



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**TRAUMA TEMPRANO Y RESIGNIFICACIÓN EN LA ADOLESCENCIA:
EL HÉROE QUE NO PUDO SER**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA:
JOSÉ ANTONIO SILVA SÁNCHEZ

Tutor Principal:
Mtra. Eva María Esparza Meza, U.N.A.M., Facultad de Psicología

Comité Tutor:
Dra. Bertha Blum Grynberg, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Dra. Benilde García Cabrero, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Dra. Dení Stincer Gómez, U.N.A.M., Facultad de Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, mi segunda casa, mi Alma Mater:

Por abrirme sus puertas y darme el gran honor de ser universitario.

A mi querida Facultad de Psicología:

Por recibirme de nuevo y cobijarme entre sus muros; por brindarme la oportunidad de alcanzar un objetivo más en mi carrera.

A la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes:

Por todo el aprendizaje, por los momentos de duda y frustración, por cambiarme la vida.

A la Dra. Bertha Blum:

Por todo su interés y dedicación, por su sensibilidad e intensa humanidad, por todas sus palabras, su apoyo y su confianza, por ser suficientemente buena. Por hacer esto posible, gracias.

A la Mtra. Eva Esparza:

Muchas gracias por mostrarme el camino y acompañarme en cada tropiezo. Por todo el aprendizaje, por tu paciencia y comprensión, pero sobre todo por haber compartido conmigo una pequeña parte de tu experiencia como ser humano.

A la Dra. Patricia Acosta:
Gracias por el sostén y por la escucha, por estar.

A la Dra. Dení Stincer:
Gracias por toda tu dedicación y esfuerzo sin los cuales este trabajo no habría visto la luz, por darle forma y estructura a todo el cúmulo de ideas que aquí transmito.

A todos y todas mis pacientes:
Por recordarme que alguna vez fui adolescente, ya que el quehacer analítico con jóvenes sólo es posible a partir de ese recuerdo; su contribución a mi formación es invaluable, gracias. A ti César, eres un gran chico y sin importar el rumbo que tome tu vida, espero que lo logres.

Sin un orden en particular, a Rosa, Laura Adela, Daniel, Roberto, Olivia, Noemí, Gema, Laura Cecilia, Jimena, Martha, David, Jazmín y Rebeca:

Les agradezco los momentos que pasamos durante estos dos años, los buenos y los no tan buenos, por las críticas, la escucha y por darme la oportunidad de conocerlos. Encontré en ustedes a muy buenos amigos que espero poder conservar durante mucho tiempo.

A mi hermosa familia:

Gracias mamá, por haber puesto los cimientos sobre los que se ha ido construyendo lo que ahora soy, por todo tu apoyo incondicional y por creer en mí.

Gracias papá, por enseñarme con tu ejemplo el valor del trabajo duro y constante, por mostrarme que es imprescindible en la vida ser justo con los demás y con uno mismo.

Gracias hermano, por todo lo que hemos compartido todos estos años, por tu nobleza. Porque sé que estás ahí a pesar de todo.

A los tres, gracias por su paciencia y comprensión, por permitirme ser parte de esta linda familia, los quiero.

A mi compañera de aventuras y de la vida, Mina:

Gracias por estar a mi lado, y compartir conmigo este nuevo logro, por caminar junto a mí y enseñarme que la vida es bella; te amo,
notlasojtlalis, ixachi nimitstlamonekiltia, tlasojkamati uel miek.

"Cuando un hombre ha sido el favorito indiscutido de su madre, logra conservar durante toda la vida un sentimiento de vencedor, esa confianza en el éxito que a menudo conduce realmente al éxito"

Sigmund Freud.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
1. La formación del aparato psíquico.	5
1.1. La importancia del deseo parental en la formación del psiquismo.	11
1.2. El papel de la madre como espejo del niño durante la primera infancia.	16
1.3. Las defensas ante las dificultades en la organización del aparato psíquico.	20
2. El complejo de la madre muerta de André Green.	26
2.1. La formación de un trauma psíquico a partir de la ausencia simbólica de la madre.	30
2.2. Impacto del complejo de la madre muerta en la organización psíquica y su manifestación en la adolescencia como uno de los tiempos del trauma.	35
METODO	40
1. Planteamiento del problema.	40
2. Objetivo general.	42
3. Objetivos particulares.	42
4. Tipo de estudio.	42
5. Participante.	43
6. Escenario.	43
7. Instrumentos.	43
8. Procedimiento.	44
9. Consideraciones éticas.	45
EL PACIENTE	46
1. Ficha de identificación:	46
	V

2.	Descripción del paciente.	46
3.	Motivo de consulta.	47
4.	Proceso diagnóstico.	47
5.	Entrevistas iniciales.	51
6.	Historia clínica.	58
7.	Supuesto general.	61
8.	Definición de categorías.	62
PROCESO TERAPÉUTICO Y RESULTADOS		64
1.	La ausencia materna (complejo de la madre muerta) como origen del trauma temprano en el psiquismo de César.	64
2.	Eventos que resignificaron el trauma: <i>yo quisiera ser como él.</i>	68
3.	El vacío, la angustia y fantasías de muerte, efectos de la ausencia materna: <i>me siento como en un ataúd.</i>	72
4.	La música es la llave: <i>un pequeño-gran progreso en el tratamiento de César.</i>	78
5.	La madre aún muerta: <i>te falta mucho para ser hombre.</i>	79
6.	¿De qué huyes César?: El intento de suicidio y abandono del tratamiento.	84
DISCUSION Y CONCLUSIONES		94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		100
ANEXO		107
1.	Mapa de sesiones.	107
2.	Test de la Figura Humana de Karen Machover.	108
	Figura 1 (hombre)	108
	Figura 2 (mujer)	110
3.	Test de la Familia de Corman.	112

RESUMEN

Éste estudio muestra el caso de un paciente de sexo masculino de 15 años que presenta un cuadro de desorganización psíquica caracterizado por agresión, ideas suicidas, sentimientos de vacío y angustia.

Para el análisis del caso se utilizó el material obtenido de 23 sesiones de psicoterapia con orientación psicoanalítica (9 de evaluación y 14 de tratamiento) comprendidas entre el 18 de enero y el 8 de octubre de 2012. Dicho material está conformado por fragmentos textuales de las sesiones y la interpretación de las técnicas proyectivas de la Figura Humana de Karen Machover y de la Familia de Corman.

El análisis del caso se llevó a cabo mediante sesiones semanales de supervisión clínica y la aplicación de los conocimientos obtenidos a través de los distintos seminarios de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes.

La sintomatología del paciente se abordó mediante la teoría psicoanalítica tomando como conceptos centrales el complejo de la madre muerta de André Green y el trauma.

Asimismo, se exponen las dificultades tanto teóricas como técnicas, transferenciales y contra transferenciales que surgieron y que forman parte del proceso psicoterapéutico.

Conceptos clave: ***trauma, madre muerta, resignificación, desorganización psíquica.***

ABSTRACT

This report shows the case of a 15 year old male patient who presented symptoms of mental disorganization characterized by aggression, suicidal thoughts, feelings of emptiness and anguish.

For the case analysis I used the information obtained from 23 sessions of psychoanalytically oriented psychotherapy (9 for evaluation and 14 for treatment) between January 18 and October 8, 2012. This material consists of session textual fragments and the interpretation of the projective techniques of Karen Machover's Human Figure and Corman's Family Test.

The case analysis was developed by weekly sessions of clinical supervision and the application of knowledge gained through different Adolescent Psychotherapy Residency's seminars.

The patient's symptoms were addressed by psychoanalytic theory with the André Green's dead mother complex and trauma concepts.

It's also exposed the theoretical and technical difficulties, transference and counter transference that emerged and were part of the psychotherapeutic process.

Key words: ***trauma, dead mother, resignification, mental disorganization.***

INTRODUCCIÓN

El siguiente es un estudio de caso, de un paciente, atendido en un centro comunitario del sur de la Ciudad de México al que nombré *César*.

César es un paciente delgado, de piel blanca, cabello corto, mide aproximadamente 1.60 metros, viste con pantalones de mezclilla, tenis *converse*, muñequeras negras o moradas, playeras negras con morado o violeta; tiene en el cuello algunos colgantes de bandas de rock. Tiene un rostro serio y parece cansado. Durante las sesiones no solía establecer mucho contacto visual y la mayor parte del tiempo se recostaba sobre el escritorio del consultorio. No gustaba de hablar sobre sí mismo, prefería quedarse a dormir en su casa que asistir a sesión pero tenía que hacerlo por orden de su madre; se interesa poco por las cosas excepto por la música y las patinetas.

Durante su primer año de vida sufrió los efectos del desinterés de su madre por cuidarlo, quedando con huellas del orden de lo traumático en su psiquismo. Dichas huellas sufrieron una resignificación a la luz de nuevos eventos ocurridos en la pubertad, lo que ha originado en él conductas agresivas, angustia, sentimientos de vacío y fantasías suicidas. Para *César*, la vivencia de abandono es lo que caracteriza sus relaciones de objeto, lo que le origina mucha angustia debido a su empobrecimiento y como producto de una deficiente libidinización.

El análisis del caso se llevó a cabo mediante la interpretación de fragmentos de sesión clínica y de dos técnicas grafo-proyectivas de acuerdo con la teoría psicoanalítica, tomando como conceptos clave el complejo de la madre muerta de André Green, el trauma y su resignificación.

Este trabajo es un recorrido por el tratamiento del paciente, desde las entrevistas iniciales, hasta la interrupción del proceso psicoterapéutico. En cada

apartado se describe, en primer lugar, la experiencia directa con el paciente y posteriormente la interpretación del material. Es pertinente señalar que el análisis sólo fue posible mucho tiempo después de la última sesión, cuando ya se contaba con un marco teórico mucho más amplio. En este sentido, es el relato de un paciente que vivió un trauma temprano que desorganizó su funcionamiento psíquico, pero también el trauma de un terapeuta que no contaba con las herramientas necesarias para hacer frente a la problemática de su paciente y que logró la comprensión *a posteriori*.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la resignificación de las huellas del trauma puede ser también estructurante. Eso fue lo que ocurrió en mi persona como terapeuta, ya que me permitió comprender mucho del paciente y del psicoanálisis en general, en la teoría y la práctica, y abrió muchas interrogantes que son el punto de partida de futuros aprendizajes. Esta es la razón principal por la que César fue elegido para este reporte; él nunca sabrá todo lo que aportó, con su molestia, su negativa a abrirse, con su deseo constante de abandonar, a mi formación.

MARCO TEÓRICO

1. La formación del aparato psíquico.

En primer lugar, es necesario puntualizar de qué estamos hablando cuando nos referimos al aparato psíquico. Laplanche y Pontalis (2004) expresan al respecto lo siguiente:

Término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias (p. 30).

En otras palabras, cuando se habla de un aparato psíquico, se hace alusión a una forma de organización interna, en la que coexisten distintos sistemas, cuya función consiste en mantener, a un nivel lo más bajo posible, la energía interna de un organismo (principio de constancia). Dicho aparato está conformado por subestructuras.

En relación a la génesis del aparato psíquico, Freud (1895) refiere que en el origen, el bebé se encuentra en un estado de unión con la madre, no es capaz todavía de diferenciar el mundo exterior del interior y responde sólo a la satisfacción de las necesidades instintivas como cualquier organismo. Es capaz de percibir estímulos provenientes tanto del exterior como del interior y su psiquismo trabaja mediante la defensa primaria, consistente en evitar el displacer cuando los estímulos son demasiado intensos. Dichos estímulos poseen una cualidad (placer-displacer), la cual va dejando huellas, representaciones de la vivencia asociada a su percepción. La vivencia de dolor deja como resto estados de angustia, mientras que la vivencia de satisfacción estados de deseo.

La angustia está asociada a la ausencia del objeto (la madre) y requiere de la descarga de acuerdo con la defensa primaria, para recuperar el equilibrio interno. El niño, a través de la acción específica (pataleo, llanto) conseguirá que el displacer se reduzca llamando la atención de la madre quien satisfará sus necesidades.

Por su parte, la madre a través de los cuidados básicos, inserta algo extra en el cuerpo del bebé: el plus de placer; es decir, la satisfacción de sus necesidades instintivas (hambre, sed) va acompañada de un monto de libido materna. Mediante este acto la madre introduce su propia sexualidad al niño, sexualidad enigmática para ella porque es inconsciente y enigmática para el bebé debido a que no cuenta con los medios para hacerle frente; a ésta introducción de la sexualidad se le denomina seducción originaria (Gutton, 1993; Laplanche, 1989; Laplanche & Pontalis, 2004).

A partir de este momento, el niño ya no sólo buscará el alimento que sacia su hambre sino también ese extra de placer que acompaña al acto mismo, situación conocida como placer de órgano. Cuando el instinto se pervierte porque pierde su objeto, se convierte en pulsión (Laplanche, 2001), es por eso que ésta se ubica entre lo somático y lo psíquico.

Ocurrirá que no siempre el pecho estará disponible para el niño, lo que implica la demora de la satisfacción. El eventual proceso de satisfacción-frustración le permitirá al niño acceder a lo simbólico, debido a que en ausencia del objeto recurrirá a la satisfacción alucinatoria de deseo para calmar la angustia; es decir, fantaseará con el objeto ausente manteniéndolo catectizado, pero sólo será posible si anteriormente hubo una experiencia de satisfacción. A propósito de la experiencia de satisfacción, Laplanche y Pontalis (2004) comentan lo siguiente:

Tipo de experiencia originaria postulado por Freud, consistente en el apaciguamiento, en el lactante, gracias a una intervención

exterior, de una tensión interna creada por la necesidad. La imagen del objeto que satisface adquiere entonces un valor electivo en la constitución del deseo del sujeto. Podrá ser recatectizada en ausencia del objeto real (satisfacción alucinatoria del deseo). Guiará constantemente la búsqueda ulterior del objeto que satisface (p. 133).

De esta forma, una vez experimentada la vivencia de satisfacción quedará en el niño el deseo de reencontrar al objeto para repetirla, y en su ausencia, lo fantaseará; así pues, ingresará paulatinamente en lo simbólico y se constituirá como sujeto del deseo.

En la ausencia del objeto, la pulsión se vuelve autoerótica; es decir, buscará la satisfacción sin recurrir a un objeto exterior y sin referencia a una imagen unificada del cuerpo (Laplanche & Pontalis, 2004). Posteriormente podrá representar en su totalidad a la persona a la cual pertenecía el órgano productor de satisfacción; es entonces cuando la madre, a través de la alimentación, el extra de placer y su mirada constituirá el narcisismo del bebé, dejando atrás la fase del autoerotismo (Freud, 1914). Ya no se representó lo que era agradable, sino lo que era real, aunque fuese desagradable. Freud (1911) explica sobre lo anterior:

Sólo la ausencia de la satisfacción esperada, el desengaño, trajo por consecuencia que se abandonase ese intento de satisfacción por vía alucinatoria. En lugar de él, el aparato psíquico debió resolverse a representar las constelaciones reales del mundo exterior y a procurar la alteración real (p. 224).

En ese mismo artículo, *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911), en un pie de página, ya adelantaba la importancia de la función materna para que se desarrolle en el niño, la capacidad para representar:

Con razón se objetará que una organización así, esclava del principio del placer y que descuida la realidad objetiva del mundo exterior, no podría mantenerse viva ni por un instante, de suerte que ni siquiera habría podido generarse. Sin embargo, el uso de una ficción de esta índole se justifica por la observación de que el lactante, con tal que le agreguemos el cuidado materno, realiza casi ese sistema psíquico (pp. 224).

Los padres, atravesados por deseos e inhibiciones, implantan en el niño deseos que desconocen por ser inconscientes y que posteriormente reprimirán. Todo este proceso, de frustración-satisfacción y libidinización, originará angustia en el niño, quién utilizará como recurso la represión primaria, mecanismo originario que funda el inconsciente. Dicho mecanismo fija en el inconsciente las representaciones relacionadas con el autoerotismo, dejando libre al psiquismo para que surja el pensamiento y lo libra del sufrimiento de una renuncia constante (Bleichmar, 2000).

Resulta interesante el planteamiento de Laplanche (1997), para quien la división entre consciente e inconsciente se da a través de la traducción parcial del niño de los mensajes enigmáticos, cargados de sexualidad, que provienen del otro. Lo parcialmente traducido daría lugar a la formación del Yo, mientras que la parte sin traducir constituiría lo inconsciente. En otras palabras, el inconsciente se formaría a partir de lo no-ligado. En sentido estricto, la implantación de sexualidad en el niño a través de los cuidados básicos constituye un trauma, en tanto que involucra un aflujo, un exceso de excitación que supera la capacidad del niño para elaborarlo psíquicamente; trauma estructurante e indispensable para la organización del psiquismo.

En este momento se establece la primera tópica freudiana, separando el funcionamiento psíquico en consciente e inconsciente.

El narcisismo es el primer tiempo de la vida psíquica en el cual la madre hace entrar al hijo como significativo de la falta (Bleichmar, 2000); ella lo ve como un todo, la completa, es “su majestad, el bebé” (Freud, 1914). Es en este momento donde el bebé y la madre entran en un estado de “enamoramiento”. El niño constituye el falo para la madre, en tanto que es significativo de una falta y significativo del deseo; el niño responde al deseo del otro, él desea ser el objeto de deseo de la madre (Bleichmar, 2008).

Este narcisismo primario representa un estado de omnipotencia construido por la conjunción del narcisismo naciente del niño y el narcisismo renaciente de los padres; momento anobjetal e indiferenciado, constitutivo del Yo alienado en la imagen del otro (Chamizo, 2009). Sin embargo, es necesario para el desarrollo del Yo, que el bebé pueda diferenciarse:

El niño sale de ese estadio cuando su yo se encuentra confrontado a un ideal con el cual debe medirse, ideal que se formó en su exterior y que desde allí le es impuesto (Nasio, 1996, p. 67).

El niño observa que la madre lo mira y le habla, pero que también se dirige a otros, además es sometido paulatinamente a las exigencias del mundo a través del lenguaje. Puede dar cuenta de que su madre desea fuera de él, rompiéndose su percepción de unidad y omnipotencia, y su objetivo será ajustarse al ideal que le ha sido impuesto desde el exterior para hacerse amar de nuevo por el objeto. El reconocimiento de la incompletud de la madre y la propia (complejo de castración) movilizará su deseo de reencontrarse con la perfección narcisista.

Esta castración simbólica (la desilusión de la omnipotencia), es un movimiento que le permite al niño no quedar atrapado en el deseo materno y empezar a construir su sí-mismo. En esta fase es muy importante el papel de la figura paterna como un tercer personaje que separa la diada madre-hijo.

Para el niño, el padre es un Otro que dicta la ley y a la vez un otro semejante con quien rivaliza, ahora el padre es el falo. Posteriormente, el falo quedará colocado en la cultura, mediante la aceptación de la ley; ley que prohíbe la relación sexual con la madre y a la vez la posibilita con otras mujeres. La ley y el falo entonces, quedarán instaurados como instancias que están más allá de cualquier personaje. Al no estar identificado con el falo (Yo Ideal), el chico podrá identificarse con el Ideal del Yo.

De este modo, cambiará sus deseos parricidas e incestuosos por identificaciones (identificación-padre; identificación-madre) dando lugar a una nueva instancia, el Superyó mediante el sepultamiento del complejo de Edipo. Freud explica en *El yo y el ello* (1923):

Así, como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó (pp. 35).

De esta forma, la psique se encuentra ahora en la segunda tópica freudiana (Yo, Ello, Superyó), cuyo nivel de funcionamiento es más complejo y en dónde el principio del placer es asegurado por el principio de realidad (Freud, 1911); es decir, el aparato psíquico se encuentra en la posibilidad de renunciar a la descarga inmediata, característica del proceso primario, en pos de una satisfacción a largo plazo. El adecuado investimento del Yo posibilita la morigeración de los procesos primarios y una valorización correcta de los signos de realidad objetiva, permitiendo la ligazón de representaciones y la tolerancia ante la angustia por dicho aplazamiento de la satisfacción.

1.1. La importancia del deseo parental en la formación del psiquismo.

Se ha comentado brevemente cómo la intervención de la madre es fundamental para el pasaje del niño del autoerotismo al narcisismo para la organización psíquica. Es importante señalar que para que esto ocurra, se necesita que determinadas condiciones estén presentes previamente al primer encuentro madre-hijo. Una de ellas, si no es que la más importante, es el deseo de hijo de la pareja parental.

El deseo de hijo es producto de la elaboración de un deseo inconsciente; deseo de tener un hijo de la madre para el varón, y para la mujer, ser madre como su propia madre. El deseo está atravesado por el conflicto edípico y, en lo que respecta a la mujer, tiene que ver con la elección del padre como objeto amoroso y la resignación del deseo del pene por el deseo de un hijo.

En el origen de la vida, idealmente, se encuentra el deseo de la pareja parental a la que el nacimiento del niño causa placer. El Yo relacionará la causa de placer, de todo placer, con el placer que le procura a la pareja el hecho de que él exista. El enunciado con el que el portavoz cree responder al interrogante acerca del nacimiento, será metabolizado por el niño en una significación, a partir de la cual elaborará su propia teorización sobre la causa de todo lo que se refiere al origen: de sí mismo, del placer, del displacer, del mundo. La significación que da sentido a la existencia del Yo es la única que, al mismo tiempo, puede darle sentido a las experiencias que él vive (Aulagnier, 2010).

El placer que experimenta la pareja parental al tener al niño, lo carga de cierto monto libidinal desde antes de nacer, de manera que, en el primer encuentro madre-hijo dicho placer se refuerza; se le reafirma al bebé que en el origen de su existencia se encuentra el deseo de sus padres. El portavoz enuncia el placer, esperando que aquél a quien se dirige también lo sienta. La experiencia

de placer exige una cierta concordancia entre el sentimiento que lo expresa y la vivencia que el sentimiento designa.

La concordancia entre el enunciado materno y la vivencia del niño permitirá su libidinización y posterior conformación del narcisismo primario como reservorio libidinal. Con respecto al narcisismo primario, Octavio Chamizo (2009) propone lo siguiente:

(...) concepto que muestra la investidura narcisista que hacen los padres en relación con el hijo y que tendría como efecto la constitución del Yo Ideal. En este sentido, el narcisismo primario es un narcisismo sin instancia yoica donde el acento está puesto tanto en el anhelo narcisista de los padres, como en los efectos que su intervención tiene en el niño “antes” de que se constituya el Yo (p. 145).

El autor pone énfasis en el anhelo narcisista de los padres con respecto al hijo antes de la constitución del Yo; propone al narcisismo primario como un afuera constitutivo de un adentro, como una sombra que antecede al niño y que posteriormente perseguirá. Esta concepción no dista mucho de la teoría de Piera Aulagnier (2010), en cuanto a que ambos consideran que las condiciones que permiten la conformación del narcisismo no se limitan al momento posterior al nacimiento, sino que se establecen antes de éste, en una especie de fase “prehistórica” del desarrollo.

Aulagnier (1994), define a esa “sombra” que antecede como “cuerpo imaginado”, la cual acompaña y precede al hijo. El cuerpo imaginado es la forma en la que la madre representa al niño, no como una entidad biológica en desarrollo, sino como un cuerpo completo y unificado poseedor de todos los atributos; es el soporte imaginario del embrión sobre el cual se vierte la libido materna. La capacidad de la madre de simbolizar al hijo en este cuerpo

imaginado, le da la oportunidad de representarlo como un cuerpo separado e independiente de ella y no como su extensión narcisista.

La capacidad de simbolizar permite a la madre asumir y desempeñar su función materna. Para que tenga lugar la presencia de este cuerpo fantaseado, se requiere que haya una coincidencia entre el deseo de maternidad y el deseo de hijo, como resultado de una relación de placer entre los padres; esto a su vez permitirá que el nacimiento sea catectizado como un acto de creación, como la llegada al mundo de algo original. El discurso de la madre entonces, se dirigirá al personaje que el hijo encarna en la escena familiar y no al hijo real (conjunto de órganos en desarrollo); ese discurso lo constituirá como sujeto, insertándolo en una cadena significativa que le permitirá reconocerse como otra cosa que un simple accidente biológico. Estas condiciones previas determinarán el tipo de encuentro del niño con el mundo, en donde se podrá encontrar con un pictograma de aceptación que le asegurará que en su origen se encontró tanto el placer como el deseo parental; o bien con un pictograma de rechazo que lo deja sin un lugar definido en la escena familiar y con un déficit narcisista (Aulagnier, 2010).

La importancia del deseo radica en que sólo a través de él, el niño podrá ser dotado de un vasto reservorio libidinal, que podrá utilizar para investir a los objetos a su alrededor, de otro modo resignará su vínculo con la realidad en un intento de curación, ante un sentimiento de empobrecimiento interior (Freud, 1914). En condiciones ideales, este investimento libidinal va quedando inscrito en el inconsciente estructurando al niño, gracias a que está sostenido en el deseo del Otro.

En este punto, es pertinente señalar que dicho reservorio libidinal es posible a través de un adecuado trabajo de sostén materno, el cual sólo puede darse como resultado del deseo materno. De acuerdo con Winnicott (1961), el sostén consiste en lo siguiente:

El sostén incluye especialmente sostener físicamente al infante, lo que es una forma de amar, quizá la única con la que la madre puede demostrarle su amor al niño. Hay quienes pueden sostener a un infante y quienes no pueden. Estas últimas generan rápidamente en la criatura una sensación de inseguridad y llanto angustiado (sección B. La función del cuidado materno, parr. 6).

El sostén físico, va acompañado de un estado mental de compromiso y sintonización con las necesidades fisiológicas y afectivas del bebé, de manera que su salud mental depende de ese cuidado materno que, cuando es desempeñado de forma correcta, apenas se advierte y constituye una prolongación de la provisión fisiológica del estado prenatal (Ibíd.).

Con “el cuidado que recibe de su madre”, cada infante está en condiciones de tener una existencia personal, y así empezar a establecer lo que podría denominarse “una continuidad de ser”. Sobre la base de esta continuidad de ser se desarrolla gradualmente el potencial heredado, hasta constituir al infante individual. Si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno, el infante en realidad no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser; en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental (sección C. Los cambios de la madre, parr. 11).

La cita anterior recuperada también del artículo *La teoría de la relación entre progenitores-infantes* de Winnicott (1961), tiene una importancia radical, ya que atribuye a los cuidados maternos la capacidad del individuo de separarse de la madre y constituirse como un sujeto independiente, lo cual es finalmente, la meta de todo ser humano. Es decir, la construcción del aparato psíquico se logra sólo a partir del deseo del Otro, pero es necesario también aceptar la diferencia, la castración simbólica, para poder moverse del binomio madre-hijo que en un

principio fue estructurante y así evitar quedar atrapado en él, atrapamiento que por el contrario tendrá efectos adversos.

En este punto del desarrollo, puede ocurrir que el niño se encuentre con una madre indiferente o demasiado angustiada por sus necesidades. Ambos extremos dificultan el establecimiento del llamado “enamoramiento” que es fundamental:

En un extremo, tenemos a la madre cuyos intereses personales son demasiados compulsivos como para abandonarlos, lo cual le impide sumergirse en ese extraordinario estado que casi parece una enfermedad, aunque constituya un signo de salud (Winnicott, 1960, parr. 4).

Cuando en el mejor de los casos, el maternaje se lleva a cabo de forma saludable, facilita el destete, posibilita el desarrollo del Yo y de la creatividad del niño, y disminuye la angustia:

Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte, porque está apuntalado en todos los aspectos. El yo reforzado y, por lo tanto, fuerte del niño puede, desde muy temprano, organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias (Ibíd., sección La identificación del niño con la madre, parr. 4.).

La organización será posible sólo a través de la intervención del otro, su presencia posibilitará la diferenciación entre los modos de funcionamiento consciente-inconsciente y el desarrollo posterior necesitará del intercambio intersubjetivo entre madre e hijo. No se trata de fenómenos psíquicos aislados,

sino de un verdadero intercambio dinámico que puede ser explicado mediante la metáfora del espejo.

1.2. El papel de la madre como espejo del niño durante la primera infancia.

Dentro de la fase de maternaje, es posible situar al estadio del espejo como especialmente constitutivo por las razones que se describirán a continuación. Para poder plantear la función especular de la madre es imprescindible hacer referencia al desarrollo de Jacques Lacan (2009) sobre este tema.

Lacan plantea un momento en el que el niño, al verse en el espejo realiza la conquista de la imagen de su cuerpo, promovándose la estructuración del Yo mediante una identificación primordial con dicha imagen y poniendo término a la fantasía del niño de cuerpo fragmentado. El Yo (Je) entendido no como instancia sino en el sentido de cómo uno se percibe a sí mismo, ligado a la conciencia, a lo que uno se percata. A ese momento lo llama estadio del espejo (*le stade du miroir*) y lo ubica cronológicamente antes de los tres tiempos del Edipo.

El espejo es una metáfora, en donde lo que importa no es un pedazo de cristal, sino la imagen puesta en el otro y devuelta con una mirada de reconocimiento que emerge sin saberlo de su deseo inconsciente, es una matriz donde se precipitan las identificaciones que van a formar el Yo (je).

De acuerdo con Lacan (2009):

El estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del

cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad (pp. 102-103).

Su función es neutralizar la dispersión angustiante del cuerpo en favor de la unidad del cuerpo propio, así como establecer una relación del organismo con su realidad. En un primer momento, el niño experimenta una primera confusión entre su persona y el otro, no hay una clara diferenciación, al principio vive y se localiza en el otro. En un segundo momento, descubre que el otro del espejo no es real sino una imagen, comienza su vinculación con el registro de lo imaginario; en un tercer momento el niño adquiere la convicción de que el reflejo del espejo no sólo es una imagen sino que además, es una imagen que es la suya. De esta manera el niño se reconoce en la imagen y reúne la dispersión del cuerpo fragmentado en una totalidad unificada.

La imagen del cuerpo es estructurante para la identidad del sujeto que realiza en ella su identificación primordial (Dor, 1996). La imagen del cuerpo unificada da identidad, sostenida sobre el discurso simbólico del otro, la mirada del otro, el nombre...

La percepción del niño de su cuerpo como un todo posibilita dos situaciones: 1) le da identidad al permitirle mirarse como un ser diferente de la madre, 2) ayuda a la conformación del Yo, ya que al ver su imagen reflejada intentará hacer coincidir lo que ve con el discurso materno acerca de él; entran en juego los enunciados identificatorios de la madre.

Este papel alienante del otro (la madre), permite que el niño se identifique y que circule el deseo; es decir, en un primer momento el *infans* se hace desear y desea el deseo del Otro, pero en el momento en el que entra en el estadio del espejo, se da cuenta de que él y su madre son dos individuos separados y que además, ella dirige su mirada hacia un tercero, sobre quién están puestas sus necesidades como ser deseante. La desilusión que ocasiona la entrada del tercero

(regularmente el padre) permite que el deseo circule y le da la oportunidad al niño de no quedar atrapado en el deseo materno.

Winnicott retoma los planteamientos de Lacan, pero piensa al espejo como el rostro de la madre. En su comentario para *Play Therapy* dirigido a Virginia Axline (1965) se encuentra lo siguiente:

(...) el primer espejo es el rostro de la madre y que una de las funciones de la madre, de ambos padres y de la familia es proporcionar un espejo, figurativamente hablando, en el cual el niño pueda verse. El niño no puede usar a los padres y a la familia como espejo, a menos que rija este principio de permisividad para que él o ella sean ellos mismos, aceptados totalmente sin evaluación ni presión para que cambien (parr. 8).

Y pregunta en *Realidad y juego* (1971):

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre? Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él (sección Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño, parr. 9).

A través de los cuidados de un otro (generalmente la madre) que le da sostén, el bebé puede reconocerse en su mirada. Puede recoger experiencias, enriquecerse y tener una interacción introyectiva y proyectiva con el No-Yo que es la realidad externa; se reconoce como un ser completo en la mirada del otro y ese reconocimiento le es devuelto. Para Winnicott, el niño refleja su imagen en un otro; otro que es semejante, garante de la ley (Otro) y portavoz.

Estos intercambios favorecen su contacto con el exterior y su capacidad creadora; sin embargo, pueden surgir graves dificultades si no recibe de vuelta lo que da. En un rostro rígido, indiferente o colmado de ansiedad, el bebé no podrá verse, sólo verá a su madre, tendrá la impresión de no haber sido visto. Estos bebés buscarán incesantemente alrededor otras formas de conseguir que algo les sea devuelto de sí mismos, harán todo lo posible para investigar al objeto en espera de obtener algún significado.

Una madre suficientemente buena, es capaz de sintonizarse con las necesidades del niño, lo mira, lo acaricia, le habla, lo reconoce. El reconocimiento implica separación, el niño es visto como un ser diferenciado; con el trabajo de sostén, la madre creará la ilusión de que el pecho forma parte del niño para posteriormente desilusionarlo. Los momentos de ilusión ofrecidos al niño pueden obstaculizar o favorecer el proceso de desilusión conocido como destete.

François Doltó (1987) por su parte, amplió el concepto de espejo; no lo considera como una superficie plana (*le stade du miroir* lacaniano), sino como un objeto de reflexión no sólo de lo visible, sino de lo audible, sensible e intencional también. Para Doltó, el espejo es una superficie psíquica omnirreflexiva de cualquier forma sensible. Esta experiencia permite al niño, siempre y cuando esté acompañado de un adulto que nombre lo que está percibiendo, diferenciarse del otro y comenzar a constituir su propia identidad. De acuerdo con la autora, la imagen escópica reemplaza a la imagen inconsciente del cuerpo; representa una herida narcisista, una prueba de castración el reconocer la distancia que lo separa de la imagen inconsciente de su cuerpo "ideal" y la imagen del espejo. Durante esta fase, es necesario que el adulto no sólo nombre lo que ocurre sino que además, pueda prestar su imagen reflejada para que el niño pueda dar cuenta de que es un individuo diferente al que está junto a él, que descubra que es un niño.

Lacan pone el acento en el espejo, como una matriz donde se precipitan las identificaciones formadoras del Yo, mientras que Winnicott habla acerca de

aquello que recibe de vuelta el bebé, al mirarse en el espejo que es el rostro de su madre. Por su parte, Doltó amplía ambas aportaciones y afirma que aquello que es devuelto al sujeto no sólo involucra lo visual sino a todas las modalidades sensoriales, lo cual enriquece el entendimiento de la relación madre-hijo y da cuenta de la importancia que tiene la forma en la que la madre (principalmente) afronta dicho encuentro. Sin embargo, no existe una madre que sea capaz de cumplir con su función de manera perfecta, el Yo del niño tiene que echar mano de diferentes tipos de mecanismos para protegerse de los episodios de frustración y angustia, situación esperada para la adecuada constitución psíquica. El niño no necesita una madre perfecta, sino una que sea suficientemente buena; una madre falible, “en falta” (manifestación inequívoca de la eficacia de la represión) posibilitará la diferenciación del bebé y la construcción de su “sí mismo”.

1.3. Las defensas ante las dificultades en la organización del aparato psíquico.

Un momento fundamental en la estructuración del infante es el proceso de progresiva desilusión que efectúa la madre. El primer objeto (parcial) es el pecho de la madre, el cual es escindido en un pecho bueno (gratificador) y un pecho malo (frustrador), que conduce a una separación entre el amor y el odio. Las relaciones de objeto del niño en esta fase del desarrollo son modeladas por la interacción entre introyección y proyección (Segal, 1984).

En el desarrollo normal, el bebé proyecta objetos internos y partes del Yo en el pecho de la madre. Estas partes no se alteran durante la proyección, de modo que cuando la reintroyección tiene lugar pueden reintegrarse al Yo. Cuando el objeto no está presente durante largos periodos de tiempo la angustia crece, y el bebé expulsa sus objetos internos, cargados de pulsión de muerte en un intento de deshacerse de ellos y de mantener a salvo sus objetos buenos. Cuando la ansiedad y los impulsos hostiles son demasiado intensos, la parte proyectada es

hecha pedazos y desintegrada en diminutos fragmentos proyectados al objeto, que a su vez es desintegrado también. Como la realidad se experimenta como persecución, se odia violentamente toda experiencia de la realidad tanto interna como externa (Klein, 1946).

La ansiedad provocada en el niño por sus impulsos destructivos, lo hace temer ser aniquilado por éstos, y focaliza sus temores sobre el objeto externo, hacia quien dirige sus sentimientos sádicos por percibirlo como el origen del peligro.

Los impulsos hostiles que son proyectados en el objeto son experimentados como agresión oral; y en estados de frustración y ansiedad extremos se refuerzan los deseos sádicos-orales y canibalistas y el niño siente que ha incorporado el pecho fragmentado. Ese pecho que frustra y que “no da” es atacado en dichas fantasías sádico orales y sentido como hecho pedazos, mientras que el pecho que provee de alimento y que es gratificador es sentido como completo y se incorpora como un elemento cargado de libido que contrarresta la escisión y favorece la construcción del Yo (Ibíd.).

El niño corre el peligro de sufrir una escisión del Yo si prevalece el sadismo en el proceso de incorporación del objeto y cuanto más siente que éste está hecho pedazos. Klein menciona:

Es en la fantasía que el niño escinde al objeto y al Yo, pero el efecto de esta fantasía es muy real, porque conduce a sentimientos y relaciones (y luego a procesos de pensamiento) que están de hecho desconectados entre sí (Klein, 1946, p. 6).

Este hecho es muy importante, ya que indica que el sentimiento de fragmentación del Yo está relacionado con la forma en la que se escinde al Yo y a los objetos internos, y puede llegar hasta un estado de desintegración. Si

predomina la agresión con respecto al objeto y la frustración por su ausencia, el Yo queda muy debilitado, con un sentimiento de desvalimiento y soledad debido a que tanto el objeto interno como el externo se perciben en peligro de ser destruidos.

A esta fase del desarrollo donde se da la primera relación de objeto, aún parcial, Klein la llamó posición esquizo-paranoide, y se caracteriza por la aparición de la escisión, proyección, introyección, negación, idealización, y control omnipotente; mecanismos de defensa que tienen como función disminuir la angustia a través de la manipulación del objeto y la expulsión de sus partes cargadas con excesivo instinto de muerte.

La escisión permite al Yo ordenar sus experiencias mediante el proceso de separar al objeto bueno del objeto malo. Mediante este mecanismo es posible que el niño pueda ordenar sus impresiones emocionales y sensoriales; es una condición para la posterior integración de los objetos. La escisión es la base de la represión: si es excesiva, da lugar a una gran rigidez neurótica, si es menos severa, entonces el inconsciente estará en mejor comunicación con la mente consciente.

Íntimamente relacionado con la escisión se encuentra el proceso de proyección e introyección, como mecanismos de defensa ante la ansiedad de ser aniquilado. El Yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo, aunque en ocasiones lo bueno será puesto afuera para mantenerlo a salvo de lo que se siente como una abrumadora maldad interna. De la misma forma, los objetos malos o perseguidores pueden ser introyectados en un intento de tenerlos controlados. En suma, este mecanismo es utilizado para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez que se los tiene a ambos bajo control.

De la proyección del instinto de muerte surge otro mecanismo de gran importancia: la identificación proyectiva. En la identificación proyectiva se escinden partes del Yo y de los objetos internos y se proyectan en el objeto externo el cual queda poseído, controlado e identificado por dichas partes (Segal, 1984). Este mecanismo se utiliza precisamente para atacar al objeto externo, para librarse de los malos objetos internos o para proyectar a las partes buenas internas y protegerlas.

Mediante la negación, el objeto frustrador y persecutorio es mantenido lo más alejado posible del objeto idealizado y también se niega su misma existencia así como los sentimientos asociados con él. Cabe mencionar que no sólo es el objeto lo que se niega sino una relación de objeto, y por lo tanto una parte del Yo. Lo anterior cobra mayor importancia si se considera que el negar equivale a aniquilar según el desarrollo kleiniano (Klein, 1946).

La idealización está ligada a la escisión del objeto. El Yo exagera los atributos del pecho bueno para tratar de contrarrestar la persecución del pecho malo. Surge del poder de los deseos instintivos, que aspiran a una gratificación ilimitada y crean la fantasía de un pecho inagotable y siempre generoso, un pecho ideal. (Ibíd.)

El control omnipotente está fuertemente relacionado con los mecanismos anteriores. A través de la introyección y proyección, el Yo omnipotente trata de controlar a los objetos. De igual manera, en la negación una parte de la realidad psíquica es negada mediante fuertes sentimientos de omnipotencia. Es importante señalar que dichos sentimientos son característicos de una mente infantil.

Si los impulsos agresivos del niño no son tan intensos disminuyen los mecanismos esquizoides y si, en general, las experiencias buenas predominan sobre las malas, el niño podrá acceder a la posición depresiva en donde disminuyen los temores paranoides y predomina el impulso a la integración del Yo

y el objeto. En esta posición, el niño es capaz de reconocer al objeto integrado; puede ver a la madre como una persona total, con deseos y necesidades diferentes a las suyas, y a la vez se puede ver a sí mismo también como un ser total (Segal, 1984). Sin embargo, si el temor persecutorio es demasiado intenso, el Yo no es capaz de ingresar a la posición depresiva y regresa a la posición esquizo-paranoide reforzándose los temores y los fenómenos esquizoides.

La importancia de la posición esquizo-paranoide es esencial, ya que las patologías más severas están relacionadas con la oralidad y la primera relación de objeto.

Melanie Klein (1932) refiere al respecto:

Las deficiencias más graves de desarrollo y las enfermedades psíquicas se producen cuando las frustraciones externas -es decir, condiciones desfavorables de alimentación- coinciden con un sadismo oral constitucionalmente fortalecido y que le impide gozar durante la succión (p. 119).

Esta afirmación remite una vez más a la función libidinizante de la madre en el momento de amamantar al bebé, de proveerle un plus de placer además de la leche materna. En momentos de excesiva ansiedad, el bebé introyecta el pecho malo y lo percibe como fragmentado, mientras que el pecho gratificador incorporado bajo la libido de succión es sentido como completo:

Este primer objeto interno bueno actúa como un punto central del yo. Contrarresta los procesos de escisión y dispersión, contribuye a la cohesión e integración y constituye un factor en la construcción del yo (Klein, 1946, p. 6).

En momentos de angustia excesiva, los procesos de escisión pueden generar el sentimiento de fragmentación del Yo hasta llegar al punto de la desintegración. Al sentir el mundo interno en peligro de destrucción, el Yo sufre un excesivo debilitamiento con un profundo sentimiento de que no hay nada que lo sostenga y de soledad (Ibíd.).

En cuanto al sadismo constitucionalmente fortalecido, podría estar apuntando a lo que Piera Aulagnier (2010) llamó condiciones necesarias que favorecen el desarrollo de la enfermedad psíquica. Mientras más sadismo exista en el proceso de incorporación del objeto, el Yo estará en mayor peligro de escindirse en relación con los fragmentos del objeto internalizado. Sin embargo, para que pueda manifestarse la enfermedad es necesario también que existan puntos de fijación:

En la enfermedad psíquica se produce una regresión, no a una fase del desarrollo que en sí fue normal, sino a una fase en las que ya estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloqueos de desarrollo y constituyeron puntos de fijación (Segal, 1984, p. 57).

Los puntos de fijación necesitarán a su vez de eventos o situaciones que desencadenen la enfermedad psíquica o condiciones suficientes (Aulagnier, 2010); es decir, los puntos de fijación constituyen huellas que serán modificadas ulteriormente en función de nuevas experiencias a través de las cuales adquirirán una eficacia psíquica, lo que Freud denominó *Nachtraglich* o *a posteriori* (resignificación) (Laplanche & Pontalis, 2004).

2. El complejo de la madre muerta de André Green.

Es muy importante el tipo de relación que se establece con el objeto primario para el desarrollo psíquico de un individuo, ya que éste determinará la cualidad de los puntos de fijación (o huellas mnémicas) que quedarán inscritas en su psiquismo. Es decir, que la relación objetal primordial que se establece en la infancia temprana, tendrá necesariamente un efecto, desde lo que podemos llamar normalidad hasta la patología.

De dicha relación, es necesario resaltar el tiempo que tarda en responder el objeto a la llamada del niño como un primer tiempo fundamental. A grandes rasgos, si la respuesta del objeto es inmediata, se instala la excesiva omnipotencia; si el plazo es demasiado largo, sobreviene la desesperación, se inscribe la experiencia de dolor, se destruyen las ligazones y hay una mayor intolerancia a la frustración; y si por el contrario, la respuesta se produce en un plazo suficiente y tolerable, tendrá un papel estructurante (Green, 2006).

En el segundo caso, que es el que nos ocupa, el objeto se encuentra en una situación de “exceso de presencia por el mismo hecho de su falta” (Ibíd., p. 387); es decir, la ausencia del objeto es percibida por el bebé como una excesiva presencia que lo daña:

Este exceso de presencia del objeto no genera representación, sino todas las formas de desenlaces extra-representativos: pasaje al acto, conducta perversa, toxicomanía, mazazo depresivo, momento delirante, crisis psicósomática, etc. (Ibíd.).

Como se ha explicado, éste abanico de conductas tiene su origen en la ausencia del objeto materno. Sin embargo, es necesario puntualizar que se trata de una forma muy particular de ausencia, que puede ser comprendida mediante el concepto “complejo de la madre muerta” desarrollado por André Green (2005).

Winnicott es el primero en introducir el concepto de madre muerta en una nota de 1969 agregada a su artículo *Objetos y fenómenos transicionales* referente a la teoría de la ilusión-desilusión (Winnicott, 1971). En ella explica que existen fenómenos que el niño pequeño no tiene la capacidad de comprender; es decir, no es capaz de entender las razones por las cuales su madre está ausente durante periodos largos de tiempo, para él está muerta. Está viva dentro de cierto límite, que pueden ser horas o tal vez días, pero después está muerta originando en el niño ira y mucho temor. Winnicott (ibíd.) refiere:

De aquí llegamos a los dos extremos, tan distintos entre sí: la muerte de la madre cuando se halla presente, y su muerte cuando no puede reaparecer y por lo tanto volver a vivir. Esto se relaciona con el momento anterior a aquél en que el niño logró la capacidad de dar vida a las personas en la realidad psíquica interna, lejos de la tranquilidad de ver, sentir, oler (parr. 15).

Si la madre se ausenta durante un cierto límite ya sean minutos horas o incluso días, es posible que se mantenga su representación, pero si la ausencia es más prolongada, se disipa el recuerdo y su representación. Si esto ocurre, el niño desinviste al objeto y los fenómenos transicionales no tienen sentido para él. Dicha ausencia constituye una pérdida y ante el temor de que los objetos pierdan sentido, es posible que se exagere el empleo del objeto transicional como parte de la negación de ese temor, y que éste pierda el carácter de transicional.

Es importante resaltar que Winnicott no habla de la muerte biológica de la madre, sino de una interpretación que el niño hace de ella que, estando viva, está ausente. Cuando el niño experimenta esta prolongada no-presencia, lo único real para él será la muerte, la ausencia o la amnesia; el lado negativo de sus relaciones con el mundo exterior. La ausencia prolongada de la madre supera la capacidad del niño para simbolizarla e internalizarla, de manera que queda con un vacío y nostalgia por su pérdida, y esto es lo que predomina en sus relaciones de

objeto: la repetición de la ausencia primordial de la madre. Mientras más pequeño sea el niño, menor será su capacidad para simbolizar y mantener viva dentro de sí la idea de una persona a pesar de su ausencia. Al respecto menciona Winnicott (1940) lo siguiente:

Es un tema vasto, pero hay ciertas cosas que se destacan con claridad, y una de ellas es que cuanto menor sea la edad del niño más peligroso es separarlo de su madre. Hay dos maneras de enunciar esto, que en un principio parecen muy diferentes entre sí. Una es que cuanto menor es el niño, menos capaz es de mantener viva dentro de él la idea de que es una persona; vale decir, a menos que vea a esa persona o tenga una evidencia tangible de su existencia en un lapso de x minutos, horas o días, dicha persona estará muerta para él (parr. 3).

Añade que el regreso del objeto ya no puede revertir el estado negativo del niño, ya que se ha impuesto como una forma de relación objetal independientemente de la ausencia-presencia del objeto. Esto es de suma importancia, ya que señala que es muy difícil reparar los efectos negativos de un deficiente maternaje, debido a que quedan inscripciones que no pueden ser borradas.

Ahora bien, cabe señalar que gran parte de los desarrollos de Winnicott que se han citado, están basados en observaciones de niños que por diferentes motivos (principalmente la guerra) tienen que separarse físicamente de sus madres (y padres) por intervalos muy prolongados de tiempo. André Green por su parte, retoma las aportaciones de Winnicott y añade que no es necesaria la ausencia física para generar efectos negativos en el desarrollo del niño, la madre puede estar presente pero afectivamente distante. A esto lo llamó el complejo de la madre muerta y lo definió de la siguiente manera:

La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida (Green, 2005, p. 209).

Esta definición no dista mucho de la de Winnicott en cuanto a que no hace referencia a las consecuencias psíquicas en el niño de la muerte real de la madre, sino de su imago, que transformó al objeto y lo convirtió en una figura carente de vitalidad, lejana y casi inanimada.

Para Green, la ausencia temprana de la madre ocasiona una desinvestidura masiva y radical del niño, dejándolo con huellas inconscientes en forma de “agujeros psíquicos”. El niño vive la pérdida repentina de amor como una catástrofe, y a su vez también desinviste a la madre como objeto. La desinvestidura del objeto materno deja “un agujero en la trama de las relaciones de objeto con la madre” (Ibíd.) y una identificación inconsciente con ella.

La desinvestidura deja al niño con una pérdida de sentido también; no es capaz de obtener una explicación acerca de lo que le acaba de suceder. Vale la pena recordar los desarrollos de Lacan (2009) y principalmente de Winnicott (1971), ya que es precisamente este momento donde el niño mira a su alrededor y no encuentra el espejo que le refleje algo de sí mismo. Este evento constituye una herida narcisista, el niño no está en condiciones de hacer frente a esta catástrofe, identificado con el vacío que ha dejado esta madre viva pero ausente “tiene el sentimiento de una maldición que pesara sobre él, la de la madre muerta que no termina de morir y que lo mantiene prisionero” (Green, 2005, p. 220).

Para Green, la identificación con la madre muerta es una identificación negativa, ya que no se realiza con el objeto sino con el agujero que ha dejado su desinvestidura. La madre muerta no es un objeto perdido, simplemente no ha estado, es un pecho que no puede ser colmado ni colmante. El color negro

comúnmente se relaciona con el duelo de objetos que alguna vez se tuvieron pero se han perdido; el niño en cambio experimenta un duelo blanco (ibíd.).

Al igual que Winnicott (1971), André Green considera que el complejo de la madre muerta es una revelación de la transferencia. Para Winnicott, existe un vacío en las relaciones de objeto de los pacientes (incluyendo la que se establece con el terapeuta en el espacio analítico), en donde para ellos lo único real es la ausencia, el vacío, la muerte. Green considera que los síntomas de los pacientes reflejan el fracaso de una vida afectiva, amorosa o profesional, que son la base de los conflictos con los objetos. También se suma el sentimiento de impotencia para salir de su situación y para poder hacer uso de sus potencialidades. En este mismo sentido, el discurso del paciente toma un estilo narrativo y poco asociativo en el que se convierte en un niño contando al analista, como si fuera su madre, los miles de dramas por los que ha pasado en un intento de conmoverlo, hacerlo partícipe y provocar su interés. No es necesario aclarar que el trabajo con este tipo de pacientes es sumamente complicado, debido a que la investidura del objeto transferencial se enraíza profundamente en una tonalidad de índole narcisista (Green, 2005).

No es posible hablar de factores desencadenantes del complejo de la madre muerta debido a las particularidades de la historia de vida de cada paciente, sin embargo la tristeza de la madre y el desinterés por el hijo son algo que tienen en común.

2.1. La formación de un trauma psíquico a partir de la ausencia simbólica de la madre.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004), un trauma psíquico es aquel:

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (p. 447).

El trauma psíquico se caracteriza por la incapacidad del sujeto de elaborar un acontecimiento de su vida, debido a que está cargado de un monto de excitación excesivo. Pero además, es necesario tomar en cuenta el concepto de causalidad psíquica, para referirnos a que ningún acontecimiento tiene el carácter de traumático por sí mismo, sino que necesita que una nueva experiencia posterior lo resignifique:

[Posterioridad; Nachtraglich] Palabra utilizada frecuentemente por Freud en relación con su concepción de la temporalidad y de la causalidad psíquica: experiencias, impresiones y huellas mnémicas son modificadas ulteriormente en función de nuevas experiencias o del acceso a un nuevo grado de desarrollo. Entonces pueden adquirir, a la par que un nuevo sentido, una eficacia psíquica (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 280).

En este sentido, las primeras experiencias que en la teoría psicoanalítica son denominadas como traumáticas, constituyen huellas en espera de nuevos acontecimientos que les den un nuevo significado para manifestarse. Son denominadas por Freud como tiempo del espanto (*Schreck*) y devienen patógenas por su revivencia en ocasión de una nueva escena que entra en resonancia asociativa con la primera (Laplanche, 1989), aunque si logran procesarse pueden tener un efecto estructurante. Estos eventos, que son responsables de resignificar

experiencias tempranas y desencadenar síntomas, son los que Piera Aulagnier (2010) ha denominado condiciones suficientes en su teorización acerca de la potencialidad psicótica.

Entendidos los conceptos de trauma y resignificación (posterioridad, a *posteriori*), veamos por qué la ausencia simbólica de la madre, representa un trauma temprano. Una madre que está afectivamente distante de su bebé, no es capaz de desempeñar las funciones del maternaje, a través de las cuales se constituye el psiquismo, y tampoco promover el narcisismo ni antes ni después del nacimiento. Cuando la ausencia es prolongada, el bebé interpreta que su madre está muerta por las razones que a continuación se describen:

En primer lugar, la madre está muerta para el niño debido a que no manifiesta deseo por él, porque su depresión no le permite expresar placer en su primer encuentro, dejándolo con un pobre reservorio libidinal. Es posible que su concepción del hijo que tiene ante sí, se limite a un simple accidente biológico y que no desarrolle el cuerpo imaginado, soporte imaginario del embrión sobre el cual se vierte la libido materna (Aulagnier, 1994). Si una madre puede desear al hijo es que está en falta, lo que significa que actuó correctamente la represión en ella. De esta forma el bebé se convierte en objeto de su deseo, viene a completarla; posteriormente podrá convertirse en sujeto deseante al constituir su propio deseo a través del de su madre (Bleichmar, 2000). Si no es así, ¿cómo podría el infante constituirse como sujeto si desde los orígenes nunca fue objeto de deseo materno? Esta pregunta subraya el papel subjetivante que tiene el deseo materno antes y durante el maternaje.

En segundo lugar, está muerta porque el niño no recibe los mensajes enigmáticos de los que están cargados los cuidados maternos. La satisfacción de las necesidades del niño trae consigo significantes que vehiculizan la interrogación potencial de otros mensajes, que por su opacidad son enigmáticos, referentes a la sexualidad inconsciente de la madre. Dichos mensajes suscitan un trabajo casi

imposible de simbolización en el bebé, y dejan tras de sí restos inconscientes: los objetos-fuente de la pulsión. Es un trauma estructurante; la seducción originaria introduce dichos mensajes en el psiquismo del bebé, que cuando no están presentes, dificulta la narcisización dejando como resultado un pobre reservorio libidinal (Laplanche, 1989).

En tercer lugar, el niño percibe a la madre como muerta porque no recibe de ella enunciados identificatorios. De acuerdo con Piera Aulagnier (2010), la primera representación, la que la psique se hace de sí misma, depende enteramente de su encuentro con el cuerpo y con las producciones de la psique materna. Dichas producciones, que consisten de enunciados a través de los cuales ella habla del niño y le habla al niño no están presentes, dificultándole su ingreso a lo simbólico. Es necesario que el bebé sea objeto de una violencia primaria en la interpretación de sus necesidades, que tiene que ver con algo que se le impone mediante el lenguaje y el deseo:

(...) designamos como violencia primaria a la acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción, motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario (p. 36).

El deseo y la perversión del instinto se conjugan con el lenguaje en la introducción del niño en la cultura a través de los enunciados maternos. La madre, al hablar al y del niño, permite que éste se identifique con la carga que llevan los enunciados y que ocupe un lugar en la cadena de significantes que conforma su familia.

Al formar parte de la cadena como un eslabón que da continuidad a la historia familiar, puede encontrar al placer y al deseo como fuente de su origen, dándole sentido a su propia existencia. Este trabajo de interpretación materno es

importante durante la lactancia, en donde se le aporta al bebé más de un tipo de nutriente para su adecuado desarrollo:

El aporte alimenticio se acompaña siempre con la absorción de un alimento psíquico que la madre interpretará como absorción de una oferta de sentido (p. 39).

Sobra decir que cuando no ocurre lo anterior, el niño queda desprovisto de referentes identificatorios y una falta de sentido acerca de sus orígenes y de su papel en el mundo.

Por último, la madre está muerta porque no mira al niño, dificultando así la función especular que lo provee de las principales referencias sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea. Cuando el infante no encuentra su reflejo, queda con un profundo sentimiento de vacío y angustia de fragmentación ya que no puede verse como un sujeto unificado, no podrá construir su propia identidad a la vez que carecerá de los referentes que necesita para identificarse con el Yo Ideal. Asimismo, no podrá experimentar la necesaria prueba de castración al reconocer la distancia que lo separa de aquel ideal (Dolto, 1987).

Cuando éstas 4 funciones se cumplen satisfactoriamente, se produce el prototipo de la relación madre-hijo, donde uno lo es todo para el otro y hay un estado de simbiosis primaria, una locura de enamoramiento indispensable.

En cambio, cuando la angustia o la depresión no le permiten a la madre cumplir con dichas funciones, el bebé sufre un colapso narcisista que deja huellas del orden de lo traumático y se da el fenómeno del complejo de la madre muerta.

2.2. Impacto del complejo de la madre muerta en la organización psíquica y su manifestación en la adolescencia como uno de los tiempos del trauma.

En el complejo de la madre muerta no hay una ruptura definitiva entre madre-hijo ya que ésta puede encargarse de alimentarlo y de limpiarlo y aún así estar ausente:

En los casos que yo describo, no existió ruptura efectiva de la continuidad de las relaciones madre-hijo. En cambio, independientemente de la evolución espontánea hacia la posición depresiva, hubo una contribución materna importante, que perturbó la liquidación de la fase depresiva, complicando el conflicto con la realidad de una desinvestidura materna suficientemente perceptible por parte del hijo, para herir su narcisismo (Green, 2005, p. 233).

El impacto de esta ausencia durante la infancia temprana, queda registrado en la psique del niño como un punto de fijación, de manera que aunque existan intentos de reparación posteriores, quedará la marca como una grieta o un agujero en la trama representacional. La deficiente libidinización deja al sujeto con un gran empobrecimiento de libido y oica que dificulta la investidura de los objetos del mundo exterior y, por consiguiente, sus relaciones de objeto.

La desinvestidura, la no-ligazón, trae consigo la función desobjetalizante de la pulsión de muerte, que posteriormente llevará al sujeto, presa de la compulsión, a repetir la desinvestidura de un objeto en su identificación inconsciente con la madre muerta. El sujeto al no contar con las investiduras necesarias, no será capaz de establecer relaciones objetales duraderas y profundas que implican el compromiso y el cuidado del otro, de manera que resurge el sentimiento de decepción tanto del objeto como del Yo, el fracaso y la incapacidad (Green, 2005).

Debido al efecto de la pulsión de muerte, el sujeto reproduce situaciones dolorosas a lo largo de su vida como un regreso al origen y a la herida narcisista sufrida por la desinversión materna; es el reencuentro con el pictograma de rechazo que quedó inscrito en lo originario. Esta vuelta a lo doloroso que efectúa la compulsión a la repetición, encuentra en la pubertad el momento ideal para manifestarse con mayor fecundidad. Freud (1896) en su *Manuscrito K* como parte de su correspondencia con Fliess, ya hacía mención de la importancia de la pubertad en la resignificación de las marcas de lo traumático:

Para ello [para que un trauma vuelva a la consciencia] sólo hace falta una cosa: que entre la vivencia y su repetición en el recuerdo se interpole la pubertad, que tanto acrecienta el efecto del despertar {de aquella} (p. 261).

La pubertad marca el fin del periodo de latencia y, debido a sus características, es el escenario donde se pueden reactivar las marcas de lo traumático. La pubertad y la entrada a la adolescencia acarrearán una serie de crisis que pueden ocasionar que las neurosis más o menos latentes se declaren con cierta violencia o urgencia; un colapso que puede desarrollar mecanismos de defensa psicóticos y una eclosión pulsional que puede revivir ciertas fuerzas pulsionales reprimidas en los padres y un levantamiento parcial de la represión (Mannoni, Deluz, Gibello & Hébrard, 1996). Maleval (2002), considera a la adolescencia como una construcción social más que una etapa del desarrollo, sin embargo, reconoce al igual que Freud, la importancia de la pubertad en la resignificación de las huellas de lo traumático:

Lo que había permanecido en estado de una huella adquiere en la pubertad un sentido nuevo (p. 256).

Para Anna Freud (1976), la pubertad representa el momento en el que se lleva a cabo una modificación cualitativa y cuantitativa de los instintos que altera la

distribución de fuerzas dentro del sujeto movilizando a todos los mecanismos defensivos para proteger al Yo. Todo el empuje pulsional, los diferentes tipos de duelo que necesitan elaborar y las modificaciones en la economía libidinal influyen directamente en la forma en la que los sujetos afrontan los acontecimientos del mundo exterior, los cuales pueden representar las condiciones suficientes para el desarrollo de síntomas dependiendo de su intensidad.

El lenguaje de acción, expresión característica del funcionamiento psíquico de esta etapa del desarrollo, puede constituirse en un síntoma. La repetición y la compulsión re-escenifican aspectos traumáticos infantiles en un intento de metabolizar *a posteriori* los puntos de fijación inscritos en su psiquismo (Nin, 2004; Rabain, 2002); o bien, escenifican aquello que se siente que se ha padecido, como un intento de recuperar el dominio a través del padecimiento (Flechner, 2003).

Cuando esta puesta en sentido de los conflictos de lo originario fracasa, la desorganización psíquica del sujeto aumenta, llevándolo a actuar aquello que no está en posibilidades de representar:

Y cuando fracasa ese encadenamiento representacional que posibilita el surgimiento del sentido mediante la resignificación, el exceso de excitación lleva a las más diversas formas de actuación, así como a diferentes manifestaciones somáticas por un cortocircuito psique-soma, depresiones importantes y un tipo de angustia desbordante que en la vivencia del paciente se vincula al riesgo de una verdadera muerte psíquica (Schkolnik, 2005, p. 5).

El pasaje al acto, ocasionado por el exceso de excitación que no es ligada, es lo que se escucha comúnmente como motivo de consulta en la clínica con adolescentes. La falta del trabajo psíquico de ligazón con las representaciones

palabra, puede llevar a los adolescentes a expulsar el dolor y la frustración a través de actuaciones violentas. En algunos casos, la violencia tiene el objetivo de escapar de la muerte psíquica, mediante la reconstrucción de la situación en donde se sintieron víctimas de muerte psíquica al comienzo de la vida (Ibíd.).

El trauma temprano puede ser considerado como un prerrequisito para la actuación adolescente, actuación violenta que opone acto a representación con una fuerte tendencia desubjetivante. Para el adolescente, el mundo exterior puede ser un reflejo de su realidad interna; la hostilidad percibida tanto interna como externa configuran un cuadro intenso y desbordante (Flechner, 2003).

Es importante que durante ésta etapa, se logre realizar el trabajo de ligar los elementos psíquicos que han quedado enquistados como objetos extraños debido a que los pasajes al acto pueden ser muy violentos y, en ocasiones, conducen al adolescente a situaciones de riesgo:

El sujeto con una perturbación narcisista de esta naturaleza busca además, a través de objetos (personas, drogas, alcohol, etc.) compensar el déficit ocasionado por la fallida díada madre-niño y protegerse de la revivencia de la angustia de desamparo y la amenaza de desintegración yoica (búsqueda del doble omnipotente protector) (Braier, 2001, p. 22).

No sólo repite compulsivamente la situación primordial de desamparo, también una parte de su psiquismo trata de protegerse de ella por todos los medios, mediante actos sociopáticos de diversas magnitudes y la movilización de defensas desde las proyecciones, la omnipotencia, la negación, la escisión, incluso la desmentida.

En este sentido el trabajo del analista es fundamental, ya que al diferenciarse de los padres, puede representar un referente identificatorio para el

adolescente (Nin, 2004) que le dé soporte y un lugar como sujeto. El tratamiento con este tipo de pacientes es particularmente complicado, ya que pueden rechazar el trabajo psíquico por hacer resurgir el sufrimiento al revivir los primeros momentos de su historia, donde padecieron los efectos de la ausencia del objeto materno (Flechner, 2003).

Sin embargo, la construcción del espacio analítico puede facilitar la función de *reverie* del terapeuta, que organiza los aspectos más caóticos del paciente en un verdadero proceso de neogénesis (Bleichmar, 2000). El reto es zurcir el tejido representacional rasgado, construir sobre los “agujeros psíquicos” con los cuales se ha identificado el paciente y dar sentido a esa puesta en escena que la pulsión de muerte exterioriza a través de la compulsión a repetir (Aulagnier, 1994).

METODO

1. Planteamiento del problema.

Durante el nacimiento, es fundamental para el bebé la presencia de la madre, ya que es quién se encarga de alimentarlo y de proporcionarle un ambiente de total seguridad. Sin embargo, los fenómenos que ocurren en el imaginario de los padres antes del nacimiento no carecen de importancia. Con respecto a este tema, Piera Aulagnier (2010) comenta que tanto el deseo de hijo como la capacidad de la madre para representarlo constituyen pilares en la constitución psíquica de un individuo.

Es común observar cómo los padres invisten al hijo mucho antes de nacer; y lo cargan de toda una serie de características que consideran las mejores: “*va a ser guapo, va a ser fuerte, va a ser doctor...*” de manera que cuando nace trae consigo una carga especial. Lleva sobre sus hombros las fantasías de sus padres, sus sueños rotos, sus aspiraciones y metas no cumplidas. Todo ese fantaseo refuerza el vínculo entre madre e hijo, asegurando el intercambio afectivo entre ambos; el niño se convierte en la completud de la madre. La sonrisa, el tacto, la caricia, el olor, la mirada, el gesto, la voz, la palabra, son las cosas que animan su carne (Lasa, 1993).

A partir de este momento, el desarrollo psíquico del bebé comienza a través de los intercambios con la madre. Los cuidados básicos, la mirada y todas las fantasías que se depositaron en él contribuyen a la formación de su narcisismo (Freud, 1914) y, poco a poco, la madre lo va introduciendo en lo simbólico mediante la sucesiva satisfacción-frustración de sus necesidades (Bleichmar, 2000).

Pero, ¿qué ocurre con aquellos niños que no son deseados, ni fantaseados y que no tienen los beneficios de una madre suficientemente buena?; ¿Qué ocurre con los niños de los que nada se espera o se sabe de antemano que su destino es el fracaso? Seguro que también hay un investimento, pero negativo (Green, 2005).

El presente trabajo es un intento de explicación de este fenómeno, trata de ofrecer información basada en la experiencia clínica sobre el "no deseo", la investidura negativa y lo traumático, mediante el análisis del caso de un paciente a quien he nombrado *César*. ¿Por qué *César*? Es simple; tanto éste como su nombre verdadero representan a héroes históricos, guerreros, personajes destinados a convertirse en leyendas desde que nacen, pero que llevan también un signo de la fatalidad. *César* fue un gran guerrero, estratega militar y político que generó la envidia de los miembros del senado. Sus cualidades ocasionaron un complot y su posterior asesinato; su grandeza se vio truncada por la fatalidad. Es precisamente lo que ocurrió con mi paciente: su destino de ser un gran hombre se vio frustrado al momento de nacer.

Cada niño o niña que nace a diario, en el mejor de los casos, está destinado o destinada a grandes cosas. En el imaginario de los padres así es: cada bebé tiene que ser un gran hombre o mujer, ser los más buenos, los mejores...ser héroes. Aquí está la importancia del pseudónimo de mi paciente; cuya única misión heroica fue la de separar a sus padres y ser el hijo del Edipo materno. Estuvo a salvo de que se instalara en su psiquismo una gran potencialidad psicótica debido al deseo de la madre de que se convirtiera en un héroe, sin embargo al nacer fue destronado, no fue "su majestad el bebé". Al igual que al personaje de la historia, le fue arrebatada la grandiosidad; tal vez la culpa de la madre por haber engendrado al hijo fantasmático del Edipo, fue superior a su deseo de hijo, a su deseo de héroe, dejándolo solo y ocasionándole un trauma con su abandono. *César* es el héroe que no pudo ser.

2. Objetivo general.

Explicar de acuerdo con la teoría psicoanalítica, la resignificación en la pubertad de un trauma (complejo de la madre muerta), vivido en los primeros años y su impacto en la organización psíquica de César.

3. Objetivos particulares.

- Explicar la importancia del complejo de la madre muerta como elemento de lo traumático en la formación de la psique de César.
- Describir la forma en la que se resignificó el trauma en la adolescencia de César.
- Brindar algunas reflexiones sobre la resignificación del terapeuta en cuanto a la comprensión *a posteriori* del caso.
- Exponer las principales dificultades, tanto técnicas como teóricas, en relación al trabajo terapéutico sobre lo traumático; en construir “parches” en los agujeros que ha dejado en la trama representacional el complejo de la madre muerta.

4. Tipo de estudio.

Es un estudio de caso, uno de los tipos de investigación cualitativa en el que, mediante el análisis profundo a través del tiempo de una unidad, se responde al planteamiento de un problema. Dicho análisis va precedido por el desarrollo de una teoría que sirve como plano general de la investigación. Explora temas contemporáneos sobre los cuales el investigador no tiene control (Yacuzzi, 2005).

5. Participante.

Paciente de sexo masculino de 15 años al momento de la primera entrevista a quién nombré César. El paciente fue llevado a consulta por su madre debido a que, de acuerdo con ella, era rebelde y no respetaba límites.

6. Escenario.

El tratamiento se llevó a cabo en un centro comunitario ubicado al sur de la Ciudad de México, el cual ofrece atención psicológica a población de bajos recursos. Tiene como objetivos principales la atención a la comunidad y al mismo tiempo, participar en la formación de estudiantes de licenciatura y posgrado, ofreciendo un espacio para el ejercicio de la práctica clínica. Además de la psicoterapia, el centro cuenta con diferentes opciones de apoyo pedagógico tanto para niños, jóvenes y padres de familia.

El paciente fue atendido en uno de los cubículos del centro, acondicionado para el trabajo terapéutico con 3 sillas y una mesa/escritorio.

7. Instrumentos.

Durante las sesiones de evaluación:

-Observación y entrevista a profundidad

-Test de la figura humana de Karen Machover, que es una técnica proyectiva basada en la teoría psicoanalítica que explora características de la personalidad así como necesidades inconscientes.

-Test de la familia de Corman, que permite conocer la familia "real" del paciente (consciente, percibida) y la fantasmática (inconsciente, reprimida).

En las sesiones de tratamiento:

-Interpretaciones; instrumento primordial como agente de cambio que introduce una racionalidad posible en donde antes había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual (Fiorini, 2010).

Durante las sesiones de supervisión clínica:

-Análisis hermenéutico del material de sesión, que privilegia el entendimiento a través de la interpretación profunda del diálogo. La situación propia del entendimiento está conformada por una persona que construye una frase para expresar un sentido y otra que escucha. La comprensión del material se lleva a cabo a través de una reconstrucción histórica, objetiva y subjetiva de un discurso dado (Cárcamo, 2005).

8. Procedimiento.

La madre del paciente solicitó el servicio vía telefónica al centro comunitario, fue puesta en lista de espera y posteriormente se le devolvió la llamada para concertar una cita con ella. Durante esta primera entrevista fue posible conocer sus preocupaciones y el motivo de consulta: César es muy impulsivo y no respeta límites.

Los datos que se analizaron para el presente reporte provienen de 23 sesiones de psicoterapia psicoanalíticamente orientada (9 de evaluación y 14 de tratamiento; 18 con el paciente, 4 sólo con la madre y 1 juntos) comprendidas entre el 18 de enero y el 8 de octubre de 2012 (ver Anexo 1). Fueron sesiones de 45 a 50 minutos espaciadas una vez por semana. A partir de la sesión del día 16 de abril se optó por grabar el audio de las sesiones de tratamiento para poder contar con el contenido íntegro de las mismas.

El análisis del caso se llevó a cabo durante las sesiones de supervisión clínica semanal y se contó además con apoyo bibliográfico independiente del programa de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes.

9. Consideraciones éticas.

Durante la primera sesión, la madre del paciente firmó de conformidad un consentimiento informado donde se estipula que es posible que el contenido de las sesiones pueda ser utilizado para fines de investigación mediante la grabación de audio o video, siempre asegurando la confidencialidad del material.

Se especificó al inicio que su participación era completamente voluntaria y, tanto César como su madre, no tuvieron inconvenientes.

Durante el proceso terapéutico, mantuve un trato profesional con el paciente de acuerdo con el Código Ético del Psicólogo, privilegiando el cuidado de sus derechos e intereses. Se aseguró el anonimato de mi paciente mediante el uso de un pseudónimo y la omisión de datos que pudieran identificarlo.

Asimismo, mantuve la regla básica de neutralidad a lo largo del proceso llevando un análisis psicoterapéutico personal para tratar de identificar las posibles reacciones contratransferenciales que pudieran comprometer la relación terapéutica, así como de sesiones semanales de supervisión clínica con el objetivo de mejorar el manejo de la técnica y la comprensión metapsicológica del caso.

EL PACIENTE

1. Ficha de identificación:

Nombre: César

Edad: 15 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Ocupación: Estudiante (segundo de secundaria)

Religión: Católica.

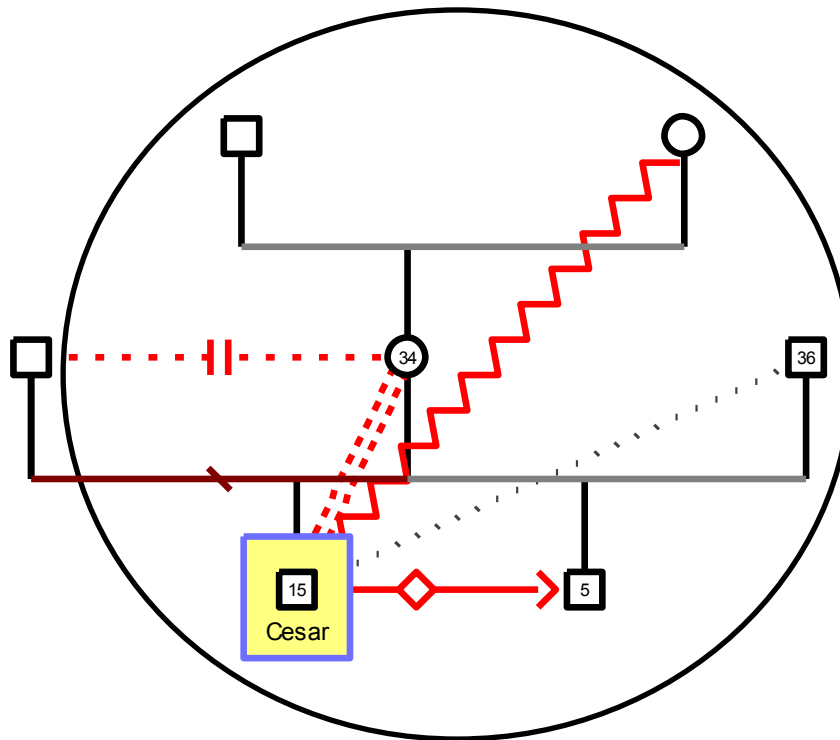
2. Descripción del paciente.

El paciente es un chico delgado, de piel blanca, cabello corto, mide aproximadamente 1.60 m. y viste con pantalones de mezclilla, tenis *converse*, muñequeras negras o moradas, playeras negras con morado o violeta; tiene en el cuello algunos colgantes de bandas de rock; le gusta andar en patineta y la música heavy metal, emo y screamo. Tiene un rostro serio y la mayor parte del tiempo parece cansado. Rara vez se le vio sonreír durante el tiempo que duró el tratamiento.

Familia nuclear

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación
Padraastro	36	?	?
Madre	34?	Licenciatura	Veterinaria
César	15	2° de secundaria	Estudiante
Medio hermano	5	-----	-----

Personas con las que vive actualmente



3. Motivo de consulta.

César es un paciente de 15 años que acude a psicoterapia llevado por su madre debido a que es “rebelde”, no respeta límites y es impulsivo. La madre ha observado que en ocasiones el chico se pone muy agresivo cuando lo ponen a realizar alguna actividad como ayudar en la casa o hacer un mandado; también es agresivo cuando no obtiene lo que quiere de forma inmediata, es incapaz de soportar la espera y no tolera que critiquen sus gustos, sus creencias ni su forma de vestir. Cuando César es agresivo, grita, avienta cosas e incluso ha llegado a desearles la muerte a sus familiares.

4. Proceso diagnóstico.

La evaluación del paciente se llevó a cabo en 9 sesiones: una primera entrevista con la madre, 7 con el paciente y una con ambos en la devolución de resultados.

Además de la información obtenida de las entrevistas, el paciente realizó las técnicas proyectivas de la Familia y de la Figura Humana. Debido a la complejidad del caso, posteriormente se concertaron un par de citas más (14 y 21 de marzo) con la madre para obtener más detalles sobre la historia del desarrollo de César.

-Conciencia. El paciente es capaz de orientarse en tiempo y espacio, respecto de sí mismo y de otras personas. No presenta dificultades para responder a estímulos; se presenta en estado de plena alerta, capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas que se le formulan.

-Lenguaje. No hay alteraciones en la comprensión y articulación del lenguaje tanto oral como escrito.

-Memoria. No se ve alterada su capacidad de recordar hechos recientes y remotos ni la retención de información nueva.

-Pensamiento y percepción. El paciente está en contacto con la realidad, presenta coherencia y lógica en sus ideas, aunque su estado anímico dificulta su capacidad de asociación de ideas. Su desempeño escolar es regular, y a decir de algunos de sus profesores, el desinterés no le permite aprovechar al máximo todo su potencial.

-Estado anímico y personalidad. A excepción de la música y la patineta, presenta poco interés por las cosas que lo rodean, rehúsa de las actividades sociales, la mayor parte del tiempo tiene poca energía, es pesimista, percibe su vida como carente de sentido, tiene constantes ideas de referencia y fantasías de suicidio. Es impaciente y agresivo cuando siente frustración.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

César se encuentra en la etapa de la adolescencia propiamente dicha en donde se reedita el conflicto edípico que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, queda sepultado durante el periodo de latencia.

Se siente abandonado. Vive como una traición que su madre lo haya cambiado por su nueva pareja y por su medio hermano, lo cual ha venido a resignificar su sentimiento de abandono sufrido durante los orígenes. Ha comentado en distintas ocasiones que su conducta agresiva, tiene la finalidad de que lo vean y le presten atención ya que se siente vacío y solo.

La agresividad que manifiesta, es resultado del vacío y la vulnerabilidad que le genera su sentimiento de frustración. En ocasiones dirige hacia sí mismo la agresividad, como un intento de poder dañar a los demás a través de la auto-destrucción.

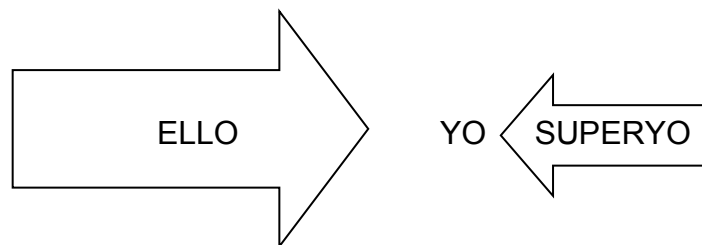
Atraviesa también por las renunciaciones y duelos propios de su desarrollo: duelo hacia el propio cuerpo infantil y hacia las figuras parentales idealizadas; pérdidas que también se enlazan a las huellas que han marcado su historia de vida. César se encuentra ante un cuerpo que desconoce e intenta dominar a través del dolor, no reconoce a su antiguo cuerpo infantil y eso le origina mucha angustia. La ausencia de figuras significativas con las cuales se pueda identificar y la falta de reconocimiento de su propia persona, le originan un trastorno de identidad; conflicto que intenta resolver mediante la reafirmación del sí mismo a través de conductas agresivas.

César tiene un gasto energético considerable para tratar de mantener bajo control los impulsos del Ello, principalmente por su empobrecimiento yoico. Es por eso que retrae la libido de los objetos del mundo exterior hacia el Yo para poder hacer frente a las pulsiones, aunque no es suficiente.

Para lidiar con la angustia utiliza mecanismos de defensa característicos de la posición esquizo-paranoide, principalmente la escisión, con la que intenta proteger las partes buenas tanto de los objetos internos como del Yo, y además expulsar los objetos malos que contienen la pulsión de muerte.

Demuestra poca capacidad de demora y de tolerancia a la frustración; con frecuencia necesita la descarga a través del pasaje al acto, mecanismo característico del proceso primario.

Su conflicto intrapsíquico puede esquematizarse de la siguiente forma:



A pesar de su estado anímico, cuenta con los recursos necesarios para ser un alumno regular e interesarse por cuestiones propias de su etapa adolescente, como tocar en una banda y establecer relaciones de noviazgo.

Además, hasta cierto punto, su conducta agresiva tiene un papel subjetivante. ¿Cómo puede alguien devenir sujeto si no fue primero objeto de deseo? Es la pregunta que está en el núcleo del conflicto de César; su agresividad tiene también algo de adaptativo, ya que reclama un lugar de sujeto a través de ella.

SUGERENCIAS E INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Debido a las carencias que manifiesta el paciente y a sus constantes referencias a la muerte, es recomendable que acuda a 2 sesiones semanales de psicoterapia. También es necesario integrar a la madre en el trabajo terapéutico y a las personas que hasta el momento hayan desempeñado la función paterna.

5. Entrevistas iniciales.

La primera entrevista se realizó solamente con la madre del paciente debido a que éste es menor de edad. En dicha entrevista fue posible conocer el motivo de consulta y la preocupación de la madre con respecto a la conducta del chico.

La madre es una persona agradable, muy sonriente, habla sobre su separación del padre de César, un poco sobre la infancia del chico y el inicio de sus síntomas. Ella lo califica como caprichoso, ya que se convirtió en el centro de atención de la familia, *“todos le dan cosas y le permiten hacer todo lo que quiere”*, pero no es suficiente y exige más. Comenta también que es *“insoportable”*, todo lo quiere inmediatamente y se molesta mucho cuando tiene que esperar. De acuerdo con ella, la actitud de César empeoró cuando nació su medio hermano.

Hasta este momento, el panorama ofrecido por la madre era el de un chico muy consentido por la familia, que empeoró su actitud cuando dejó de ser el hijo único.

Una semana después, se tuvo el primer contacto con el paciente. César es un chico muy reservado, pareciera que recién acaba de despertar de una siesta, saluda sin mucho interés y hasta parece disgustado. Lleva el cabello un poco alborotado y le tapa un poco el rostro, viste de negro y morado, con sus tenis *converse* y algunos accesorios alusivos a sus bandas de rock/metal favoritas. Le indico el camino hacia el consultorio, y mientras nos dirigimos, voy pensando que es un chico como cualquier otro, con su pinta de rockero malo, en contra del mundo adulto institucionalizado. Al llegar al consultorio, cometo quizá mi primer error, que refleja sin lugar a dudas la angustia que César provocaba en mí: dejar el escritorio en medio de nuestros asientos, dejando claro a un nivel inconsciente, el lugar que ocupaba cada uno, paciente y terapeuta, dentro del espacio. Mi inexperiencia no me permitió advertir la importancia de este hecho, aparentemente trivial, en el tratamiento de un paciente como el que tenía frente a mí.

César toma asiento, se le nota con cierto fastidio, aburrimiento, y en ocasiones recuesta la cabeza en el escritorio mientras lo observo intrigado, situación que se repetiría hasta el último día de tratamiento. A diferencia de su terapeuta, no parece incomodarle el silencio, y espera una pregunta para comenzar a hablar. Con tristeza comenta que se siente ignorado por su familia, confiesa que a veces es grosero con ellos para llamar su atención y ganarse un regaño. Prefiere el castigo a la indiferencia, como cuando saca malas calificaciones y nadie le dice nada; eso lo hace sentir como si no hubiera nacido. Le molesta mucho que critiquen su forma de ser y de vestir y que lo obliguen a ir a la iglesia ya que ha descubierto que Dios no existe.

Las siguientes entrevistas fueron muy similares a la primera, el paciente relataba las diferentes situaciones en las que se sentía agredido por sus familiares y compañeros de escuela. Su discurso estaba lleno de tristeza y pesimismo; anhela tener un padre que esté con él y que la familia le dé el mismo trato que se le da a su medio hermano.

Después de 4 entrevistas de evaluación fue muy complicado tratar de establecer una conexión entre el discurso del paciente y lo obtenido de su historia. Las sesiones transcurrían sin un objetivo claro, quizá porque mi sentir era que César tenía una gran necesidad de ser escuchado sin restricciones, o probablemente porque en ese momento no sabía qué hacer con toda esa tristeza que inundaba el consultorio; de alguna forma me estaba identificando con su sentimiento de desesperanza por no saber cómo ayudarlo; estaba en acción la identificación proyectiva del sentimiento de desvalimiento e impotencia de mi paciente.

La aplicación del Test Machover dio una primera pista para entender el caso (ver Anexo 2). Las historias de los dibujos muestran claramente su tristeza y su deseo de salir de ella:

Historia 1 (copia textual)

“Había una vez un niño llamado Angel el era buena onda con sus amigos, en su familia tenía una buena relación no era embidioso, grosero, etc. El era muy Feliz por todo lo que tenía y asía.

Un día iba en el pecero de regreso de la escuela y escucho una canción pero el no sabía que era triste y la empezó a escuchar cuando se bajo del pecero tenía muchas ganas de llorar y así se la paso todo el día, Al otro día se levanto triste su mamá le dijo que si salían a dar un paseo porque era sábado y el no quiso ni hablar, Esa tarde Angel había hecho algo que su mamá lo regañó y el triste se fue a su cuarto y estuvo tanto tiempo que el penso “que pasaría si nadie me quisiera mi familia mis amigos y conocido el se deprimió mucho que se quedo dormido, y tuvo un sueño en donde llegaba de la escuela y nadie le habla ni nada le pegaban, le hacían bromas etc, hacia que se despertó llorando a la escuela en el pecero escucho otra canción pero esta no estaba triste sino era un poco sentimental y se calmo un poco

Cuando llego se fue rápido a su salón no saludo a nadie sus amigos le desian que que tenía y el les desia que nada y el dijo ojala se acabe mi depresión y en eso la niña que le gusta se le acercó y le dio un beso y le dijo que le gustaba mucho y que si quería ser su novio el muy feliz le dijo que si y dijo mi día no puede ser mejor y sus amigos lo invitaron a una fiesta y ese día avia examen y saco 10 haci que angel dijo jamás me volveré a poner triste”.

En el primer párrafo se puede leer el deseo del paciente por ser un niño bueno y feliz, un *Ángel* para su familia. Predomina la tristeza, la depresión y el sueño, que indican el retiro de la libido del mundo exterior percibido como hostil para resguardarlo en el Yo. Al final del relato, *Ángel* recibe la mirada y el contacto de la niña que le gusta y eso marca el inicio de su mejoría anímica.

Historia 2 (copia textual)

“Había una vez una niña llamada Mindy que ella casi siempre estaba triste por muchos problemas en su casa, escuela y conocidos.

Sus padres se iban a divorciar, en la escuela va mal de lo triste, sus amigos ya casi ni le hablaban porque ella no quería, para ella todo iba mal.

Un día escucho a sus papas desir ya no puedo y mindy llorando se fue a su cuarto y se quiso suicidar, así que agarro unas pastillas y se quedo dormida, cuando despertó vio que a su alrededor estaban sus papás y amigos y ella en donde estoy su mamá le dijo que en el hospital y ella le dijo que se quería morir xq se iban a divorciar y su mama la beso y le dijo claro que no si peliábamos era xq estaban enojados pero que jamás se iban a separar, sus amigos le dijeron que la querían mucho y le dieron regalos y cuando salió del hospital Mindy dijo jamás volveré a estar triste y desde entonces sacaba puro 10 y tenía muchos amigos y sus papá jamás volvieron a pelear”.

Reaparece la tristeza y un anuncio de lo que expresaría después con palabras y con actos: sus fantasías suicidas. Sin embargo, lo más llamativo del test fueron los dibujos debido a que, además de ser rudimentarios, ambos muestran el rostro dividido a la mitad por una línea. Al observarlos recordé el gusto de César por la música y en ese momento interpreté sus elaboraciones como una cuestión artística, venía a mi mente la imagen de las máscaras griegas de la comedia y la tragedia; no consideré nada más.

Además del test Machover, realizó el de la Familia (ver Anexo 3), cuya encuesta quedó de la siguiente forma:

-“*Se llevan bien, están conviviendo. Están ahí porque es una foto familiar; están platicando de algo*”. César la ve como si fuera él quien está tomando la foto mientras la familia posa.

-“*El más bueno es la mamá.....pues porque es la mamá. Cuida a los niños y hace feliz al papá*”.

-“*El menos bueno es el bebé porque acaba de nacer y no sabe qué onda. Requiere mucha atención, pañales, leche y eso*”.

-“*Me identifico con el de 15 pues por la adolescencia...*”

-“*Me gustaría ser el bebé, porque no va a la escuela y porque le hacen caso*”.

-“*Si lo volviera a hacer (el dibujo), quitaría al de 15 y pondría un perro o un gato.....porque así ya sería otra familia, una distinta*”.

Se representa a sí mismo en el dibujo, expresando con esto su identificación de realidad; su identificación de deseo y de defensa son con el bebé, con lo cual expresa su deseo de ser el centro de la atención de la familia a la que pertenece pero también deseo de omnipotencia. La identificación con el bebé en este contexto no indica regresión a un estadio anterior de desarrollo, expresa los celos que tiene de su hermano y lo feliz que sería si ocupara su lugar. Es significativo también que si volviera a realizar el dibujo quitaría al adolescente, se quitaría a sí mismo, lo cual tiene dos lecturas. Expresa sus fantasías suicidas como en la historia de *Mindy* y al mismo tiempo, al identificarse con el bebé, no tendría un hermano con quien competir y sería el centro de la atención familiar.

De nuevo sobresale la forma de los dibujos: sólo el contorno de 4 figuras vacías e indiferenciadas. En ese momento pasó desapercibido el hecho de que las figuras que representan a los integrantes de la familia estuvieran vacías; interpreté sus dibujos como producto del desinterés y el cansancio que constantemente manifestaba durante las sesiones. Después de 6 entrevistas aún no era capaz de identificar lo que César trataba de comunicarme; no concordaba su versión de los

hechos con la de su madre y estaba frustrado por el tipo de dibujos que había realizado; el caso planteaba muchas incógnitas en ese momento de mi formación.

La comprensión vendría después, en una sesión de supervisión, en donde la Mtra. Eva Esparza señaló sin titubear que los dibujos del Test Machover reflejaban los mecanismos de defensa a los que el paciente estaba recurriendo, principalmente la escisión. El vacío de las figuras del test de la Familia venía a confirmar la observación de mi supervisora: mecanismos de defensa psicóticos ante la angustia ocasionada por sentimientos de vacío y de pérdida de la vitalidad. El marco teórico obtenido hasta ese momento de la formación no me permitió comprender cómo es que se pueden utilizar defensas psicóticas sin ser psicótico, sin embargo con el tiempo, al igual que muchas otras cosas, lo pude comprender.

Debido a las características de los dibujos, acordamos preguntar al paciente sobre su elección de elaborarlo de esa manera y respondió de la figura 1 lo siguiente: *“así es su cara, está dividida; es una parte triste y otra alegre. No trae ninguna máscara, así es como tiene la cara”*. No sabe qué elementos del dibujo señalan que se trata de un niño, simplemente lo sabe. *“Son sólo líneas sencillas porque estaba cansado ese día y no tuve ganas de elaborarlo más”*. Pensó en añadirle una gorra pero no supo como dibujarla. En cuanto a la segunda figura dijo que *“ese día no estaba cansado”*. Lo que indica que es una niña es la forma del cabello. *“La cara es igual que el primer dibujo; la tiene así porque es una niña que hacía algo mal y luego lo puede arreglar, por eso es una parte triste y otra feliz”*. Para César es una niña con un suéter puesto y tiene manos como de pinzas porque en ese momento estaba pensando en los muñecos de Lego.

En cuanto a las figuras vacías del test de la Familia respondió así:

“Se puede ver que todos están de frente por la posición de la gorra y el chupón del bebé. Están todos en posición de tomarse una foto familiar. Están así porque estaba pensando en unos muñequitos”

que así son; son unos muñecos que no tienen nada y tú les tienes que pintar, les tienes que dibujar lo que hace falta. El bebé está en esa posición porque está gateando”.

En la entrevista 7, César habló por primera vez de su enojo y sus fantasías suicidas. De acuerdo con él, se negó a ir a la tienda por unas cosas que necesitaba su abuela, de manera que fue regañado y su respuesta fue pedir a gritos que lo dejaran en paz. El abuelo molesto, le dijo que se fuera de la casa, así que el paciente mejor se encerró en su cuarto y se durmió para que no le diera hambre; en ese momento pensó que prefería verse muerto que irse de la casa.

Finalmente, la 9ª entrevista, de devolución de resultados de la evaluación, se llevó a cabo con el paciente y su madre. Ella contradijo la información que había obtenido del chico argumentando que toda la familia lo llama y le pone atención; en cambio, no es atento en la escuela y hace las cosas al aventón. La devolución consistió en solicitar la paciencia y comprensión de la madre, tomando en cuenta los conflictos emocionales por los que estaba atravesando el chico, además de tener 2 entrevistas más con ella para obtener algunos detalles de la historia del paciente. Hasta ese momento fue muy complicado que César hiciera suya la demanda de un espacio terapéutico, por ese motivo consideré que sugerir sesiones dos veces a la semana sería una imposición que dificultaría aún más el trabajo.

Después de esta última entrevista, contaba con pedazos de información contradictoria: el discurso depresivo del paciente y la actitud relajada y sonriente de la madre ante los sentimientos del chico; la naturalidad con la que ella comentó sobre la ocasión en que César le dijo “*ojalá te mueras*” como si no hubiese significado nada y que incluso, le respondió de forma retadora “*desafortunadamente soy tu madre y no tenemos de otra que tratar de convivir*”. Por otra parte se encontraban los dibujos, cuya interpretación me negaba a aceptar, ya que en ese momento de mi formación, la palabra “escisión” me remitía

irremediamente a “psicosis”, con todo el temor y las dudas que aquello significaba. Y por último se encontraba la cuestión técnica de la psicoterapia, ya que al estar con César me preguntaba constantemente sobre “¿qué hacer?, ¿cómo hacer hablar a un chico que no quiere hablar?, ¿cuál es mi papel aquí?”. No sólo era la angustia de no saber qué le pasa al paciente sino también de no saber qué hacer.

Hablando psicoanalíticamente, la llegada de César fue un trauma también para mí como terapeuta, ya que en ese momento no contaba con las suficientes herramientas para abordar el caso, trauma que tendría también una resignificación meses después de terminado el tratamiento, cuando mi recorrido teórico me permitió comenzar a comprenderlo y a observar mis errores técnicos cometidos durante las sesiones.

Con la recopilación de la información (y algunos otros datos obtenidos en entrevistas posteriores), fue posible completar la historia clínica.

6. Historia clínica.

Historia personal

-Historia del padecimiento. De acuerdo con la madre, César solía ser un chico tranquilo pero comenzó a ser agresivo y “difícil de controlar” a partir del nacimiento de su medio hermano, cuando tiene 10 años aproximadamente. Para César la llegada de su nuevo hermano fue muy difícil. Siempre se ha sentido solo y aburrido y a veces es grosero para llamar la atención. Cuando sale mal en sus calificaciones prefiere que lo regañen, ya que cuando no le dicen nada y lo ignoran le parece como si “no hubiera nacido”. Para él todo era mejor antes de que naciera su hermano ya que lo trataban diferente. Al principio le gustaba la idea de tener un hermano para no sentirse tan solo, pero siente que le han quitado la poca atención

que le tenían. A veces le gustaría ser como él para ser mirado y recibir su mismo trato.

-Antecedentes de embarazo y parto. César no fue un hijo planeado ni deseado por ninguno de los padres. Su madre deseaba continuar con su carrera y divertirse con su círculo de amigos sin tener la responsabilidad de criar a un hijo; el padre por su parte, no utilizaba preservativo cuando tenían relaciones sexuales y ninguno de los dos sugería el uso de algún método anticonceptivo. De acuerdo con la madre, una vez que nace César, el padre se vio abrumado por la nueva responsabilidad y comenzó a alejarse. Al ver el poco compromiso y la irresponsabilidad de su pareja, decidió continuar con su vida y hacerlo a un lado. El embarazo fue de 9 meses con un parto natural. Es importante señalar que la madre no disfrutó de su embarazo, lo vivió como una carga. De acuerdo con ella, el bebé era muy tranquilo y se quedaba muy quieto. La madre estaba pasando por un periodo de “depresión” y no podía asimilar la idea de ser mamá, de modo que descuidó a César durante el primer año. Aunque sí lo alimentaba con leche materna, no tenía mucho acercamiento afectivo con él.

-Antecedentes infantiles. César comenzó a caminar a los 11 meses y a correr aproximadamente al año y un mes. Durante sus primeros años no utilizaba juguetes para entretenerse sino cajas y botellas que encontraba. Cuando cumplió 3 años, su diversión preferida era trepar en los árboles y en donde pudiera, de modo que la madre le consiguió varios lazos y los colgó del techo para que César pudiera escalar.

Durante su infancia no sufrió de enfermedades graves y de acuerdo con la madre, cuando llegaba a sentirse mal se “curaba” tomando una aspirina.

Según la madre, César tenía muchos amigos y sus fiestas de cumpleaños estaban llenas de gente. Ella siempre trató de explicarle la situación de su padre de manera muy gradual desde muy pequeño para que la noticia no lo afectara de

golpe. César a veces sentía un poco de curiosidad, pero cuando entró a 6° de primaria ya no quiso saber absolutamente nada de él.

Desde pequeño, César se ha quedado al cuidado de sus abuelos maternos debido a que su madre necesitaba salir a trabajar. Ellos (sobre todo el abuelo) se encargaron de brindarle cierto sostén, lo alimentaban y le proporcionaban materialmente lo que necesitaba, sin embargo también existía cierta distancia afectiva entre ellos y el chico.

-Pubertad y adolescencia. César comenta que siempre fue un “niño bueno”, era religioso y le gustaba la música pop. Gradualmente fue cambiando sus gustos debido a que un “tío” (en realidad un primo de su mamá) comenzó a compartir con él el gusto por la música rock y heavy metal y tocar la guitarra. Poco a poco fue encontrando lo que a él le gustaba y definiendo su estilo. También influyó en él una tía (esposa de un hermano de su mamá) que es “gótica”. Ella le ha enseñado algunas cosas sobre “ser diferente” en cuanto al vestido y la música. César fue probando diferentes estilos hasta decidir que lo suyo es ser emo, aunque actualmente está inclinándose más por el estilo “grunge” y está notablemente influido por la música y el modo pesimista de pensar de Kurt Cobain, ex-líder de la banda de grunge Nirvana, muy popular en la década de los noventa. Todo este cambio de ser niño “bueno” a ser emo se ha desarrollado precisamente en el paso de su niñez a la adolescencia. También influyó en César el hecho de que en la escuela lo “agarraban de bajada”, y por eso decide adoptar un estilo más agresivo que le permitiera defenderse y poner distancia entre él y el resto de sus compañeros.

César es un alumno regular; y algunos de sus profesores han comentado que en ocasiones es distraído y no se esfuerza pese a que tiene el potencial para ser un alumno brillante. Tiene una buena relación con sus compañeros de clase, incluso ha formado una banda de rock con algunos de ellos y con otros sale a patinar por las tardes. Sólo comenta haber tenido una novia con la que estuvo

aproximadamente 3 meses; sin embargo tuvo que dejarla debido a que la chica se besó con otro muchacho de su salón de clases.

Historia familiar

Los padres de *César* se conocieron en una fiesta y fueron novios durante 7 años antes de su nacimiento. Según la madre, el padre de *César* era muy posesivo y quería tenerla controlada todo el tiempo. El excesivo control fue una de las razones que la motivaron a criar al niño sola además de lo anteriormente descrito.

Al momento de la primera entrevista, tenía ya 6 años de casada con una nueva pareja con la que tuvo a su segundo hijo. Ella comenta que desde siempre tuvo una buena relación con *César*, sin embargo desde el nacimiento del hermano comenzaron las dificultades y no sabe porqué; siente que ha perdido su confianza y su cariño. También dice que *César* compensaba la falta de su padre biológico utilizando como “padres sustitutos” al abuelo, a un tío materno y a su padrastro. Incluso piensa que trataba de crearse un padre imaginario a través de la combinación de las cualidades de esas tres figuras.

De acuerdo con la madre, su segundo hijo tampoco fue deseado por ella, sin embargo a él sí lo ha podido ver de manera diferente. En esta ocasión sí ha logrado conectarse afectivamente, lo que ocasiona los celos de *César*.

7. Supuesto general.

De acuerdo con la historia clínica, en esta investigación, me propuse argumentar el siguiente supuesto:

La ausencia simbólica de la madre (complejo de la madre muerta) tiene efectos, del orden de lo traumático, en la organización

psíquica de César, que al llegar a la adolescencia sufren una resignificación caracterizada por agresión, ideas suicidas, y sentimientos de vacío y angustia.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta de investigación es ¿cómo se resignificó el efecto del trauma temprano de nacer con una madre simbólicamente muerta en la adolescencia, y que implicaciones tiene esto en la organización psíquica de César?

8. Definición de categorías.

La madre muerta.

“La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño a quien ella cuida” (Green, 2005, p. 209).

Desorganización psíquica.

Puede considerarse como el exceso de energía interna (angustia) que desencadena la puesta en marcha de diferentes tipos de defensas para contenerla y restablecer el principio de constancia. La excesiva angustia desborda al aparato psíquico que tiene que echar mano de defensas cada vez más regresivas para mantener el control (Laplanche & Pontalis, 2004).

Trauma (primer tiempo).

“Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 447).

Es importante mencionar que dicho acontecimiento sólo se manifiesta en la vida psíquica en función de un segundo evento que le da un nuevo significado y le confiere el carácter de traumático.

Resignificación o a-posteriori (segundo tiempo del trauma).

(Posterioridad; Nachtraglich; après-coup) “Palabra utilizada frecuentemente por Freud en relación con su concepción de la temporalidad y de la causalidad psíquicas: experiencias, impresiones y huellas mnémicas son modificadas ulteriormente en función de nuevas experiencias o del acceso a un nuevo grado de desarrollo. Entonces pueden adquirir, a la par que un nuevo sentido, una eficacia psíquica” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 280).

PROCESO TERAPÉUTICO Y RESULTADOS

1. La ausencia materna (complejo de la madre muerta) como origen del trauma temprano en el psiquismo de César.

El caso de César ofrecía una serie de preguntas en espera de ser resueltas; a pesar del largo periodo de evaluación, apenas contaba con "pedazos" de información, que sumados a mi entonces muy limitada comprensión de la teoría psicoanalítica, representaban un verdadero acertijo. Es pertinente añadir que algunas de las interpretaciones del material clínico que aquí se presentan, se fueron construyendo a lo largo de todo el proceso y la mayoría de ellas mucho tiempo después, cuando ya no tenía contacto con el paciente. La aclaración, está en función de que al lector pudiera parecerle que la comprensión, de lo ocurrido en los momentos que aquí se relatan, hubiese llegado inmediatamente después.

Con la intención de llenar los vacíos de información, se concertaron otras dos citas con la madre, para obtener más datos sobre el desarrollo del paciente y conocer su punto de vista acerca de los temas tratados con César.

La madre relata que no tenía la intención de embarazarse, hecho que dificultó el establecimiento de un vínculo emocional con el hijo desde el momento de la concepción hasta después del primer año de nacido:

“No sé, como que durante ese año no me caía el veinte de que era mamá; no me nacía estar con él. Ya después del año fue como lo pude aceptar...”

En ese momento, pude comprender de manera diferente a César, quién había sido producto del no-deseo. Su sentimiento de que, si no existiera todo seguiría igual o incluso mejor, posiblemente tenía uno de sus orígenes en esta declaración de su madre. Sin embargo, quedaban dudas acerca de hasta qué

punto lo había podido aceptar: El hecho de que no lo planeara ni lo deseara contrasta con el descuido de no haber utilizado métodos anticonceptivos. Una vez nacido, César quedó al cuidado de sus abuelos maternos mientras su madre se ocupaba de trabajar. Lo anterior parece indicar que la madre no tenía un deseo de hijo, pero sí un deseo inconsciente de embarazo; es decir, su maternidad estaba atravesada por su fantasía edípica de entregarle un hijo al padre, más que por la catectización positiva de la procreación como un acto creador y que es fuente de placer. El deseo de César, deseo de ser deseado, no encontró respuesta y en su primer contacto con el exterior predominaron representaciones relacionadas con el rechazo, con la nada (Aulagnier, 2010).

Lo anterior fue muy importante para el análisis durante la reconstrucción del caso, ya que fue un punto de partida para la búsqueda de material relacionado con el tema. La importancia del deseo materno es que, cuando un niño es deseado es capaz de constituir su propio deseo y, al convertirse en la completud de la madre, ésta puede estar conectada con sus necesidades. De acuerdo con Silvia Bleichmar (2000), a través de los cuidados básicos la madre va introduciendo al bebé en lo simbólico y mediante la satisfacción de sus necesidades y de la frustración va dejando de lado la inmediatez y en determinado momento podrá tolerar la demora, proceso constitutivo del psiquismo.

El deseo de la pareja parental además de proporcionar representaciones relacionadas con la aceptación que quedarán inscritas como parte de lo originario del Yo del sujeto, facilita que las necesidades tanto afectivas como corporales del niño estén cubiertas. César percibió como no satisfechas tales necesidades, quedando en el registro de lo originario el rechazo y la nada, dejándolo con sentimientos profundos de vacío y abandono, mismos sentimientos expresados en sus elaboraciones de los Test Machover y de la Familia.

De modo que la falta de deseo y la percepción de la procreación como un accidente más que como un acto creador, dificultaron la entrada del chico en el

seno familiar. La deficiente catectización hacia *César*, dificultó que los objetos significativos a su alrededor pudieran sintonizarse con sus necesidades primordiales.

El chico se encontraba con una madre que no lo miraba, ni escuchaba, que no era capaz de hablar de él ni hablarle a él (Aulagnier, 2010). La constitución de su narcisismo se vio dificultada por estas razones (Freud, 1914; Winnicott, 1971), por una madre que no era el espejo omnirreflexivo (Doltó, 1987) donde pudiera mirarse y que posibilitara su construcción como sujeto.

La indiferencia impedía a la madre narcisizar a *César* (Laplanche, 1989); a los ojos del chico estaba muerta (Green, 2005). Ese distanciamiento madre-hijo, ocasionó una desinvertidura que fue vivida por éste, como una pérdida de amor pero también una pérdida de sentido, ya que no disponía de los elementos para darse una explicación de lo que le había ocurrido; dicha pérdida de amor representó una herida narcisista que quedó instalada en el psiquismo temprano del paciente como una huella del orden de lo traumático.

Después del año, la madre comenta que intentó acercarse al chico e interesarse por él. Este punto también es relevante para las manifestaciones de los síntomas de *César*, ya que de acuerdo con Winnicott (1940), aunque el objeto (en este caso la madre) reaparezca después de un periodo largo de ausencia, ya no se puede revertir el estado negativo del niño, ya que se ha impuesto como una forma de relación objetal independientemente de la ausencia-presencia del objeto. Esto quiere decir que los intentos de reparación como grandes fiestas de cumpleaños llenas de gente, la ropa, muchos juguetes, dinero, las guitarras y los aparatos electrónicos que más deseaba, tuvieron poco efecto, ya que las huellas ya se habían instalado.

Los abuelos intentaron suplir la función materna aunque con poco o limitado éxito. Uno de los objetivos del tratamiento era integrarlos al proceso terapéutico,

ya que intervinieron en una etapa muy importante de la vida del chico, sin embargo, cuando apenas lo estaba proponiendo, la madre interrumpió y dijo al respecto:

“Uy no, ni se te vaya a ocurrir que mi papá coopere porque no lo va a hacer; siempre que trato de disciplinarlo [a César] él interviene y lo defiende, lo tienen bien consentido. Hay veces que yo no le doy dinero y mi papá le da...también César ya se la sabe y no me pide a mí”.

Es decir: “no cuentes con ellos, porque no van a cooperar”. Aunque desconozco cuál fue el papel que jugaron durante ese primer año de la vida de César, es posible inferirlo. Es gracias a ellos que el chico no se encuentra con un grado mayor de desorganización; fueron capaces de brindarle cierto sostén, aunque no el suficiente, ya que aunque existan otras personas que funjan como objetos “buenos” receptores de las necesidades del bebé, la ausencia de la madre como figura irremplazable produce un desgarramiento en el psiquismo (Yardino, 2005).

Después, comentó estar muy preocupada por el comportamiento agresivo del chico y por no saber cómo ayudarlo. En un par de ocasiones, mencionó que él casi la supera en estatura, lo cual me llevó a pensar que tal vez su mayor miedo era que algún día fuera capaz de golpearla. En ese momento no supe cómo formular la pregunta sobre el tema y lo dejé pasar desafortunadamente. Luego, apareció la escuela:

“Yo no sé que le pasa, por qué se comporta así si nada le falta; me he esforzado por tratar de que nada le falte porque yo sí tuve algunas carencias de niña...tiene todo y su única responsabilidad es la escuela, entonces no entiendo porque no se esfuerza y se comporta así”.

Comentó que los maestros de César le han dicho que es un chico inteligente, con mucho potencial, pero que la mayor parte del tiempo se encuentra distraído o no le interesa atender a las clases. Ella se siente frustrada porque aparentemente le ha dado todo, y no le parece justo que no reciba lo único que pide a cambio: buenas calificaciones.

Después de estas entrevistas, pude percibir que mucha de la preocupación de la madre por el chico era sólo apariencia. Comentaba de la forma más natural las dificultades emocionales por las que pasó durante su embarazo, y algo que llamó mi atención es que durante las entrevistas realizadas hasta ese momento, madre y paciente hacían referencia al otro por sus nombres propios, “mi hijo” o “mi mamá” no eran parte de su vocabulario.

Pude percibir en mi persona mucho enojo contra esta madre que no era capaz de percibir lo frágil y necesitado que se encontraba el paciente. Considero que el tratar de controlar esta emoción, no me permitió hacer intervenciones más puntuales o preguntas que arrojaran información importante. Sin embargo, también pude observar que no se trataba de una madre “mala”, que deliberadamente diera la espalda al hijo para ocasionarle sufrimiento, simplemente no era capaz de conectarse con él porque no contaba con los recursos para hacerlo.

2. Eventos que resignificaron el trauma: *yo quisiera ser como él.*

A diferencia del periodo de evaluación, César comenzó a faltar sin avisar en esta nueva etapa del proceso. No asistió a las dos primeras sesiones y no explicaba el motivo de sus ausencias. En nuestro siguiente encuentro, aguarda en silencio a que se le pregunte algo; se le nota cansado, con sueño, con pocas ganas de estar ahí, y comenta lo molesto que es para él que critiquen su forma de vestir y que lo

obliguen a ir a la iglesia; después lo asocia con sus sentimientos hacia su medio hermano:

“C-No sé, como que tengo algo, a veces me molesta lo que hace [refiriéndose a su madre]...”

T-¿Cómo qué?

C-Pues de que me hacen ir a la iglesia y a veces hasta pienso cuando nos vamos a misa, como que hable así tanto de Dios como si lo quisiera más que a mí, y eso me molesta. También, cuando le hace cariños a mi hermano.....y dicen que son celos y no se qué pero más que celos como que me da envidia.

T-¿Y cual es la diferencia entre celos y envidia?

C-Pues que celos como que lo odio así, y envidia como que yo quisiera ser como él”.

Para César, la presencia de Dios en su familia es insoportable, Dios como entidad que se supone que protege a los que lo necesitan y como representante del padre, aquel que lo abandonó. Dios y su medio hermano tienen que ser adorados, no hay lugar para él.

César desearía estar en el lugar de su medio hermano para poder recibir la atención y el afecto del que ha carecido; estar en ese lugar donde se está rodeado de afecto y no de objetos. Percibe que en su casa no es escuchado ni querido, por eso su sensación de abandono es constantemente reactualizada. Esto le origina un sentimiento de duelo que lo lleva siempre a mirar su falta y a lamentarse por ella.

Aún no comprendía que el tema del medio hermano era central en el tratamiento, ya que estaba relacionado directamente con la historia de César, con aquello que no tuvo en sus orígenes y que ahora se le presentaba desde afuera

escenificado en los cuidados que le brindaban al hermano. Sobre el mismo tema continuó diciendo:

“Estaba un día caminando porque venía de la escuela y venía un niño con su papá y lo abrazaba...y le empezó a decir que...me quedé con cara de ‘yo quisiera ver lo que se siente eso’...y le empezó a decir que lo quería y ya me seguí y después vi que ellos viven casi por aquí...y pues sí me sentía mal porque los veía, mejor me fui por otro lado, porque me sentía mal. Por eso, a veces quisiera ser mi hermano, porque él sí tiene la familia completa”.

César sufre porque su hermano con su sola existencia, le recuerda cada día que hay algo que no posee y que no ha podido tener: una familia que lo quiera. No sólo deseaba estar en el lugar del hermano sino además tener un padre que lo protegiera y lo rescatara de la indiferencia que percibía de su madre. Más adelante en la sesión, expresa su deseo de que dicha figura paterna aparezca, hace un llamado al cumplimiento de “la ley”:

“C-También ni los policías cumplen con su trabajo, la otra vez estábamos patinando en un lugar que según estaba prohibido y no nos dijeron nada, hasta le dimos para su refresco...”

T-¿Te hubiera gustado que los corrieran?

C-Bueno, que hicieran su trabajo.....también la otra vez nos saltamos un alto y no nos dijeron nada.....y ya, nadie hace lo que debe...”.

“Nadie hace lo que debe”; es decir, *los padres también deben querer a los hijos, mis padres deberían quererme a mí.*

Durante sus orígenes, se instalaron en César representaciones relacionadas con el abandono y el vacío, es el pictograma de rechazo (Aulagnier,

2010) con el que se ha reencontrado con la aparición de la nueva pareja de su madre y la llegada del medio hermano. Estas nuevas figuras, reactualizaron su sentimiento de abandono, desesperanza y pérdida de amor y de sentido, que vivió durante su primer año de vida. Es por eso que sufre al ver a padre e hijo caminando por la calle y al ver a su medio hermano, porque ellos le recuerdan a un nivel consciente, que efectivamente no cuenta con una familia como el común de los chicos de su edad, pero también, inconscientemente revive el dolor psíquico que le ocasionó la ausencia de su madre.

En otras palabras, las huellas, grietas, o agujeros psíquicos ocasionados por la ausencia (Green, 2005), fueron resignificados por una nueva vivencia de abandono, ocurrida justo en la entrada a la pubertad del paciente (Freud, 1896; Maleval, 2002), y que ahora se expresa a través de su sintomatología.

El llamado a la Ley que hizo el chico, generó la duda de cuál debía ser mi papel de terapeuta para ganar su confianza y establecer una transferencia positiva. Es difícil tratar de describir el ambiente en las sesiones y la dificultad que representaba lograr que César hablara de sus sentimientos y de promover su insight. Podía percibir su sentimiento de fragilidad y yo deseaba ser el soporte que necesitaba, intentaba encontrar algún elemento que permitiera acercarme a él pero no lo encontraba. Para el chico, la terapia era un mandato de su madre, una obligación, y aún no encontraba la forma de crear en él un motivo para permanecer por su propia cuenta.

La supervisión, fue esencial para darme cuenta que, transferencialmente debía ser el “padre bueno” para César, el que no abandona, el de su imaginario con el cual pudiera identificarse y aferrarse a lo vital. Esto planteó nuevos problemas, nuevos retos, ya que me obligó a replantear mi posición como terapeuta, a dejar de lado la solemnidad, a tomar una actitud más abierta y auténtica, y a comenzar a cuestionar la teoría clásica de la técnica psicoanalítica hasta el momento revisada, a la luz de mis necesidades y las de mi paciente. La

tarea no fue nada sencilla y llevó mucho tiempo, ya que requirió de una revisión más amplia de textos sobre técnica modificada para su aplicación en adolescentes y lo más importante, un cambio de actitud en el consultorio.

3. El vacío, la angustia y fantasías de muerte, efectos de la ausencia materna: *me siento como en un ataúd.*

Para el siguiente periodo de sesiones, ocurridos entre el 23 de abril y el 28 de mayo, el trabajo se centró en un evento muy fuerte, en el que el paciente exteriorizó su desorganización psíquica:

T-¿Qué tal, como estás?

C-Bien.....

T-Bueno, a ver pláticame ¿cómo estás, qué ha pasado?

C-Pues estoy mal, es que me peleé con mi mamá.....estaba muy cansado y mi abuela me pidió que comprara no sé qué y estaba muy cansado y ya le contesté y le dije que no y me empezó a regañar. Y mi mamá me empezó a regañar que no sé qué, que por qué le contesté; y como tenía la compu prendida me dijo que me iba a apagar y ya me salí y me regresé por mi celular y me quería borrar no sé qué tantas cosas y me empezó a decir de cosas y me empujó y me tiró, y ya yo le dije que qué le pasaba y ya me regañó. Y ya me salí por la cosa esa que me pidieron y no la compré y me estaban regañando. Y estaba tan enojado que me metí debajo de mi cama. Y ya llegó mi tío y me dijo que había dos fechas más del concierto de Metallica y no le hice caso. Y ya cuando le dijeron no me dijo nada pero al otro día me empezó a regañar y yo estaba tranquilo y me pegó y me tiró y yo no le dije nada, porque si le decía me iba a desquitar así muy 'acá'. Pues ya no le dije nada y cuando se fue pues me metí debajo de mi cama y

me puse a llorar. Después mi mamá habló conmigo y así..... me volvió a castigar”.

Me llamó mucho la atención que se metiera debajo de su cama, de manera que después de averiguar algunos detalles del regaño, le pregunté:

“T-¿Y por qué te metiste debajo de la cama?

C-Pues como que me siento así como en un ataúd

T-¿Te sientes como en un ataúd?

C-Sí, como si ya estuviera muerto.....”.

Fue muy angustiante escucharle decir eso, esperé un poco para ver si completaba su relato pero se mantuvo en silencio; probablemente pude haber hecho una mejor intervención, sin embargo pregunté:

“T-¿Y te gusta esa sensación?”.

César ignoró la pregunta y continuó hablando sobre su fantasía de muerte.

“C-Pues de hecho me quería ahorcar...

T-¿Cómo te querías ahorcar?

C-Pues traía puesta una palestina...pero me dio miedo, de que... como estaba enojado de verdad se me pasara la mano.....Pero me corté.....estaba muy enojado y agarré una pierna y me empecé a cortar así duro...”.

Durante las entrevistas de evaluación, ya había comentado que a veces no sentía el dolor físico o no le importaba mucho, como cuando se torcía y se golpeaba haciendo trucos en su patineta, de manera que le pregunté:

“T-¿Y qué sentiste?

C-Pues no me importó, como que lo hice a propósito, por eso.....

T-¿Qué intentabas hacer?

C-Como que, no sé...ni siquiera sé porqué lo hice..... no sé, como para relajar”.

Quedaba claro que César tenía una necesidad de descarga, de “relajarse” hasta cero. “Sentirse muerto”, “cortarse para relajar”, ambas manifestaciones de la acción de la pulsión de muerte; una pieza más del rompecabezas. Continuó diciendo que su madre hacía cosas sólo para hacerlo sufrir y a veces lo único que quería era morirse:

“T- Pero me habías dicho que eso [morirse] te da miedo.

C-O sea, como que de repente sí quiero, pero después ya me da miedo.....

T-¿Qué te imaginas que es morirse?

C-Como que me libero de algo, o como una forma de desquitarme...

T-¿De quién?

C-Pues de los que me hacen sentir eso.....”.

De repente me sentí muy conmovido por lo que César estaba diciendo, percibía su vulnerabilidad, deseaba poder protegerlo, expresarle que yo estaba de su lado y que lo único que quería era que me ayudara a comprenderlo mejor:

“T-¿Y qué ocurre, por qué estas tan enojado?

C-Porque pues ya.....ya no hay confianza.....antes de que me empezaran a regañar me decían que qué había pasado y ya les decía y ahora ya ni eso, luego luego me van a pegar.....

T-Parece que siempre estás enojado y triste, siempre estás pensando en eso de la muerte...

C-Me siento abandonado, pero siempre que le digo a mi mamá me empieza a decir que me va a poner mucha atención y va a ir a la escuela por mí y prefiero no decirle eso.....porque empieza a hacerme mucho caso, a revisar cuadernos, tareas y así y no me gusta porque ya no estoy chico. Yo prefiero que me diga 'te quiero', que ya no se enoje tanto conmigo y así...

T-¿No te dice que te quiere?

C-No.....a veces pienso que ni tengo mamá.....a veces me imagino la vida sin ella y digo ya.....es lo mismo.

T-¿Y te da lo mismo?

C-[Asiente con la cabeza]...pero a veces me arrepiento.....

T-¿Y tú la quieres?

C-Pues sí pero.....me molesta que haga eso.....”.

Nunca como en esta sesión había tenido la gran necesidad de saber qué decir, de saber técnicamente cómo contener todo eso que el chico estaba depositando en mí. Al analizarlo en retrospectiva, estoy seguro que César percibía mi incapacidad, así como cuando yo percibí la incapacidad de su madre para conectarse con él. Esta sesión fue muy impactante, el discurso y el lenguaje verbal del chico realmente me transmitían su tristeza y desesperanza, así como él no sabía cómo salir de ese estado, yo tampoco sabía cómo ayudarlo.

Trataba de leer lo latente de su discurso y a la vez de mejorar los recursos técnicos, la supervisión semanal tenía un importante papel de contención, sin embargo aún así, por momentos llegaba a desear que el paciente no volviera al consultorio. Desde que inició el tratamiento, solía faltar dos sesiones seguidas, lo cual era un alivio, ya que César no sólo representaba un enigma sino que me confrontaba con mi propia incapacidad tanto teórica como práctica, herida narcisista que producía mucha frustración.

Tiempo después entendí lo que estaba tratando de decir en el consultorio y con sus pasajes al acto en su casa:

La ausencia de la madre, ocasionó una desinvestidura masiva que dejó huellas en forma de “agujeros psíquicos”, y se instaló “un duelo blanco”, el cual está relacionado con los estados de vacío. Al no contar con otro referente, tuvo que identificarse con ese vacío, con el agujero que dejó la desinvestidura, trayendo como consecuencia, el desencadenamiento de odio que moviliza sentimientos de incorporación regresiva y control sádico hacia los objetos mediante el dominio y la venganza, como mecanismo de defensa ante la angustia (Green, 2005).

Las situaciones de frustración, como la llegada de un nuevo hermano, la escuela, tener que hacer mandados o ser regañado, son percibidas por *César* como si de nuevo le retiraran el afecto, razón por la cual se reactualiza su estado de duelo. De igual forma, cuando algo le es negado, se identifica con la pérdida, originándole angustia de aniquilamiento. Algo del paciente se pierde con cada pérdida sufrida; es una pérdida inconsciente (Freud, 1917).

La mayoría de las veces, *César* desplaza hacia la abuela toda la agresividad que originalmente pertenece a su madre, ya que ella representa un objeto menos amenazador. También trata de descargar toda esa hostilidad contra sí mismo para tratar de aniquilar las huellas mnémicas no ligadas (inscritas por el trauma temprano) y que están enquistadas como un objeto extraño. Utiliza la vuelta contra sí mismo (Freud, 1915) ya que cuando exterioriza su agresividad, surge en el paciente un temor a desbordarse y a cometer actos de los que después se pueda arrepentir. Sobre este punto, ¿acaso tendrá alguna relación con el temor de la madre de que *César* es más alto que ella? Puedo inferir a través de la teoría, que en efecto están relacionados, sin embargo, habría resultado mucho más interesante confirmarlo mediante una exploración más profunda de esa área.

Estos pasajes al acto, son el lenguaje de acción con el que intenta metabolizar los puntos de fijación que quedaron inscritos en su psiquismo (Nin, 2004), son una puesta en sentido de aquello originario que quedó sin posibilidad de representación mediante la palabra. Representan también una forma de descarga de la energía no ligada; la “tendencia al cero considerada como la forma más radical del principio del placer” (Laplanche, 2001, p.146), que es manifestada por su deseo de morir, de relajarse a través de las heridas en su cuerpo.

Ahora bien, ¿cómo puede un individuo devenir sujeto si no fue antes objeto de deseo? El comportamiento violento del chico, es también un mecanismo primario de autodefensa ante el sentimiento de amenaza en sus límites, su identidad y su existencia, imponiendo su dominio sobre el objeto desestabilizador. Las actuaciones del paciente con la madre tienen el objetivo de mantener cierto dominio sobre ella para compensar su propio desvalimiento y vulnerabilidad del Yo. “La violencia no es para él una elección sino una coacción que se le impone a sí mismo” (Jeammet, 2002, p.63), imposición que tiene también como fin repetir la vivencia traumática en busca de algún nuevo sentido, de la posible representación.

La agresividad de *César*, es una reacción a la ausencia de contención que vivió de pequeño; su libido se vio sumamente dificultada para poder ligarse, había un escaso mundo representacional que construir. Le fue transmitida la violencia mediante el maltrato por ausencia, que dio por resultado una indiferenciación de sensaciones. *César* parece anestesiado, en el interior y el exterior, y sus explosiones emocionales son las pocas cosas que le dan vitalidad a su vida (Janin, 2002).

En ese periodo de tratamiento, intentaba sin éxito moverlo del pesimismo y de su sentimiento de desesperanza en el que se encontraba. Era urgente que lograra conectarme con él mediante esas contadas cosas que de verdad le importaban, ya que no quería que realmente intentara suicidarse. De manera que,

a propósito de su comentario del concierto de Metallica, comencé a hablarle un poco sobre el heavy metal y otros géneros musicales, ya que al igual que él, también toco la guitarra eléctrica y disfruto de ese tipo de música.

4. La música es la llave: *un pequeño-gran progreso en el tratamiento de César.*

En la siguiente sesión, del 18 de junio, averigüé las bandas favoritas de César, su género musical favorito y pude darme cuenta que compartíamos algunos gustos. Él hablaba de conciertos y de lo frustrante que es no poder ir a todos, así que le recomendé páginas de internet donde se puede ver la cartelera de conciertos en México, otras de shows en línea, ya sea en vivo o diferidos, así como sitios de descarga de archivos mp3. Mientras hablaba, percibí en él un cambio de actitud; por primera vez en todo el proceso, el chico mostraba un interés auténtico, me escuchaba emocionado y me hacía preguntas, las cuales respondía con gusto. Hablamos de música, de conciertos, de guitarras, de personajes y sus respectivas filosofías, y en algún momento pensé que en otras circunstancias, ese chico y yo hubiésemos sido grandes amigos.

Ya en supervisión, comenté mi angustia por considerar demasiado intuitivo y alejado de la técnica y la neutralidad lo que había hecho en esa sesión. Muy en el fondo sentí que había logrado algo importante, sin embargo no dejaba de pensar en la llamada “neutralidad” en el análisis, así que tuve que preguntar: *“pero... ¿está bien lo que hice?”*, a lo que la Mtra. Eva Esparza respondió con la sonrisa del maestro que comprende la angustia de su aprendiz: *“claro que está bien, sólo que no puedes hablar en todas las sesiones de música...”*.

Al hablar de lo que a César le gustaba más abrió una puerta. Para la siguiente sesión, además de haber buscado las páginas que le recomendé, comentó sobre una novia que tuvo y que decidió dejar porque se besó con otro

chico, pero a pesar de ponerse triste y haberse dejado unas marcas en los brazos, pensó que no valía la pena matarse porque tenía muchas cosas pendientes que hacer y si se suicidaba no sería capaz de realizarlas. Fue muy alentador que llevara a sesión el tema de su novia y que por el momento dejara de lado su deseo de suicidarse. El diálogo era más personal, él hablaba de manera más abierta y por momentos llegué a percibir que confiaba en mí; hacía preguntas y se quedaba pensando cuando le ofrecía una respuesta, el clima en el consultorio había perdido ese tinte depresivo que caracterizaba mis sesiones con él.

Cuando terminó el tiempo y lo acompañé a la puerta, me sentí satisfecho, algo que no había ocurrido desde que tuvimos nuestro primer encuentro.

Se acercaban las vacaciones de julio y tenía la oportunidad de pensar en una nueva estrategia ahora que el tratamiento parecía dar un paso al frente, sin embargo después del asueto, César no se presentó a las siguientes 3 sesiones.

5. La madre aún muerta: *te falta mucho para ser hombre.*

Debido a la larga ausencia del chico, decidí ponerme en contacto con la madre para saber lo que estaba ocurriendo. Ella refirió que el mismo César le dijo que aún no era tiempo de que asistiera y que yo le llamaría para verlo de nuevo, situación desconcertante, ya que fui muy claro al señalar la fecha de regreso de las vacaciones. De cualquier forma, la madre pidió que tuviéramos una entrevista ya que quería saber cómo iba el tratamiento y sobre todo, necesitaba saber qué pensaba mi paciente sobre su padre.

Comenzó relatando su preocupación debido a que en últimos días el chico había manifestado mucho interés por saber de su historia y de su padre, además de rivalizar constantemente con su padrastro:

“Y me dijo ‘no, yo voy [a comprar tortillas], si no, ya sabes como se pone aquél’ [refiriéndose al esposo de su madre] y ya, se puso ahí a decirme como lo trataba, que a veces hasta le ha querido pegar...y yo le dije ‘¡César no seas hablador! si él ni se mete contigo, más bien eres tú que luego lo ignoras’...pero como ahorita está en su etapa de ‘soy un cero a la izquierda’ pues.....”.

Es interesante el uso de la frase “cero a la izquierda”, ya que eso es lo que ha sido el chico para ella desde que llegó a su vida. Ahora bien, no importa si efectivamente es querido o no en la actualidad, lo real para él ha sido la interpretación que ha hecho de las relaciones con sus figuras significativas. Estas figuras (su medio hermano y la nueva pareja de su madre) han venido a reactualizar su vivencia de abandono y soledad, a revivir su angustia de aniquilación (Schkolnik, 2005), esa “sensación de caer para siempre” (Rabain, 2002), el “temor de derrumbe” de Winnicott, el “terror sin nombre” de Bion (Yardino, 2005).

Y continuó:

“Yo le he dicho a su papá ‘dale tu versión’ yo no tengo miedo de que le diga, porque yo siempre le hablé a César con la verdad. A mí, César no me puede decir que yo lo engañé, que yo le dije...porque siempre le dije la verdad, y hasta la fecha yo se lo volví a decir; por ejemplo ahora que nació Z [el medio hermano de César], me preguntó ‘¿y mi papá qué te decía?’ y le dije ‘pues él estaba contento cuando tú naciste’, y eso como que le dio gusto...que sí lo quería su papá. Y me dijo ‘¿y después que pasó?’, ‘pues después nos enojamos, pero no tuviste nada que ver tú’, y dice ‘¿y entonces porqué no me buscó?’ le digo, ‘pues porque él estaba en otras cosas’.

A veces tiene mucho coraje, porque su papá a veces lo viene a buscar y le promete cosas pero luego no cumple. Él me ha dicho que si no me hubiera casado las cosas se hubieran arreglado pero le digo 'no César, las cosas no son así, yo sé que te hubiera gustado que estuviéramos juntos pero es otra cosa...ni nos peleamos por ti, ni nada, fueron otras cosas'...".

Esas "otras cosas" son precisamente las partes de información que el chico requiere y que no puede obtener para poder historizarse. No es coincidencia que la clase que más le desagrada es la de historia, la cual es dirigida según él, por una "gorda maldita" que lo odia. Este punto es muy importante, ya que es la historización (analítica) la que puede constituir un *tercer tiempo* del acontecimiento traumático para ser dotado de nuevos sentidos (Yardino, 2005). El chico intenta darle sentido a lo que le pasa, por eso pregunta por su origen; tiene el anhelo de salir del estado de depresión en el que se encuentra, como lo manifiesta en las dos historias del Test Machover. No puede historizarse porque le hacen falta elementos de información y los que tiene no los puede organizar (por eso odia su clase de historia), no puede darles sentido, de manera que utiliza los pasajes al acto como una forma de descarga y de metabolización de la energía no ligada.

Después de escuchar a la madre, decidí intervenir para tratar de hacerla consciente de la vivencia de abandono de César y de su importancia:

"T-Él viene arrastrando muchas cosas de cuando era niño, principalmente es una demanda, siempre está volteando hacia afuera... [Interrumpe la madre]

M-Pero si siempre todo ha girado alrededor de él, todo, desde antes de Z, todo".

Me parece que dije lo siguiente enojado:

"T-La cuestión es que él no lo ha vivido así.

M-..... [No sabía qué decir]... pero es que es lo que siempre le digo, 'César, quieres que tu papá esté aquí pero, ¿cómo lo traigo?.....'".

Cuando escucha la frase "cosas de cuando era niño" no se da por aludida e introduce inmediatamente el tema del padre, de manera que retomo la idea sin referirme a nadie en particular, solamente a la importancia de la vivencia de abandono:

"T-Lo que pasa con César, es que es un chico que tiene un sentimiento muy profundo de sentirse abandonado. No es importante si actualmente lo hacen a un lado o no, la cuestión es que él así lo siente.

M-Sí, es que de seguro ve a Z que tiene papá y mamá, y él no lo tiene...y es como yo luego le digo 'es algo que yo no puedo cambiar...César, pídemelo algo que yo pueda cambiar, que yo pueda hacer, ¡qué quieres que haga!'...".

De nuevo no reconoce responsabilidad alguna e introduce el tema de la familia con "papá y mamá". Durante esa entrevista, y gracias a la información que tenía en ese momento, pude entender mejor por qué César se comportaba de la forma en la que lo hacía: tenía a esta madre que, al igual que durante su primer año, no lo escuchaba, ni veía, ni miraba. Mientras que su medio hermano contaba con ambos padres, mi paciente seguía sin tener a ninguno.

Después criticó su forma de vestir e hizo mofa de su preferencia por el color negro y los vampiros, lo cual a decir verdad, me generó gran molestia debido a que son gustos que comparto con César. También comentó sobre el noviazgo del chico:

“Luego le he dicho que no sabe servir, no sabe dar. Ese día que discutimos [una de tantas discusiones], a propósito de su novia que lo dejó le dije ‘¿te has puesto a pensar en por qué te dejó? Ella siempre estaba ahí, que te regalaba que la carta’, que...le hacía cartulinas chiquitas con dibujos...’y yo nunca vi que hicieras nada por ella’.....le dije ‘tú no sabes dar, sabes recibir pero no sabes dar’...y me dijo ‘no, lo que pasa es que se besó con otro’ y le dije ‘eso es independiente, eso es aparte... pero ponte a pensar que tú no hiciste nada por ella’ y le dije un buen de cosas...le dije ‘y no eres hombre, te falta mucho para ser hombre’.....”.

No es de sorprender que debido a las carencias narcisistas de César, no fuera capaz de ser más atento en su relación de pareja. Me pareció realmente triste la posición de su madre; al igual que se olvidó que tenía a un pequeño al cual cuidar, ahora se ha olvidado que tiene ante sí, no a un hombre, sino a un adolescente necesitado de comprensión y de guía. Sobra decir el enojo que me generó su última declaración, de manera que sólo me limité a escuchar y a dejarle claro que tendría en cuenta sus preocupaciones pero que continuaría trabajando con el chico como lo venía haciendo desde el principio.

La poca sensibilidad de la madre estaba jugando en contra del tratamiento, ya que en este tipo de casos, es necesario que el paciente “se sienta suficientemente sostenido a nivel de las investiduras parentales en su mundo interno, y pueda tolerar el dolor de la falta” (Baekeland, 2005, p.76); dicho sostén provee una malla de simbolizaciones que facilita la tramitación de la pulsión en actividad psíquica. Desafortunadamente, César seguía haciendo uso constante de la única herramienta que tenía a su alcance: la repetición compulsiva de conductas agresivas hacia su madre y hacia sí mismo.

Después de acompañarla a la puerta, comencé a pensar en mi reacción hacia esa madre. ¿Era posible que estuviera identificándome con mi paciente y

que algo de su historia y su vivencia estuviera resonando con alguna parte de la mía aún no analizada?

Entonces pensé en mi relación con *César*, tomando en cuenta la vivencia de mi propia adolescencia y noté que existían muchas similitudes. Era posible que estuviera tratando de resolver algún conflicto a través de mi paciente, de ahí mi dificultad para conectarme con él (sin descontar, por supuesto, mi inexperiencia), y mi enojo hacia la actitud de su madre.

Mi análisis y la supervisión, permitieron que me diera cuenta que estaba identificándome con *César* en cuanto a la vivencia de una adolescencia tumultuosa y el oposicionismo hacia figuras de autoridad, como padres y sacerdotes, como una forma de reafirmación de la propia identidad. Por otro lado, parte de mi dificultad para entenderlo y acercarme a él, era producto de cierta envidia por su juventud, porque a sus 15 años ya tenía una banda de rock y porque además es un chico atractivo.

Con todo esto en mente, estaba eliminando algunos puntos ciegos; había identificado algunos elementos contratransferenciales que estaban interfiriendo en mi labor. Ahora estaba un poco más preparado, con un mayor número de herramientas para afrontar, sin memoria y sin deseo (Botbol, 2000), el reto que tenía frente a mí.

6. ¿De qué huyes César?: El intento de suicidio y abandono del tratamiento.

El último periodo de sesiones inició el 20 de agosto. Llamaba la atención que desde el principio el paciente no hablaba a menos que se le preguntara algo, así que en supervisión acordamos aguardar hasta que fuera él quién diera inicio a la sesión.

Después de 8 minutos de silencio, noté que la estrategia no daría resultado y le pregunté si en esa ocasión no tenía planeado hablar conmigo. Su respuesta fue que se sentía raro, que ya se había acabado todo lo que lo hacía feliz. Pensaba que su madre nunca lo quiso por ser así como es, grosero, y por eso ahora prefiere ya no contestarle cuando lo regaña:

“C-Hay veces en que sí les contesto...y ya después me voy a mi cuarto y me empiezo a pegar...”

T-¿Y por qué te pegas?

C-Porque siento como que le pego a lo que era yo.

T-¿Y cómo te sientes cuando lo haces?

C-Pues sí me da dolor pero.....pues ya”.

Mi primer pensamiento fue “¡No! ¿Por qué de nuevo?”. Continuó diciendo:

“C-A veces cuando estoy solo, no sé, como que escucho voces, de ‘mátate’ o algo así...”

T-¿Y cómo son esas voces?

C-No sé, como que me llaman...me dicen, así de cosas.....como que me siento con ganas de otra vez intentar suicidarme.

T-Pero, ¿es tu propia voz o son voces que vienen de afuera, o cómo?

C-Pues como mi voz... la voz que tenía de niño”.

Me preocupó un poco lo de las voces, pero me di cuenta que sólo eran sus ideas obsesivas sobre la muerte.

“C-No saben que me intenté suicidar, si les digo me van a regañar más...el secreto fue entre mi primo y yo...estábamos solos en ese momento, fue cuando me acababan de regañar y para hacerme enojar salieron a dar un paseo y en lugar de que fuera me empecé

a poner triste...y recuerdo que puse música y comí algo; después me bajé y le marqué como a dos amigos y empecé como a despedir y ellos así de '¿qué onda?', no entendían.....y después hablé con unas amigas y les empecé a decir lo mismo...a una le empecé a decir que me gustaba y que ya no la iba a ver...y le conté todo y me empezó a decir de cosas, que no lo hiciera y...me dijo así como que le gustaba...como que lo dijo para que me emocionara.....me metí al cuarto y agarré unas medicinas y me metí a mi cuarto y me las empecé a tomar...me sentí así como mareado y me caí, como que me dolía la cabeza porque me pegué y entonces vi que mi primo entró a mi cuarto, y me empezó a decir que me pare de ahí, pensó que estaba jugando y cuando vio el frasco de las pastillas me dijo que era un tonto y me hizo vomitar. Llegó mi mamá y le dije a mi primo que no le dijera nada...la verdad ya no quiero hacer eso pero a veces pienso que...que sería inútil.....

T-[No sabía qué decir] ¿Y por qué con pastillas?

C-Porque...porque no tenía una pistola, y con una navaja es muy duro, y ahorcarme...no tengo dónde, bueno sí, pero verían todos.

T-Y, ¿dices que ya no lo quieres hacer?

C-Es que, a veces me siento...infeliz...y así.....

T-Y, ¿qué quisieras lograr suicidándote?

C-No sé, descansar..... ni siquiera se por qué empecé a pensar en todo eso”.

Esta actuación del paciente fue un golpe narcisista muy duro, después de haber notado cierto progreso y tras 6 meses de trabajo nos encontrábamos igual que al principio. Durante su relato me transmitió su sentimiento de desesperanza y por momentos no supe qué hacer; con éste intento de suicidio me sentí minimizado, interpreté que quería decirme que no significaba nada para él asistir a

terapia. Intenté reponerme y averigüé que no sabía qué tipo de pastillas eran, simplemente las vio y las ingirió desconociendo sus efectos.

Cuando terminó la sesión, quise ser el “padre protector”, así que le recordé mi número telefónico pidiéndole que me llamara cuando sintiera la necesidad de suicidarse de nuevo y le dije que pensara en la posibilidad de vernos 2 veces por semana. De alguna manera percibió mi preocupación, la percibió genuina, porque su semblante cambió y se veía más relajado, incluso se veía animado de aumentar la frecuencia de las sesiones. Sin embargo faltó los dos lunes siguientes.

Pienso que no estaba expresando un deseo de morir, sino una necesidad de autodestrucción simbólica, como último recurso para afirmar su propia existencia y un rechazo categórico de todo lo que se espera de él; una enorme necesidad de ser visto y de existir. Llama la atención que descarta el suicidio a través de una soga o una navaja, ya que dichos medios resultarían más eficaces para llevar a cabo el objetivo. César en realidad no quiere morir, utiliza el único medio que tiene a su alcance para tratar de reafirmarse como individuo, para reclamar la mirada de la que fue privado durante su primera infancia. Transferencialmente, también demanda la atención de su terapeuta generando sentimientos de rechazo y compasión con su discurso, sentimientos que atentan contra la abstinencia analítica (García, 2005). Esto lo pude comprobar, a través de mi gran deseo de protegerlo, producto de la sensación de fragilidad y soledad que me estaba transmitiendo.

En la sesión del 10 de septiembre comentó que vio a un primo que quería suicidarse con pastillas, pero él se dio cuenta y se las quitó, y a raíz de ese evento, ha pensado en intentarlo otra vez. Resultó curioso que fuera casi la misma escena que relató con anterioridad, no supe si la cuestión de las pastillas fue sólo una fantasía o algo que de verdad ocurrió. De nuevo se quejó de que nadie lo escucha y de que es ignorado; en esta ocasión lo confronté diciéndole que

siempre ha estado abierto el espacio para que pudiera hablar y no lo había querido aprovechar. Esta sesión me dejó con una sensación de impotencia muy grande, con mucha angustia, desesperación y enojo debido a mi incapacidad de responder a una interrogante que surgió desde el inicio del proceso: ¿Cómo quitarle la idea del suicidio? Fiel a su costumbre, César faltó los 2 lunes siguientes.

El 1° de octubre, asistió muy enojado diciendo que ya no quería ir. Estaba muy molesto porque su madre lo obliga y a él nunca le gustó estar ahí desde el primer momento, preferiría realizar otras cosas como hacer deporte en lugar de perder una hora sin hacer nada. Sesión muy complicada, de largos silencios, en dónde yo reflexionaba sobre por qué debía aferrarme a que permaneciera:

“T-¿Tú porqué vienes?”

C-No sé.....

T-¿Sólo por tu mamá?”

C-Ajá.....me molesta que me meta a cosas y ni me pregunte...puede meterme hasta.....a ballet y ni me pregunta.....ya ni sé.....

T-Bueno, le puedes decir que no, a veces te ha dicho cosas y tú le dices que no, ¿porqué a ésta actividad sí vienes?”

C-Porque a veces me harto...como que es, como mi venganza.....

T-¿Tú qué quisieras hacer?”

C-Pues así como patinar, por ejemplo ahorita ahorita están viendo una película mis amigos...y haciendo un trabajo...”

Sentía que intentaba decirme algo, algo había pasado durante las 7 semanas que no nos vimos; era muy firme su posición de ya no asistir, sin embargo estaba ahí sentado:

“C-Ya no quiero venir.

T-Y ¿hoy por qué sí viniste?

C-Porque me empezó a obligar [su mamá], de 'yo no sé, me vale'.....no pude ni comer.....es que ya no me gusta, bueno, no me gusta, nunca me ha gustado, desde la primera vez.....

T-¿Qué no te gustó?

C-Todo, porque ahorita podría estar haciendo algo.....”.

Me sentía muy atacado, al parecer yo le estaba quitando la oportunidad de estar con sus amigos, de comer y de hacer actividades más interesantes. Intentaba pensar que no era a mí a quién estaba devaluando, sino a lo que yo representaba para él: una herramienta de la madre para causarle molestias. Llegó a decir que era una pérdida de tiempo y retomando sus propias palabras enunció:

“T-Entonces, vienes aquí y pierdes una hora.

C-Es lo que yo pienso.....

T-Pues me extraña porque las primeras veces que nos vimos te pregunté si estabas de acuerdo en venir y dijiste que sí.

C-Pues sí, pero la verdad no.

T-Y ¿porqué decir otra cosa?

C-Es que no sé, como que a veces no me gusta decir mucho la verdad...

T-Y ¿aquí cuántas veces no has dicho la verdad?

C-Todas las veces.....sí la he dicho...”.

No supe qué pensar, ya que vino a mi memoria las ocasiones en las que la madre contradecía su versión de las cosas y quedaba la interrogante de ¿quién de los dos está mintiendo? Pensé que era probable que ni él mismo supiera por qué deseaba terminar el proceso y por eso caía en contradicciones:

“T-Pero, es muy raro porque desde el inicio decías que te daban la espalda, que te sentías ignorado, y aquí tú puedes hablar de lo que tú quieras.

C-Sí, pero también ya lo he estado platicando, ya he estado mejor...ya platico más con mi mamá, mis cosas se las platico a mis amigos, ya no me quiero suicidar, ya...

T-Entonces está todo perfecto ya.

C-Ajá.....

T-Y entonces si todo está tan bien, ¿por qué será que tu mamá te obliga a venir?

C-Está loca.

T-¿Está loca?

C-Siempre quiere que ande haciendo cosas...cosas que no me gustan...me siento mejor con mis amigos diciéndoles, porque la mayoría tienen mis problemas, menos el suicidio y eso...porque todos sus papás son divorciados y esos me entienden; otros, depresión, y así.....

T-Bueno, pero no se trata tanto de que los demás te entiendan, sí es importante, pero lo que tratamos de hacer aquí es que te puedas entender a ti mismo.

C-Es que yo me odio.....

T-Bueno, eso es algo que se puede platicar, juntos podemos pensar por qué es que te odias.

C-Pues porque poco a poco han hecho que me odie, y la verdad no quiero cambiar eso.

T-¿Cómo?

C-No quiero así quererme y eso...ya no.

T-¿Ya no?

C-No sé ni siquiera por qué.

T-Y ¿Cómo es que han hecho que te odies?

C-Pues cuando era emo, me decían que eso qué...y luego unas tías me decían que estaba feo y luego me decían que burro...y por eso me empecé a odiar, aunque ya dejé las cortadas y eso, porque la verdad, ¿qué caso tiene andarte ahí cortando?, no tiene beneficio. Y por eso, por la culpa de todos ando así, y por eso empecé a odiar a la gente...”.

Tenía muy claro su deseo de ya no asistir y argumentaba que las cosas ya estaban mejor para él, incluso sabía el motivo de su depresión: el “divorcio” de sus padres:

“T-Pero a ver, corrígeme si estoy mal, pero yo tengo entendido que tus padres se separaron desde que eras muy muy pequeño, y no lo recuerdas, entonces ¿cómo es que te tiene muy deprimido su divorcio si no lo viviste?”

Yo sabía de antemano, que ese tema era una de las causas de su estado emocional, necesitaba conocer su explicación.

“C-Porque fue por mi culpa...”

T-Y ¿tú como sabes que fue por tu culpa?

C-Porque nací...

T-Y ¿eso quién te lo dijo?

C-Yo me di cuenta...

T-¿Cómo?

C-Pues es obvio...nace un bebé y desaparece el padre.....o la madre”.

Él sabía inconscientemente, que su estado emocional se debía a un evento ocurrido durante su origen, y lo vivía con culpa. Se odiaba por ser el responsable de su tragedia; estaba aportando material muy valioso, desafortunadamente

estaba decidido a no escuchar, fracasaban mis intentos de lograr insight en él a partir de sus propias palabras. En algunos momentos, pude percibir que la sesión terapéutica no era tal, se había convertido en una discusión, una lucha por ver cual argumento tenía mayor peso, parecía que el héroe caído levantaba su escudo y repelía mí deseo y el de su madre porque permaneciera, y con su espada propinaba una herida narcisista a su terapeuta.

Comprendí que no iba a ser capaz de hacerlo cambiar de parecer, así que respeté su decisión. Le recordé cuál era el propósito del espacio terapéutico y sólo le pedí que asistiera a la siguiente sesión con su madre para hacer el cierre del proceso. Una vez que se fue, me quedé pensando en el origen de su enojo; no fui capaz de explicarme qué fue lo que ocurrió, qué había hecho para provocar esta huida. Esta vez, su ausencia no era un alivio, estaba confuso y desconcertado y me hacía preguntarme “¿qué hice mal?”.

El siguiente lunes, asistió de nuevo solo, la sesión estuvo llena de silencios mucho más frecuentes y prolongados que la anterior:

T-¿Y tu mamá?

C-No quiso venir.

T-Acuérdate que dijimos que si decidías algo tenían que venir los dos.

C-Sí, pero no quiso...dijo que según tú le ibas a hablar y no sé qué”.

Era obvio que no le dijo que tenía que estar presente. Tanto César como yo, nos encontrábamos más relajados, retomé la sesión anterior explorando sus motivos para dejar su terapia, pero esta vez, sin la intención de convencerlo a quedarse. Comentó que nunca le ha gustado hablar sobre su persona y que además, puede aprovechar el tiempo porque necesita ir a un curso para regularizarse en algunas materias.

Sentí que había perdido una batalla, que había logrado abrir una puerta y ahora el chico la cerraba violentamente. Sin embargo, estaba poniendo toda la atención en mí persona, en lo que estaba haciendo yo para provocar esta inesperada huida y me estaba olvidando de mi paciente y, ¿acaso no es de lo que siempre se ha quejado, que no se le presta atención? Pensé que este movimiento no tendría que ver necesariamente conmigo sino con él, ya que estaba defendiendo ferozmente un deseo propio. Así que me relajé, y nuevamente le pedí que trajera a su madre la próxima sesión para cerrar y despedirnos:

“T-Bueno, ya que has decidido no venir, yo respeto tu decisión, no se trata de que estés aquí a la fuerza, pero ya que llevamos casi un año trabajando es importante que cerremos bien este proceso y sería importante que tu mamá también estuviera..... Entonces, traes a tu mamá.

C-¿Pero qué día?

T-Pues el lunes...y vas a pensar, no sobre quedarte o no, sino sobre todo lo que has dicho y lo que no has dicho aquí, todo lo que ha pasado, los sentimientos que te genera lo que hicimos aquí y lo vamos a platicar los 3 antes de que te puedas ir, ¿ok?

C-... [Asiente solamente].....

T-Bueno, pues aquí la dejamos entonces”.

César ya no volvió.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

"Ningún mar en calma hizo experto a un marinero"

Anónimo.

El proceso terapéutico de César dejó muchas preguntas tras de sí, interrogantes que quedaron en mi psiquismo como auténticos objetos extraños, sin ligazón y sin la posibilidad de metabolización, verdaderas huellas de lo traumático. Cada lectura que realizaba en la Residencia aportaba un elemento extra para la comprensión del caso, y el contacto con otros pacientes me proveía de una mayor experiencia.

Meses después de la última sesión, el caso seguía siendo un enigma. La revisión de autores externos al Programa de la Residencia como André Green, y sobre todo el valioso aporte de la Mtra. Esparza sobre el tema del trauma, fue lo que permitió darle un nuevo sentido a mi experiencia. Con un marco teórico más amplio, las piezas del rompecabezas comenzaban a encajar y lograba comprender mejor lo ocurrido en un verdadero trabajo de historización.

Existen diferentes destinos posibles para los eventos traumáticos, uno de ellos es la desestructuración, como en el caso de mi paciente. Mi destino fue diferente, ya que contaba con el sostén que me proporcionaban mi espacio analítico y el de supervisión. El descubrimiento de los conceptos "complejo de la madre muerta", representación pictográfica y trauma, fue de suma importancia para la interpretación del material clínico. La resignificación de aquellas interrogantes a la luz de los nuevos conceptos y teorías, tuvo una función estructurante.

Pude comprender que cuando se trabaja con un paciente que ha sufrido lo que César, es necesario "zurcir" la rasgadura psíquica mediante construcciones analíticas, "remendar" los agujeros psíquicos que han quedado en la trama representacional para que pueda salir a flote y así disminuir su sentimiento de

vacío y su angustia de aniquilamiento. Afortunadamente, yo pude contar con construcciones analíticas que posibilitaron la reparación de mis propios agujeros psíquicos ocasionados por la angustia.

Ahora bien, aún con los nuevos elementos teórico/prácticos, fue necesario descartar otras posibles explicaciones del caso para lograr una mayor claridad, actividad que se realizó durante los meses siguientes:

Hay chicos que han padecido la pérdida simbólica (o incluso real) de ambos padres y aún así, tuvieron la capacidad de desarrollar su psiquismo de una manera, digamos “normal”, lo cual pone en duda la tesis de la desorganización psíquica como consecuencia de la ausencia materna. De acuerdo con el recorrido teórico realizado hasta el momento, puedo decir que en esos casos las figuras materna y paterna son asumidas por otras personas que se encargan de los cuidados primordiales. Esto les permite un desarrollo normal hasta cierto punto, y no presentar síntomas patológicos, o por lo menos no tan explosivos. César contaba con figuras sustitutas, sus abuelos maternos, que desempeñaron un papel mediano, tibio, de contención, que impidió que desarrollara una gran potencialidad psicótica. Lo que determinó el desarrollo de su sintomatología, fue la reactualización constante de su sentimiento de abandono, mediante esa forma tibia de relación con sus abuelos (y posteriormente con su madre) a lo largo de toda su infancia. Es por eso que, a diferencia de otros casos que pueden ser encontrados en la literatura, los objetos sustitutos de César no fueron suficientes.

Sin embargo, no hay que olvidar que aunque existan objetos sustitutos para desempeñar las funciones, la figura materna como objeto organizador y estructurante es irremplazable y su ausencia origina necesariamente algún grado de desgarramiento psíquico (Yardino, 2005).

Un elemento extra que lo diferencia de otro tipo de casos, es que sus pasajes al acto son las manifestaciones de su estado interno en conflicto y no sólo

de su fase adolescente. Tiene toda la intención de llamar la atención, de reafirmar su propia existencia a través de la mirada del otro. No es un “rebelde sin causa”, su agresividad es una forma de defensa ante su sentimiento de vacío y de desesperanza.

Asimismo, es posible descartar un cuadro psicótico, debido a que a pesar de que la falta de deseo de la madre constituye un factor necesario, no es suficiente para que se presente la psicosis (Aulagnier, 2010). Además, conserva la capacidad de prueba de realidad, responde bien a las interpretaciones, no se observa regresión, no presentó desorganización en el discurso ni en el curso de sus pensamientos, y había integración del si-mismo más que difusión de la identidad (Marcelli & Braconnier, 1986).

Por otra parte, no presenta tampoco una estructura límite ya que no manifiesta conductas marginales y/o delictivas, sus intentos de suicidio son en realidad deseos simbólicos de aniquilación, además de que la hipótesis etiológica ontogenética de dicha estructura, señala que se origina debido a que en el paso de la simbiosis a la separación, la madre rechaza las tentativas de individuación del hijo. Este no es el caso de *César*, ya que entre él y la madre no se presentó ese estado de simbiosis, de enamoramiento (o se dio de manera muy escasa). Tampoco utiliza a los otros como objetos parciales, ya que es capaz de establecer relaciones de amistad y noviazgo, y su agresividad está también del lado de la fantasía (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2002).

César se encuentra en un momento muy importante de su desarrollo, que pudiera llamarse límite, entendido como una fase en la cual están por definirse cuestiones muy importantes para su psique. Por un lado, está entre la niñez y la edad adulta, tratando de reafirmar su propia existencia y su individualidad. Por otra parte, será muy importante la forma en la que haga frente a los eventos que se presenten en su vida para su psiquismo aún en formación, ya que de eso

dependerá el tipo de estructura (neurótica, psicótica, perversa, limítrofe) que se instalará y determinará su comportamiento en la vida adulta.

Ahora bien, al observar en retrospectiva el trabajo realizado, aún queda la duda de ¿porqué se fue?

La primera de las hipótesis, está relacionada con una etapa específica del tratamiento: algo debió ocurrir en el periodo de vacaciones, justo después de haber conseguido ese acercamiento ya relatado con César. En ese momento, pasé por alto el comentario de la madre en relación a que el padre del chico, lo estaba buscando prometiéndole cosas, sólo para decepcionarlo nuevamente unos días después. De aquí, se desprenden 2 equivocaciones técnicas que pudieron influir en el cambio de actitud de mi paciente. Por un lado, en lugar de haber aceptado la petición de la madre de tener una entrevista el día 13 de agosto, debí haber visto primero al chico, informarle de la solicitud de su madre, y posteriormente llevarla a cabo. Considero que mi accionar pudo haberlo enfadado, ya que no respeté su espacio. Por otra parte, debí retomar el tema del padre en la sesión con él del 20 de agosto y reafirmar mi posición transferencial del “padre bueno que no abandona”, ya que me parece que su huida, fue un intento de castigar y abandonar a su padre a través de mí; además de manifestar su intenso temor de que yo también lo abandone una vez que me convierta en una figura significativa para él.

La segunda hipótesis tiene un tinte más personal. Mi inexperiencia dificultaba mi observación de los movimientos transferenciales y contratransferenciales, y además, la bibliografía consultada hasta el momento no era suficiente para comprender el caso que tenía en mis manos. En este sentido, actué como hasta la fecha había venido actuando su madre con él, con una indiferencia no deliberada, consecuencia de la falta de herramientas para comprender y establecer contacto. No sabía cómo ayudarlo y me invadía su sentimiento de fragilidad y desamparo, y al mismo tiempo, una parte de mí lo

envidiaba. Esta incapacidad de conectarme con *César*, provenía del enojo producto de la envidia y de la frustración por mis limitaciones como terapeuta en formación. Además, es muy cierto que un terapeuta, no puede llevar a un paciente más allá de donde lo ha llevado su análisis personal; situación de suma importancia, ya que sólo fui capaz de comprender la trascendencia de lo originario en el desarrollo de la sintomatología de mi paciente, hasta que mi análisis me llevó a trabajar con mis propias cuestiones originarias.

La tercera y última hipótesis tiene que ver con el balance entre fracaso y éxito terapéuticos. El trabajo con un chico como *César*, cuya sintomatología se debe al impacto de un trauma temprano, debía consistir idealmente en tejer una nueva red relacional para “tapar” ese hueco con el que estaba identificado, para reparar esos agujeros psíquicos que le impedían tener relaciones de objeto satisfactorias y que de ese modo pudiera encontrar en mi persona, una figura que lo rescatara del vacío y la soledad en la que estaba inmerso. Como ya se ha relatado, no ocurrió así; fue un fracaso terapéutico en sentido estricto. Sin embargo, el panorama no es tan pesimista como pudiera aparentar a simple vista. Más allá de las intervenciones y de las interpretaciones que puedan hacerse dentro de un consultorio, es necesario no olvidar el valor que tiene en sí misma la escucha y el “estar ahí” de un terapeuta. En este sentido, considero que mi labor tuvo un papel estructurante y de contención, dentro de ciertos límites para mi paciente. *César*, es un adolescente que ha sido víctima de una desobjetivización constante, lucha desesperadamente por constituirse como un sujeto deseante.

El deseo de su madre consistía en que asistiera a terapia para que alguien diferente a ella lo “compusiera” y así calmara su sentimiento de culpa; mi deseo como terapeuta era lograr que se quedara para no herir mi narcisismo con un fracaso en mi práctica profesional. *César* no cedió ante ninguno de los dos y tomó la decisión de ya no asistir. No podría considerarlo como un éxito terapéutico como tal, sin embargo es interesante observar cómo manifestó un deseo genuino,

propio, con argumentos; pudo delimitar aquello que los demás querían y lo que él quería en ese momento y lo hizo valer.

Parecer ser que después de todas las dificultades y errores técnicos, algo se modificó en este paciente. Tal vez no pude ser el padre bueno que transferencialmente necesitaba, pero por lo menos, logré ser el herrero que diera nueva vida a su armadura y a su espada, que le facilitaran su camino en la construcción de su subjetividad y la constitución de su deseo, de alzarse de nuevo como el héroe que no pudo ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aulagnier, P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. México: Siglo XXI editores.

Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Baekeland, C. (2005). Las grietas estructurales. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Infantil: Revista De La Sociedad Española De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, (39/40), 71-77. Recuperado de http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria39_40.pdf.

Bleichmar, H. (2008). *Introducción al estudio de las perversiones: La teoría del Edipo en Freud y Lacan* (15ª reimp.). Buenos Aires: Nueva visión.

Bleichmar, S. (1982). Mito o historia en los orígenes del aparato psíquico. *Trabajo Del Psicoanálisis*, 1 (3), 305-326.

Bleichmar, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Botbol, A. (2000). De la memoria y el deseo. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Infantil: Revista De La Sociedad Española De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, (30), 93-105. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria30.pdf>.

Braier, E. (2001). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano: Teoría y clínica. *Intercanvis: Revista Digital De Psicoanálisis*, (6), 21-24. Recuperado de <http://www.intercanvis.es/pdf/06/06-03.pdf>.

- Cárcamo, V. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. *Cinta De Moebio*, (23)
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102306>.
- Chamizo, O. (2009). *Pasajes psicoanalíticos: Clínica freudiana 1*. México: Siglo XXI editores.
- Doltó, F. (1987). *El niño del espejo: El trabajo terapéutico*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Dor, J. (1996). *Introducción a la lectura de Lacan I: El inconsciente estructurado como un lenguaje*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Fiorini, H. (2010). *Teoría y técnica de psicoterapias (23ª reimp.)*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Flechner, S. (2003). De agresividad y violencia en la adolescencia. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, (98): 163-183. Recuperado de http://www.apuruquay.org/revista_pdf/rup98/rup98-flechner.pdf.
- Freud, A. (1976). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo I (2ª ed., 2ª reimp.)* (pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- _____ (1896). Fragmentos de la correspondencia con Fliess: Manuscrito K, las neurosis de defensa. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo I (2ª ed., 2ª reimp.)* (pp. 260-269). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En: Freud, S (1991). *Obras completas tomo VII* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp.109-222). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XII* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp. 217-231). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1914). Introducción del narcisismo. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XIV* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XIV* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1917). Duelo y melancolía. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XIV* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1923). El yo y el ello. En: Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XIX* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp.1-66). Buenos Aires: Amorrortu editores.

_____ (1979). La represión. En Freud, S. (1991). *Obras completas tomo XIV* (2ª ed., 2ª reimp.) (pp.135-152). Buenos Aires: Amorrortu editores.

García, S. (2005). Trauma psíquico y método psicoanalítico. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis: Asociación Psicoanalítica Del Uruguay*, (100), 149-169. Recuperado de http://www.apuguay.org/revista_pdf/rup100/100-garcia.pdf.

Green, A. (2005). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte* (4ª reimp.). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Green, A. (2006). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia, los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Infantil: Revista De La Sociedad Española De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, (33/34), 149-171. Recuperado de http://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria33_34.pdf.

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Infantil: Revista De La Sociedad Española De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, (33/34), 59-91. Recuperado de http://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria33_34.pdf.

Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

Klein, M. (1932). El psicoanálisis de niños. En Klein, M. (s.f.). *Bibliotecas de Psicoanálisis: Obras completas de Melanie Klein*. Recuperado de <https://app.box.com/s/p0ec254ng7waa7m4bf2l>.

Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: Klein, M. (s.f.). *Bibliotecas de Psicoanálisis: Obras completas de Melanie Klein*. Recuperado de <https://app.box.com/s/2l7bdykv5mh0f6as0lvj>.

Lacan, J. (2009). *Escritos 1* (3ª ed.). México: Siglo XXI editores.

Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis: La seducción originaria*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Laplanche, J. (1997). La sexualidad humana: Lo enigmático. *Zona Erógena*, (35). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/139376876/Laplanche-Sexualidad-Humana>.

Laplanche, J. (2001). *Vida y muerte en psicoanálisis* (3ª reimp.). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (6ª reimp.). Buenos Aires: Paidós.

Lasa, A. (1993, octubre). Sobre los fundamentos del psiquismo. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Infantil: Revista De La Sociedad Española De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, (15/16), 5-12. Recuperado de http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria-15_16.pdf.

Maleval, J. (2002). *La forclusión del nombre del padre*. Buenos Aires: Paidós.

Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B., & Hébrard, J. (1996). *La crisis de la adolescencia* (3ª ed.). Barcelona: Gedisa editorial.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente*. México: Masson editores.

Nasio, J. (1996). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis* (4ª ed.). Barcelona: Gedisa editorial.

Nin, A. (2004). Algunas peculiaridades en el tratamiento psicoanalítico de pacientes adolescentes. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*. (99), 153-168. Recuperado de http://www.apuruquay.org/revista_pdf/rup99/rup99-nin.pdf.

Rabain, J. F. (2002, octubre 10). Conférence d'introduction a la psychanalyse de l'adulte: Le maternel et la construction psychique chez Winnicott. *Société Psychanalytique De Paris*. Recuperado de <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/?p=5897>.

Segal, H. (1984). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Schkolnik, F. (2005). Efectos de lo traumático en la subjetivación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis: Asociación Psicoanalítica Del Uruguay*, (100), 73-90. Recuperado de http://www.apuruquay.org/revista_pdf/rup100/100-schkolnik.pdf.

Winnicott, D. (1940). Los niños y sus madres. En: Winnicott, D. (s.f.). *Biblioteca D. Winnicott: Obras completas (en español)*. Recuperado de <https://app.box.com/s/q8qr5jvvszwbhe91dbqk>.

_____ (1960). La pareja madre-lactante. En: Winnicott, D. (s.f.). *Biblioteca D. Winnicott: Obras completas (en español)*. Recuperado de <https://app.box.com/s/q8qr5jvvszwbhe91dbqk>.

_____ (1961). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En: Winnicott, D. (s.f.). *Biblioteca D. Winnicott: Obras completas (en español)*. Recuperado de <https://app.box.com/s/q8qr5jvvszwbhe91dbqk>.

_____ (1971). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En: Winnicott, D. (s.f.). *Realidad y juego*. Recuperado de <https://app.box.com/s/try0c187rdz5oedh3mkk>.

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Serie Documentos De Trabajo*, (296). Recuperado de http://www.automark.com.mx/MYRNA_estudiosdecaso.pdf.

Yardino, S. (2005). Acerca del posible destino de los traumas precoces. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis: Asociación Psicoanalítica Del Uruguay*, (100), 136-148. Recuperado de <http://www.apuguay.org/apurevista/2000/16887247200510011.pdf>.

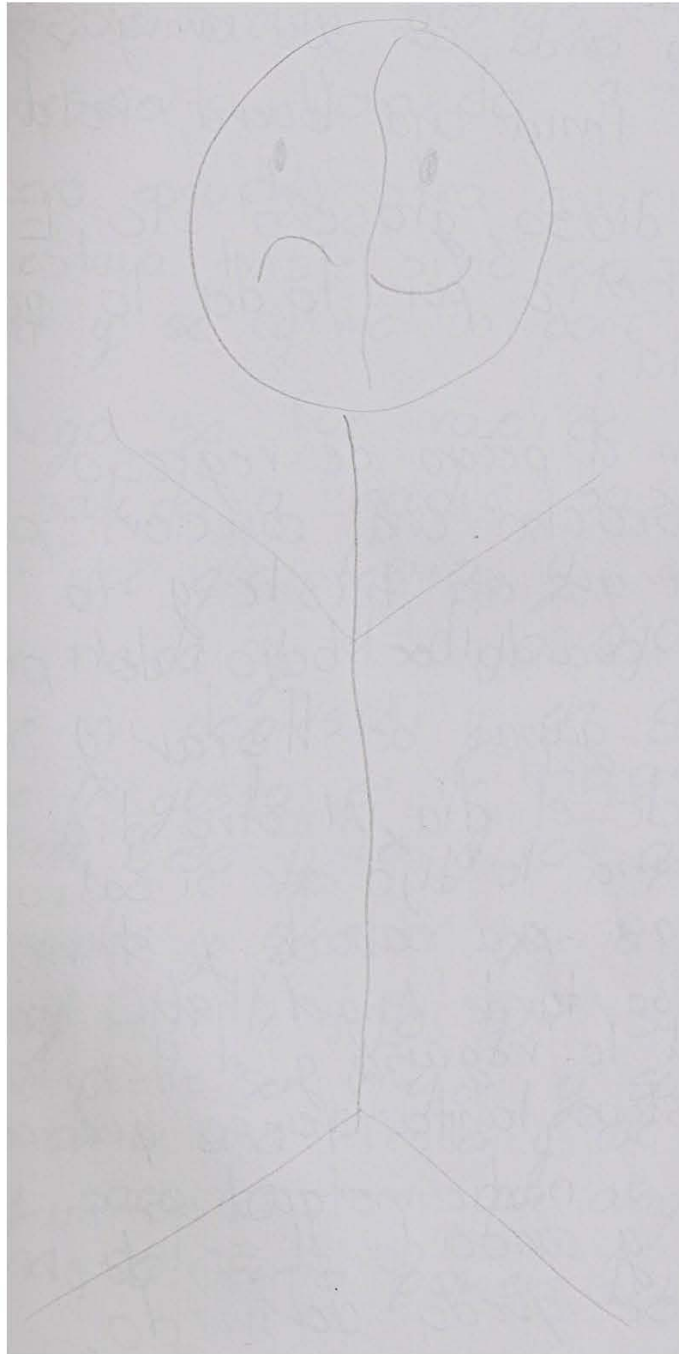
ANEXO

1. Mapa de sesiones.

Miércoles - 18 – enero	1ª entrevista con la madre
Miércoles - 25 – enero	1ª entrevista con el paciente
Miércoles - 01 – febrero	✓
Miércoles - 08 – febrero	✓
Lunes - 13 – febrero	Se cambia el día se sesión al lunes
Lunes - 20 – febrero	✓
Lunes - 27 – febrero	✓
Lunes - 05 – marzo	✓
Lunes - 12 – marzo	Entrevista de devolución de resultados
Miércoles - 14 – marzo	Entrevista sólo con la madre
Lunes - 19 – marzo	ASUETO
Miércoles - 21 – marzo	3ª entrevista con la madre
Lunes - 26 – marzo	X
Lunes - 02 – abril	ASUETO
Lunes - 09 – abril	X
Lunes - 16 – abril	✓
Lunes - 23 – abril	✓
Lunes - 30 – abril	X
Lunes - 07 – mayo	X
Lunes - 14 – mayo	✓
Lunes - 21 – mayo	✓
Lunes - 28 – mayo	✓
Lunes - 04 – junio	X
Lunes - 11 – junio	X
Lunes - 18 – junio	✓
Lunes - 25 – junio	✓
Lunes - 02 – julio	VACACIONES
Lunes - 09 – julio	
Lunes - 16 – julio	
Lunes - 23 – julio	
Lunes - 30 – julio	X
Lunes - 06 – agosto	X
Lunes - 13 – agosto	La madre solicita una 4ª entrevista
Lunes - 20 – agosto	Habla de su intento de suicidio con pastillas.
Lunes - 27 – agosto	X
Lunes - 03 – septiembre	X
Lunes - 10 – septiembre	Se sugieren 2 sesiones por semana
Lunes - 17 – septiembre	X
Lunes - 24 – septiembre	X
Lunes - 01 – octubre	✓
Lunes - 08 – octubre	✓

2. Test de la Figura Humana de Karen Machover.

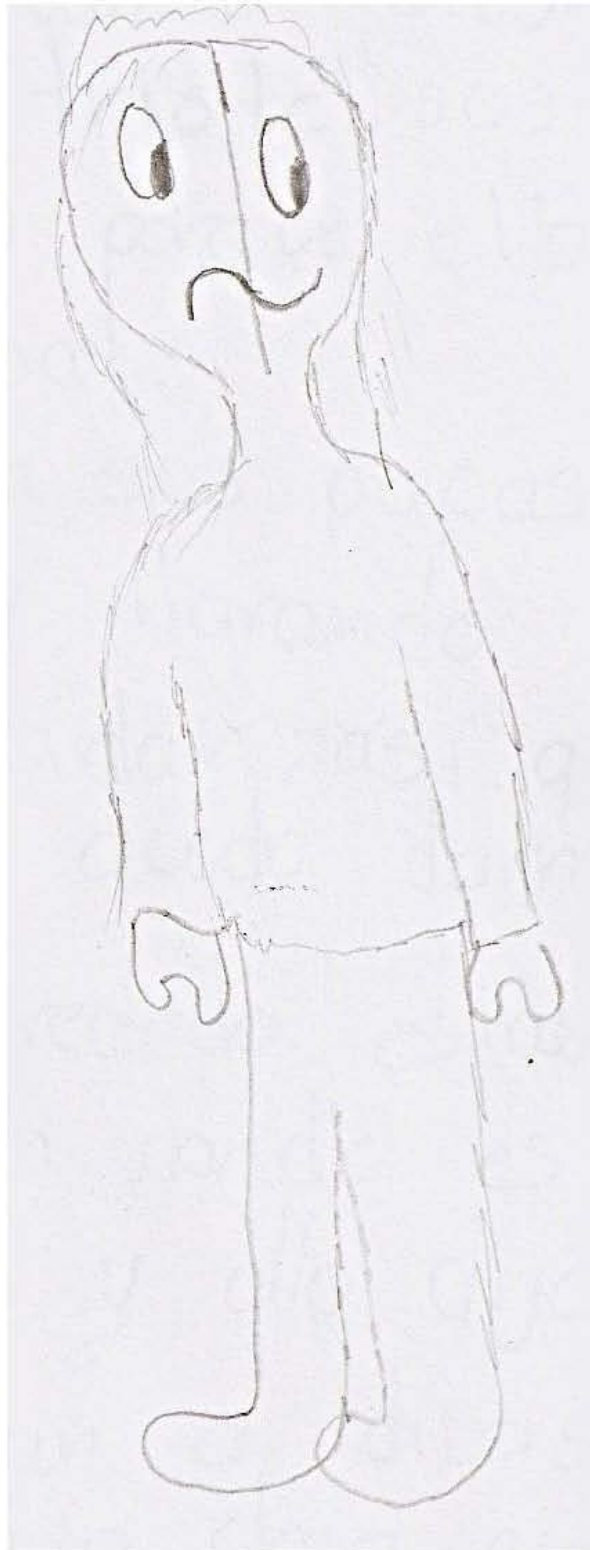
Figura 1 (hombre)



tuvo un sueño en donde llegaba de
la escuela y nadie le habla ni nada
le pegaban, le hacian bromas etc, hacia
que se despierto llorando a la escuela
en el peccero escucho otra cancion pero
esta no estava triste sino era un poco
sentimental y se calmo un poco

cuando llego se fue rapido a su
salon no saludo a nadie sus amigos
le desian que que tenia y el les
desia que nada y el dijo ojala
se acabe mi depresion y en eso la
niña que le gusta se le acerca
le dio un beso y le dijo que le
gustaba mucho y que si queria ser se
fue el muy feliz le dijo que si y dijo
mi dia no puede ser mejor y sus amigos
lo invitaran a una fiesta y ese dia avia
examen y saco lo haci que angel dijo
amas me volver a poner triste.

Figura 2 (mujer)



Habia una vez una niña llamada Mindy que ella casi siempre estaba triste por muchos problemas en su casa, escuela y conocidos.

Sus padres se iban a divorciar, en la escuela iba mal de lo triste, sus amigos ya casi no le hablaban porque ella no quería, para ella todo iba mal.

Un día escucho a sus papas decir ya no puedo y Mindy llorando se fue a su cuarto y se quiso suicidar, así que agarró unas astillas y se quedó dormida, cuando despertó vio que a su alrededor estaban sus papás y amigos y ella en donde estoy su mamá le dijo que en el hospital y ella dijo que se quería morir xq se iban a divorciar y su mamá la besó y le dijo claro que no si peñábamos ya xq estaban enojados pero que jamás se iban separar, sus amigos le dijeron que la querían mucho y le dieron regalos y cuando salió del hospital Mindy dijo jamás volveré a estar triste y desde entonces sacaba pero lo tenía muchos amigos y sus papá jamás volvieron a pelear.

3. Test de la Familia de Corman.

