabras lo emocional y de apropiarse del cuerpo.

## **Apartado 2. Un lugar en el mundo**

*“Cuando Félix se luce, le dan una medalla. ¿Pero hay medallas por demoler bien?  
... no, ¡no hay! ¡Y eso es lo que yo hago! ¡Eso me toca a mí!  
Estoy cansado de esto, quiero tener un lugar que sea mío y me sienta feliz en él”.*  
*Ralph en la película “Ralph el Demoledor”*

### **La simbiosis**

Desde el nacimiento es muy difícil para el niño psicossomático tener un lugar en el mundo psíquico y físico pues la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psiquis para dos en una unidad indivisible, la madre es el universo. Debido a los conflictos inconscientes de la madre, ésta puede estropear el avance del niño hacia su diferenciación y cuando la relación madre e hijo no es “suficientemente buena” (Winnicott, 1994) a partir de la matriz somatopsíquica original, no se desarrollará una diferenciación progresiva en la estructura psíquica del niño entre su propio cuerpo y el de la madre.

La madre de Ralph menciona: “cuando me embaracé todo fue muy normal, realmente no sentí náuseas ni mareos, casi ni me entero que estoy embarazada (risas), lo único es que engordé muchísimo, cerca de 25 kg y fue culpa de mi papá que me consentía todo lo que le pedía... el parto fue difícil y me dijeron que mi vida corría peligro, estuve muchas horas en labor... cuando nació lo primero que pensé fue ¡lo logré! lo saqué y ya no hay peligro”. Desde el principio de su vida Ralph ha sido poco visto y ha sido tratado como un “monstruo” (palabra usada por él y la familia para describirlo) del que es necesario alejarse.

Muy diferente a esto fue lo que pasó con Ariel y su madre; Ariel cuenta: “cuando era chiquita a mi mamá le encantaba abrazarme todo el tiempo y a mí me molestaba, como que me asfixiaba, sentía que no me dejaba estar bien”. Sabiendo que en su historia clínica Ariel fue concebida con mucho esfuerzo y perseverancia de los padres que tras varios años de intentarlo no lograban embarazarse, podemos reconocer cómo para su madre el tener a la

niña en sus brazos pudo incitar la apropiación de esta pequeña que desde un inicio también fue vista como una extensión de la madre. Ariel comenta: “mi abuelita bromeando nos dice “Úrsula (nombre de la madre) I y II, a mi me molesta pero aunque le digo ¡soy Ariel! Ella dice que soy un pedazo de mi mamá así que soy las dos”.

Ante esta fusión con la madre que se muestra débil y dependiente o, como en el caso de Ralph, distante y carente, el niño cree que si rompe la identificación primaria dejará hecha añicos a su madre. Ralph comenta: “hoy quería ir al doctor solito, mi abuela luego se la pasa quejándose y creo que no es necesario porque puedo ir solo; sólo iban a darme la receta de siempre pero cuando le dije eso a mi abuela empezó a quejarse muchísimo. Me dijo que por qué quería alejarla de mí y que ella necesitaba saber qué me decía el doctor y empezó a decirme mil cosas de que yo no me preocupaba por ella pero que ella si se preocupa por mí. Que quizás me podía pasar algo en el camión y que pensara en mi seguridad... al final fui con ella”. Ariel por su parte platica: “ayer estaba muy triste y solo quería estar en mi cuarto pero mi mamá no me dejaba de decir que qué me pasaba y que si no le tenía confianza, le dije que me dejara en paz un rato y que luego le contaba pero empezó a llorar mucho, me decía que sus hijas son lo único que tiene y que si no la queremos que ella se queda sin nada... en fin, le platicué todo, no quería verla así de mal...” Como podemos ver, la imagen de la madre es doble: una figura omnipotente y omnipresente, y una mujer frágil y dañable. Igualmente, los objetos de amor continúan mirando a los jóvenes como dependientes y necesitados, reforzando en ellos continuamente el temor a la separación.

Con la fantasía de fusión que existe en estos jóvenes con su madre, viene también el terror a perder el derecho a la identidad y a tener pensamientos y emociones personales; se despierta el temor a tener un lugar en el mundo separados de la madre.

El adulto ideal ha internalizado características de sus objetos de amor y se siente capaz de afrontar el mundo con las herramientas que tiene. Para Ralph y Ariel desde pequeños ha sido muy difícil la separación de los objetos primarios pues la madre omnipotente también es débil e incapaz de sobrellevar la individuación.

### **Mentira y fantasía como espacio de intimidad.**

“La intimidad es mantener contenidos dentro de una zona especial de nuestra psiquis[...] el niño no tiene capacidad de pensar elaborativamente en sus cosas internas y por lo tanto, tiene la necesidad casi compulsiva de contar estas cosas de manera evacuativa[...] para que le ayuden a elaborarlas” (Carvajal, 1993:35). Sin embargo en la adolescencia la elaboración de los contenidos debería ser intrapsíquico. Ariel y Ralph, carentes de un aparato para pensar sus emociones, tienen dificultad para conocer su mundo interno y revelan los contenidos de su interioridad de manera casi evacuativa a través del “acting out” y de su propio cuerpo.

Por otra parte, el tipo de familia simbiótica a la que pertenecen ambos pacientes, ha transgredido los límites de diversas formas imposibilitando que Ariel y Ralph tengan intimidad. Por ello, a pesar de que en los pacientes psicósomáticos los sueños tienden a ser de tipo operatorio (Nemiah y Sifneos, 1970; Otero, 1999) en estos dos pacientes existe una importante tendencia a la fantasía que, aunque no logra completamente la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica, si dota de un poco de intimidad que les resulta indispensable a estos jóvenes.

Ariel comenta: “desde chiquita paso horas pensando en un lugar mío, que sea yo la propietaria... me imagino y planeo una casa perfecta... pienso hasta el último detalle. Hasta tiene tubería y sé dónde va a ir... y mi cuarto es muy amplio... hay incluso un cuarto para la guerra nuclear; hay seguridad por todas partes... y perros para que no vayan a robar... hasta pienso a veces tener un arma para que nadie haga daño aunque creo ya es mucho... y bueno, antes no sólo pensaba esto, antes hasta tenía la escuela a la que iba a ir, la prepa o la universidad”. Ante la pregunta de qué o quién se protege explica: “de los ladrones, no sé, Me robaban algo muy adentro, algo muy mío”. Tras estas reflexiones y el trabajo terapéutico de varias sesiones la paciente relaciona el discurso con tres puntos importantes: acepta que siente una invasión por parte de los médicos; acepta que la enfermedad la ha invadido y los medicamentos son armas para defenderse; y finalmente, aunque no logró definir quién era el ladrón, relaciona aquella casa robada con la sensación del “robo de su individualidad”.

Hablando de las condiciones de su vivienda ella menciona: “en realidad creo que nunca he tenido mi propio cuarto, siempre he compartido con mi hermana y la privacidad es algo que ella no conoce; veo como otras compañeras tienen su espacio y realmente me encantaría a mí saber que hay algún lugar donde puedo estar yo y nadie más, donde yo pueda sentir y hacer lo que quiera sin que me estén cuestionando todo el tiempo... ¡no me dejan respirar en mi casa!” De manera simbólica podemos percatarnos cómo el espacio físico demandado por Ariel es también un espacio emocional que requiere y del cual ha carecido desde su primera infancia.

Por su parte, Ralph desde su nacimiento ha compartido cama con algún familiar y actualmente duerme en una colchoneta en la sala, él describe: “para vestirme necesito ir al baño, todo el mundo pasa por donde yo estoy y a veces me brincan para no tener que despertarme... mi abuelita me pide que recoja mis cosas para recibir visitas y las meto al cuarto de mi mamá y de mi hermano en lo que llegan pero luego se me pierden cosas”. Igualmente la falta de privacidad de Ralph es vulnerada cuando la abuela relata situaciones íntimas del paciente transgrediendo la confianza y aumentando la ansiedad de Ralph; él narra: “mi abuela dice que ensucio la ropa y es mentira pero eso no es lo peor, va y le comenta eso ¡a todo el mundo!, los vecinos, los maestros, amigos de mi mamá, gente que ni conocemos y va a la casa, ¡le cuenta todo a todos!... no me gusta ir a eventos ni nada porque todos me ven extraño... me gustaría poder vivir en otro mundo y mandar a volar a todos”.

Esta violencia ejercida contra Ralph propicia que él tenga que defenderse a través la mentira, negación y encopresis. Así como no hay estabilidad ni privacidad en su casa y familia, Ralph tampoco logra tener un espacio para sus propios pensamientos y emociones. Durante las sesiones Ralph mantiene discursos largos y repetitivos en los que de manera evacuativa platica sobre sus aventuras en parques de diversiones o circulando en el transporte público de la ciudad en las que él muestra ser fuerte y controlar todo lo que le rodea evidenciando el pensamiento operatorio que lo caracteriza y la gran necesidad que tiene de elaborar en un espacio para sí mismo. La familia continuamente se queja de los

pequeños hurtos que hace Ralph a otros y las repetidas mentiras que él sostiene ante ellos, la madre recalca: “entre tantas mentiras nos hace bolas, pareciera que está jugando con nosotros”. El adulto ideal abandona el juego como herramienta primordial para elaborar lo interno, sin embargo, Ralph con estas historias, mentiras y robos está reclamando algo que es suyo: un espacio, un lugar y una mirada que le permitan estructurarse, tener intimidad y separarse de los padres. Esta separación es requerida en todo adolescente, sin embargo estos dos pacientes con características psicossomáticas tienen que recurrir a la fantasía y la mentira porque parecen ser la única solución para apropiarse de algo.

El adulto ideal disfruta de la intimidad que le permite elaborar en su propio aparato de pensar los contenidos tensionantes provenientes del afuera o del adentro. Ariel y Ralph no han podido disfrutar de la diferenciación física y psíquica que les permita acceder a la intimidad por lo que utilizan la mentira y fantasía como recursos para apropiarse de un espacio propio.

### **Cercanía física y la necesidad de un tercero**

En cuanto a la transgresión de lo propio y a la necesidad de este espacio indispensable del joven, nos encontramos también con una particular cercanía física con los padres que preocupados por atender la enfermedad de sus hijos en varias ocasiones necesitan atenderlos como pequeños niños con extrema cercanía física.

Respecto a esto, normal en la adolescencia se presenta la reedición del complejo de Edipo (Gutton, 1993) en el que el hijo, ahora poseedor de un cuerpo genital y suficientemente fuerte para cometer el parricidio encuentra consuelo al establecer lazos exogámicos que permitan marcar distancias físicas y psíquicas con los padres, sin embargo, para estos dos pacientes la búsqueda de nuevos lazos fuera de la familia ha sido complicada.

En el caso de Ralph, la abuela que ha cumplido la función de madre, revisa constantemente la ropa interior y el cuerpo de Ralph, fijando constantemente su atención en su cuerpo, movimientos y evacuaciones. En algunas ocasiones la abuela lo revisa mientras se baña pues menciona: “no se talla bien y se deja mugre en las articulaciones”. “Debido a su enfermedad” Ralph es acompañado y cuidado por su abuela constantemente desplazando al abuelo y haciéndolo sentir privilegiado. El continuo contacto físico con los abuelos quienes incluso a veces duermen con él; ha intensificado en el paciente el temor de satisfacer el deseo que ahora tiene potencia a realizarse por lo que, como menciona Jammet (1992): “es ese cuerpo incestuoso el que es preferencialmente atacado en los comportamientos negativos de autodestrucción de los adolescentes”.

Ariel por su parte también tiene contacto continuo con el padre pues cuando Ariel tiene un cuadro artrítico y no puede moverse el padre es quien la carga. Ella menciona: “peso mucho y estoy grandota entonces mi mamá no puede conmigo así que a veces mi papá es el único que puede cargarme porque es muy fuerte, como que me abraza y me levanta, a mí me choca que me toque, no me gusta que se me acerque y sentir su aliento me da asco pero ni modo, no tengo otra opción más que permitirlo”. En una ocasión el dolor de la artritis fue tan fuerte que Ariel pasó varios días sin poder moverse y sus padres tuvieron que ayudarla a bañarse; ella comenta: “mi mamá me ayudó a desvestirme y me puso una toalla, mi papá me cargó hasta la tina. Mi mamá me bañó y me puso otra vez la toalla encima porque mi papá le ayudó a hacerme los masajes; esa noche tuve que dormir desnuda porque ya estaba muy cansada por el esfuerzo y no aguantaba más, me taparon muy bien y dormí muchísimo”. Es notorio cómo a sus 17 años Ariel ha tenido que correr roles infantiles en los que requiere de la completa asistencia de los padres que entre gustos y preocupaciones atienden a su hija que los necesita.

En cuanto a la cercanía física con el padre e intentando combatir los deseos incestuosos Ariel reclama: “¡Quisiera que papá se muriera, que desapareciera, que dejara de participar o mínimo de molestar!”, en varias sesiones menciona: “antes mi mamá me caía mal, porque pensaba que ella siempre estaba trabajando y que nunca tenía tiempo para nosotras. Yo adoraba a mi papá, yo era su niña consentida; me abrazaba y me gustaba, no

sé por qué cuando entré a la prepa todo cambió, me di cuenta de que era alcohólico y grosero, no me gusta que me toque; ahora a la que quiero y admiro mucho es a mi mamá”. Trabajando sobre la mala relación padre-hija se encontró que el mayor rechazo de Ariel hacia su padre fue cuando ella comenzó su primer noviazgo formal; tras la intervención en tono de juego: “ah, cambiaste a uno por otro” Ariel reacciona con asombro y riéndose menciona: “sí, literal, y sinceramente prefiero quedarme con mi novio”.

Ahora bien, aunque los pacientes presentan características edípicas es importante contemplar que en el paciente psicossomático existe una constelación edípica específica en la que el tercero es casi ausente en el mundo simbólico del objeto primario y del niño. Por esto, existe un vínculo extremadamente cercano con el objeto y su imagen se vuelve peligrosa y absorbente. En ambos pacientes se muestra el temor a volver a ser fusionado por los cuidados maternos que en el caso de Ralph realizó prioritariamente la abuela y en la situación de Ariel realizó prioritariamente el padre.

En estos dos casos la verdadera amenaza no es la castración sino la amenaza a la pérdida de uno mismo por quedar fusionado con el Otro sin permitir la entrada de un tercero. Ariel menciona: “mi papá criticaba mucho a mi mamá porque consentía mucho a mi hermana. Él pensaba que mi hermana no era su hija porque creía que mi mamá le había sido infiel en venganza... pero a mí mi papá me consentía siempre y decía ella sí es mía, yo sabía que él era mío y de nadie más... Para mí mi papá era lo único importante en mi vida, mi mamá no me importaba, a veces incluso pensaba que ella era muy tonta o me olvidaba que estaba ahí... cuando pasó el incidente (su madre corrió al padre de la casa y a los pocos meses se enfermó Ariel) me dediqué solo a mi mamá, me di cuenta de que mi papá es alcohólico y grosero. Ahora no lo soporto, mi mamá es todo para mí”. Con este claro ejemplo podemos evidenciar cómo Ariel presenta una gran dificultad para reconocer la existencia del tercero pues éste se encuentra siempre desvalorizado. Sobre esto, la paciente expresa: “antes estaba siempre enojada con mi mamá, hasta le dije algún día que nos tenía abandonadas viendo novelas todo el día o con mi papá y que realmente yo no sentía ni siquiera que ella existiera”; habiendo trabajado este punto en varias sesiones más se logró advertir que existe un gran enojo hacia la madre pues se le vivió ausente en la

infancia y no contribuyó a poner los límites necesarios para desimbiotizar la relación padre-hija que genera gran ansiedad y angustia de fusión.

En el caso de Ralph la desvalorización del tercero también se muestra claramente; la abuela expone: “de chiquito sólo quería estar con su mamá, la verdad su mamá nunca fue cariñosa pero siempre estaban pegados... a mí me trataban los dos muy mal... cuando se iba la mamá a trabajar ya yo me quedaba a cargo pero cuando nació el hermanito de Ralph su mamá definitivamente lo quitó y entonces él se hizo mío. Siempre voy con él a todas partes... no soporta a su mamá... le molesta pensar que venga su mamá o mi esposo al cuarto cuando vemos la tv juntos, es muy berrinchudo”.

El adulto ideal reconoce la presencia de un tercero y busca negociar los límites impuestos por éste para disminuir la amenaza de castración. Sin embargo, el temor ante el incesto de estos jóvenes es mucho más arcaico que la amenaza de castración pues es la amenaza de fusión y la pérdida de la identidad. La enfermedad de Ariel y Ralph ha intensificado el contacto físico con los padres que resulta erotizante y en su constelación edípica del tercero se encuentra desvalorizado.

### **La búsqueda de lazos exogámicos y los padres de la infancia**

Contribuyendo a la separación de los padres el establecimiento de lazos exogámicos es muy importante para explorar el mundo y ofrecer herramientas para la relación con la sociedad. Muss (1994) propone que el joven debe evitar la enajenación de los padres pues ello implicaría truncar el desarrollo emocional y social del joven que debe buscar otro tipo de convivencia que le permita situarse y culminar su crecimiento en espacios fuera del hogar en donde pueda pasar más tiempo y lo unan a otras autoridades elegidas y no impuestas. No obstante, para Ariel y Ralph esto ha sido de gran dificultad;

Ariel menciona: “son muy buenos mis amigos pero no me gusta que me vean mal y luego andan del tingo al tanto, yo no puedo seguirles el paso ¡corren mucho! se suben a los camiones y se les olvida que necesito ayuda, son buenos pero mejor ya no les escribo ni

platico tanto... Salgo más con mi mamá a mis consultas o a las de mi hermana y con ellas me siento más cómoda”. De la misma forma para Ralph tener amigos íntimos o salir de casa por prolongados periodos ha sido muy complejo pues su gran secreto: “manchar los calzones”; lo regresa constantemente a los brazos de su abuela quien, con quejas y placeres pasa los días pensando en el funcionamiento y salud de los genitales de su nieto.

Otra característica de los pacientes psicósomáticos es la desafectación que es una defensa en la que, aunque se puede sentir y expresar una emoción, hay incapacidad para contener el exceso de experiencia afectiva y reflexionar sobre esta generando que se eyecte el dolor mental a través del cuerpo. Esta defensa causa que la persona se vincule carente de emocionalidad y que busque no depender afectivamente de otros recurriendo a comportamientos adictivos o enfermedades somáticas que lo excluyen de las experiencias intolerables.

Por otra parte, en el paciente psicósomático el cuerpo aparece descatectizado ya que tiene representantes psíquicos del soma que son denegados, considerados inexistentes o sofocados y carentes de significación. Este tipo de relación se repite en el vínculo con los otros que se torna desafectivizado. Anzieu confirma que hay una inversión de las señales de seguridad y de peligro pues la familiaridad en lugar de ser protectora y tranquilizante se rechaza como mala.

Evidencia de esto mencionado es la relación que Ariel ha establecido con la mayoría de sus amistades con las que se cree estar ligada únicamente por la “lástima” que pueda despertar su enfermedad. Ella menciona: “Es extraño porque veo a mis amigas llorando cuando me pongo mal y me escriben cartitas y yo no soy así, me siento rara con esas cosas, me atacan con cartitas... creo que soy cariñosa pero diferente no logro acercarme más”. Repitiendo el temor a la fusión con el objeto primario y ejemplificando las señales de seguridad en el psicósomático Ariel muestra la dificultad que tiene para vincularse afectivamente pese a que existe una “Pseudoadaptación social” (Krystal 1979).

Igualmente, pese a que Ralph tiende a salir esporádicamente con amigos durante algunas horas no logra consolidar relaciones estables y profundas ya que sus relaciones se basan en actividades que no incluyen diálogo o apertura emocional y él se muestra fuerte y hermético protegiendo sus emociones y escondiendo también su encopresis pues teme que se burlen de él; por ello prefiere convivir solo con la familia que ya lo conoce y, como él menciona, ya no tiene que dar explicaciones.

Las relaciones objetales de Ariel y Ralph son carentes de afecto pues su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. Estos jóvenes presentan incapacidad para contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. Sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos (Otero, 1999).

Finalmente, es importante recalcar la necesidad de todo adolescente por realizar el duelo por los padres de la infancia que implica una ruptura con aquellos padres idealizados y omnipotentes que se encontraron en los primeros años de vida. Sin embargo, la simbiosis ejercida por los padres que no han dotado a Ariel y Ralph de herramientas para independizarse complejiza esta ruptura física y psíquica.

Pese a que ambos pacientes critican fuerte y repetidamente a su familia es notorio cómo estos jóvenes lo hacen en búsqueda de su individuación pese a que con esto estén demostrando la gran dependencia que tienen de estos objetos pues “oponiéndose el adolescente, toma apoyo sobre el adulto al cual él se opone sin tener que tomar conciencia de que con esto está cuidado su narcisismo y su autonomía por la afirmación de su diferencia” (Jeammet, 1992, p.44).

Aunque para todo adolescente los intentos de separación con los padres son hirientes a su narcisismo ya que requieren regresar a pedir apoyo continuamente; para Ariel y Ralph la herida narcisista se ha intensificado ante la frustración de tener que regresar innumerable cantidad de veces a pedir auxilio a sus padres por no poder controlar su cuerpo enfermo y no ser capaces para introducirse en una sociedad que demanda salud, fuerza y habilidad para expresarse.

El adulto ideal ha logrado establecer redes sociales sólidas y vincularse afectivamente. Sin embargo, con un cuerpo enfermo que continuamente necesita regresar a casa, con dificultad para aceptar la entrada de un tercero y defensa de la desafectación; la consolidación de lazos exogámicos a la familia necesarios para la narcicización de Ariel y Ralph han sido continuamente frustrados. Nuevamente los padres son necesitados para sobrevivir pero a la vez tienden a lo estático, a lo paralizado, a lo que se queda y no crece.

### **Ganando algo entre lo perdido: un lugar en la familia**

Freud observó que pese a que el síntoma es un huésped indeseable, no es extraño que el “yo” quiera también sacar ventaja de la condición de enfermo causando que la persona se sirva, consciente o inconscientemente, de sus síntomas para obtener un beneficio de sus padecimientos. A esta función del síntoma la llamó “ganancia secundaria” (Freud, 1905:102).

Ralph y Ariel han crecido en un ambiente de enfermedad y dolor en el que quien no tiene su propio malestar es excluido de la familia por lo que este síntoma les ha permitido ser vistos y participes de sus familias. Ambos pacientes se han identificado y han encontrado un lugar en la familia gracias a su enfermedad.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la enfermedad psicósomática tiende a presentarse en momentos de mayor estrés o en aquellos que se cree se perderá al objeto de amor; sobre esto es importante resaltar que ambos pacientes presentaron la enfermedad psicósomática a pocos meses de que sus hermanos, rivales hasta la actualidad, absorbieron la atención de la familia.

En la familia de Ariel, la obesidad y respuesta psicósomática a los procesos emocionales es predominante. Incluso al recapitular la secuencia de los acontecimientos, se evidencia que tras la separación de los padres la hermana de Ariel enfermó gravemente causando que los padres volcaran su atención sobre ella para atenderla. Ariel comenta:

“cuando mi hermana enfermó me sentí muy mal, mi mamá se puso súper triste y mi papá vivía para ella porque había que llevarla a muchos doctores a ver si alguno averiguaba que tenía, yo sentí que desaparecí... al menos la enfermedad me mantiene unida a mi hermana, bueno también a mi abuelita y hasta a mi papá que siempre está mal... creo que si me curara sería la única sana ahí”. Ante la estresante separación familiar y frente a la amenaza de pérdida del objeto, el cuerpo de Ariel respondió rápidamente al dolor y a los 3 meses comenzó a sentir malestares físicos que la llevaron a largos estudios en el doctor y a estar acompañada de su familia que sorprendidos por la artritis han tenido que regresar la atención a Ariel que es quien tiene los síntomas más dolorosos y degenerativos de la familia. Esta situación tan difícil ocasionó que incluso el padre regresara a la casa para apoyar a su esposa e hijas a afrontar la enfermedad.

En cuanto a Ralph, la enuresis se presentó a las pocas semanas de que supo que su madre estaba embarazada y escuchó una conversación en la que la madre plantea a su familia lo importante que es para ella dejar a Ralph al cuidado definitivo de los abuelos para ella reiniciar su vida con una pareja e hijo que sí desea. Posteriormente la encopresis se desencadenó meses después de que su padre desapareció. Ante tan dolorosas situaciones Ralph comenzó a presentar mal comportamiento y conductas violentas que le han permitido mantener la atención y mirada de la madre aunque esta última no sea una mirada de amor sino más bien una ambivalente mirada que le demanda generar un problema tan grande que le ayude a ella a deslindarse de la presencia de Ralph. Con esto, la madre comenta: “por más que he querido convivir en paz con él ¡es imposible! aunque estemos cada quien en lo suyo y ni le haga caso tenemos que estar en la misma casa y él se encarga de hacer algo para sacarme de quicio, si no es el perro, ensucia algo, o golpea a alguien o se hace del baño y apesta todo... a veces pienso, si ya me va a hacer la vida de cuadritos que lo haga bien! Nada más estoy esperando que acabe de matar a alguien para que mi mamá por fin acepte que tiene que irse a un internado”. En este caso la sintomatología estará entonces ofreciendo un lugar a Ralph en la familia y además ofrece a la madre lo que ella consciente e inconscientemente le demanda.

Por otra parte, las identificaciones juegan un papel indispensable en la pertenencia a un grupo y, focalizándonos en la patología psicósomática, podemos reconocer cómo incluso las enfermedades presentadas dan cuenta de la relación tan cercana y ambivalente con los padres.

Por su parte, Ralph se ha identificado con el rol de la madre quien es, a palabras de su hermana y madre; la “sucia, imprudente, desagradable y a veces insoportable” de la familia; características que también son mencionadas al hablar del sucio, imprudente, desagradable e insoportable olor que despierta la encopresis de Ralph. Ambos padres del paciente han mostrado continuos comportamientos infantiles, son dependientes y se caracterizan por la continua violencia ejercida principalmente contra su propia familia a la que dicen amar; esta forma de interacción y este rol infantil han sido aprehendidos y reproducidos por Ralph.

El padre de Ralph, también ha dejado impreso en su hijo una serie de características negativas a las cuales su propio hijo se encarga de dar vida pues al desaparecer con el dinero que le habían prestado, quedó señalado como “el defraudador”; pese al desagrado de la familia, parece que Ralph se encarga de mantener presente a su padre pareciéndose cada vez más a él; la madre menciona: “odio a su padre, y cada vez que veo a Ralph veo su cara, no quiero que se vuelva un adulto porque sé que será idéntico. Hasta su comportamiento tiende a ser parecido al de ese sucio y ladrón señor”.

Respecto a la identificación con la figura parental resulta de gran interés resaltar que Ralph muestra una gran admiración por su padre y su tío pero le resulta complicado comprender los continuos mensajes que la madre ofrece sobre este tema; él menciona: “mi mamá siempre me dice que me dice que si yo fuera otra persona la relación con ella podría ser perfecta pero que me parezco demasiado a mi papá y que eso no lo soporta” ante el cuestionamiento, ¿otra persona? Él contesta: “si, más tranquilo y responsable o más como ella quiere”. Enlazando estas narraciones con algunas entrevistas con la madre que menciona: “yo no estaba enamorada de su padre, estaba enamorada del gemelo, todos dicen que Ralph seguramente es del gemelo pero no es cierto, ¡yo no soy zorra! y se nota con el

comportamiento, Ralph es idéntico a su padre. Su hermano era muy diferente con el mismo cuerpo pero por dentro era completamente otra persona, era justo lo que yo quería”; podemos notar que desde la madre hay una doble demanda a Ralph que desea sea “otra persona” más semejante a su enamorado pero a la vez desea se mantenga parecido al padre “ladrón” para continuar comprobando que ella no sostuvo relaciones sexuales con el gemelo y poder seguir ella cumpliendo el rol de víctima que su exesposo, a través de su hijo “maltratador”, ejerce sobre ella. Ralph por su parte, parece responder a la solicitud de su madre pero también pareciera él ha quedado representando al padre que debe castigar a la madre y hacer justicia a través de reprender continuamente a su hermano repitiendo la ambivalente relación filial.

Con todo esto, Ralph es fiel a la confusa demanda que le hace su familia actuando de acuerdo a las identificaciones e imposiciones que se le han asignado. Él es el síntoma de la familia que necesita culpar y cargar a alguien de la sucia responsabilidad que conlleva el enojo. Para Ralph la enfermedad que su cuerpo manifiesta le permite tener un lugar en la familia, le da incluso un apodo que todos recuerdan “el popochas” y con su cuerpo Ralph da vida a quienes se han ido, lo asemeja a una madre que lo rechaza y nadie deja de verlo, nadie deja de olerlo.

En cuanto a las identificaciones de Ariel se puede advertir que la paciente se ha identificado con una madre deprimida que presenta características a la de su artritis. Ella misma menciona: “mi mamá siempre se siente agotada y a veces le cuesta trabajo levantarse de la cama porque le entra la “chipilez”. En algunas sesiones la joven incluso ha planteado que le gusta quedarse en la cama con su madre pues las dos están enfermas y se acompañan, ella menciona respecto a su madre lo que a veces le hace sentir su propia enfermedad: “parece que tiene cargando mil kilos encima y le cuesta moverse”.

Sobre su padre ella menciona: “Sólo toma alcohol y se queda ahí tirado... yo no quiero ser así, quiero ser más relajada, no agredir ni ser violenta, me gustaría a veces sentirme segura y apoyada por él pero ni al caso... Me cae muy mal y eso sí me pesa”. Por más que Ariel intenta marcar diferencia con su padre existe una clara identificación con él

que, a palabras de ella misma “está estancado en su vida”. Se ha trabajado sobre la identificación que siente con el padre que para ella es el agresor, y se ha logrado advertir que una de las causas del rechazo que siente por él es porque ella se reconoce repitiendo y ejemplificando lo mismo que tanto critica; esta deflexión (Segal, 1975, p.35) que tanto le desagrada, le recuerda continuamente lo que ella no desea ser pero ya es. La situación con la hermana de Ariel que también se encuentra enferma desde hace un año ha sido complicada pues ambas son sujetas a la identificación proyectiva (Segal, 1975, p.40) de la otra que simbiotiza el lazo y no logra la diferenciación. En el último año ambas han pasado largos periodos de análisis y tratamiento en hospitales; Ariel menciona: “no se sabe qué es lo que tiene mi hermana, sigue bajando de peso y poniéndose mal... cuando ella va al hospital y le dan alguna noticia difícil se comporta muy tranquila pero no sé por qué yo no puedo, ella es fuerte pero yo no sé por qué no puedo, me pongo a llorar, me enojo, como muchísimo y me peleo con todo el mundo... a veces a mi me pasa igual cuando voy al hospital y ella es la que se pone mal... no entiendo nada, este llanto sí es mío pero también a veces siento que no, que es como prestado”; con este mecanismo, estas dos adolescentes han logrado poner afuera aquello que les resulta amenazante y liberarse un poco del peso que llevan en sí; igualmente es comprensible que en una situación como esta una en otra vean el reflejo de lo que podría ocurrirles. De esta forma, la artritis que presenta Ariel ha dotado a la paciente de características que la asemejan a su familia, les recuerdan que ella es partícipe y ofrece cercanía a ambos padres que en algún momento la hicieron sentir abandonada.

Por otra parte, Joyce Mc Dougall (1999) en el texto “Familia y enfermedad somática” recalca la importancia de encontrar el beneficio y sentido de la enfermedad para el sujeto y para la familia explorando ¿qué está diciendo el paciente a los demás a través de su enfermedad?, ¿qué modificación se produce en el sistema con la aparición de la misma? Y ¿a qué necesidad del sistema responde la presencia de la enfermedad?

La búsqueda de independencia de estos jóvenes ha resultado insoportable para la familia. Pues “Los progenitores (...) sufren abrupta y pasivamente la pérdida de un objeto gratificante: el niño y su entorno infantil” (Carvajal, 1993:117). Es entonces, que los padres

también deben elaborar dolorosos duelos que los afrontan con su edad, con su propia adolescencia, con sus limitaciones e incluso con el desprecio de sus hijos que en algún momento los miraron como omnipotentes e idealizados, pero que ahora dan cuenta que son seres carentes de los cuales quieren independizarse.

Para la abuela de Ralph, esta etapa ha sido angustiosa y confusa pues, más que nunca se enfrenta a la dicotomía del deseo de retenerlo y dejarlo crecer. Ella misma menciona, “estoy cansada y a veces siento que ya estoy muy vieja, no tengo razones para levantarme por las mañanas y podría ir hacia mi muerte con tanta paz, ¡pero no!, Ralph siempre encuentra la forma de mantenerme corriendo, ocupada, me necesita tanto, ¡me necesita viva!”.

Ariel menciona: “cuando mi hermana se enfermó mi mamá se deprimió muchísimo... cuando me enfermé también yo mi mamá tuvo que salir a flote, no pudo ya ni quedarse en la cama porque tenía que sacarnos adelante, incluso mi papá se regresó con nosotras porque mi mamá le dijo que no podía con dos enfermas y decidieron que iban a intentar llevarse bien otra vez al menos mientras nosotras nos recuperábamos, al menos ya estamos juntos todos en la casa”.

Para los padres de estos pacientes que desde hace años han tenido incapacidad para propiciar en sus hijos su propia individualidad y aparato para pensar, las enfermedades han sido, sin lugar a dudas, algo difícil de sobrellevar pero también han traído varios beneficios que fortalecen la perseverancia de los síntomas. Freud (1895) mencionaba que “Quien tiene la mente ocupada por la infinidad de tareas que supone el cuidado de un enfermo... se habitúa a sofocar todos los signos de su propia emoción... porque le faltan el tiempo y las fuerzas para hacerles justicia.” (175) y estos cuidados de enfermos ha permitido que los padres vuelquen su persona sobre sus hijos, no atiendan a sus propias emociones y se mantengan necesitados por sus hijos.

Ariel por ejemplo hace aproximadamente 2 años ya empezaba a independizarse, sin embargo, la artritis la regreso al nido familiar y ha colaborado a que sus padres se sientan

nuevamente necesitados y valorados por su hija. Ante esto, los padres se sienten preocupados por la situación pero a la vez disfrutan de tener, como menciona Ariel, “por siempre a su hijita con ellos”.

En cuanto a la rivalidad que se propicia entre padres-hijos por la juventud; Ariel comenta: “no me gusta mi cuerpo, realmente lo odio...” “el otro día vi fotos de mi mamá en la prepa, ¡era tan bonita! no como yo... escuché a mi mamá en el teléfono con mi tía, estaba intentando esconderse pero escuché que le estaba diciendo que pobre de mí, que aunque tengo 17 mi cuerpo y energía es como de 60 que ya ni ella estaba tan mal, que verme la hacía sentir joven y viva junto a tanto dolor... ese día la pasé dormida y no quise ni levantarme, luego de escuchar eso me sentí peor pero tiene razón”. Respecto a esto la abuela de Ralph menciona “es un niño en un cuerpo grandote pero sucio, no tiene control, se nota que la pasa mal... ni yo a mi edad paso tanto trabajo y estoy tan mal”. Como es notorio, la enfermedad ha favorecido que la herida narcisista que se suscita en la madre por el cuerpo y el rol de sus hijos disminuya notablemente.

Finalmente hay que recalcar que el beneficio secundarios de cualquier síntoma puede ser utilizado en la adolescencia como defensa al duelo. Estos beneficios secundarios son innumerables y dependen de la realidad de cada paciente, sin embargo, se puede pensar que uno de los principales es la gratificación narcisista que le da un lugar en la vida y el hecho de permanecer en estadios regresivos e infantiles pues “cuando (el cuerpo) está cargado de una literalidad alejada de lo metafórico, el discurso sobre el cuerpo cumple con una función de suplemento tendiente a llenar un vacío. Esta modalidad es un discurso que obstruye cualquier tentativa de abordar los duelos” (Fischbein, 2008:216).

Como los anteriores ejemplos, se podrían reconocer muchos otros beneficios que ya han mencionados a lo largo de los apartados anteriores, empero, lo más importante a recalcar es la importancia de la ganancia secundaria en la permanencia de la sintomatología pues si bien el síntoma existe para ofrecer la “salida económicamente más conveniente de un conflicto psíquico en un momento determinado de la vida de una persona” (Freud,

1905), también es reforzado por la presencia de características que benefician a la familia e individuo.

El adulto ideal privilegia la pulsión de vida y abandona aquellos beneficios secundarios del síntoma que le imposibiliten su desarrollo como individuo. Ariel y Ralph por su parte pertenecen a un grupo familiar que incentiva su permanencia en lo estático y mortífero del goce por lo que a través de las identificaciones y respuestas a la demanda familiar disfrutan de los beneficios secundarios que les ofrece la enfermedad.

### **Apartado 3 ¿Quién soy yo? : Vicisitudes en la conformación de la identidad**

*“Yo sé que yo debo ir y conocer esos mundos,  
Y aunque no tenga voz los conquistaré”.*  
*Ariel en la Película “La Sirenita”.*

La búsqueda de la identidad es el problema culminante del adolescente, el joven debe prepararse para asumir un rol y conformar una identidad que le permita integrarse a la sociedad y establecer lazos exogámicos para afrontar los desafíos que implica la adultez.

#### **Un duelo que elaborar**

Durante la adolescencia existe una lucha consciente e inconsciente de liberarse de todo aquello que no pertenezca al self y aparece la ambivalencia por comprender qué es aquello que le pertenece en esencia y qué no (Carvajal, 1993).

Para que estos jóvenes puedan lograr separarse de aquello que no les pertenece y conformar su identidad necesitan tamitar el dolor psíquico que genera la separación y elaborar los duelos correspondientes a los objetos perdidos, aprovechando así la oportunidad para producir una recomposición significativa ante el agujero que la pérdida dejó en el tejido simbólico.

Sin embargo para Ariel y Ralph que presentan continuamente características de alexitimia y pensamiento operatorio, el malestar no puede llegar a organizarse como conflicto mental y es expresado orgánicamente (Marty, 1990) ya que “el paciente no tiene posibilidad de procesar y elaborar el dolor psíquico” (Bekei 1996:12).

El duelo debería ser una ocasión de recomponer la falta y producir una separación liberadora que abre a la posibilidad de un acto creador, sin embargo en estos casos la pena que genera el intento de separación se expresa a través del órgano lesionado que ocupa el lugar de un proceso que no se llega a constituir, siendo la organicidad el último bastión defensivo ante la desorganización mental.

Aunque ya fueron resaltadas en los temas anteriores varias evidencias sobre esta dificultad para tramitar el dolor y elaborar los duelos, es interesante retomar que el inicio de la enfermedad se presentó en uno de los momentos de mayor sufrimiento psíquico generado por la separación del objeto que no pudo ser resignificado y que fue expresado a través del lenguaje de los órganos:

- Ariel, que padece artritis degenerativa autoinmune, manifestó sus primeros síntomas tras la separación de sus padres por problemas de alcoholismo y violencia intrafamiliar. La paciente menciona: “mi mamá corrió a mi papá un día de la casa y él se fue sin siquiera despedirse... al escuchar la puerta yo me levanté corriendo de la cama y no lo encontré, me quedé pasmada en la sala mirando la puerta durante minutos, a mí se me hicieron horas... mi mamá lloraba mucho, mi hermana también, yo no pude llorar pero me sentí muy mal, realmente creí que se acababa mi mundo... Cuando ya se me iba pasando me uní mucho a mi mamá... a las pocas semanas se enfermó mi hermana y ahora también mi mamá la atendía todo el tiempo... sentí algo muy raro, no sé qué era pero creí que no iba a poder sobrevivir a eso... a las dos semanas se me presentó el primer cuadro de artritis”. Yufera y Wolfberg (1993) reconocen que las enfermedades autoinmunes se disparan por un factor emocional como pérdidas y duelos objetales y/o narcisistas y en este caso, además de que existió una importante separación de un familiar, se aunó el hecho de que la adolescencia es uno de los momentos de mayor vulnerabilidad.
- Respecto a Ralph ha sido muy explícita la manifestación orgánica ante las pérdidas pues la enuresis se presentó por primera vez cuando la madre se embaraza y decide dejar a Ralph a cargo de la abuela y la encopresis se presenta tras el abandono de su padre. La abuela comenta: yo no sé por qué empezó a ensuciarse pero lo veía muy enojado, cuando nació su hermano todo empeoró...”

En ambos casos es notorio que la violencia que han vivido los pacientes por parte de la familia ha generado una angustia de “Intrusión-Separación” que los incapacita para representar la ausencia, hay dificultad para separarse del objeto pues estos pacientes tienen

incapacidad de ocuparse de sí mismos ya que ignoran las señales de sufrimiento del cuerpo y no logran oír las señales de desamparo de la mente.

El adulto ideal elabora los duelos a través de las etapas de éste y se apropia de características del objeto para narcisizar su yo. Ariel y Ralph tienen dificultad en la elaboración de duelos pues no cuentan con las herramientas para definir qué les pertenece, para defender lo propio, y diferenciarse a través de elaborar el dolor psíquico que causa esta separación.

### **La Personalidad como sí**

En la adolescencia el joven toma ideologías prestadas que lo dotan de identidades transitorias que no logra incorporar al yo (Aberastury, 1971, p.53), de tal forma que exploran diversos grupos y posibles identidades hasta construir la propia y poder así, con una identidad sólida, arribar a la adultez.

La aparente sobreadaptación que es característica de los pacientes psicósomáticos fue notoria en Ariel y Ralph desde el comienzo de las entrevistas pero tras profundizar en el tratamiento se ha podido reconocer la “personalidad como sí” en ambos jóvenes.

Ariel exponía: “yo sé que padezco esta enfermedad y tengo que hacerme responsable de ella... tomo todos los días 4 medicamentos a la hora exacta y pongo el celular para no olvidarlo... por las mañana me levanto y casi siempre me hago masajes con las cremas recomendadas por el doctor... Intento cuidar a mi mamá y a mi hermana pues las noto débiles y necesitan de mí... mi padre ha tenido errores pero nadie es perfecto”. Este discurso se presentó en repetidas ocasiones al inicio de las sesiones pero conforme se exploraba el discurso se encontraba que muchos de estos pensamientos se vivían como algo impuesto y externo que no había sido apropiado por ella. Frente a esta confusión continuamente aparecía la pregunta que Helen Deutsch (1999) identifica con las personalidades “como sí”; ¿qué le pasa?

Ralph por su parte también tiene dificultad para pensar lo propio y presenta continuos discursos sesgados de emoción u originalidad. Esto corresponde a la naturaleza imitativa del niño y expresa una identificación con el medio, una imitación que trae como resultado una adaptación aparentemente buena al mundo de la realidad a pesar de la falta de carga objetal.

La repetición de experiencias de fallo en el mantenimiento de la función de la madre que se presenta en la historia de estos pacientes ha contribuido ampliamente a la creación de un falso self pues estos pacientes tuvieron que desarrollar una gran capacidad de adaptabilidad para afrontar el mundo después de haber sufrido una fuerte pérdida en la carga objetal que genera un profundo trauma y la desvalorización de su ideal del yo.

El adulto ideal puede presentar características de la personalidad como si pero busca respetar su verdadero self que ha sido conformado. Ariel y Ralph muestran una pseudoadaptación al medio que los aleja de hacer justicia a sus emociones y deseos.

### **Ideal del yo**

El ideal del yo es un importante componente de la identidad pues es “una imagen narcisista que perseguimos incesantemente,... nos la devuelve la madre, es un imago de lo que no somos pero queremos ser.” (Puig, 2009:75). Aunado a esto el ideal del yo se conforma de los deseos construidos por la propia persona que busca cumplirlos. Para Ariel y Ralph, que han tenido desde pequeños incapacidad de apropiarse de su propio deseo y presentan características de la personalidad como si, el expresar en palabras el ideal del yo que han conformado y desean cumplir ha sido difícil por lo que continuamente su descripción se basa en la demanda familiar.

En el caso de estos dos pacientes las miradas que los conformaron desde pequeños han sido extremadamente ambivalentes. Por una parte estos dos jóvenes fueron mirados desde el principio como dependientes e incapaces. Como ya hemos visto anteriormente, estos pictogramas atraviesan al infante y le generan la sensación de que si rompe la

identificación quedará destrozado y destrozará al objeto de amor por lo que se mantiene “pegado” a él para conservarlo.

Ejemplificando esto, la madre de Ralph menciona muy explícitamente “hubieron tantas complicaciones en el parto que supe de inmediato que este niño sería un problema y que me desgastaría muchísimo, así ha sido desde que nació... No sabe que susto sentí cuando lo tuvieron que operar de los testículos... hice todo lo que pude y mi mamá me decía recuerda que él te necesita fuerte... yo lo veía a los ojos y le decía yo sé que me necesitas y si no hago algo te vas a morir... de verdad lo intenté pero es demasiado lento, ¡ya estoy harta y no puedo más!”.

Por su parte, Ariel comenta: “mi mamá dice que cuando era chiquita siempre me veía flaquita y como que tenía los brazos muy delgaditos, me decía palillito porque sentía que con cualquier cosa me podía romper. De hecho no me dejaba jugar en el jardín mucho porque sentía que me podía pasar algo”.

Contrastante a esta imposición familiar también se pueden puntualizar dos aspectos que se presentan en ambos pacientes y que los jóvenes anhelan conseguir al llegar a la adultez volviendo a su ideal del yo extremadamente demandante: la perfección y la salud.

- Perfección

Los pacientes describen su “adultez” como llegar a la perfección:

Ralph menciona: “le digo a mi abuela que soy adolescente y que me deje, ya cuando sea adulto seré bueno y perfecto como ella quiere... si yo sé que cuando yo sea adulto ya no tendrán nada por qué quejarse”.

Ariel menciona: “yo no quiero tener relaciones sexuales hasta que me sienta cómoda con mi cuerpo. Quiero ser atleta, delgada y fuerte... Me imagino mucho la foto de mi IFE cuando tenga 18, me voy a arreglar mucho y me verá bien porque cuando cambia el cuerpo

cambia la cara... para cuando tenga la mayoría de edad que tenga el cuerpo que quiero ya podré tener novio formal e incluso quedarme a dormir con él”.

- Salud:

Dentro del supuesto de una “adulthood perfecta”, se reconoce la frustración que se despierta al visualizarse tan distante de su realidad que busca cumplir expectativas tan extraordinarias como el simple hecho de controlar su cuerpo o no padecer la enfermedad que los aqueja.

Ariel menciona: “yo quiero tener mínimo 3 hijos, mientras esté embarazada yo quiero seguir trabajando normal e ir a esas clases de yoga que hay para embarazadas... cuando sea grande sé que seré muy delgada y me imagino muy guapa, sana, bióloga muy trabajadora”. Dos semanas antes de este discurso, Ariel asistió a una consulta médica en la que se le informaron las implicaciones de la artritis tan avanzada que padece, los grandes riesgos que implicará el embarazo y las limitaciones venideras. Tras la confrontación con esta información ella comenta: “ahorita soy joven y estoy combatiendo con esto pero en cuanto yo sea grande estaré sana, estoy segura”.

La omnipotencia típica en la adolescencia se suma aquí a un ideal del yo cercano a lo imposible que “vulnera la identidad narcisista, la autoestima y la identidad personal” (McDougall, 1989:25). La negación que acompaña esta fantasía continúa obstaculizando el duelo por la salud y es evidencia de una dificultad que existe para poder acatar la realidad que resulta insoportable.

El joven tiene que adaptarse a un mundo adulto que ya está construido y con su capacidad emplear los dispositivos existentes para lograr cubrir sus satisfacciones básicas (Knobel, 1992). En casos, como los de estos jóvenes los dispositivos con los que cuentan son limitados (como la alexitimia, el pensamiento operatorio, la falta de apropiación del cuerpo, etc.) y existen grandes conflictos intrapsíquicos generados por las continuas demandas del ello y superyó; ante esto, el yo responde a través de diversos mecanismos de

defensa como la negación, la desmentida, la disociación, el pensamiento mágico omnipotente, la regresión, etc. sin capacidad de sublimación.

Este ideal del yo que se espera alcanzar al llegar a la adultez es tan alto e inaccesible, que como dice Ariel hablando de su artritis “es difícil de cargar y avanzar”. Pareciera entonces que el yo necesita salvaguardar su narcisismo a través de mantenerse cercano a la “identidad infantil” para visualizarse lejos de la adultez que viene acompañada del demandante ideal del yo que lo persigue. Grinberg expone que cuando la realidad adulta se presenta como un violento desafío “obliga al adolescente a aferrarse a precarios estados de identidad con el fin de preservarse de alteraciones muy temidas” (Grinber citado en Aberastury y Knobel, 1988:24) como una fijación en la que se regresa a un funcionamiento infantil para resolver los conflictos o relacionarse con el objeto.

Finalmente, es importante retomar que la conformación del ideal del yo es influenciada por las características del objeto ideal. Normalmente en la adolescencia los objetos ideales son exogámicos, sin embargo para estos jóvenes continúan siendo objetos de amor dentro de la familia. Para Ariel su madre es quien cumple actualmente el rol de objeto idealizado y la describe como “fuerte e invencible” aunque existe también en su discurso una fuerte ambivalencia pues Ariel recalca que su madre no lucha por “defenderse” del padre. Para Ralph su padre es el sujeto idealizado que está completamente escindido pues se describe como objeto completamente bueno y se niega ver al objeto como total. En ambos casos los pacientes idealizan un objeto parcial volviéndolo amenazante y persecutorio pues si hay separación con el objeto él se llevaría todo lo bueno.

Rodeados de mensajes ambivalentes de parte de sus familias Ariel y Ralph se identifican con su familia que tiende a la adolescentización de todos los integrantes sin una discriminación generacional clara. En estos objetos ideales los jóvenes se han encontrado con figuras patológicas e infantilizadas. Llegar a la adultez y parecerse a sus padres es ambivalente; Ralph por ejemplo, se sabe cada vez más parecido a su padre que idealiza pero que a la vez, ser un adulto como él, implicará también parecerse al “sucio y ladrón señor” que la familia desprecia. Ariel que idealiza a su madre y que “desea ser como ella”

también se enfrenta con parecerse a una mujer que se mantiene estática y deprimida desde hace varios años. Ambos pacientes tienen un doble mensaje inconsciente pues llegar a la adultez pareciéndose a su familia es algo que buscan pero, a la vez, es amenazante pues implica acercarse más a la patología que transgeneracionalmente los ha caracterizado. El objeto entonces, se escinde en promesa de vida y amenaza de muerte.

El adulto desidealiza al objeto de amor endogámico, se reconcilia con su ideal del yo y da cuenta de la imposibilidad que existe en alcanzarlo plenamente por lo que su autoestima y narcisismo no son heridos. Ariel y Ralph, frente a la imposibilidad de alcanzar tan ambivalente y demandante ideal del yo han requerido mantenerse en el rol infantil que les permita proteger su narcisismo.

### **El juego de roles estático y la identidad enferma**

Parte de la construcción de la identidad es el jugar diversos roles y tomar ideologías prestadas hasta conformar la propia identidad. Ambos pacientes continuamente intentan ser flexibles y experimentar las posibles identidades que los pueden caracterizar, sin embargo, la sintomatología presentada es tan avasallante que moverse de la identidad enferma impuesta ha sido muy complicado y la exploración del mundo que debería de ser dinámica ha tendido a lo estático pues una y otra vez los pacientes fracasan y, con palabras de Ariel: terminan “siempre siendo la enferma”.

Agotados por la continua frustración Ralph menciona: “no importa lo que haga o cuánto me esfuerce, siempre soy el “popochas” o “el monstruo que viene a destruirlo todo”, ¡está bien! Si quieren que lo sea lo seré. Es más fácil ser monstruo que cambiarles su terquedad”(.) Esta situación ha sido trabajada repetidamente en el espacio terapéutico y ha sido una de las mayores dificultades para Ralph pues construir su identidad implica separarse de la mirada de la familia y permitirse ser visto diferente.

Ariel menciona: “cuando me dijeron que tenía artritis quería que no se enteraran mis familiares y amigos porque sentía que me verían como la enferma ... y así fue, al poco

tiempo mi mamá le contó a mis tías y en la escuela me vieron enfermar hasta que un día que no se podía levantarme y fue la enfermera por mí al salón; desde entonces no soy más que “la que tiene artritis”, a veces siento que se me acercan o me tratan bien porque me tienen lástima y por más que intento mostrarles que soy más que eso no lo logro, hasta la nueva novia de M que me debería odiar por ser la ex me trata bien porque dice que estoy enferma, me ve como ‘pobrecita es la enferma’ ¡me molesta esa etiqueta!”.

La exploración necesaria para construir su identidad es frustrada continuamente en estos adolescente, desapegarse de la “etiqueta” impuesta a estos jóvenes ha sido un importante objetivo del proceso terapéutico pues la frustración continua que la enfermedad ha generado comprometiendo al narcisismo y creando condiciones antagónicas con los deseos objetales (Jeammet, 1992, p.42) ha alejado a los jóvenes de encontrar “la uniformidad que brinda seguridad y estima personal” (Aberastury y Knobel, 1988:45).

Tras tomar ideologías prestadas el adulto ideal logra tener una identidad que lo identifique. Ariel y Ralph han intentado continuamente construir una identidad que los defina más allá de la enfermedad que padecen pero ésta ha sido tan subyugante que los ha identificado como “la enferma” y “el popochas”.

### **Características de personalidad**

Todos los seres humanos tenemos características que nos definen y dan autenticidad pese a que se pueda reconocer a una persona dentro de un diagnóstico que ofrecen las teorías psicológicas. De manera teórica es notorio cómo ambos pacientes cuentan con características anales en las que el control, la retención, la búsqueda de independencia y la agresividad predominan.

Es claro que en la historia familiar de ambos pacientes se presentan evidencias de violencia y maltrato que se relacionan también con las enfermedades presentadas pues la teoría psicoanalítica ha podido determinar que la encopresis y la artritis tienden a

presentarse en respuesta de gran agresividad y enojo del sujeto. La constante agresión que han vivido los pacientes por parte de sus familias debería ser devuelta y dirigida hacia los objetos sin embargo, el daño se expresa en el cuerpo de los pacientes y la agresión recae sobre el sujeto.

Confirmando lo que ha sido expuesto por la teoría psicoanalítica, la encopresis de Ralph es un reclamo de la atención con una actitud infantil regresando a una etapa anterior de su vida en la que ensuciarse era natural, pero ahora es un intento de agresión a la madre a través de agredir su propio cuerpo. Esta conducta es también fomentada por la actitud materna que tiene una relación sadomasoquista con el hijo. La madre divide el mundo en bueno y malo, sucio y limpio, siendo Ralph la parte sucia y mala en quien canaliza su ambivalencia.

La falta de respuesta de ternura de la madre en los momentos primarios de Ralph lo ha conducido a un estado en el cual lo negativo es real y se impone como una relación objetal organizada en la que impera la pulsión de muerte. Por esto, se ha establecido un “apego al negativo” (Anzieu, 1996) con la madre y Ralph ha requerido de la enfermedad para que cumpla la función “autocalmante” que deja una marca en el tipo de masoquismo erótico y es necesaria pues opera como defensa contra los efectos de la propia pulsión de muerte no ligada.

Por su parte, la artritis de Ariel limita las funciones de la joven que aparentemente se encuentra desesperada por conocer nuevos horizontes lejos de su casa y familia. Gracias a la enfermedad, Ariel se ha quedado inmóvil respetando la fusión que tiene con sus objetos de amor primarios. Menciona: “Luego me pongo a ver por la ventana y a pensar... es que por la ventana entra un rayo de luz súper bonito...Pienso en lo hermoso que hay esperándome fuera de esa casa... a veces digo ¡ya hay que salir! ¡te estás quedando estancada! ¡muévete! Y muchas veces me siento bien y podría salir pero por más que lo intento no sé qué me amarra a la cama”. De la misma forma, Ariel se queja de lo “estancada” que se siente por no poder olvidar a su exnovio y recordar eventos de su vida que revive continuamente en su cabeza casi de manera incesante. Con características

obsesivas, esta joven intenta ejercer la agresión necesaria para romper el lazo simbiótico con sus padres pero esta agresión retorna a sí misma manteniéndola enferma e inmóvil.

En todos los seres humanos existe la nostalgia del regreso a la fusión con la madre en la que no existe la identidad individual y nos lleva a la muerte psíquica, sin embargo, es necesario romper el goce que nos mantiene estáticos y priorizar la pulsión de vida. Ariel y Ralph tienen una representación del cuerpo como continente, temores en cuanto a sus límites y fantasías de fusión con la madre que genera terror a perder el derecho a la identidad al tener pensamientos y emociones personales.

Pese a las vicisitudes que presentan, Ariel y Ralph se enfrentan a la adolescencia y, reconociendo que el adulto ideal no existe y que en muchos de los casos el ser humano arriba a una adultez con características infantilizadas, estos dos jóvenes mantienen su lucha procurando hacer uso de las herramientas con las que cuentan para afrontar los desafíos que se les presentan pues aunque la enfermedad psicósomática los puede acercar a la muerte física, esto pacientes la presentan como respuesta a su lucha por aferrarse a la vida pues la enfermedad psicósomática es en realidad una lucha del yo para liberar aquella emoción insoportable que lo ataca y resguardar su subsistencia.

El adulto ideal cuenta con diversas herramientas que le permiten afrontar los desafíos del mundo y tramitar sus emociones dirigiéndolas al objeto y salvaguardando al yo. Ariel y Ralph descargan sobre sí la agresividad que debería depositarse en el objeto y, buscando liberarse de la emoción insoportable, atacan su propio cuerpo.

## **PROCESO TERAPÉUTICO**

### **Proceso con Ariel**

El tratamiento de Ariel duró sólo 12 sesiones asistiendo al espacio terapéutico una vez por semana puntualmente. No se entrevistó a los padres de familia y únicamente se contó con la información del expediente y de la joven. Tras apenas dos meses de tratamiento, el centro donde se atendía fue cerrado por periodo vacacional de cuatro semanas; después de este periodo Ariel asistió únicamente a tres sesiones más en la que resumió sus actividades vacacionales y expresó el malestar corporal que la aquejaba; habló orgullosamente sobre su “no necesidad” del lazo con los padres y de la posibilidad de expresar su enojo. Esto se podría interpretar transferencialmente pues este largo periodo vacacional despertó nuevos malestares en la paciente que fue “abandonada” por su terapeuta. Pese a que este tema se intentó trabajar, en la 4ª sesión después del periodo vacacional llamó al centro psicológico y dejó mensaje de que debido a grandes malestares físicos no podría asistir a la sesión. Se ausentó nuevamente para la que sería la 5ª sesión, al comunicarme a su casa su hermana contesta y hace saber que se encuentra internalizada en el hospital por algunos días; se deja el mensaje de que si es posible se comunique conmigo ella o alguno de sus padres y se reitera que estaré al tanto de cualquier noticia a través del teléfono o directamente esperándolos el día y hora de la sesión de Ariel. Tras la inasistencia a la siguiente sesión me comunico nuevamente a su casa y contestó su padre que comentó: “ella tiene otro de sus episodios y no puede llegar al teléfono pues no puede levantarse de la cama”; se le dejó dicho que si era de su interés platicar se podría comunicar conmigo a través del teléfono cualquier día por la tarde, igualmente si deseara continuar con el tratamiento que por favor se comunicara y que se le podría esperar conservando su espacio hasta que pudiera asistir. Pese a estos intentos, Ariel nunca regresó las llamadas, ni retomó el tratamiento.

Durante las sesiones que se pudo trabajar con Ariel, ella se manifestó muy participativa y reflexiva. Mostró una pseudonormalidad con logros y éxitos sociales “sobreadaptados a las realidades externas pero alejadas del mundo interno y vida emotiva” (Nemiah y Sifneos, 1970; Otero, 1999). Ralph por su parte también ha sido colaborador con

el tratamiento pues la mayoría de las veces habla fluidamente pero le ha sido muy difícil la reflexión. Al pensar el tratamiento de ambos pacientes es muy notoria la diferencia de avances que se han obtenido pues con Ralph se han tenido logros muy puntuales y limitados mientras que, quizás por la diferencia de edad y de herramientas, con Ariel en pocas sesiones se logró mayor profundidad en los temas.

### **Proceso con Ralph**

El tratamiento con Ralph inició hace un año y seis meses y actualmente se mantiene. Durante las sesiones se ha atendido en varias ocasiones a la abuela y madre del paciente que continuamente solicitan asistir al espacio. Han existido varios intentos de culminar el tratamiento por parte de la familia que solicita su terminación no obstante se ha logrado fortalecer la transferencia positiva y han permanecido en el espacio. Ralph tiende a faltar continuamente a las sesiones o llegar tarde. Conforme ha avanzado el tratamiento se ha acostumbrado a avisar cuando existe alguna complicación por la cual no puede asistir, sin embargo mantener estabilidad en el tratamiento ha sido difícil.

Durante dicho tratamiento se han necesitado varias intervenciones directivas en las que se busca prevenir riesgos físicos o emocionales compensando de cierta forma las limitaciones del proceso de pensamiento.

Finalmente, debido al continuo abandono y maltrato a Ralph ejercido por la familia que recalca en cada momento los “defectos y problemas” que tiene el joven y la incapacidad de la familia para valorar y celebrar sus esfuerzos, durante el proceso terapéutico se buscó continuamente validar o incluso felicitar aquellas ocasiones en las que fue notorio el esfuerzo del paciente por un objetivo, aunque quizás éste no haya sido culminado con éxito.

### **Intervención terapéutica con ambos pacientes:**

El tratamiento con cada paciente es único y llevado de acuerdo a la especificidad de cada sujeto. Por tanto respetando sus diferencias y particularidades se han podido reconocer

ciertas características comunes. En varias ocasiones se han mostrado frustrados al no poder expresar y manejar las emociones frente a situaciones interpersonales difíciles, por lo que recurren continuamente a manejar el problema analizando interminables detalles (característico del pensamiento operatorio) o directo en el cuerpo. Igualmente en el discurso de ambos pacientes se muestra una gran preocupación por cosas triviales y particularmente Ralph muestra un pensamiento concreto que no permite profundizar en casi ninguno de los temas.

Lo anteriormente mencionado y las características psicósomáticas tratadas en este trabajo nos permiten reconocer que la terapia tradicional no es funcional (Krystal, 1979) ya que al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y no poder simbolizar, se complica la introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas. Por ello, se retomaron las bases de la psicoterapia con enfoque psicoanalítico y en el tratamiento de estos pacientes algunos de los principales puntos en los que se puntualizó fueron:

- Focalizar el trabajo en uno o dos temas a tratar y procurar profundizar en ellos.
- Favorecer el proceso de simbolización estimulando el lenguaje y juego terapéutico.
- Dotar al paciente de conceptos que pudieran definir lo que siente en el momento, poniendo incluso ejemplos de cómo y cuándo se podría sentir dicha emoción.
- Validar todas las emociones que se logran expresar.
- Introducir la Ley simbólica desde la realidad a través de respetar el encuadre.
- Recibir a la familia en horarios diferentes a los del paciente y remarcar continuamente que el espacio es del paciente y su privacidad es indispensable.
- Escuchar activamente e interesarse en los temas comentados aunque en la mayoría de las ocasiones eran repetidos compulsivamente basándose en aspectos triviales sin permitir profundizar.
- Tener cuidado al realizar señalizaciones terapéuticas pues en varias ocasiones fueron notorias las descompensaciones somáticas.
- Estudiar a mayor profundidad los aspectos médicos de los pacientes y estar siempre actualizando la información, medicamentos y diagnósticos médicos que acompañan a los pacientes.

- Ofrecer una mirada diferente al paciente que garantice que el terapeuta no “cree” ni “juzga” como la familia y entorno lo hacen. Ha sido uno de los puntos más importantes del tratamiento pues ha permitido que los pacientes se atrevan a jugar diversos roles.
- Finalmente, la acción de validar las emociones despertadas por el proceso adolescente y asegurar que no se “debe” de llegar a la adultez de inmediato ha apoyado significativamente a los jóvenes para permitirse transitar cada etapa de acuerdo con sus posibilidades.

### **Logros y limitaciones del proceso terapéutico**

#### **Ariel**

Aceptó que le desagrada sentirse enferma pero que en ocasiones está enfermedad le daba ciertas ventajas. La sesión en la que logró dar cuenta de esta situación narró cómo la artritis le ayudó a justificarse con un profesor y para no tener que ir a la escuela en día de examen y tener más tiempo de estudiar.

Respecto a la descripción de su ideal del yo se logró reconocer la ambivalencia que existía entre varios deseos y comenzó a pensarse la posibilidad de que existiera un ideal en el que se reconociera la realidad de la artritis pero también la posibilidad de "ser" más que la enfermedad.

Tras decidir emprender un tratamiento a base de masajes recomendados para pacientes artríticos, se trabajó reiteradamente en las sensaciones corporales despertadas por dichos masajes y la paciente comenzó a reconocer que le resulta agradable acercarse a su propio cuerpo independientemente de la enfermedad. En varias sesiones posteriores a ésta, comenzó a “hacerse cosquillitas” y acariciar sus brazos durante la sesión y expresó: “me he dado cuenta de que los brazos no sólo son para cargar... me había perdido de lo rico que es esto”.

En algunas ocasiones, Ariel logró distinguir cuándo las limitaciones presentadas fueron debidas a la enfermedad y cuándo esas limitaciones fueron causadas por otros

factores. Tras continuas narraciones de situaciones triádicas en las que ella estaba incluida, la paciente reconoció verbalmente que ella no debe participar dentro de la relación parental y aceptó que le molestaba e incluso incomodaba no ser ella quien tuviera, en sus palabras, “el poder de manejar la situación” como mejor le pareciera.

Finalmente, a través de varias intervenciones y del continuo juego con frases y palabras la paciente comenzó a usar la metáfora.

En cuanto a las limitaciones se puede reflexionar que:

El no haber citado a los padres en el periodo de entrevistas iniciales limitó la cantidad información de historia clínica con la que se trabajó y no permitió establecer alianza terapéutica con ellos.

Por otra parte, la falta de dominio teórico sobre las características psicossomáticas de Ariel durante el tratamiento, promovió trabajar con menor detenimiento la separación que se despertó por el periodo vacacional.

La fuerte transferencia positiva en el tratamiento y la dificultad en el manejo contratransferencial pudo haber sido otra causa más por la que se concluyó el tratamiento y obstaculizaron los procesos terapéuticos.

## **Ralph**

Gracias al tratamiento, el paciente ha podido reconocer que sus síntomas dotan de beneficios a él y a su familia. Se ha percatado que la familia le demanda permanecer enfermo y con conductas destructivas para beneficio de ella. Se trabajó este tema a través de la película “Ralph el demoledor”.

Por otra parte, Ralph ha comenzado a expresar su enojo en palabras y, aunque aún no determina la emoción sentida, ha empezado a “detectar cuando algo se despierta adentro” respecto a algún tema. La agresividad anteriormente puesta en acción (golpes a la familia y destrucción de espacios) se ha logrado empezar a poner en palabra a través de “insultos” y a fantasear. Él comenta: "vi unos vídeos en donde había gente que salía volando de la montaña rusa... me enojé muchísimo con mi mamá y me fui a dormir, no sé por qué soñé que mi mamá salía volando de una montaña rusa y yo pues me quedaba ahí,

en el juego, hasta que terminaba... no me bajé a recogerla porque estaba muy divertido el juego, ¡era de Six Flags!".

Después de un año y tras varias sesiones con la familia trabajando la situación del "secreto" sobre la partida del padre de Ralph, se logró acordar la importancia de revelar dicha información a Ralph y la madre se lo dijo. Gracias a esto se ha podido empezar a trabajar con él la imagen de un padre más real y el duelo que esto implica. Igualmente la familia ha empezado a comprender que los "insultos" y la "masturbación" deben ser vistos como avances terapéuticos.

La familia, gracias a la labor del tratamiento y a pláticas recibidas en diversos centros se han concientizado sobre la importancia de la privacidad para Ralph y se le ha designado un espacio en la casa (el cuarto de lavado) en el que ha puesto todas sus cosas para poco a poco formar una habitación. Pese a que aún está habitación no tiene una pared ni puerta, Ralph comienza a defender su espacio y lo delimita con sábanas y tablas que ha logrado conseguir.

Pese a que hasta la fecha el paciente continúa negando la encopresis y enuresis, ha podido aceptar que en varias ocasiones su comportamiento es inadecuado y ha logrado incluso disculparse con la terapeuta por sus inconsistencias, retrasos o conductas. En algunas ocasiones el paciente se ha presentado al espacio muy aseado y arreglado.

Por otro lado, habiendo escuchado continuas historias de la falta de control de esfínteres de Ralph, se esperaba que en alguna de las sesiones la encopresis se presentara o que el olor fuera evidente; sin embargo, fueron pocas las veces las que se notaba cierta suciedad en la ropa o poca higiene corporal. Tras intentar suplir como terapeuta las funciones de una madre suficientemente buena y reconocer la importancia de la transferencia amorosa en el tratamiento; ha sido notorio cómo Ralph durante más de 100 sesiones ha logrado controlar esfínteres durante los 50 minutos del tratamiento y, aunque continuamente solicita salir al baño y lo hace corriendo y muestra que ha renunciado a la pulsión por amor al objeto.

Después de varias ocasiones en que la familia ha anunciado su salida del tratamiento, Ralph ha comenzado a defender su espacio terapéutico. En la última ocasión, la familia anunció de manera determinante que Ralph no regresaría a terapia pues no notaban mejorías, exponiendo que Ralph por las mañanas se mostraba resistente a asistir a las sesiones y no contaban con recursos para pagar las sesiones; Ralph por su parte comentó que sí quería continuar el tratamiento y pedía que se le ofreciera una oportunidad para mostrar la equivocación de la familia. Analizando las áreas de descuido de Ralph se le devolvió a la familia que, según lo descrito, parecía que “Ralph no cuida lo suyo, su cuerpo, su cuarto, su escuela, su terapia”; por ello, y siguiendo la solicitud de Ralph se le hizo la propuesta de que durante 4 sesiones no habría costo pero que tenía que asistir sin que su madre o abuela lo obligaran, llegar a tiempo, aseado y con buena disposición. Con esta propuesta la madre se comprometió a trabajar horas extras para pagar las sesiones siguientes si él asistía a las 4 que se había comprometido. Fortaleciendo así la transferencia afortunadamente se contó con la presencia de Ralph en las siguientes sesiones llegando incluso 10 minutos antes de su cita y mostrándose particularmente participativo en las sesiones. Después de un año y medio de tratamiento ésta fue la primera muestra de cuidado de lo propio que mostró Ralph y que permitió por fin ser mirado diferente por la familia.

En cuanto a las limitaciones se puede reflexionar que:

Ha sido complejo determinar hasta donde se deben realizar las intervenciones dirigidas y en ocasiones se ha excedido en éstas. Frente a los repetidos y compulsivos discursos a veces ha sido difícil mantener la concentración durante toda la sesión y se ha descuidado la información que se provee.

El trabajo con la familia ha sido arduo y difícil, pues en algunas ocasiones se muestran poco flexibles ocasionando que la contratransferencia sea difícil de manejar. Igualmente, tras escuchar las diversas posiciones de la familia respecto a varias situaciones ha sido difícil respetar la abstinencia y manejar la contratransferencia.

## **Transferencia**

En ambos pacientes se ha trabajado con una transferencia positiva aunque en varias ocasiones se ha presentado una reacción terapéutica negativa por buscar defender al síntoma para que no desaparezca y continúe propiciando goce.

Contra transferencialmente han sido dos casos bastante complejos y demandantes emocionalmente. El comportamiento infantil de ambos pacientes, su sintomatología y la notoria necesidad de afecto demandaron cuidados y roles maternos de la terapeuta en varios momentos pues a veces fue necesario ayudar a Ariel a ponerse la mochila y levantarse del sillón, hasta prestarle dinero a Ralph para que regrese a casa por haber perdido sus monedas. Existen continuas solicitudes de atención de los jóvenes que requerían de una terapeuta que pudiera poner límites pero también cumplir el rol de una madre suficientemente buena.

Hablando en primera persona y expresando lo sentido en contratransferencia es necesario reconocer que conociendo la falta de una estructura familiar de estos pacientes, notando las limitaciones presentadas en el proceso del pensamiento, viendo las dificultades físicas y acompañando la frustración continua con las que afrontaban estos pacientes se despertaron sentimientos de omnipotencia y dolor en mí como persona y terapeuta que requirieron ser tratados profundamente en el análisis propio.

Por otra parte, pese al gran intento de ofrecer una mirada distinta a dichos pacientes, en algunas ocasiones fue realmente difícil. Particularizando momentos extremadamente complejos que evidencian lo anterior se encuentran dos:

- El día que Ariel llegó al consultorio con las manos contraídas y con imposibilidad de moverlas, lloró fuertemente durante la sesión, desesperada por no poder estirar los dedos o levantar su mochila. Cuando se retiró del consultorio fui sorprendida por una gran tristeza y por el pensamiento “pobrecita enferma”.
- En una cita de seguimiento la abuela de Ralph me comenta un poco perturbada que la semana anterior encontró a Ralph (a quien a veces llaman “el monstruo”) pateando continuamente a su perro salchicha. Ella narra que corrió desde el segundo piso

gritándole que parara pero él continuó e incluso lo azotó contra la pared hasta que la mascota murió. Frente a dicha historia se despertó en mi un intenso enojo y desagrado con Ralph. Pese a que en el momento se logró concluir adecuadamente la sesión con la abuela, en cuanto terminó tuve que buscar contención en algún compañero y mencioné: “fue una monstruosidad”.

Gracias al apoyo de compañeros, de las supervisiones y las discusiones clínicas estos momentos y muchos otros aspectos fueron trabajados para enriquecer el proceso terapéutico.

Igualmente, el estudio de la escuela psicosomática y la comprensión mayor de los casos ha sido, definitivamente, una de las piezas más indispensables de este trabajo ya que la comprensión de los síntomas de estos pacientes y de sus familias permite visualizar la situación mucho más objetiva e integralmente.

Me parece muy importante que a través de la contratransferencia y otras herramientas se reconozca el falso self y la seudoadaptación en los adolescentes que en realidad están gritando por ser escuchados y atendidos como los jóvenes que aún se encuentran asustados ante tan grandes desafíos que se les presentan.

Finalmente, reflexionando sobre lo detectado contratransferencialmente puedo recalcar la dificultad que implica trabajar con jóvenes que se enfrentan a enfermedades que los limitan y con familias que, en vez de ser soporte para tan compleja situación, son partícipes de la patología.

## CAPITULO V. CONCLUSIONES

Como se ha mostrado en el presente trabajo, Ariel y Ralph presentan características similares que la teoría psicodinámica ha definido como bases de la estructura psicosomática.

Siendo participes de una familia que, como ya mencionamos tiene dificultades para la separación y encuentra incluso ciertos beneficios en la enfermedad de sus hijos; los pacientes a través de los síntomas presentados y la enfermedad psicosomática responden al mandato transgeneracional que les ofrece un lugar en el mundo.

Ariel y Ralph luchan por arribar a la adultez ideal y contar “con su propia matriz de contención... con relaciones de mutua gratificación de necesidades reales sin repetir patrones infantiles” (Carvajal, 1993:41) y con la profunda vivencia de ser su propio continente teniendo capacidad para contener a otros. Sin embargo, su cuerpo ha sido tomado como continente, temen al establecimiento de límites y existe una fuerte fantasías de fusión con la madre que causa terror a perder el derecho a la identidad.

Debido a su historia de vida que los ha dotado de características psicosomáticas como la alexitimia, la desafectación, la falta de integración corporal, la simbiosis con el objeto de amor, etc. se ha dificultado la individuación necesaria para transitar a la adultez en la que “el self debe hacerse cargo de sus actos y de sus funciones” (Carvajal, 1993:72). En sus casos, el ambiente ha creado una sensación confusionante que no permite el desarrollo de un ser cada vez más independiente, sino que lo deja... fusionado al objeto (madre), confundido con él, indiferenciado (Carvajal, 1993).

Puntualizando que “crisis tardías severas despiertan crisis más tempranas” (Aberastury, 1971:127), es notorio cómo la difícil situación de la enfermedad de los pacientes, aunado a los cambios adolescentes, han revivido conflictos infantiles que los jóvenes se sentían incapaces de afrontar y respondían a través del lenguaje de órganos que se repite una vez más pues, “La presentación somatizada en la adolescencia no solo traduce un síntoma o un grupo de ellos, sino que remite a una forma de reaccionar y es una forma

de expresión de los trastornos psicopatológicos en esta etapa de la vida.” (Pedreira, et. al. 2001: 37).

Ante los desafíos que presenta la adultez y la necesidad de elaboración de duelos, Ariel y Ralph responden con las herramientas más arcaicas que poseen expresando en lenguaje de órganos lo que el aparato psíquico no puede elaborar. De la misma manera y frente a la continua frustración que suscitan las demandantes exigencias del medio se presenta la defensa por regresión en la que se mantiene la relación inicial con los objetos en la que hay una pérdida de límites bien definidos entre el self y el objeto, generando confusión y pérdida de identidad.

Con lo anteriormente mencionado se acepta el supuesto postulado en un principio pues *“la presencia de características psicósomáticas en Ralph y Ariel les dificulta la individuación necesaria para transitar a la adultez”*.

Por otra parte, atendiendo al refutador de que la enfermedad psicósomática incentiva un tránsito a la adultez precoz por las responsabilidades y limitaciones que implica la enfermedad, retomamos el tema 3 de los resultados en el que se evidencia la personalidad como si que presentan los jóvenes pues estos jóvenes son abrumados por la sobreadaptación que tienen que desarrollar para afrontar las altas exigencias que demanda la enfermedad y el medio que los rodea. Recordando que la conformación de la identidad es el más alto objetivo de la adolescencia para arribar a la adultez se reitera la necesidad un “aparato para pensar” suficientemente desarrollado para consolidar una identidad que haga justicia a los propios deseos.

Finalmente la presente investigación coincide con Yufera y Wolfberg (1993), que aseguran la enfermedad psicósomática ocupa el lugar del proceso adolescente que se encuentra interrumpido pues no pueden separarse de sus padres quedando apegados a sus objetos primarios que sirven de soporte narcisísticos y sienten gran angustia ante cualquier cambio interno o externo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aberastury A y Knobel, M. (1988). *La adolescencia norma, un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Acuña, E.; Herrera, K.; Nobles, L. (2005) *Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal*. Tesis de Maestría, Universidad de San Buenaventura, Colombia, Cartagena.
- Ajuriaguerra, J. (1977) *Manual de psiquiatría infantil*. España: Masson.
- Anzieu D. (1996). *Créer Détruire*, Paris: DUNOD.
- Anzieu, D. (1974) *El Yo – Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1989). Construirse un pasado psicoanálisis. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 13(3), 441-468.
- Aulagnier, P. (1992). Vías de entrada en la psicosis. *Revista de niños y adolescentes*, 42 (7), 7-31.
- Becker, Howard (1974), “Observación y estudios de casos sociales”. *Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales*, Tomo 3. Aguilar: Madrid.
- Bekei, M. (1992). *Lecturas de lo Psicosomático*. Buenos Aires: Paidós.
- Bekei, M.; Vitullo, E. (1995). Recorrido metapsicológico del concepto psicosomático. *Zona Erógena*, 23 (7), 21-23.
- Bion, W. (1966). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Blos, P. (1971) *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Mortiz.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Buenos Aires: ASAPPIA.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una Metamorfosis*. Bogotá: Tiresia.
- Deutsch, H. (1999). *Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia*. Buenos Aires: Huemul.
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Dunbar, F. (1950) *Diagnóstico y tratamiento psicosomáticos*. Barcelona: Publicaciones médicas.
- Escalante, E. & Páramo, M. (2011). *Aproximación al análisis de datos cualitativos: aplicación en la práctica investigativa* (1a ed). Argentina: Universidad del Aconcagua.

- Fischbein, J. (2008) *Patología del duelo y somatización. El cuerpo: lenguajes y silencios*. Buenos Aires: APA Editorial.
- Fischbein, J. (2010). Las súplicas del cuerpo. *Artículos temáticos Psicoanálisis*, 32 (1), 19-35.
- Freud, A. (1961). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- Freud, S. (2008). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.10, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (2008). Conferencias de introducción al psicoanálisis. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.16, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (2008). Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.17, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1919).
- Freud, S. (2008). Duelo y Melancolía. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.14, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (2008). El yo y el ello, y otras obras. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.19, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1924).
- Freud, S. (2008). Estudios sobre la histeria. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.2, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (2008). Fragmento de análisis de un caso de histeria. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.7, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (2008). Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. *En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras Completas de Freud (Vol.18, pp. 119-195)*. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1922).
- Garbolino, G. (1986). *Pagar de Más: estudios en la problemática del cuerpo en el niño y el adolescente*. Buenos Aires: Nueva visión.

- Grandal, L. (2005). "El aparato psíquico familiar como cuna de sentidos." Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutton, P. (1993). Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la adolescencia. *Grupo TESEO-AMERPI*. Volumen especial, 1-45.
- Itto, E., Vargas, B. (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. (1ª ed). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Jeammet, P. (1992). Lo que se pone en juego; las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con niños y Adolescentes*, 2 (1), 42-58.
- Kaes, R. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kancyper L. (1995) "Complejo Fraternal y Complejo de Edipo". *Revista de Psicoanálisis*. 52 (3).
- Kreisler, L. (1985). La desorganización psicosomática en el niño. Barcelona: Ed. Herder.
- Kristal, H. (1979). Alexitimia y psicoterapia. *Revista Americana de psicoterapia*. 33, 17-31.
- Lacan J. (1966). *Seminario Psicoanálisis y Medicina*, Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (1999). *Seminarios de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). *Seminario VI El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1991). *La tercera. Intervenciones y textos II*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Laplanche & Pontalis (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Paidós Ibérica.
- Mahler, M.; Bergman, A. y Pine, F. (1975). *The psychological Birth of the Human Infant*. Nueva York: Basic Books.
- Marcelli, D. (1992). Imitación + Representación = ¿Identificaciones?. *Psicoanálisis con niños y Adolescentes*, 2 (1), 59-75.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: the profressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis*, 49 (1), 246-249.
- Marty, P. (1990) *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Mc Dougall, J. (1989) *Teatros del cuerpo*. Madrid: Yebenes.
- Mc Dougall, J. (1999). *Familia y enfermedad somática*. Madrid: Yebenes.
- Muss, R. (1994). *Teorías de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

- Nemiah, J. & Sifneos, P. (1970). Psychosomatic illness. A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 18(1), 154-160.
- Nemiah, J. (1977). Alexitimia, consideraciones teóricas. *Psychoter Psychosom*. 28, 199-206.
- Otero J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 19 (72), 587-596.
- Otero, J. & Rodado, J. El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Apertura psicoanalítica revista internacional de psicoanálisis*, 8(16), 34-50.
- Pearson, G. (1975). *La adolescencia y el conflicto de las generaciones*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Pedreira, J; Palanca, I.; Sardinero, E.; Martín, I. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de psiquiatría y psicología de niño y adolescentes*. 3(1): 26-51
- Puig, M. (2009). *Sobre la adolescencia: perspectivas clásicas y actuales*. Tesis de doctorado. Grupo Eleia, México, D.F.
- Rodolfo, R. (1995). *Trastornos narcisistas no psicóticos: un estudio psicoanalítico de adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruesch J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*. 10(1), 134-144.
- Sami, A. (1991) *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Buenos Aires: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (1985). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Stern, D. (1991). *The interpersonal Word of the Infant*. Nueva York: Basic Books.
- Tubert, S. (1992). Desórdenes del Cuerpo. *Revista de occidente*. 82 (134), 130-135.
- Winnicott D. (1994). “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador”. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.
- Yufera, M. & Wolfberg, E. (1993). Adolescencia y enfermedades autoinmunes, observaciones e hipótesis propuestas. *Revista de Niños y Adolescentes*. 9 (4), 15-21.

## ANEXOS

### ANEXO I. Sobrenombres elegidos para los pacientes

Los nombres de los pacientes han sido seleccionados por tener similitud con personajes protagonistas de famosas películas de Wald Disney. Las coincidencias presentadas en estas películas infantiles apoyan la comprensión del proceso de estos adolescentes a través de la metáfora.

**Ariel:** o mejor conocida como “la Sirenita”, es una joven que se siente incomprendida por su familia pues anhela conocer nuevos horizontes en los que se imagina conocerá “cosas maravillosas” a las que durante su infancia no tuvo acceso. Para poder acceder a ese mundo Ariel sabe que debe separarse de su familia y Úrsula, vista también como la madre celosa del cuerpo y juventud de Ariel, es feliz al separarla de su padre y le quita la voz para darle piernas. En esta metamorfosis del cuerpo ella no logra controlarlo y se enfrenta a un nuevo mundo sin herramientas y sin la voz necesaria para apropiarse de éste. Finalmente, tras vencer a Úrsula (“matar a la madre”) Ariel recupera su voz y logra tener la capacidad de expresarse para conquistar el nuevo mundo, el cuerpo genital y a la pareja exogámica que le ofrece comenzar una historia separada de su familia.



**Ralph:** protagonista de la película “Ralph el Demoledor” es un joven impulsivo y con falta de control de impulsos motores que debe cumplir la función de ser “el malo” dentro de un videojuego en el que se dedica a destruir edificios para que Fixer, el personaje “bueno”, arregle los destrozos de Ralph. Cansado de ser relegado y marginado de los beneficios de “ser bueno”, Ralph decide que cambiará de rol. Asiste a terapia con los “malos” de otros videojuegos y es incitado a mantener su “maldad” pues “es su identidad”. Convencido de querer cambiar, Ralph emprende un largo viaje lejos de su máquina de videojuegos. Los personajes de su máquina ante esta ausencia se dan cuenta de que necesitan que Ralph destruya los edificios para que ellos tengan una función en el juego o sino desaparecerán pues el juego ya no tiene sentido. En su búsqueda por la “bondad”, Ralph es encontrado por una niña que lo mira diferente y le permite saber que tiene posibilidad de ser más de lo que se le ha impuesto. Finalmente, Ralph se demuestra a si mismo y a los demás que puede ser “mucho más que un malo” y logra negociar su participación en el juego y en la convivencia permitiéndose disfrutar y enorgullecerse de su persona.





**Soy malo y eso es bueno**

Yo nunca seré bueno  
y eso no es malo  
ademas  
no hay nadie que quiera ser  
aparte de mi ^^