



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**SOBRE LAS DIFICULTADES EN LA SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN DE UNA  
ADOLESCENTE CON SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS**

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

PRESENTA:  
**DIEGO RUSSO BECKER**

DIRECTORA:  
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:  
DRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO SOLÍS, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, CDMX.

DICIEMBRE, 2016.



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.

# ÍNDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

#### 1. PSICOSOMASIS

- 1.1 El desarrollo de síntomas psicossomáticos
- 1.2 Algunas vicisitudes de la corporalidad en la adolescencia

#### 2. SOBRE EL MATERNAJE Y EL PADRE AUSENTE

- 2.1 La madre suficientemente buena
- 2.2 La capacidad de revêrie de la madre
- 2.3 El padre ausente en la cultura mexicana

#### 3. SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

- 3.1 El desarrollo del infante en Mahler
- 3.2 La angustia de separación

#### 4. SOBRE LA SEXUALIDAD GENITAL

- 4.1 El desarrollo psicosexual
- 4.2 Desde la infancia a la adultez pasando por la adolescencia: un camino complicado

### CAPÍTULO II. MÉTODO

- 1. Planteamiento del problema
- 2. Objetivo general
- 3. Objetivos específicos
- 4. Definición de categorías

5. Tipo de estudio
6. Participantes
7. Escenario
8. Instrumentos
9. Procedimiento
10. Consideraciones éticas

### **CAPÍTULO III. LA PACIENTE**

1. Ficha de identificación
2. Descripción de la paciente
3. Motivo de consulta
4. Proceso diagnóstico
5. Entrevistas iniciales
6. Historia clínica

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

1. La influencia del maternaje y el abandono paterno en los síntomas psicósomáticos
2. Las dificultades en el proceso de separación-individuación a partir de la dinámica familiar
3. El comportamiento adulto reemplazado por conductas infantiles y adolescentes
4. El proceso terapéutico (análisis trasferencial y contratrasferencial y alcances terapéuticos)

### **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## RESUMEN

Este trabajo consiste en un estudio de caso clínico el cual utiliza la técnica de análisis del discurso con el fin de presentar el tratamiento psicoanalítico que se brindó a una joven de 19 años quien buscó asistencia psicológica debido a diversos síntomas psicósomáticos que manifestó al ingresar a sus estudios de licenciatura.

Se expone una investigación cualitativa la cual realiza un recorrido teórico sobre los temas de la enfermedad psicósomática, el proceso de separación-individuación del ser humano, las relaciones filio-parentales enfocadas en las funciones de maternaje y revêrie, la angustia de separación y el desarrollo del ser humano desde la infancia hasta la adultez, pasando por las vicisitudes de la adolescencia y basándose en la teoría del desarrollo psicosexual de Freud.

Posteriormente se describe el tratamiento que se llevó a cabo explicando los objetivos terapéuticos que se consiguieron y cuáles no se pudieron alcanzar y por qué. A pesar de éstos últimos y considerando el discurso de la paciente, se concluyó que el trabajo clínico realizado pudo mejorar su calidad de vida de manera relevante.

**Palabras clave:** Enfermedad psicósomática, separación-individuación, maternaje.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda, mediante el estudio de un caso clínico, el tema de la enfermedad psicosomática. Ésta se refiere a la manifestación de enfermedades o síntomas físicos derivados de conflictos psíquicos. La teoría psicoanalítica revisada sobre el tema (McDougall, 1995) expone que el paciente psicosomático careció de una relación objetal primaria adecuada en la que la madre no supo satisfacer las necesidades del infante, lo cual afecta el desarrollo del lenguaje. Al no ser capaz de comunicarse por medio de la palabra, el cuerpo expresa el malestar psíquico por medio de la enfermedad física.

La paciente en cuestión, una joven que contaba con 19 años de edad al momento en que inicia su tratamiento, presentaba diversos síntomas psicosomáticos derivados de algunas situaciones estresantes que estaba viviendo. Sin embargo, sus problemas no se limitaban a sus síntomas, sino que se extendían a varias esferas de su vida como la escolar, la familiar y la personal, ésta última referida a fuertes dificultades para poder tener un desarrollo adecuado en el que pudiese transitar de buena manera hacia la adultez.

Las características del caso hicieron necesaria una revisión de la teoría psicoanalítica que abarcara temas adicionales a la enfermedad psicosomática. De este modo se presenta una investigación teórica que incluye el proceso de separación-individuación expuesto por Mahler, Pine y Bergman (1975), el cual se ve influenciado por la relación filio-parental, por lo que para ahondar en este tema se revisan las teorías de Donald W. Winnicott (1965, 1972) y de Wilfred Bion (1962). Asimismo se realiza un recorrido por el desarrollo humano, desde la infancia hasta la adultez, en el cual se consideran a varios autores, tomando como base la teoría del desarrollo psicosexual de Freud (1905).

Finalmente se realiza la exposición del caso clínico el cual se procura analizar a partir de la teoría mencionada haciendo énfasis en los eventos acontecidos a partir del tratamiento psicoanalítico implementado.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1. PSICOSOMASIS

#### 1.1 El desarrollo de síntomas psicósomáticos

Parafraseando a McDougall (1995), la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión en la que el bebé no es capaz de percibir a la madre como objeto, sino que se vive como un cuerpo y una psique para dos personas, constituyéndose como indivisible de la madre. Al nacer, el bebé no es consciente de que se ha separado físicamente de la madre y ella representa algo mucho más importante que cualquier otro ser humano, siendo un entorno total, una “madre-universo” de la que el bebé es parte y en donde éste vive. Esta ilusión que crea el bebé pareciera un intento por mantenerse en las condiciones intrauterinas propias del embarazo en donde no hay lugar para frustraciones, responsabilidades ni deseos, pues la conexión a partir del cordón umbilical mantiene al producto en un estado homeostático constante.

Sin embargo, el curso de la vida fuerza al infante a crecer y desarrollarse separado de la madre, siendo necesario que se diferencie de su progenitora para dar cabida a la individualidad de ambos. Este curso impide el cumplimiento de un deseo que existe oculto en todas las personas, el cual consiste en regresar a ese estado homeostático experimentado en el vientre materno y fantaseado durante los primeros meses de vida. La importancia de que este deseo no se cumpla es evitar la muerte psíquica y promover el desarrollo de una identidad personal.

La fantasía mencionada acerca de un solo cuerpo para dos personas, igualmente se origina de la experiencia intrauterina en la que verdaderamente el cuerpo de la madre se encarga de las funciones vitales de sí misma y del niño. Esta fantasía del “cuerpo-único” es primordial en todo ser humano, pues juega un

papel fundamental en la vida psíquica del neonato y regirá su funcionamiento somatopsíquico.

Se observa, entonces, un comportamiento ambivalente en el bebé quien por un lado necesita separarse de la madre para lograr su identidad individual, pero por otro lado, necesita la cercanía de su progenitora para poder recibir los cuidados necesarios para continuar viviendo. Es esta una de las situaciones más conflictivas en la vida de cualquier ser humano, es decir, desarrollarse óptimamente como un adulto independiente y autónomo a la vez que deja de ser protegido por un ambiente parental que lo cuidó desde pequeño. Diversos autores, como se explicará más adelante, han elaborado sus respectivas teorías acerca de cómo la relación madre-hijo será fundamental para que el desarrollo del bebé se realice adecuadamente enfocándose en aspectos específicos, sin embargo, un aspecto en común que tienen estas teorías es la importancia de que la madre pueda reconocer y satisfacer las diferentes necesidades del bebé de manera que éste se perciba con la seguridad requerida para reconocerse como un individuo.

Si la relación madre-hijo es “suficientemente buena” (en términos de Winnicott, 1965), entonces el niño será capaz de ir diferenciando entre su yo y su no-yo, es decir, entre lo que es su cuerpo y lo que es el mundo exterior, a la vez que en el plano psíquico podrá distinguir lo perteneciente a lo mental y lo perteneciente a lo somático. La diferenciación entre lo que es su cuerpo y lo que no lo es, implicará en primera instancia, el reconocimiento del cuerpo materno, lo cual era concebido como la primera representación del mundo exterior.

En este sentido, una madre suficientemente buena tendrá la disposición para que el bebé pueda desenvolverse en este reconocimiento ambivalente de su necesidad entre fusionarse completamente con ella y poder separarse de ella, con base en el estado afectivo del pequeño, quien tenderá a querer estar con la madre en momentos de sufrimiento físico o psicológico, mientras que en momentos de descubrimiento de sus propias capacidades tenderá a desarrollar su autonomía. En cambio, si los deseos inconscientes de la madre la llevan a interrumpir el desarrollo que el niño esté requiriendo, éste se encontrará con un crecimiento



influenciado patológicamente por las necesidades de la madre. Por ejemplo, un niño cuya madre no le permita separarse de ella, podría generar una dependencia excesiva hacia otras personas, incluyendo a la misma madre, lo cual también sería ocasión de una constante inseguridad e incapacidad para estar solo. Esta interacción madre-hijo será determinante en la constitución del yo del niño.

Conforme el niño va creciendo, se hace de nuevos recursos para poder sentirse seguro sin necesitar la presencia física de la madre. McDougall (1995, pp. 43-44) lo explica diciendo que es en “el momento en que el lenguaje comienza a sustituir los modos más primitivos de comunicación corporal y cuando el niño es capaz de concebir y pronunciar la palabra “mamá”, creando así la posibilidad de evocar su calor y la protección que ésta garantiza únicamente mediante esta palabra, sin tener obligatoriamente necesidad de su presencia reconfortante”. Como lo menciona la autora citada, el lenguaje es un factor fundamental para la estructuración de la psique humana, el cual es aprendido a partir de las relaciones primarias, es decir, los padres del infante. Es a partir del lenguaje que el niño podrá crear representaciones mentales de los objetos que le puedan generar una sensación de consuelo y seguridad. Estos objetos que tienen la función de ser sustitutos del objeto primario, son los que Winnicott (1972) menciona con el nombre de objeto transicional. De esta manera, el niño dotado de palabra tiene la posibilidad de acceder a una comunicación simbólica, que sustituye la comunicación con la madre a partir del contacto corporal y las formas gestuales.

Si el desarrollo del niño fracasa en este proceso fundamental, entonces se compromete su capacidad para integrarse y reconocer como propios su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos, lo cual será contribuyente al desarrollo de diferentes alteraciones psicológicas, entre las que se pueden presentar síntomas psicosomáticos. Pero, ¿qué es lo que provoca que los síntomas manifiestos sean de naturaleza psicosomática o de alguna otra índole? El ser humano tiende a hacer algo que le haga sentirse mejor en momentos de tensión, como podría ser comer, beber o fumar mucho para dispersar lo más rápido posible ese sentimiento que preferiría desconocer. Estas actividades se utilizan en lugar de contener y

reflexionar sobre la emoción que se está experimentando, lo cual permitiría encontrar una respuesta adecuada al conflicto, pero a su vez implicaría afrontarlo y entrar en contacto con el afecto displacentero que se intenta evitar.

Todas las personas tienen la capacidad de somatizar, en especial cuando las circunstancias, internas o externas, sobrepasan los modos psicológicos habituales de resistencia de cada persona. Sin embargo, algunas personas presentan mayor tendencia a responder ante situaciones angustiantes a partir de enfermedades somáticas. Estos pacientes pueden manifestar una gran gama de enfermedades como resfriados comunes, problemas gastrointestinales, migrañas, alteraciones en la piel, o incluso síntomas sexuales como la impotencia. Pareciera, en un principio, que estos pacientes presentan una fuerte escisión entre psique y soma. Es decir, que el cuerpo reacciona ante una amenaza psicológica como si ésta fuera de orden fisiológico, lo cual se puede deber, entre otros factores, a la destrucción de los estados afectivos frente a casi toda situación que pudiera movilizar representaciones cargadas de emoción. En otras palabras, el paciente psicósomático no tolera lidiar emocionalmente con los eventos angustiantes, por lo que dicha angustia se transcribe en el cuerpo.

Antes de que exista el lenguaje, el funcionamiento psíquico del niño se constituye a partir de significantes no verbales, a pesar de que la madre se auxilie de la palabra para comunicarse con el bebé. En este periodo de desarrollo, las zonas erógenas y las funciones corporales del niño son primordiales para comunicarse con el mundo exterior y con la madre, por lo que no es de extrañar que si el pequeño no recibe la satisfacción necesaria durante un tiempo considerable, entonces éste reaccione a partir de alguna somatización como, por ejemplo, un hiperfuncionamiento gástrico. En caso de que el niño viva experiencias constantes de este tipo de frustración durante los primeros meses de vida, será incapaz de percibir su cuerpo como independiente del de la madre. De esta manera, cuando un adulto tiende a reaccionar ante conflictos significativos a partir de somatizaciones, cabe pensar que su funcionamiento mental es de tipo arcaico, pues está siendo incapaz de servirse del lenguaje como vía de salida para

la expresión de su angustia y, de cierto modo, está ocurriendo una regresión a esta etapa tan temprana del desarrollo humano. Por lo mismo, se observará una tendencia en los pacientes psicósomáticos a presentar ausencia de afectos, falta de capacidad imaginativa y dificultad para comunicarse verbalmente.

Reflexionando sobre estas manifestaciones psicósomáticas es pertinente distinguir entre éstas y las expresiones propias de la histeria en las que Freud enfatizó sobre los síntomas que también se presentan a partir del cuerpo. Para esto, se tiene que pensar en la distinción entre imagen corporal y funcionamiento somático, puesto que la primera tiene relación con la imaginación, mientras que el segundo con la realidad del cuerpo. “El síntoma histérico clásico se manifiesta por una disfunción corporal cuando una de las partes del cuerpo, un órgano sensorial por ejemplo, se convierte en el soporte de un significado simbólico inconsciente. Dicha parte puede convertirse en el equivalente inconsciente del órgano sexual, y dejar de funcionar normalmente cuando una inhibición masiva afecta a la sexualidad adulta” (McDougall, 1995, p. 28). Se entiende de este enunciado, que en el síntoma histérico se cuenta con un símbolo relacionado a un trauma matizado fuertemente por connotaciones sexuales que provocará una disfunción corporal, la cual no es real sino imaginada. Es decir, que el órgano no se encuentra dañado. Tómese como ejemplo los casos reportados de mujeres que presentaban algún derivado de ceguera a pesar de que sus ojos se encontraban, aparentemente, en condiciones perfectas.

Por otro lado, el síntoma somático, como se ha mencionado, está relacionado con fallas en etapas arcaicas previas a la adquisición del lenguaje, por lo que carece de un símbolo de tal elaboración como aquél presente en el síntoma histérico. Asimismo, el síntoma somático sí presenta una alteración en el órgano, de tal manera que esta alteración afecta la realidad del cuerpo del paciente. Estas somatizaciones resultan ser el signo externo de deseos libidinales prohibidos y expresiones de defensa contra pulsiones agresivas y contra fantasías arcaicas sobre el miedo a perder la identidad subjetiva. En este caso, la psique utiliza al cuerpo continuamente como la primera vía defensiva que puede utilizar ante los

factores estresantes del mundo exterior. En otras palabras, la histeria neurótica se genera a partir de vínculos verbales buscando proteger la identidad sexual, mientras que la psicopatización, que tiene un funcionamiento más arcaico, deviene a partir de vínculos preverbales que tratan de preservar al cuerpo entero.

Cabe resaltar en este punto que una tarea muy importante del analista que se encuentra frente al paciente psicopatizado será distinguir la naturaleza de las fantasías relacionadas con la sintomatología, pues éstas serán de una relevancia total para decidir si el síntoma corresponde a una problemática con tintes histéricos o de tipo psicopatizado. Igualmente, el analista necesita discernir si los síntomas físicos pueden ser abordados a partir de un tratamiento psicoterapéutico o si es necesario que se someta al paciente a algún otro tipo de tratamiento médico. Por lo mismo, desde el punto de vista psicoanalítico, las enfermedades del soma no deben limitarse a los fenómenos psicopatizados, sino que se necesita incluir en la economía psíquica todo lo referente al cuerpo real, no sólo aquello que corresponde al cuerpo imaginario como sucede en la conversión histérica.

Las enfermedades psicopatizadas tienen ciertas semejanzas en comparación con los padecimientos psicóticos (McDougall, 1995), empero esto no significa que un paciente psicopatizado sea psicótico por añadidura. En este sentido, se ha observado que la naturaleza de las angustias propias de las psicopatosis son de esta índole, pues el cuerpo se comporta de una manera delirante, lo cual provoca un miedo a ser destruido de una u otra forma, como por ejemplo el ser absorbido por otro cuerpo o que el propio sufra algún evento fulminante, a pesar de no tener esas condiciones de enfermedad real. Asimismo, el pensamiento psicótico busca llenar espacios de vacío aterrador mediante el delirio, mientras que los procesos de pensamiento en el paciente psicopatizado buscan vaciar la palabra de todo significado afectivo, a partir de lo cual el cuerpo manifiesta este comportamiento delirante, ya sea aumentando o inhibiendo funciones normales en el plano fisiológico.

Abordar el tema sobre la especificidad de los síntomas, en este caso refiriéndose a la psicopatización, significa entrar en un terreno engañoso en el que se debe de avanzar con mucho cuidado. Se puede decir que la angustia es la fuente principal de todas las psicopatologías y que ésta genera las formaciones de compromiso a partir de las cuales se desarrollan los diferentes síntomas en las personas, lo cual vendría siendo un intento de autocuración por parte de éstas. Ante las diferentes manifestaciones de psicopatología, el análisis de los pacientes puede, con el paso del tiempo, ir esclareciendo las razones por las cuales se fueron originando determinados problemas. El trabajo en el consultorio puede ser una herramienta muy útil para reconstruir la historia de los conflictos libidinales, pero difícilmente predecirá las condiciones específicas de su producción. Esta labor se complica ante la necesidad de diferenciar entre las causas de la actualización de la sintomatología y sus orígenes en las primeras manifestaciones de ésta, los cuales suelen vislumbrarse a partir de las vicisitudes acaecidas en la relación madre-hijo durante los primeros meses de vida en los que se generan las bases de la estructura psíquica.

Las experiencias clínicas en el caso de la psicopatización permitirían plantear que el origen de regresiones psicósomáticas consideradas como defensas contra vivencias de muerte, devienen de la existencia de una sexualidad primitiva con características fusionales y sádicas, en donde se observa el funcionamiento de la fantasía de un cuerpo para dos en la que el sujeto no logra distinguir entre sí mismo y el otro (Cfr. McDougall, 1995). Por otro lado, también se ha podido observar que este tipo de pacientes tiende a presentar dos características peculiares conocidas como pensamiento operatorio y alexitimia.

El pensamiento operatorio se puede entender como una forma de relación con los demás y con uno mismo, al igual que un modo de expresión. Este tipo de pensamiento es deslibidinizado y pragmático, es decir, que el discurso de estos pacientes procura mantener al margen cualquier matiz de emociones pues el contacto con éstas implicaría sentir el conflicto percibido a partir de la relación con otras personas y consigo, de tal manera que procuran enfocarse en aspectos

superficiales, siendo profundamente dificultoso poder profundizar en sus sentimientos. Por ejemplo, un paciente somatizador podría hablar en el consultorio acerca de la apariencia física que tiene su madre y sobre las actividades que realiza, pero no podrá expresar lo que ella le hace sentir a partir de la relación que mantienen, por lo que, si la madre hace algo que le moleste, el paciente no lo dirá, sino que su cuerpo enfermará siendo éste el que reconoce inconscientemente la emoción que se genera. Esto, a su vez, va muy ligado con la alexitimia que significa que el sujeto carece de palabras para nombrar su estado afectivo, o bien que no es capaz de identificar el sentimiento que está experimentando en determinadas situaciones, por lo que suelen externar expresiones vagas y vacías con las que dicen algo sin decir nada realmente. Esta característica del paciente que somatiza compagina con el proceso regresivo del que se ha hablado anteriormente, pues el bebé, antes de la adquisición del lenguaje hablado, es forzosamente alexitímico.

Si se retoma la relación madre-hijo, ya se ha mencionado que las primeras interacciones entre éstos serán de gran importancia para definir el curso del funcionamiento psíquico del lactante. El bebé envía constantes señales a la madre para comunicarle sus afinidades y aversiones. Si la madre se encuentra libre de barreras internas y es capaz de comprender lo que el bebé quiere transmitirle, entonces el aparato psíquico podrá cimentarse con fortalezas que le permitan un desarrollo relativamente adecuado. Pero si, por consecuencia de sus angustias internas, la madre no puede observar o interpretar los gestos del bebé y, en lugar de esto, tiende a imponer sus propios deseos y necesidades, generando en el niño una frustración e impotencia constantes, entonces el infante podría verse obligado a responder de manera radical ante las crisis afectivas que se le presenten. En este caso, es posible que el desarrollo de defensas del orden de la psicopatización se defina a partir de la constelación familiar y del papel simbólico que desempeñe el padre en la organización psíquica. El factor del padre, que se retomará más adelante, es fundamental en esta dinámica, ya que la relación que tenga la madre con el padre del niño también tiene gran influencia en el ambiente en el que se desarrolla el infante, así como en la representación

psíquica que tenga de la madre, la cual está íntimamente ligada a la capacidad materna de modificar el sufrimiento físico o psicológico que el niño pueda llegar a tener. A medida en que se lleve a cabo la introyección de un entorno materno seguro, el bebé podrá diferenciar entre él y su madre y tendrá la confianza de recurrir a ella en momentos de sufrimiento para recibir su consuelo y protección. De lo contrario, el niño presentará dificultades para diferenciarse de ella no sólo en el cuerpo, sino también a partir de afectos y pensamientos, dando la impresión que los únicos pensamientos autorizados son los de la madre, así como los sentimientos que ésta tenga ante diversas situaciones en la vida del niño.

McDougall (1995) comunica, con base en su experiencia clínica, que la fantasía fundamental presentada por los pacientes psicósomáticos consiste en que “el amor lleva a la muerte y que solamente la ausencia de toda libido garantiza la supervivencia psíquica; y por lo tanto el sujeto busca, mediante un trabajo de desafectación, proteger su supervivencia mental, ya que teme perder no solamente las barreras psíquicas contra la implosión provocada por los otros, sino también la pérdida de sus propios límites corporales” (p. 46). A partir de esta fantasía, el paciente procura mantener una defensa frente a la investidura narcisista de su propio cuerpo y mente, lo cual le provoca su vulnerabilidad psicósomática que puede atentar contra su propia vida, pues las barreras inmunitarias se ven debilitadas mediante este proceso, que es todavía más peligroso considerando el rechazo de las experiencias afectivas que se mencionó respecto a la alexitimia y al pensamiento operatorio, debido a que manifestarán una insensibilidad interior.

Con frecuencia por consecuencia de las constantes enfermedades que suelen presentar estos pacientes, también tienden a desarrollar una dependencia adictiva hacia personas investidas narcisistamente, las cuales son consideradas como parte de sí mismos. Aquí se observa nuevamente el funcionamiento de la fantasía de un cuerpo para dos que denota la dificultad del paciente para percibirse como un individuo separado del otro. Cualquier situación de conflicto que se presente entre el sujeto y estos “objetos del self”, puede ser ocasión para

que los síntomas psicossomáticos aumenten de manera considerable. Cuando este fenómeno se presenta en el espacio terapéutico, se ofrece la oportunidad para poner en palabras, tal vez por primera vez, la manera en que el funcionamiento somático está trabajando como un intento de defensa no apalabrado ante la dificultad de apalabrar el conflicto que el paciente experimenta. A partir de esto, se puede observar la importancia que tiene el trabajo de la transferencia durante el proceso analítico, pues el analista habrá de señalar al paciente la manera en que reacciona su enfermedad cuando ocurra alguna separación entre ambos.

Igualmente, una parte importante del trabajo analítico sería fomentar la adquisición de la subjetividad del paciente. Esto implica que éste luche contra el deseo de regresar al estado homeostático de fusión con la madre-universo. Para lograrlo, es necesario que la persona perciba la separación-individuación como una adquisición de su ser, derivada de la capacidad de diferenciación del otro, de manera que se eviten los duelos patológicos que sienten aquellos cuya estructura psíquica se mantiene en un estado arcaico de simbiosis con la madre cuando se encuentran ante la posibilidad de que exista un alejamiento con ésta.

De esta forma, se observa que no todas las personas viven la separación y diferenciación como adquisiciones psíquicas que les permiten tener un crecimiento que dé sentido a la vida pulsional (Cfr. McDougall, 1995). Por el contrario, hay quienes temen estos fenómenos como algo que los puede disminuir, vaciar o arrebatar de una parte de sí mismos que es vital para sobrevivir. En este caso, conforme la persona avance en su vida, no podrá reconocer el dolor psíquico y el conflicto mental a nivel de pensamiento verbal, lo cual permite realizar una evacuación de la angustia mediante distintas formas de expresión psíquica como los sueños, la ensoñación, la meditación u otros modos de actividad mental capaces de aliviar la tensión. En su lugar, el dolor y el conflicto se descargan a partir de soluciones arcaicas como las manifestaciones psicossomáticas o psicóticas de tipo alucinatorio. La terapia psicoanalítica busca descifrar los signos presentes detrás de estas manifestaciones, las cuales tienen su propio modo de repetición-compulsión, para que a partir de su descodificación se pueda crear un



símbolo que permita al paciente una elaboración de tipo verbal. Considerando que este funcionamiento psíquico es el producto de vivencias que se han dado desde los primeros meses de vida y han construido el aparato mental con una estructura arcaica, el problema que se presenta ante el tratamiento analítico es: ¿hasta qué punto se puede lograr una modificación significativa que pueda mejorar la calidad de vida del paciente?

Asimismo, se tiene que considerar que estos pacientes suelen presentar otra complicación muy relevante, la cual se refiere a que tarde o temprano, en el curso del tratamiento, el paciente se rehúsa a indagar en las causas que lo han orillado a presentar su vulnerabilidad psicosomática. Por lo mismo, es importante que el analista pueda percibir desde los primeros momentos del tratamiento que el paciente tiene la disposición para realizar el trabajo terapéutico requerido, pues si la estructura de éste no lo permite, será infructuoso, e incluso peligroso, intentar forzar la cura que puede ofrecer el espacio analítico.

## **1.2 Algunas vicisitudes de la corporalidad en la adolescencia**

Corresponde ahora enfocarse en el proceso de psicopatización que ocurre en la etapa de la adolescencia a partir de los cambios propios de este periodo de la vida del ser humano.

La adolescencia se considera la etapa de transición entre la niñez y la adultez. La visión que se tiene, desde el punto de vista del adulto, sobre la población adolescente tiende a ser de riesgo e inestabilidad debido, generalmente, a la repentina rebeldía que los jóvenes suelen manifestar cuando llegan a la pubertad. Sin embargo, esta rebeldía no es una reacción sin sentido por parte de los jóvenes, sino que está íntimamente ligada con una serie de conflictos que surgen a partir de la maduración del aparato reproductor y por la actividad hormonal que provocarán, a su vez, un proceso de reorganización del aparato psíquico.

Por lo mismo, la adolescencia se debe de concebir como una etapa que va mucho más allá de la esfera biológica, pues las modificaciones que se experimentan a partir de ésta tendrán repercusiones en otras áreas como la psicológica y la social. Es importante señalar que las nuevas experiencias que tenga una persona durante las diferentes fases de la vida no desplazarán a las antiguas, sino que permiten la posibilidad de una nueva significación. Esto provoca que las transiciones de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la adultez puedan ser una oportunidad para que una persona se reorganice mentalmente, lo cual podría resultar tanto positivo como perjudicial.

En el caso de los pacientes psicossomáticos, los cambios corporales que experimenten durante la adolescencia pueden llegar a recrudecer los síntomas propios de su patología, pues el desarrollo físico que va dirigido a obtener un cuerpo adulto iría en contradicción con el deseo de regresar al estado arcaico y fusional con la madre-universo. Debido a esto, la aparición de la sexualidad genital en estos pacientes tenderá a ser rechazada o negada de alguna manera.

“La modificación sustancial que caracteriza a la adolescencia se define también por la reinserción social o cambio de status que se produce en este momento en todas las sociedades conocidas” (Tubert, 2000, p. 14). Esto implica que el peso de la cultura que recae sobre el adolescente será mayor que el percibido durante la infancia. Los jóvenes se encuentran ante la encrucijada social de que se les exige dejar de ser niños, pero no se les permite ser adultos. Esto aunado a la confusión derivada de los cambios físicos, provocará en los jóvenes una crisis de identidad que no debe tomarse a la ligera, pues los riesgos existentes a partir de un mal manejo de toda esta metamorfosis son variados y pueden llegar a ser mortales.

La angustia que un adolescente llega a sentir cuando no es capaz de comprender los cambios por los que está pasando puede llevarlo a realizar actos destructivos para poder aliviarla. Dentro de estas acciones irreflexivas, a partir de las cuales no se puede lograr una elaboración simbólica del conflicto mediante la palabra o el pensamiento, se encuentran el consumo de sustancias psicotrópicas,

el vandalismo, la delincuencia o incluso enfermedades como trastornos alimenticios y la misma psicopatización. Haciendo énfasis, todas estas conductas de riesgo pueden llegar a ser mortales de manera involuntaria o llevando al adolescente a cometer actos suicidas, siendo ésta una de las principales causas de muerte en adolescentes alrededor del mundo. Uno de los aspectos por los cuales es importante poder comprender los fenómenos vividos durante esta fase de la vida radica en disminuir y evitar estas consecuencias.

Ante las nuevas experiencias y sensaciones que se presentan por las modificaciones de la vida orgánica, el púber tiene la necesidad de poder nombrarlas para descifrarlas y poder conocer lo que está ocurriendo consigo mismo. En el estudio de este tema, se tiene que tomar en consideración la existencia del cuerpo real cuyas modificaciones tendrá ciertos alcances y limitaciones, al igual que la existencia de una dimensión subjetividad en la que se depositarán los deseos, sentimientos y formas de percibir y organizar las representaciones del mundo exterior, las cuales pueden ser placenteras o dolorosas. Dicha dimensión se constituye dentro de un contexto social, político e ideológico delimitado por una cultura que posee cierto marco geográfico e histórico, en el cual se favorecen ciertos modelos ideales con los que los jóvenes habrán de identificarse.

Dentro de los cambios corporales, el adolescente experimenta transformaciones en el ámbito sexual, las cuales le imponen el reconocimiento de la diferencia entre los sexos y lo estimula a desprenderse de sus relaciones objetales primarias para poder irse acercando a nuevos objetos eróticos (Cfr. Tubert, 2000). El cuerpo del joven le exige reconocerse en una materialidad que es fuente de angustia al no poder comprender ni controlar las modificaciones que vive. En este momento, uno de los retos psíquicos ante los que se enfrenta el adolescente es poder situar su corporalidad dentro de las fronteras del yo. Si la corporalidad no puede ser dominada por el yo, se genera una herida narcisista que reemplaza al yo como ideal y necesita encontrar uno nuevo a partir de los modelos ofrecidos por la cultura.

El ideal del yo en el adolescente, generalmente, está muy influido por una dimensión estética que nuevamente marcará al cuerpo como el depositario de una carga libidinal importante. Si el cuerpo se acerca a la imagen ideal que el joven desea presentar, entonces podrá experimentar sensaciones placenteras a partir de éste, de lo contrario, podría recurrir a una disociación que genere una contraposición entre el exterior y el interior del sujeto, intentando colocar el ideal en otro lugar para evitar, en la medida de lo posible, las vivencias dolorosas que pueden provocar patologías significativas. Se entiende entonces que si el cuerpo proporciona una imagen satisfactoria, el yo se identifica con éste, pero si la imagen percibida del cuerpo es inquietante al no cumplir con el ideal del yo en esta dimensión estética, entonces el yo buscará desprenderse del cuerpo y buscar refugio en alguna parte de su mundo interno.

Este aspecto tiende a ser muy angustiante pues existen diversas vertientes de la corporalidad que no se pueden controlar ni elegir, por lo que significan una amenaza al narcisismo de los jóvenes, la cual no se había presentado anteriormente durante la niñez, pues en esta etapa no se percibían los cambios corporales de manera tan intensa como al inicio de la adolescencia. Dentro de estas vertientes se considera el crecimiento corporal, rasgos físicos percibidos como defectos, la enfermedad, el envejecimiento y la toma de conciencia acerca de la mortalidad, la imprevisibilidad de reacciones corporales, en especial las que tienen que ver con aspectos sexuales, y el desconocimiento de todo esto que sucede en el cuerpo. Lo anterior genera un choque entre la imagen corporal elaborada durante los años previos a la adolescencia y aquella que se va formando a partir de las nuevas experiencias, poniendo fin a la vivencia armónica del cuerpo característica de la infancia.

La toma de conciencia de la mortalidad y la apreciación del cuerpo como un organismo que se va desgastando y en el que van quedando marcas a lo largo del tiempo promueven que la corporalidad sea una zona ideal para manifestarse la vulnerabilidad del sujeto, de tal forma que se podría decir que el adolescente tiene una tendencia a la psicopatización. En cuanto a la sexualidad, a partir del

desarrollo puberal y la maduración genital, la dimensión pulsional del cuerpo, que incluye los deseos sexuales, provoca que el joven se encuentre ante sensaciones, emociones y sentimientos que le generan una serie de interrogantes ante las cuales no suele encontrar respuestas claras ni precisas, pues la información disponible respecto a temas sexuales es muy variada y, en ocasiones, poco confiable o incluso contradictoria.

La metamorfosis que experimentan los jóvenes durante este periodo provoca que el cuerpo se convierta en un enigma en función de la emergencia de una nueva forma de sexualidad (Cfr. Tubert, 2000), despertándose mucha angustia e incertidumbre ante diferentes temas de interés, todos los cuales tienen relación con el desconocimiento del cuerpo. Ante esto, el adolescente tendrá una imperiosa necesidad por encontrar alguna forma de control para hacerse dueño de una situación que escapa a su dominio. Algunas maneras en que procuran ejercer este control es por medio del deporte o alguna actividad física que les brinde una sensación de estar cuidando su organismo, mientras que otros jóvenes optan por la actividad mental como un intento por reforzar la capacidad racional ante la amenaza de retorno de lo reprimido, procurando aplazar la preocupación por el cuerpo hacia otro momento futuro.

La angustia derivada de lo desconocido e incontrolable de la corporalidad, en especial en lo referente al aspecto erótico, tiene sus raíces a partir del interés del adolescente en la normalidad, el cual suele presentarse insistentemente dentro del discurso, aunque sea bajo la forma defensiva de la negación, evocando así el miedo a ser anormal o diferente de los demás. Esto se relaciona con una de las necesidades sociales más importantes que manifiestan los adolescentes, la cual se refiere al sentido de pertenencia a un grupo de pares que hace el intento de sustituir al grupo familiar del cual el joven intenta separarse con el afán de probarse como individuo en ámbitos ajenos al ambiente del hogar en el que se había afianzado durante sus primeros años de vida y en donde se espera que haya adquirido las bases para socializar con otras personas a partir de la crianza y los cuidados recibidos por los objetos primarios. Dentro de este aspecto, es

importante apreciar los alcances que tienen las consecuencias derivadas de las angustias que se originan en la corporalidad de los jóvenes, pues sus manifestaciones van más allá de la sexualidad, a tal grado que pueden influenciar todas las áreas de la vida del adolescente.

## **2. SOBRE EL MATERNAJE Y EL PADRE AUSENTE**

### **2.1 La madre suficientemente buena**

Anteriormente se mencionó que diversos autores han realizado diferentes teorías acerca del desarrollo psicológico que ocurre en el bebé humano y sobre la manera en que se va constituyendo el aparato psíquico que regirá la vida emocional de la persona. Dentro de la teoría psicoanalítica, uno de los autores más importantes en este tema es Donald Winnicott, quien a partir de sus trabajos de investigación clínica dejó dentro de su legado los conceptos de “madre suficientemente buena”, “maternaje” y “sostén” (o *holding* en inglés), como elementos fundamentales para que la crianza del infante sea adecuada desde sus primeros meses de vida, los cuales serán muy influyentes a lo largo de ésta.

Winnicott (1972) atribuye una importancia crucial al papel materno en el desarrollo del niño y habla acerca de diferentes funciones que debe de realizar la persona que lleve a cabo dicho papel. Entre los aspectos a los que les da importancia se encuentra al rostro de la madre como el primer espejo del bebé. Este autor comenta que Lacan habló acerca de la importancia del estadio del espejo, pero que no se refería a éste a partir del rostro materno, como lo hace Winnicott, quien expone que la fuerza del yo del infante dependerá de la madre y de su capacidad para satisfacer la dependencia absoluta del niño al principio de su vida. En términos de Winnicott (1965, p. 74), “la madre suficientemente buena es capaz de satisfacer las necesidades del infante al principio y de hacerlo tan bien que el infante, cuando emerge de la matriz de la relación infante-madre, puede

tener una breve experiencia de omnipotencia”. Para que la madre pueda cumplir con esto, es necesario que se entregue, en los primeros meses de vida, a la tarea única de cuidar a su bebé. De esta manera, la madre cumpliría con su función de ego auxiliar para que el bebé sea capaz de relacionarse con objetos subjetivos.

El quehacer materno es tan influyente en el principio de la vida de un bebé que Winnicott (1965) considera que la descripción de las etapas tempranas del desarrollo se tienen que hacer en relación del funcionamiento de la madre, pues las diferencias entre un bebé que recibe un maternaje suficientemente bueno y uno cuya madre no se encuentra en las condiciones adecuadas para realizar esto serán vitalmente importantes en cuanto a la maduración del yo. Igualmente, se tiene que pensar al bebé como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una angustia inconcebible y no meramente como una persona que tiene determinadas necesidades que pueden ser satisfechas o frustradas. La capacidad de la madre para ser empática con su bebé y reconocer lo que éste necesita es lo que impide que el bebé caiga en dicha angustia. La manera en que esto se puede demostrar durante la primera etapa de vida del infante es a través del cuidado del cuerpo.

En caso de que el bebé no reciba un cuidado suficientemente bueno en la etapa temprana previa a la separación del yo y el no-yo, debido a un yo auxiliar materno deficiente, las consecuencias podrían ser el desarrollo de esquizofrenia infantil, autismo o personalidad esquizoide, entre otras. Este es un tema complejo debido a todos los grados y variedades que pueden haber de la falla materna, la cual provoca distorsiones de la organización del yo que establecen las bases de las características esquizoides y la imposibilidad de establecer exitosamente defensas de autosostén necesarias para que el niño pueda ir construyendo su identidad que le permitirá, a su vez, generar paulatinamente un sentido de autonomía e independencia a lo largo de su vida. El grado y el tipo de defecto de la personalidad estarán relacionados con el grado y el tipo de fracaso en el sostén materno, la manipulación y la presentación de los objetos en la etapa más temprana del desarrollo.

Winnicott (1965) expone que el desarrollo del yo sigue 3 tendencias principales. La primera tendencia es la integración del yo en tiempo y espacio. La segunda se refiere a un yo corporal, es decir que, a partir de un maternaje suficientemente bueno, el bebé empieza a vincularse con su cuerpo y sus funciones, siendo la piel una membrana limitadora. Este proceso es denominado como personalización. La tercera tendencia implica el inicio de las relaciones objetales del yo, de manera que éste pueda encontrar y concordar con los objetos. Estas tres tendencias de la maduración del yo se pueden poner lado a lado con tres aspectos del cuidado materno: la integración con el sostén, la personalización con la manipulación y las relaciones objetales con la presentación objetal. Si la protección del yo proporcionada por la madre es suficientemente buena, entonces el bebé será capaz de erigir su personalidad sobre una base continua y estable que le permita “seguir siendo”. En cambio, las fallas que se presenten en este cuidado provocarán una reacción en el infante que interrumpe el “seguir siendo” debido a la angustia producida. Si estas reacciones se manifiestan constantemente, el resultado podría ser la fragmentación del ser, la cual estará orientada al desarrollo de la psicopatología.

Cabe mencionar que el opuesto de la integración no necesariamente tiene que ser la desintegración, sino que se habría de considerar la no integración. La desintegración se refiere a una defensa compleja que el bebé puede utilizar contra la no integración generada por la ausencia del sostén en la etapa de dependencia absoluta. Esto significa que la desintegración se encuentra dentro del ámbito de la omnipotencia del infante, mientras que la no integración se debe a un efecto producido por el ambiente que contribuye a la aparición de las angustias inconcebibles, por lo que el niño se ve forzado a utilizar la defensa en cuestión. La desintegración consiste en una producción activa de caos que puede ser tan terrible como el ambiente amenazante, pero tiene la ventaja de que, al ser producida por el propio bebé, es no ambiental.

Ahora bien, en circunstancias favorables, la piel se convierte en el límite entre el yo y no-yo. Es decir, que la psique comienza a vivir en el soma iniciando



así una vida psicossomática individual. Esto genera la posibilidad de que el sujeto tenga un uso satisfactorio de su cuerpo. En cambio, sin una manipulación activa y adaptativa suficientemente buena, se puede provocar una sintomatología de tipo psicossomática como defensa contra la amenaza de una pérdida de la unión entre la psique y el soma, lo cual podría resultar en una forma de despersonalización. La manipulación se refiere a los cuidados maternos que permiten el establecimiento de la asociación psicossomática.

En cuanto al inicio de las relaciones objetales, el proceso es un tanto complejo. La presentación objetal por parte del ambiente se tiene que dar de manera en que el bebé pueda crear el objeto. El procedimiento inicia a partir de la vaga expectativa que desarrolla el bebé a partir de una necesidad no reconocida. La madre suficientemente buena presenta un objeto para satisfacer esa necesidad, de modo que el bebé empieza a necesitar lo que la madre le presenta. Así, el bebé siente confianza en poder crear el mundo real y los objetos que existen en él. La madre le brinda, durante un breve periodo, la sensación de omnipotencia que le permite al bebé tener la seguridad para interactuar con el exterior.

## **2.2 La capacidad de revêrie de la madre**

Otro autor que conviene estudiar para complementar las ideas de Winnicott sobre la importancia de la relación paterno-filial es Wilfred Bion, quien propone los conceptos de función-alfa, elementos-alfa, elementos-beta, continente-contenido y revêrie como aspectos que ayudan a comprender la dinámica cuya influencia será determinante en el desarrollo del infante a partir de la relación de éste con la madre. Bion (1962) propone una teoría de las funciones con la que espera poder contribuir a la teoría psicoanalítica una manera para trabajar la situación analítica. Explica las diferencias y las relaciones existentes entre factor y función siendo el primero un elemento que conjuntado con otros factores generan una función, la cual se refiere a una actividad mental que opera en consonancia a partir del

conjunto de sus factores. La función que Bion destaca para que el ser humano pueda tener un desarrollo psíquico adecuado y un funcionamiento mental correcto es la función-alfa. El término función-alfa se encuentra desprovisto de un significado específico con la intención de poder darle un uso amplio y variable en cuanto a los diferentes significados que puede tener. Asimismo, Bion comenta que la atención y la memoria son dos factores relevantes que forman parte de la función-alfa. Esto se asemeja con la explicación que Freud (1911) hace acerca del papel que juegan la atención y la memoria en el proceso de percepción y conciencia en el ser humano.

Bion (1962) expone que si la función-alfa opera con éxito, entonces elabora las impresiones sensoriales y las emociones, convirtiéndolas en elementos-alfa que resultan adecuados para ser almacenados y satisfacer requisitos de los pensamientos oníricos. De lo contrario, si la función-alfa es perturbada, las sensaciones y emociones que tenga el sujeto se mantienen inmodificadas, dando como resultado lo que Bion llama elementos-beta, los cuales no son cognoscibles para el ser humano y son propensos a ser utilizados en la identificación proyectiva y a contribuir en la producción del *acting out*, el cual estaría dirigido a disminuir la carga de estímulo en la psique. En otras palabras, la función-alfa se encarga de elaborar las experiencias emocionales que puede tener una persona para que éstas puedan ser tramitadas y aprovechadas por el aparato psíquico a modo de palabras e ideas, evitando actos que podrían ser agresivos o dañinos.

Un aspecto de gran relevancia que Bion atribuye a la función-alfa es su relación con la capacidad para soñar. En palabras del autor: "Si el paciente no puede transformar su experiencia emocional en elementos-alfa, no puede soñar. La función-alfa transforma las impresiones sensoriales en elementos-alfa que se asemejan, y en realidad pueden ser idénticos, a las imágenes visuales con las que estamos familiarizados en los sueños, principalmente los elementos que Freud considera entregan su contenido latente cuando el analista los ha interpretado. Freud mostró que una de las funciones de un sueño es la de preservar el dormir. El fracaso de la función-alfa significa que el paciente no puede soñar y por lo tanto

no puede dormir. Como la función-alfa determina que las impresiones sensoriales de la experiencia emocional sean asequibles para el pensamiento consciente y el pensamiento onírico, el paciente que no puede soñar no puede quedarse dormido y no puede despertar. De allí la condición peculiar que se manifiesta clínicamente cuando el paciente psicótico se comporta como si estuviera precisamente en este estado” (Bion, 1962, p. 26). Queda aquí también manifiesta la importancia de la función-alfa en cuanto a ser imprescindible para no desarrollar una psicosis.

Más adelante, en la misma obra, Bion complementa diciendo que tanto el sueño como la función-alfa, que posibilita el soñar, son fundamentales para el funcionamiento del aparato consciente-inconsciente y para el pensamiento ordenado. Según Bion, la función-alfa, al transformar las impresiones sensoriales relacionadas con una experiencia emocional en elementos-alfa de manera proliferada, crea una barrera de contacto que se encuentra en constante formación, la cual funge como punto de contacto y separación entre los elementos conscientes e inconscientes de la psique permitiendo, a su vez, la distinción entre ellos.

La función-alfa posibilita que una persona sea capaz de aprender de la experiencia emocional. Los elementos-alfa se adquieren a partir de las impresiones de la experiencia, por lo que éstos son acumulables y se tornan disponibles para los pensamientos oníricos y para el pensamiento inconsciente de la vigilia. Asimismo, la función-alfa es necesaria para el pensamiento consciente y para relegar al inconsciente la carga necesaria en el aprendizaje de una habilidad. Por ejemplo, la función-alfa posibilita que un niño focalice su atención en aprender a caminar. Una vez que logre automatizar este aprendizaje, la función-alfa se encarga de que el pensamiento necesario para llevar a cabo esta actividad se efectúe de manera inconsciente. Por otro lado, los elementos-beta imposibilitan la represión y el aprendizaje. Esto da la impresión de que el niño es incapaz de discriminar los estímulos captando todo aquello que haya a su alrededor, presentando una hipersensibilidad que no promueve contacto con la realidad, de

manera que se observa, nuevamente, un funcionamiento psicótico relacionado con la ausencia o falla de la función-alfa y la presencia de elementos-beta.

Ahora bien, ¿cómo juega el papel de la madre en la dinámica entre la función-alfa, los elementos-alfa y los elementos-beta? Bion (1962) plantea que la manera en que una madre le demuestra amor a su bebé es a partir de su capacidad de *revêrie* (ensueño), la cual concibe como un factor de la función-alfa de la madre. El *revêrie* se puede entender como un estado anímico abierto a la recepción de cualquier “objeto” del objeto amado. Bion entiende esto tomando en consideración la teoría de Melanie Klein y del mecanismo que ésta explica como identificación proyectiva. A grandes rasgos, esta teoría sostiene que el lactante es capaz de crear una fantasía omnipotente en la que disocia temporariamente partes indeseables (contenido) de su personalidad y las coloca en un objeto (la madre quien funge como continente). De esta manera, una madre que posea una adecuada capacidad de *revêrie* podrá contener aquellas sensaciones displacenteras que el lactante experimente brindándole, en su lugar, sensaciones de amor, placer, satisfacción y seguridad. En otras palabras, la función-alfa de la madre, a partir del *revêrie*, tramitaría las impresiones sensoriales del lactante relacionadas con una experiencia emocional en elementos-alfa, previendo que éstas no se conviertan en elementos-beta. Por lo mismo, Bion comenta que la capacidad de *revêrie* de la madre está ligada en todo momento al contenido, en cuanto opera como continente. Es decir, que la madre es capaz de contener las sensaciones y necesidades que vayan surgiendo en el bebé. Análogamente, Bion (1962) explica que este funcionamiento del continente-contenido es el trabajo que el psicoanalista debe de realizar en el consultorio con sus pacientes para promover que sus experiencias se conviertan en elementos-alfa. Así, como se espera que la madre utilice su función-alfa para que el infante pueda desarrollar una propia, se pretende que el analista emplee la suya para que su paciente aprenda a tramitar sus propias experiencias en elementos-alfa que le servirán para continuar aprendiendo de sus vivencias por sí mismo.

### **2.3 El padre ausente en la cultura mexicana**

Corresponde ahora tomar en consideración un fenómeno social que ocurre en las familias mexicanas. Santiago Ramírez (1977) realiza un análisis psicológico sobre el mexicano tomando en cuenta aspectos históricos y culturales que han influenciado a los habitantes del país. Dentro de estos aspectos, sobresale el mestizaje que surgió a raíz de la conquista española. Ramírez hace notar que la tendencia de este mestizaje se realizó entre el conquistador español y la mujer indígena. Pero este fenómeno, lejos de unir a indígenas y españoles, provocó una serie de conflictos que estigmatizaban al mestizo a vivir bajo el desamparo y el abandono paterno. La visión del español sobre la mujer indígena era desvalorizada. Por otro lado, la unión de la mujer indígena con un hombre español era vista, por parte de su gente, como una traición. De esta manera, el nacimiento de un niño mestizo implicaba el alejamiento del pueblo indígena, sin encontrar el recibimiento del español.

De acuerdo con Ramírez (1977), este sentimiento de superioridad del padre español frente a la madre indígena ha influenciado significativamente la estructura de los matrimonios mexicanos. El padre es una figura ausente y su contacto emocional, tanto con la madre como con el hijo, es mínimo. Su presencia suele estar acompañada de violencia. Llega al hogar esperando ser servido de todas las consideraciones posibles sin regresar nada a cambio. Puede abandonar el hogar el tiempo que quiera sin tomar en cuenta a la esposa o al hijo y regresar a casa a su antojo esperando recibir el mismo trato adulador. En palabras del autor: “la característica fundamental de este hogar es un padre ausente que aparece eventualmente con violencia y una madre abnegada y pasiva” (Ramírez, 1977, p. 60). Más adelante, cuando el hijo se convierta en padre y esposo, su comportamiento será similar al que le observó a su padre, pues, a pesar de ser mestizo, se habrá hecho a la idea de la superioridad del hombre sobre la mujer. En este último punto, Ramírez considera lo que Freud (1914) explica sobre la tendencia de una persona para repetir ciertas conductas patológicas en lugar de poder recordar los eventos conflictivos en que observaron tales conductas. De

esta manera, la sociedad mexicana se ha visto ante la presencia de multitudes de hogares en los que el padre figura por su ausencia, a tal grado que las madres solteras es un fenómeno de gran preocupación actual en México por todas las implicaciones que puede haber en la dinámica familiar a nivel social, económico, educativo y emocional.

### **3. SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN**

#### **3.1 El desarrollo del infante en Mahler**

Las investigaciones realizadas por Margaret Mahler permiten estudiar el desarrollo del infante desde el punto de vista del proceso que denominó “separación-individuación”. Mahler, en colaboración con Fred Pine y Anni Bergman, exponen que el nacimiento biológico del bebé es diferente a su nacimiento psicológico, el cual es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo. Justamente este nacimiento psicológico es lo que Mahler, Pine y Bergman (1975) denominan como “proceso de separación-individuación”, el cual se refiere al establecimiento de un sentimiento de separación respecto del mundo real y del objeto primario de amor: la madre. Si bien los autores expresan que este proceso ocurre principalmente en el periodo que va del 4<sup>to</sup> mes de vida a los 36 meses de edad, también comentan que es un proceso que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo vital, de tal forma que los fenómenos que ocurran durante esta fase del desarrollo son capaces de exhibirse a partir de diversas manifestaciones en momentos posteriores de la vida del individuo.

Los autores mencionados (Mahler, Pine y Bergman, 1975) conciben la separación y la individuación como dos desarrollos complementarios, donde la primera consiste en que el niño emerja de una fusión simbiótica con la madre, y la segunda en los logros que provocan al niño asumir sus propias características individuales. Esto implica que el niño sea capaz de tener un funcionamiento

separado de la madre, incluso estando ésta presente, pero, a su vez, que el niño tenga la posibilidad de beneficiarse de la disponibilidad emocional de su madre. Este funcionamiento es similar al que expone Winnicott (1965) sobre la capacidad del niño para estar solo.

Mahler y sus colaboradores (1975) describen el proceso de separación-individuación a partir de 3 fases: autismo normal, simbiosis normal y separación-individuación. Esta última fase está dividida en 4 subfases que se manifiestan a partir de diferentes fenómenos del desarrollo. Cada una de estas etapas está identificada dentro de una estimación de periodos temporales, sin embargo no se deben entender como etapas completamente secuenciales, sino como procesos de desarrollo que presentan una interacción múltiple entre cada uno de ellos. A continuación se pretenden explicar los elementos más importantes de cada una de las fases del desarrollo de este nacimiento psicológico.

#### *Fase de autismo normal*

En la fase autística normal, el neonato aparenta una relativa ausencia de investidura de los estímulos externos. En estas primeras semanas de vida, el niño se encuentra en un estado de semisueño y semivigilia durante la mayor parte del día. Es cuando el hambre u otras tensiones generadas por necesidades básicas aumentan que el bebé despierta para solicitar, a manera de llanto, la atención requerida para poder regresar a un estado de mínima tensión en el que puede volver a sentirse tranquilo.

Los procesos fisiológicos predominan por encima de los psicológicos y la principal función del cuidado hacia el bebé debe hacer frente a tales necesidades (hambre, frío, sueño, etc.) para facilitar el crecimiento fisiológico. El infante parece estar en una situación de desorientación alucinatoria primitiva donde la satisfacción de necesidades podría adjudicarse a su propia fantasía de omnipotencia.

La función de la madre es el elemento necesario para que el bebé pueda salir gradualmente de su estado autístico, promoviendo la conciencia sensorial del mundo externo. Esto significa, en términos de energía libidinal, que se debe de llevar a cabo un desplazamiento de la libido desde el interior del cuerpo hacia el medio ambiente con el que el niño está interactuando. Para conseguir esto, el neonato, en condiciones normales, nace con un equipo reflejo orientado al logro de placer que le permite adquirir las satisfacciones que el medio le brinda. Dentro de este equipo reflejo se consideran la succión y la prensión, por mencionar algunos.

De esta manera, se entiende que el principal objetivo de la fase autística “es el logro del equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino, por mecanismos predominantemente somatopsíquicos fisiológicos” (Mahler, Pine y Bergman, 1975, p. 55). La dinámica que se efectúe entre las necesidades del infante y la satisfacción de éstas por ofrecimiento de estímulos externos será lo que oriente la continuidad entre la fase de autismo normal y las posteriores.

#### *Fase de simbiosis normal*

A partir del segundo mes de vida, el lactante comienza a percibir la existencia de un objeto que satisface sus necesidades. Inicia una ligera conciencia de que la reducción de tensiones es producida por la actividad de este primer objeto de amor. El niño parece comportarse y funcionar como si él y su madre constituyeran una unidad dual omnipotente. La barrera autística con la que el bebé contaba durante sus primeras semanas de vida empieza a resquebrajarse. Esto provoca el riesgo de que los estímulos del exterior abruman al infante, por lo que surge la necesidad de una protección que se origina a partir de la esfera simbiótica que se forma entre el bebé y la madre. El término “simbiosis” es utilizado metafóricamente pues el funcionamiento de esta dualidad es diferente para cada una de las partes en cuanto a que el niño es absolutamente dependiente de la madre, mientras que



ésta es capaz de vivir sin la existencia del bebé. Es decir, el bebé no puede sobrevivir sin el cuidado de un objeto primario que le proporcione alimento, cobijo y sostén para satisfacer sus necesidades vitales. Sin embargo, la madre sí presenta una necesidad relativa en cuanto a las satisfacciones emocionales que puede obtener a partir de la relación con su hijo.

La simbiosis se entiende como un estado de indiferenciación en el que el niño se encuentra fusionado con la madre y en el que el yo no es capaz de diferenciarse del no-yo, ni de discriminar exitosamente entre lo interno y lo externo (Mahler, Pine y Bergman, 1975). La característica principal de esta fase es la fusión somatopsíquica omnipotente alucinatoria en la que el bebé se representa a sí mismo dentro de un límite común con la figura de su madre. Esto ocurre debido a que el ser humano no cuenta con una función de autopreservación desde el nacimiento, por lo que la relación emocional que se establece a partir del cuidado materno cumple con la preservación de la especie y la posibilidad de permitir la continuación del desarrollo del niño mediante una dependencia sociobiológica adaptativa que promueve el funcionamiento del yo.

Cabe mencionar que cuando el niño es capaz de efectuar un encuentro mirada a mirada, respondiendo con una sonrisa inespecífica, entonces se identifica la entrada en el estadio de la relación con un objeto que satisface las necesidades. Por otro lado, las secuencias de placer-dolor son las responsables de la demarcación de las representaciones del yo corporal dentro del funcionamiento simbiótico, las cuales irán contribuyendo a la formación de la imagen corporal del infante. Las sensaciones internas que perciba el niño constituirán el núcleo de su *self*, a partir de lo que se establecerá, más adelante, un sentimiento de identidad. Para que este proceso continúe por un camino adecuado, es necesario que la madre funja como el yo auxiliar del bebé, cumpliendo con las funciones de sostén que Winnicott (1965) atribuye al papel de la madre suficientemente buena.

### *Fase de separación-individuación*

Las fases de autismo normal y simbiosis normal funcionan como prerequisites para el comienzo del proceso normal de separación-individuación. La primera fase permite la consolidación del desarrollo fisiológico extrauterino, mientras que la segunda denota la capacidad filogenética del ser humano para investir a la madre, relación a partir de la cual se formarán todas las relaciones humanas siguientes. Ahora bien, la fase de separación-individuación se va a caracterizar por el aumento de la conciencia de la existencia del “otro” y del mundo exterior, permitiendo el desarrollo del sentimiento de sí-mismo y la formación de verdaderas relaciones objetales (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Como se mencionó anteriormente, esta fase se encuentra subdividida en 4 etapas que interactúan entre sí durante el desarrollo de la separación individuación. Las etapas que integran la fase de separación-individuación son: 1) diferenciación, 2) ejercitación locomotriz, 3) acercamiento y 4) consolidación de la individualidad.

#### *Subfase de diferenciación y desarrollo de la imagen corporal*

Entre los 4 y 5 meses de edad, cuando la simbiosis habría de estar funcionando de manera óptima, el bebé empieza a tener manifestaciones conductuales que parecen indicar el inicio de la diferenciación entre su cuerpo y el de su madre. Se había comentado que la sonrisa no específica del bebé indicaba el reconocimiento de la mitad simbiótica a partir de la cual lograba la satisfacción de sus necesidades. Esta sonrisa se va transformando de manera gradual en una respuesta específica preferencial hacia el rostro de la madre, lo cual es el signo crucial de que se ha establecido un vínculo específico entre el niño y la madre (Mahler, Pine y Bergman, 1975), denotando así la toma de conciencia (vaga) por parte del bebé de que su madre y él poseen cuerpos diferentes.

Si la función de la madre se realiza de manera correcta, se espera que la simbiosis normal tenga un funcionamiento adecuado a partir del cual se pueda continuar el desarrollo mediante una lenta y suave diferenciación que permitirá la

expansión de los límites perceptuales del infante más allá de la órbita simbiótica. El bebé irá demarcando su yo respecto del no-yo mediante la experimentación de diferentes movimientos dentro de los cuales se pueden observar que tire del cabello u otras partes de la madre o que ponga el cuerpo tenso para apartarse de la madre y poder así observarla mejor, al igual que al ambiente. Llegando a los 6 y 7 meses de edad se manifiesta abiertamente la exploración manual por parte del infante quien a partir del tacto y la vista va conociendo los diferentes estímulos que encuentra, siendo de los más importantes el rostro y el cuerpo de la madre, ya que esto promueve su diferenciación somatopsíquica, pareciendo ser la pauta más importante del desarrollo cognitivo y emocional. En esta etapa el bebé muestra gran curiosidad y fascinación por todo aquello que va descubriendo.

Es importante recalcar que Mahler, Pine y Bergman (1975) mencionan que la calidad de la relación durante la fase simbiótica influye directamente en la manera en que se realizará la diferenciación, al igual que el resto del proceso de separación-individuación. Es decir, que si durante la simbiosis la madre supo sostener a su hijo y satisfizo sus necesidades conforme éste lo necesitaba, entonces el proceso de diferenciación y separación ocurrirá sin mayores dificultades pues el infante sentirá la confianza para irse desprendiendo de la madre y conocer el mundo. De lo contrario, el bebé manifestará una constante inseguridad que complicará la continuación de su desarrollo psíquico.

#### *Subfase de ejercitación locomotriz*

Los movimientos que realiza el niño para poder diferenciarse de la madre y conocer el ambiente a su alrededor son propios del periodo de ejercitación locomotriz, de tal forma que estas dos subfases exponen desarrollos diferentes que se gestan de manera paralela y cuyo funcionamiento está relacionado entre sí. Mahler, Pine y Bergman (1975) proponen que la concepción de la ejercitación locomotriz conviene entenderla en dos partes: 1) una fase previa de ejercitación en la que el infante procura alejarse de la madre mediante el gateo y los intentos

de pararse apoyándose en algún soporte y 2) el periodo de ejercitación propiamente dicho que se caracteriza por la locomoción vertical libre.

Adicionalmente, los autores mencionados explican que: “al menos tres desarrollos interrelacionados, aunque discriminables, contribuyen a que el niño haga sus primeros progresos hacia la conciencia de separación y hacia la individuación. Estos son la rápida *diferenciación corporal* de la madre; el establecimiento de un *vínculo específico* con ella; y el *desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del yo en estrecha proximidad con la madre*” (Mahler, Pine y Bergman, 1975, p. 78). Dentro de los aparatos autónomos del yo se considera la locomoción del niño.

Durante la primera etapa de la ejercitación locomotriz, el bebé amplía su mundo mediante la expansión de su capacidad para moverse, permitiéndole tener un rol más activo para determinar la cercanía o lejanía que desea tener respecto de su madre, a la vez que puede explorar un segmento más amplio de la realidad. Dicha exploración se verá influenciada por la relación que exista con la madre. Por otro lado, la ejercitación propiamente dicha genera que el niño realice un gran investimento narcisístico de sus propias funciones, cuerpo y objetos con los que se va vinculando dentro de su realidad en constante expansión. Merecedora de especial atención es la mención del descubrimiento que tiene el infante de sus genitales a partir de lograr la posición vertical, pues de esta forma consigue una apreciación mayor de una zona de su cuerpo con una sensibilidad placentera de extrema relevancia. Asimismo, la posición vertical convierte al bebé en un deambulador cuya capacidad de marcha se encuentra cargada de un gran significado simbólico tanto para el infante como para la madre en cuanto que aquél demuestra que es capaz de incorporarse al mundo de seres humanos independientes, renunciando a la omnipotencia percibida a partir de la simbiosis, pero ganando, a su vez, un sentimiento creciente de autonomía y autoestima que ayudan al proceso de separación-individuación.

### *Subfase de acercamiento*

Mahler, Pine y Bergman (1975) plantean que la tercera etapa del proceso de separación-individuación se genera como consecuencia de la angustia que produce el logro de la locomoción vertical libre. En la etapa anterior, el deambulador goza de sus nuevas capacidades que le permiten ir conociendo su ambiente, pero llega un momento en el que toma conciencia de la separación que está teniendo de su madre y surge la necesidad constante de determinar en dónde se encuentra ésta, con quien quiere compartir sus nuevas habilidades y descubrimientos, denotando también su necesidad de amor objetal. Aquí se aprecia el funcionamiento de la angustia de separación, la cual opera a partir del temor a la pérdida del objeto.

Nuevamente se presenta una interacción entre las subfases del proceso de separación-individuación. El niño busca alejarse de su madre para continuar con la exploración que le permite su ejercitación locomotriz, pero de un momento a otro procura acercarse a la madre para recibir una recarga emocional que le permita otra vez separarse de ella para reanudar la expansión de sus descubrimientos. Un aspecto de primordial importancia para que este proceso continúe un desarrollo óptimo es la disponibilidad emocional de la madre para aceptar el comportamiento ambivalente que presenta el deambulador durante este periodo. De lo contrario, el niño no sentirá la confianza necesaria en sí mismo para llevar a cabo el reconocimiento de la realidad conforme se separa del objeto primario.

La crisis de acercamiento que ocurre en el deambulador durante esta fase implica también el duelo por la pérdida de la omnipotencia que se percibía durante el periodo simbiótico. Cuando el niño se da cuenta de que él es un ser diferente a sus padres, quienes tienen sus propios intereses personales, tiene que abandonar de manera gradual y penosa la fantasía de grandeza con la que vivió en los primeros meses de vida. Este proceso se puede complicar aún más si la madre no se encuentra en las condiciones adecuadas para permitir que el niño se separe de ella, lo cual estará inmensamente influenciado por la propia adaptación de la madre al proceso de crecimiento del niño.

### *Subfase de consolidación de la individualidad y comienzo de la constancia objetal emocional*

Si el desarrollo del niño prosigue su curso normal a partir del cumplimiento adecuado del papel de la madre como cuidadora primaria, el infante será capaz de solucionar las crisis de acercamiento obteniendo como resultado características de personalidad con las que el niño ingresará a la cuarta y última subfase del proceso de separación-individuación donde se consolida su individualidad. Mahler, Pine y Bergman (1975) observan dos objetivos principales a conseguir durante esta última etapa en la que se culmina el nacimiento psicológico del niño: 1) la individualidad definida y relativamente vitalicia, y 2) el logro de un cierto grado de constancia objetal afectiva.

El establecimiento de la constancia objetal emocional depende de que el niño pueda internalizar una imagen de su madre que haya sido investida positivamente. Para lograrlo, es necesario que el niño haya obtenido una sensación de confianza constante durante la fase simbiótica mediante el alivio regular de la tensión provocada por las necesidades, y que éste adquiera la capacidad cognitiva de la representación interna simbólica permanente del objeto primario. Esto permite que el niño tenga un funcionamiento separado de su madre y que sea capaz de tolerar grados moderados de tensión e incomodidad. De esta manera, a su vez, el niño desarrolla la capacidad de establecer relaciones objetales cuyo grado de madurez podrá ir aumentando paulatinamente.

En esta última subfase se lleva a cabo el despliegue de funciones cognitivas complejas como la comunicación verbal, la fantasía y la prueba de realidad. Esto da pie a que “el establecimiento de representaciones mentales del yo como algo netamente separado de las representaciones de los objetos, prepare el camino para la formación de la autoidentidad” (Mahler, Pine y Bergman, 1975, p. 132). El logro de estas dos funciones (constancia objetal emocional y consolidación de la individualidad) no implican un punto terminal, sino un comienzo para el posterior desarrollo psíquico de una vida manejada dentro de los preceptos de la salud mental.

### 3.2 La angustia de separación

La angustia de separación es un fenómeno que merece ser muy tomado en cuenta considerando la teoría del desarrollo propuesta por Margaret Mahler. El fundador del psicoanálisis escribió sobre la angustia infantil que únicamente se le hacían comprensibles 3 formas de exteriorización: “cuando el niño está solo, cuando está en la oscuridad y cuando halla a una persona ajena en lugar de la que le es familiar (la madre)” (Freud, 1926, p. 129). Freud hace la analogía de que la angustia de castración y la angustia primordial son a partir de la separación de un objeto investido de manera muy intensa, en estos casos refiriéndose al falo y a la madre, respectivamente. Pero la pérdida de objeto no es lo único que agobia al infante, sino la sensación de peligro que se puede experimentar a partir del displacer que se provoca cuando una necesidad no es satisfecha. Es decir, que el niño aprende que la madre es capaz de satisfacer sus necesidades a la brevedad posible, de forma que cuando ella no está, el infante teme que ocurra un aumento de la tensión de necesidad, ante lo cual es impotente.

Más adelante, en el mismo texto, Freud plantea un problema por la consigna de que la angustia se presenta ante el peligro de la pérdida del objeto, preguntando lo siguiente: “¿Cuándo la separación del objeto provoca angustia, cuándo duelo y cuándo quizá sólo dolor?” (Freud, 1926, p.158). Sin pretender dar una respuesta definitiva, Freud explica que el dolor es la reacción frente a la pérdida del objeto, mientras que la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva. En cuanto al duelo, comenta que es generado por influjo del examen de realidad, a partir del imperativo de separarse del objeto que ya no existe.

Quinodoz (1991) explica que la angustia de separación es el miedo de quedar solo y abandonado, siendo ésta una fuente primordial de dolor psíquico y de afecto de duelo. Este afecto es algo que se presenta en todas las personas sin excepción, pero la reacción ante la presencia de la angustia de separación puede variar significativamente de una persona a otra. En este sentido, el autor expone que “la angustia de separación normal corresponde al sentimiento doloroso de miedo que un individuo experimenta cuando la relación afectiva establecida con una persona importante de su medio, se encuentra amenazada de interrupción o

se interrumpe” (Quinodoz, 1991, p. 22). Esta interrupción puede suceder debido a la pérdida del lazo afectivo o a la pérdida real de la persona importante. En el primer caso, donde la pérdida puede ser provisional, se tendería a hablar de separación, mientras que si la pérdida es definitiva se tendría que hablar propiamente de pérdida. Sin embargo, la separación tiende a confundirse con la pérdida de tal forma que aquélla es vivida de esta manera.

La angustia de separación es una emoción estructurante para el yo, ya que al percibir dolor a partir de la soledad, es capaz de verse a sí mismo como individuo y de percibir al objeto como diferente de sí. De esta forma la angustia de separación contribuye de manera esencial al desarrollo del sentimiento de identidad en cada persona y al reconocimiento del otro. La angustia de separación se expresa por medio de diversas reacciones afectivas como pueden ser el sentimiento de estar abandonado, solo, triste, desolado, frustrado o desesperado. Esta reacción afectiva se puede expresar según el grado de angustia de la persona, de tal forma que pueden ser menores, como el enojo o la ansiedad, o puede llegar a tener una manifestación clínicamente significativa a partir de afecciones psíquicas o psicosomáticas. La angustia de separación puede ser un desencadenante de una gran gama de psicopatologías.

Al pensar en la angustia de separación, es importante considerar que ésta puede estar funcionando a nivel inconsciente y que las fantasías del sujeto pueden llegar a ser tan importantes como una separación real. Es decir, que los deseos inconscientes de una persona por hacer desaparecer al objeto, pueden desencadenar manifestaciones de angustia de separación, a pesar de que la separación o la pérdida del objeto no sean reales. Cabe aquí considerar lo que expone Melanie Klein (1930) acerca de la retaliación, en donde el bebé quiere dañar o destruir al objeto malo que se encuentra fuera de él, por medio de la proyección, pero teme que el objeto realice alguna acción para castigarlo por la agresión cometida a nivel de fantasía. A este respecto, Quinodoz comenta que: “nuestras fantasías y las relaciones que mantenemos con las imágenes de nuestros objetos en el interior de nosotros tienen un influjo directo sobre nuestras



relaciones con las personas reales de nuestro ambiente, a través del vaivén incesante de los mecanismos de proyección y de introyección” (1991, p. 27).

Considerando que la angustia de separación tiene el funcionamiento mencionado, se tiene que pensar en las diversas manifestaciones que ésta puede tener en el trabajo clínico a partir de la relación trasferencial, donde un paciente tenderá a actuar las reacciones que le ocasione la angustia de separación frente a la persona del terapeuta. Estas reacciones se pueden presentar, por ejemplo, cuando se lleve a cabo una pausa en el análisis, ya sea por periodo vacacional o por alguna otra razón, o bien cuando se anuncie la terminación del trabajo terapéutico, de manera que el paciente podría tener una recaída en los síntomas que lo llevaron a buscar el trabajo clínico con el objetivo de evitar la separación del terapeuta. De esta manera, se observa que la angustia de separación puede llegar a tener implicaciones muy significativas dentro del desarrollo psíquico de una persona, al igual que en su proceso terapéutico.

## **4. SOBRE LA SEXUALIDAD GENITAL**

### **4.1 El desarrollo psicosexual**

Una de las obras más importantes dentro de la teoría de Sigmund Freud es la de *Tres ensayos de teoría sexual*, la cual fue puesta por primera vez ante el ojo público en 1905. Desde entonces y hasta la fecha, las proposiciones que Freud escribió en esta obra acerca de la existencia de mociones sexuales ocurridas desde la infancia han sido objeto de duras críticas e intentos de desvalorización, dentro de las cuales se ha acusado injustamente al psicoanálisis de profesar el pansexualismo. Sin embargo, aquellos profesionales de la salud mental que han trabajado o continúan trabajando con la teoría psicoanalítica encuentran en las teorías de la sexualidad infantil un aporte al conocimiento de lo humano invaluable cuya utilidad es reflejada en la práctica clínica. A continuación, se pretende dar

una breve explicación sobre la teoría psicosexual, en tanto que concierne al objeto de la presente investigación.

Freud (1905) acusa el desconocimiento de los orígenes de la vida sexual debido al prejuicio popular de ese entonces acerca de que las pulsiones sexuales se presentaban a partir de la pubertad, mientras que en la infancia no se manifestaban. Culpa a la amnesia infantil como la responsable de dicho desconocimiento, aludiendo que la mayor parte de las personas no son capaces de recordar claramente su infancia. Asimismo compara la amnesia infantil con la amnesia histérica y refiere que la sexualidad de los neuróticos justamente presenta un comportamiento de tipo infantil.

Freud (1905) observa que el comportamiento sexual infantil tiene tres características principales: surge de un *apuntalamiento* de una función corporal importante para la vida, es *autoerótico* y logra la satisfacción a partir de la estimulación de una *zona erógena*. Asimismo, menciona la aparición de tres diques cuya función es evitar el exceso de prácticas sexuales por parte de una persona. Estos diques son el asco, la vergüenza y la moral. Una importancia que se tiene que considerar acerca de estos diques es que la manera en que operen puede ser propia de una represión de la sexualidad del tipo de una neurosis como la histeria. Por otro lado, Freud expone que el desarrollo psicosexual se lleva a cabo en diversas fases, cada una de éstas con sus respectivas peculiaridades. La primera fase que menciona es la oral en la que la actividad sexual se encuentra vinculada a la nutrición y su meta sexual es la incorporación del objeto, proceso que posteriormente estará relacionado con la identificación. La segunda fase es la sádico-anal donde la actividad es producida por la pulsión de apoderamiento y en la que ya se consideran el objeto ajeno y la polaridad sexual. La tercera fase que explica es la fálica en la que ya se observan características genitales en cuanto a que ya existe un objeto sexual, pero todavía no existe una meta de reproducción, de tal forma que el conjunto de afanes sexuales orientados a una sola persona es incompleto. Posterior a estas tres fases pregenitales, deviene un periodo de latencia en el que las pulsiones sexuales del niño se ven reducidas

significativamente hasta que resurgen, incluso con mayor intensidad, con la venida de la pubertad en donde se ingresa a una organización sexual genital.

Cuando el niño alcanza la etapa de la pubertad la pulsión sexual pasa de ser predominantemente autoerótica a buscar su descarga por medio del objeto sexual. Justamente este es uno de los ideales del desarrollo sexual, es decir, que todas las pulsiones parciales, propias de la sexualidad infantil, se unifiquen y sometan al primado de la zona genital como zona erógena y procuren su satisfacción a partir de un objeto. Freud (1905) expone que cualquier perturbación patológica de la vida sexual habría de considerarse como una inhibición de este desarrollo. Aunado a esto, diferencia entre dos tipos de placer: el placer previo y placer final. El primero se refiere al mismo placer que se experimenta durante la sexualidad pregenital, cuyo funcionamiento llega a variar en la etapa genital en donde se obtiene la capacidad para experimentar el placer final que corresponde a la descarga de las sustancias genésicas como culminación de la satisfacción de la actividad sexual. Freud plantea un problema a partir del funcionamiento del placer previo en cuanto a que éste genera tensión, lo cual por definición provocaría sensaciones displacenteras, de tal forma que el placer previo presenta una paradoja de placer-displacer, adicional a que es necesario para alcanzar el placer final.

Vale decir que la sexualidad genital se caracteriza por la elección del objeto de amor a partir del cual una persona llevará a cabo la satisfacción de la pulsión sexual de manera completa, lo cual está vinculado al valor altruista de la reproducción. Cuando una persona no encuentra la manera de satisfacer estas pulsiones, la energía libidinal se muda en angustia, lo cual puede influir en el desarrollo de diversos síntomas patológicos. Debe considerarse también, en cuanto al desarrollo de síntomas neuróticos, lo que Freud (1923) expone sobre el conflicto entre instancias psíquicas, lo cual está íntimamente relacionado con el desarrollo psicosexual y con la resolución del complejo de Edipo, reconocido como determinante en la aparición de enfermedades neuróticas.

## **4.2 Desde la infancia a la adultez pasando por la adolescencia: un camino complicado**

Por último, es necesario realizar un breve trayecto del curso de la vida del ser humano considerando otros aspectos del desarrollo adicionales al sexual. Cronológicamente, las etapas de desarrollo por las que va viviendo una persona son la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Si bien el cambio de una etapa a otra suele tener sus peculiaridades y vicisitudes, en esta ocasión se prestará mayor atención a la transición de la adolescencia a la adultez, no sin antes explorar rápidamente la metamorfosis del niño en adolescente.

### *La infancia/niñez*

Carvajal (1993) adjudica tres características psicológicas esenciales a la primera etapa de vida. Según lo postula este autor, un niño juega, depende y no tiene intimidad.

Respecto al juego, Carvajal se refiere al proceso de expresión y elaboración de los conflictos psíquicos. El niño no verbaliza como lo hace el adolescente o el adulto, sino que su proceso de pensamiento lo exterioriza a partir del juego simbólico. Esta es la razón por la cual los terapeutas que trabajan con niños tienen que entrenarse en terapia de juego, pues es a partir de éste que los niños se comunican y de esta manera son capaces de llevar a cabo la elaboración de sus conflictos internos. Dicho con otras palabras, el juego es la manera en que el niño piensa y aprende. Por lo mismo, se observa la gran importancia que tiene el proceso lúdico, pues las funciones de pensamiento y aprendizaje son fundamentales para la adaptación de una persona a su medio ambiente.

En cuanto a la dependencia, se ha hablado de que el bebé es incapaz de sobrevivir sin la protección de un cuidador (por regla general, la madre) que se encargue de cubrir las necesidades primarias del niño como la alimentación, el cobijo, la salud, etc. Se espera que con el paso del tiempo esta dependencia vaya

disminuyendo paulatinamente, sin embargo, durante la infancia continúa existiendo de una u otra forma por parte del niño hacia el adulto. El niño, por medio de los procesos de maduración e identificación, va adquiriendo diversas habilidades que le irán permitiendo ganar un sentido de independencia con el paso del tiempo.

El tema de la no intimidad en el niño está relacionado con el proceso de juego entendido como su tendencia a pensar afuera. Es decir, que si el niño externaliza su pensamiento por medio del juego, entonces no es capaz de tener intimidad en cuanto que sus procesos internos son colocados ante la vista de los demás a partir de su actividad motora. De esta manera, Carvajal (1993) entiende la intimidad como el mantenimiento de las mociones psíquicas dentro de la psique, sin comunicación al mundo exterior.

### *La adolescencia*

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez. Dicho periodo de tiempo se caracteriza por una serie de cambios físicos, cognoscitivos, sociales y emocionales muy importantes en la vida de cualquier ser humano. La gran cantidad de modificaciones en la vida de los adolescentes, así como la relevancia de las mismas, pueden generar mucha confusión en los jóvenes, de tal manera que se convierten en una población vulnerable a diversos riesgos que se encuentran en la sociedad como lo son las adicciones, la violencia, accidentes mortales, etc. Durante esta etapa, el adolescente experimenta una serie de vivencias cuyo objetivo principal es dejar de ser un niño y aprender a ser un adulto. Esto provoca un duelo por la infancia en muchos sentidos, lo cual, aunado al advenimiento de la pubertad, genera que esta etapa sea complicada desde sus inicios. Ya se habló anteriormente de algunas modificaciones que acontecen en el adolescente, especialmente a partir de las modificaciones corporales y la influencia que éstas pueden tener en otras áreas, sin embargo cabe mencionar brevemente otros aspectos propios del proceso normal de esta etapa de vida.

Aberastury y Knobel (1988) comentan que entre los factores comunes a todos los adolescentes, que ejercen un efecto especial sobre su conducta y comportamiento, se destacan tres:

1) Las relaciones con sus padres: supone su capacidad de ir cambiando de un estadio de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, no dependiendo totalmente de cómo pudieran influir, condicionar o reaccionar sus padres. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que busca que sea secreta y propia. Esto es fuente de enriquecimientos lingüísticos ya que es la forma de crear un código de comunicación entre ellos que sea diferente para los adultos.

2) Las relaciones con sus amigos: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, que aumenta, en grupo, sus esfuerzos y deseos de hacerse adultos. Un grupo donde ensayar a través de las múltiples identificaciones proyectivas en sus miembros, su identidad y sus nuevas capacidades.

3) La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar la visión de sí mismo, pasando de ser dependiente de los cuidados paternos a ser un individuo que se siente dueño de un cuerpo masculino o femenino. Su visión de sí mismo como persona le tiene que llevar a la exploración del mundo externo, donde ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones. Es la proyección en el mundo exterior de la transformación que está viviendo, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales.

De manera similar a como se mencionó respecto del desarrollo psicosexual, el fracaso o la perturbación de las características anteriores, habrían de considerarse inhibiciones del proceso normal de desarrollo en la adolescencia.

## *La adultez*

Anteriormente se hizo referencia a la clasificación propuesta por Carvajal (1993) respecto de las características psicológicas que se presentan durante la etapa de la niñez (juego, dependencia y no intimidad). Correspondientemente, este autor menciona que las características del adulto son: el trabajo, la independencia y la intimidad.

Se mencionó que la actividad del juego era la manera en que el niño exponía su proceso de pensamiento fuera de sí. En el adulto, el trabajo implica una actividad de pensamiento interno, la cual procura una organización del mundo externo de manera productiva y creativa con intenciones de beneficiar tanto al individuo como a las personas a su alrededor. El trabajo se encuentra regido por el proceso secundario que está en constante contacto con el principio de realidad, por lo que se promueve la tolerancia a la frustración, la postergación de la satisfacción y la planeación. El trabajo es una actividad que implica grandes descargas de libido en el adulto, por lo que genera grandes sensaciones de satisfacción, a la vez que funciona en vista de la conservación del sí mismo y del otro.

La independencia del adulto se refiere a que éste se concibe como un individuo separado del objeto primario, o de cualquier otra variación de dependencia infantil, siendo capaz de abastecerse a sí mismo de aquello necesario para su vida diaria, manteniendo un funcionamiento del yo apegado a la realidad. El adulto es capaz de cuidarse a sí mismo y de brindar este cuidado a quienes necesitan recibirlo (el infante). Esto no significa que el adulto no depende de otras personas para vivir, pues dadas las condiciones del mundo y de que el ser humano es social por naturaleza, todo individuo necesita relacionarse con otras personas para poder satisfacer diversas necesidades. Sin embargo, la dependencia que se manifiesta en la adultez es muy diferente a la dependencia infantil en la que el niño es incapaz de sobrevivir sin el cuidado brindado por algún objeto.

En cuanto a la intimidad, un adulto posee la capacidad de elaborar sus contenidos intrapsíquicamente por medio de la utilización de su aparato para pensar, pudiendo tolerar las tensiones generadas por el mundo exterior sin la necesidad de que otro objeto le cumpla la función de yo auxiliar. De esta manera, el adulto posee la habilidad para mantener muy cerca de sí, aspectos importantes para él que no sean necesariamente parte del sí mismo y poder tener un manejo interno de todo esto.

### *Las transiciones entre etapas*

Se ha hecho mención de las principales características de las diferentes etapas de vida desde la niñez a la adultez, pudiéndose observar que el proceso de desarrollo del ser humano es mucho más complejo que una maduración biológica del organismo. Cabe plantear, para terminar este apartado, la siguiente pregunta: ¿qué genera que una persona sea incapaz de conseguir la transición de una etapa de vida a otra? Según las teorías psicoanalíticas expuestas anteriormente, se destaca la dinámica de las relaciones entre las madres y sus bebés, no sin tomar en cuenta el papel del padre y del medio ambiente en el que el niño se desarrolla, como factores importantes para la aparición de la angustia que puede provocar, a partir de diversas manifestaciones psicopatológicas, el impedimento del desarrollo psicológico normal en una persona. De esta manera, los profesionales de la salud mental se encuentran ante diversos casos de pacientes que no son capaces de lograr un funcionamiento adulto, como el descrito anteriormente, y que, en su lugar, manifiestan comportamientos propios de la etapa infantil, a pesar de que biológicamente no se encuentren en dicho periodo de vida.

La investigación psicoanalítica abre la oportunidad de identificar los factores involucrados en las inhibiciones del desarrollo y la intervención terapéutica apuesta a reparar las fallas que puedan estar provocando malestar en la vida de una persona, entiendo que todo individuo tiene el derecho y la capacidad para vivir una vida regida dentro de los preceptos de la salud mental.



## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### **Planteamiento del problema**

Joyce McDougall (1995) consideró las enfermedades psicosomáticas como un terreno dudoso para la investigación psicoanalítica, aludiendo a que éstas corren el riesgo de que el terapeuta las desdeñe como material relevante para el trabajo psíquico que se emprende en el consultorio del analista. Veinte años después de estas consideraciones, los trabajadores de la salud mental se encuentran ante un panorama en el que las exigencias del mundo contemporáneo generan una gran gama de manifestaciones somáticas derivadas del estrés con el que viven las personas en su vida diaria y que pueden surgir de diversas áreas, como son la escolar, laboral, social, familiar o personal. De esta manera, los mismos hospitales y médicos de diferentes especialidades procuran complementar su labor clínica apoyados por profesionales de las ciencias encargadas de trabajar la salud psíquica de las personas. Como tal, los psicólogos, terapeutas y analistas tienen la obligación de tomar conciencia acerca de la influencia que tiene el área psíquica al poder hacer síntomas en el cuerpo y dar la importancia requerida a los mismos. Es decir, que el psicoterapeuta debe comprender que no sólo trabaja con la mente, sino también con el cuerpo. En este sentido, se presenta ante los profesionales de la salud el reto de poder discernir la medida en que una enfermedad se está presentando por causas físicas o por causas psicológicas.

El caso clínico que se presenta en esta investigación plantea dicha situación de manera muy relevante. La paciente, a quien se hará referencia por el nombre de Anna, llega a consulta a la edad de 19 años y manifiesta que las presiones con las que vive a partir de sus estudios de licenciatura y del ambiente familiar en su casa le generan mucha ansiedad, la cual tiende a traducirse en constantes y fuertes migrañas y urticarias. Al inicio del tratamiento fueron los primeros síntomas que ella mencionó, sin embargo al realizar las entrevistas clínicas iniciales, se pudo observar que el historial de enfermedades es mucho más amplio y relevante de lo que Anna reportaba en un principio. Aquejada por

diversas enfermedades desde los primeros meses de vida, el tratamiento de Anna se enfrentó ante el problema de poder delimitar cuales enfermedades tienen un origen psicológico y de qué manera se puede influir sobre la paciente para contrarrestar los síntomas somáticos que no ha podido remediar a partir de tratamientos meramente médicos.

Surge entonces otra serie de interrogantes. ¿Qué es lo que provoca la génesis de alteraciones psicosomáticas? ¿Por qué una persona desarrolla ciertos síntomas específicos y no otros? ¿Cómo está funcionando el aparato psíquico de aquéllos que presentan cuadros psicosomáticos? Desde que Sigmund Freud se dispuso a trabajar el psicoanálisis como una ciencia para poder tratar a los enfermos mentales, se han realizado varias investigaciones y avances clínicos que permiten observar la relevancia que tienen las primeras experiencias de vida del ser humano dentro de su círculo familiar. De esta forma, es pertinente presentar algunos datos relevantes sobre la paciente en cuestión.

Anna ingresó a la licenciatura en Relaciones Internacionales en una universidad pública a mediados del año 2013. Su elección de carrera había sido fuertemente influenciada por una familia que considera que la política es un tema muy importante en la vida y que si Anna estudiaba algo relacionado con esto entonces podría tener buenas herramientas para que le fuera bien en la vida. Sin embargo, desde el primer semestre de la licenciatura Anna se sintió muy desmotivada con su carrera ya que no disfrutaba el ambiente en su facultad ni las clases a las que asistía. Anna sentía una gran presión por parte de su familia para que le fuera bien en la escuela, por lo que no se atrevía a decirles que se quería cambiar de carrera.

El estrés que sentía Anna desde que ingresó a la licenciatura y el intento de mantenerse en ésta con buenas calificaciones provocaron que empezara a tener ataques de angustia en los que lloraba, sentía fuertes dolores de cabeza y comezón en todo el cuerpo. Cuando Anna estaba cursando el segundo semestre de la licenciatura, decide contarle a su madre la manera en que se está sintiendo

al estudiar Relaciones Internacionales y su deseo por cambiar de carrera. Su madre y sus abuelos le dijeron que tenía que aguantar y terminar la carrera.

Anna llegó a sentirse muy mal durante el tercer semestre de sus estudios profesionales por lo que buscó ayuda psicológica, sin embargo fue hasta que iniciaba su cuarto semestre cuando ingresó a tratamiento psicoterapéutico. Las entrevistas iniciales con Anna permitieron vislumbrar una sintomatología psicosomática muy relevante y una dinámica familiar que favorecía estos problemas.

Anna vive en el departamento de sus abuelos maternos en el cual, además de ellos, habitan su madre, el esposo de su madre, su medio hermano y un tío. Este aglutinamiento familiar provoca que Anna sea blanco de órdenes y críticas de cinco adultos cercanos a ella.

Anna no conoce a su padre y ni siquiera sabe cómo se llama. Éste desapareció de la vida de Anna desde antes de que ella naciera. Anna ha tenido un poco de contacto con sus abuelos paternos, sin embargo ella procura no tratar con ellos porque no disfruta la convivencia, especialmente con la abuela a quien describe como una mujer muy dominante. Fuera de la escasa relación que ha tenido con estos abuelos, Anna no posee mucha información sobre este lado de la familia, de modo que el abandono paterno ha sido durante toda su vida.

En cambio, la dinámica que se ha generado con la familia materna de Anna parece ser demasiada y conflictiva, pareciendo en muchas ocasiones de tipo simbiótico. La madre de Anna abandonó sus estudios de licenciatura cuando quedó embarazada de ella y se dedica a vender productos de belleza por internet. El esposo de la madre es un europeo que se encarga de traer dichos productos desde Europa. Ambos trabajan desde el departamento. Los abuelos de Anna se encuentran jubilados y también pasan mucho tiempo en el hogar. El medio hermano de Anna es producto de un matrimonio anterior de la madre. Por otro lado, el tío sí tiene un empleo que le implica trabajar fuera del departamento, pero

no aparenta tener intenciones de dejar de vivir ahí. Anna comparte cuarto con este tío.

A lo largo de su vida, Anna ha tenido diversas enfermedades entre las cuales destacan asma, arritmia cardiaca, migrañas y urticaria. Esta propensión a enfermar inició desde su primer año de vida y los cuidados que recibe Anna cuando enferma no son los más adecuados. Por ejemplo, cuando Anna tenía unos meses de edad y contrajo asma, su madre la trató dándole un vaso semanal de orina de bebé.

Por otro lado, Anna comenta en varias ocasiones que llega a sentirse muy mal físicamente cuando su familia la regaña y la presiona para que haga cosas que ella no quiere hacer. Sin embargo, Anna comentaba durante la primera etapa del tratamiento que le costaba mucho trabajo decir que no a quien fuera, por lo que cuando algo estaba sucediendo y ella no estaba de acuerdo, Anna lo que hacía era quedarse callada. Al hablar de eventos del estilo, Anna solía decir de sí misma que ella actuaba así porque es una persona insegura e introvertida. Lo anterior le provocaba tener que aguantar muchos malos momentos en su vida, en los cuales parecía que al no poder apalabrar su sentir, su cuerpo lo hacía mediante enfermedades.

Además de los síntomas psicossomáticos, la dinámica familiar de tipo simbiótico provocaba que Anna presentara algunas conductas infantiles y una dificultad significativa para poder realizar actividades por su propia cuenta separándose de su familia. Un ejemplo de esto es justamente la elección de carrera que hizo Anna, la cual fue escogida por comentarios de la familia, a pesar de que a Anna no le guste la política ni algún otro estudio que tuviera que realizar en Relaciones Internacionales. De esta forma, parecía que Anna no tuviera voto sobre sus propias decisiones, sino que tenía que limitarse a obedecer los mandatos familiares.

Al ingresar al tratamiento, Anna se atrevió a abandonar la licenciatura a pesar del descontento y la desaprobación de la familia, los cuales eran aspectos

que le generaron muchos conflictos. Sin embargo, el trabajo en el consultorio le ofreció una oportunidad para defender lo que ella quería por primera vez en su vida.

El tratamiento fue complicado pues, aunque hubo avances significativos, Anna tuvo muchas dificultades para poder llegar a un punto en el que realizara actividades por su cuenta que le permitieran continuar con su desarrollo y conseguir una separación de su familia a partir de la cual Anna pudiera tener un comportamiento acorde a su edad, siendo que ya estaba incursionando en la adultez. Un tema importante respecto a esto fue el deseo de Anna por conseguir un trabajo, lo cual no se logró mientras ella estuvo en tratamiento. El tiempo que Anna asistió a psicoterapia fue de 13 meses en los cuales se tuvieron 36 sesiones.

Otro aspecto relevante que se observó en el caso de Anna era su rechazo a experimentar su sexualidad. A sus 20 años de edad, Anna había tenido dos breves noviazgos y nunca había tenido relaciones sexuales. Cuando algún chico la buscaba con intenciones de tener una relación romántica con ella, Anna procuraba alejarse. Respecto a esto, ella decía que no quería distraerse con hombres ya que tenía que concentrarse en su vida académica y profesional por lo que no tenía interés en tener novio ni sexo en un futuro cercano.

De esta forma, considerando el discurso que Anna presentaba en el consultorio, se podía observar que los síntomas psicossomáticos sólo eran una parte de sus problemas y que el comportamiento infantil que presentaba en muchas situaciones era ocasión de brindarle una serie de insatisfacciones por las cuales Anna llegó a sentirse deprimida e infeliz por la manera en que estaba llevando su vida.

Una vez anotados algunos datos del caso clínico que se ha presentado, se elabora la siguiente pregunta: *¿Qué provoca que una adolescente presente síntomas psicossomáticos y no sea capaz de transitar a la etapa adulta de manera adecuada, comportándose, en su lugar, como una niña que se siente incapaz de desenvolverse sin la compañía de sus figuras parentales?*

## **Supuesto**

Desde mi perspectiva, las fallas en el maternaje en la infancia temprana de la paciente aunado al abandono del padre parecen haber provocado el desarrollo de los constantes síntomas psicossomáticos, la dificultad en la separación-individuación y el rechazo a la vivencia de la sexualidad genital adulta.

## **Objetivo general:**

Mostrar la posible influencia de las fallas en el maternaje y el abandono paterno en el desarrollo de síntomas psicossomáticos, las dificultades en la separación-individuación y el rechazo a la vivencia de la sexualidad genital adulta.

## **Objetivos específicos:**

1. Explorar la aparición de los síntomas psicossomáticos de Anna, tomando en cuenta el funcionamiento de sus relaciones con sus figuras parentales.
2. Explicar el proceso de separación-individuación, así como indagar las dificultades que Anna presenta en su transición de la adolescencia a la adultez.
3. Comprender el rechazo que Anna manifiesta para experimentar una sexualidad genital adulta.

## **Definición de categorías**

### **Separación-Individuación**

Proceso intrapsíquico en el que el infante emerge de la relación simbiótica con la madre siendo capaz de reconocerse como una persona diferenciada del objeto primario. El sujeto se percibe y acepta como un individuo que es capaz y desea

vivir de manera autónoma e independiente de cualquier otra persona (Roudinesco y Plon, 2008).

### **Enfermedad psicosomática**

Presencia de enfermedades o síntomas físicos derivados de conflictos psíquicos. El paciente psicosomático careció de una relación objetal primaria adecuada en la que la madre no supo satisfacer las necesidades del infante, lo cual afecta el desarrollo del lenguaje. Al no ser capaz de comunicarse por medio de la palabra, el cuerpo expresa el malestar psíquico por medio de la enfermedad física.

### **Maternaje**

Funciones que Winnicott (1965) atribuye a las personas encargadas del cuidado de un niño. Dentro de estas funciones, sobresalta el sostenimiento del bebé para que éste perciba la protección de sus padres o cuidadores. A pesar de que Winnicott habla sobre “la madre suficientemente buena”, considera dentro de estas funciones tanto el papel de la madre como el del padre.

### **Sexualidad genital adulta**

Freud introduce el concepto de sexualidad infantil exponiendo que el ser humano se encuentra en contacto con sus características sexuales desde el nacimiento. La etapa de la sexualidad genital inicia con el surgimiento de la pubertad en la adolescencia. Considerar una sexualidad genital adulta corresponde a la maduración de la genitalidad en la que una persona es capaz de entablar relaciones de pareja estables en las que la intimidad sexual sea un factor positivo dentro de la vida de la persona.

## **Tipo de estudio**

La presente investigación es de tipo cualitativa, de manera que no se pretende cuantificar ningún fenómeno ni generalizar los datos que se analicen para explicar casos similares. En cambio, se busca obtener una comprensión del funcionamiento psíquico de la paciente procurando profundizar en sus experiencias para poder conocer la manera en que percibe subjetivamente su realidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para responder a las preguntas de investigación, la estrategia empleada es el estudio de caso que se centra en el entendimiento de las dinámicas presentes en un único escenario (Eisenhardt, 1989). La investigación se sirve del análisis hermenéutico, el cual pretende interpretar el discurso de la paciente para poder comprender el significado de sus expresiones reconstruyendo lo mejor posible su historia de vida (Cárcamo, 2005). La interpretación de la información recabada se lleva a cabo dentro del marco de la teoría psicoanalítica.

## **Participantes**

La realización de esta investigación considera la participación única de una joven de 19 años de edad que acude a un centro de servicios psicológicos solicitando tratamiento psicoterapéutico. Recurre a este tratamiento manifestando que sus estudios profesionales le están generando intensas sensaciones de estrés que le parecen se manifiestan a través de migrañas y urticarias.

## **Escenario**

El tratamiento que recibió la paciente se proporcionó dentro de un centro de servicios psicológicos ubicado al sur de la Ciudad de México, el cual brinda servicios al público en general. El centro tiene preestablecido el proceso de selección y asignación de pacientes a los diferentes servicios que brinda. Dicho



centro es una de las sedes de prácticas profesionales del programa de Maestría en Psicología de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **Instrumentos**

### Entrevista clínica:

Al inicio del tratamiento se realizaron 3 entrevistas a la paciente con el objetivo de conocer su historia de vida, su motivo de consulta, su sintomatología y sus tendencias de comportamiento. Durante estas entrevistas se generan las bases de la relación entre terapeuta y paciente para poder establecer un vínculo terapéutico que permita llevar a cabo el trabajo analítico durante las sesiones posteriores en las que se realiza propiamente el tratamiento psicológico (Díaz Portillo, 1994).

### Observación:

Tanto en las entrevistas iniciales como a lo largo de todo el tratamiento, la observación fungió como una herramienta fundamental para la investigación pues a partir de esta se recaba información relevante acerca del lenguaje no verbal de la paciente que se puede manifestar mediante su vestuario, gestos faciales, posición corporal, silencios, mirada, tono de voz, etc.

### Psicoterapia psicoanalítica:

Como se ha mencionado, el marco teórico a partir del cual se trabajó con la paciente fue de orientación psicoanalítica. Por lo mismo, el tratamiento con el que se intervino corresponde a la psicoterapia psicoanalítica que se define como “aquella psicoterapia que se funda tanto en su estructura conceptual y teórica como en su metodología operativa, en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica”

(Coderch, 1987, p.56). Esta psicoterapia parte del supuesto de la existencia del inconsciente en el ser humano, el cual determina la conducta de las personas a partir de los conflictos intrapsíquicos que existen en cada individuo. La terapia psicoanalítica hace uso de 3 tipos principales de intervención: la clarificación, la confrontación y la interpretación.

## **Procedimiento**

El centro de servicios psicológicos en el que se llevó a cabo el tratamiento de la paciente tiene establecido un proceso de admisión para poder ingresar a psicoterapia. La paciente tuvo que asistir al centro en una fecha específica para solicitar un formato de servicio en el que se recaba información básica de la problemática por la que se busca tratamiento, a la vez que se le presenta un Consentimiento Informado en el que se especifican las condiciones con las que se brindan los servicios psicológicos y que la paciente firma antes de iniciar el proceso de admisión. Posteriormente la paciente fue citada para una entrevista inicial realizada por psicólogos del centro para poder asignar su expediente a alguno de los programas de intervención que pertenecen al centro. El expediente fue recibido por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes y la paciente fue citada por su terapeuta para realizar las primeras entrevistas clínicas y definir, posteriormente, el encuadre terapéutico con el que se trabajaría. Durante los primeros meses de tratamiento, se estableció una sesión de psicoterapia a la semana con duración de 45 minutos. A los nueve meses de haber iniciado el tratamiento se modificó el encuadre de manera que se plantearon 2 sesiones por semana. En total se tuvieron 36 sesiones en un lapso de 13 meses. La orientación de la terapia con la que se trabajó fue de corte psicoanalítico. Durante todo el tratamiento, el terapeuta contó con la constante supervisión de una especialista en terapia psicoanalítica quien es docente de la Maestría en Psicología de la UNAM.

## **Consideraciones éticas**

Esta investigación procuró respetar en todo momento los lineamientos éticos correspondientes a la práctica profesional de la psicología en México. Se cumplieron con los ejes más importantes de la práctica de la psicoterapia psicoanalítica los cuales se refieren a un sólido respaldo teórico, al tratamiento psicoanalítico del terapeuta y a la constante supervisión por parte de un psicoanalista experimentado.

Asimismo se siguieron las normas de conducta que plantea la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) en el *Código Ético del Psicólogo* para la elaboración de investigaciones, así como la comunicación de sus resultados. Se mantuvo la confidencialidad mediante el uso de un pseudónimo y el empleo de otras técnicas que evitan la identificación de la paciente (art. 61 y 62), a la vez que se entabló una relación terapéutica estrictamente profesional con ella (art. 81) en la que se respetaron y protegieron sus derechos humanos (art. 73).

Después de realizar las entrevistas diagnósticas, se acordó con la paciente de manera oral la frecuencia y el precio de las sesiones. La paciente firmó un Consentimiento Informado en el cual se especificaron las reglas del centro de servicios psicológicos, en el cual se especificaba que la información recabada durante su tratamiento podía ser utilizada para fines educativos y de investigación, recalando que se respetaría la confidencialidad de su identidad. Asimismo se expresó específicamente su derecho a no proporcionar información que ella no deseara brindar y que podía abandonar el tratamiento en el momento que ella quisiera.

## **CAPÍTULO III**

### **LA PACIENTE**

#### **1. Ficha de identificación**

Nombre: Anna

Edad: 19 años al inicio del tratamiento

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Lugar de residencia: México, D. F.

Ocupación: Ninguna

Religión: Católica

#### **2. Descripción de la paciente**

Anna es una joven que mide aproximadamente 1.65 m. Su complexión es un tanto robusta, sin aparente sobrepeso. Viste normalmente de manera casual con pantalones de mezclilla, pantalones de vestir o pantalones cortos, playeras o camisas, tenis o botas informales y, en ocasiones, usa gorros de colores oscuros. Se presenta en buenas condiciones de higiene y aliño. Su cara es redonda y presenta rasgos orientales como los ojos ligeramente rasgados. La manera en que arregla su cabello, cuyo largo es a la altura de los hombros, llama la atención debido a que lo tiñe de colores extravagantes y usa peinados populares en adolescentes de culturas orientales, los cuales son influenciados por caricaturas de estos países.

### **3. Motivo de consulta**

Anna busca asistencia psicológica por unas crisis de angustia que ha empezado a tener desde que ingresó a la licenciatura. Refiere que empezaron a manera de llanto y gritos sin razón aparente, acompañada de fuertes sensaciones de nerviosismo. Posteriormente, empezó a sentir migrañas y mucha comezón en todo el cuerpo sin manifestar alguna señal de enfermedades cutáneas. Más adelante su piel desarrolló una leve urticaria. Se siente desmotivada con la universidad por lo que quiere abandonar la licenciatura. Percibe presión por parte de su familia para que continúe sus estudios.

### **4. Proceso diagnóstico**

Anna acude a un centro de servicios psicológicos ubicado al sur de la Ciudad de México solicitando un tratamiento psicoterapéutico. El proceso de admisión de este centro consiste en llenar una solicitud de servicio como primer paso. El segundo paso es asistir a una cita grupal en el que el centro pide a los pacientes que llenen un formato de admisión. Posteriormente el centro llama a la paciente para realizar una entrevista previa al tratamiento a partir de la cual se decide a qué servicio se asigna el expediente de la paciente. Una vez que se completaron estos pasos, el expediente de Anna fue asignado a la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, programa perteneciente a la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la solicitud de servicio, Anna escribió: "Hace un año al entrar a la universidad comencé con ataques de ansiedad, primero se presentaron como crisis nerviosas donde me ponía a llorar y temblaba, también me dan ataques de migraña una o dos veces cada semana. Hace tres semanas comencé con comezón en todo el cuerpo sin presentarse ronchas que refieran a alguna enfermedad cutánea. He presentado también depresión, no me gusta mi carrera y quiero dejarla, no tengo ánimos de esforzarme en mis materias. Espero que con la atención que reciba pueda centrarme en lo que me pasa, además de que me

ayude a mejorar la comunicación con las personas y así ya no preocupar tanto a mi familia”. Desde el momento en que Anna hizo su solicitud de servicio y hasta que su expediente llegó a manos de su terapeuta pasaron casi tres meses. Esto es algo que suele suceder en este centro de servicios psicológicos debido a la gran demanda que existe, la cual sobrepasa la cobertura que puede dar el centro.

Se realizaron tres entrevistas iniciales para poder conocer la historia de Anna y decidir cuál sería la mejor manera para trabajar con ella. A lo largo de estas entrevistas se recabó mucha información que permitía observar el historial de enfermedades de Anna, dentro de las cuales se observaba la presencia de la psicopatización en varias ocasiones. A continuación se presenta de manera más detallada lo que ocurrió durante las entrevistas.

## **5. Entrevistas iniciales**

Para la primera entrevista Anna ya estaba esperando en la recepción a que le avisaran que podía pasar al consultorio. A primera vista sobresalen sus rasgos orientales y la inseguridad y timidez con la que se ha manejado la mayor parte de su vida. Una vez en el consultorio se le preguntó la razón por la cual buscaba una psicoterapia. Ella comenzó a hablar de sus malestares físicos los cuales atribuía al estrés. Según Anna, éstos iniciaron cuando ingresó a la universidad, sin embargo, las entrevistas posteriores permitirían vislumbrar que su historial de enfermedades era mucho más grave de lo que ella reportaba en un principio.

Anna manifestaba bastante nerviosismo y dificultad para hablar. Podría decirse, incluso, que tenía miedo. Nunca había estado en una psicoterapia y no sabía qué pasaría, aunque tenía esperanzas de que un tratamiento psicológico pudiera permitirle dejar de sentir los malestares físicos que estaba teniendo y poder realizar los cambios necesarios en su vida para sentirse bien y dejar de verse a sí misma como una joven insegura y tímida. Anna comentó que estas dos características habían sido parte de ella desde que era pequeña y que en ocasiones se sentía bien con eso, pero en muchas otras se veía afectada.

La segunda entrevista giró en torno a la historia de la familia y la relación que Anna tenía con cada miembro de ésta. Llamó la atención el aglutinamiento familiar al vivir 7 personas en un mismo departamento, al igual que la ausencia del padre biológico de Anna desde antes que naciera y el gran desconocimiento que tenía ella sobre su familia paterna. De esta forma, se observaron relaciones conflictivas y simbióticas entre Anna y su familia materna, y un distanciamiento muy importante entre Anna y su familia paterna. Estos primeros datos ya permitían realizar hipótesis acerca de cómo se habían ido formando los síntomas de Anna a lo largo de su vida.

En la tercera y última entrevista inicial se abordó la historia de desarrollo de Anna. Aquí fue en donde se pudo observar con más claridad la manera en que su vida, desde muy pequeña, se había visto abrumada por múltiples enfermedades. Por otro lado, se obtuvieron más datos acerca de cómo Anna sentía una constante presión de parte de su familia. Al final de esta entrevista se le ofreció a Anna empezar un tratamiento psicoterapéutico que consistiría de una sesión de 45 minutos por semana. Después de unos meses de tratamiento, se ofreció que se realizaran dos sesiones a la semana, lo cual Anna aceptó, pero pocas veces cumplió. Finalmente el tratamiento consistió en 36 sesiones que se tuvieron a lo largo de 13 meses.

A continuación se expone de manera más detallada la información que se obtuvo durante estas primeras entrevistas clínicas sobre el caso de Anna, al igual que algunos datos que fueron surgiendo conforme avanzaba el tratamiento de la paciente.

## **6. Historia clínica**

Anna vive en un departamento al sur de la Ciudad de México que es propiedad de sus abuelos maternos. Ahí vive con su madre, su medio hermano, un tío, sus abuelos y el esposo de su madre.

Su madre ronda los 45 años de vida y se dedica a vender artículos de belleza por internet. Trabaja desde el departamento. Abandonó sus estudios de licenciatura cuando se embarazó de Anna y los ha dejado inconclusos.

Anna comenta que jamás ha conocido a su padre y no sabe cómo se llama. Sabe que estudió veterinaria y que vive en el interior de la República. El padre de Anna vivía en el mismo conjunto departamental que la madre. Ahí se conocieron y tuvieron un noviazgo de unos cuantos meses, el cual terminó cuando la madre quedó embarazada. Anna cuenta, a partir de lo que su madre le ha dicho, que la abuela paterna de Anna no aprobó el noviazgo y mandó al padre a vivir a provincia. Desde entonces, la familia materna de Anna sabe muy poco de este hombre. Según Anna, sin tener certeza sobre estos datos, actualmente toda su familia paterna reside en un estado del sur de la República. Su abuela paterna es una mujer japonesa quien tiene alrededor de 70 años. El resto de la familia es mexicana. Además del padre de Anna, sus abuelos tienen un segundo hijo, quien tiene alrededor de 45 años. Anna cree que todos ellos trabajan en un negocio de su abuelo. El padre de Anna tiene dos hijos más: una niña de 16 años y un chico de 11 años de edad. El tío de Anna tiene una hija de 16 años, prima con quien Anna ha tenido un poco de contacto y a partir de ella se ha podido enterar de algunos datos de su familia paterna.

Anna comenta que sus abuelos paternos le abrieron una cuenta bancaria en la que le depositan \$500 al mes. Fuera de lo anterior, no conoce mayor información acerca de este lado de su familia. Cabe mencionar que Anna se expresa de su abuela paterna como una mujer muy dominante, con quien prefiere mantener una relación distante.

Respecto a la familia materna, el abuelo de Anna tiene 69 años y actualmente se encuentra jubilado, por lo que pasa todo el día en su departamento viendo series y películas por internet. El abuelo trabajó durante mucho tiempo de su vida en una universidad pública, institución de la que recibe su pensión. La abuela de Anna tiene 71 años de edad y también es jubilada por parte de esa universidad. Ella trabajó como personal de servicios escolares en varias áreas de



la universidad. Actualmente toma cursos de Reiki y quiere poder enseñar esta práctica.

De este matrimonio nacen 3 hijos: la madre de Anna, un tío de 41 años y una tía de 40. El tío terminó la educación básica y tiene una plaza en un organismo gubernamental con funciones de logística. Es el único que tiene relación con la tía, quien está peleada con el resto de la familia. La tía está casada y tiene dos hijos varones de 13 y 5 años de edad. A Anna le apena la situación de su tía, pues dice que tenía muy buena relación con su primo de 13 años, ya que convivió mucho con él desde que era muy pequeño, hasta hace alrededor de 5 años cuando surge el conflicto.

El medio hermano de Anna tiene 11 años y asiste a una primaria particular. Comenta Anna que él tiene dislexia, por lo que le ayuda constantemente a realizar sus tareas, lo cual ha llegado a ser muy estresante para ella. Este medio hermano es producto del primer matrimonio de la madre, quien se casó con un chileno de 51 años que ahora vive en una colonia al este de la Ciudad de México y que trabaja en el mismo lugar que el tío de Anna. La madre y el chileno estuvieron casados por el civil desde el 2002 y hasta el 2011.

Actualmente la madre está casada por el civil con un europeo de 50 años. A pesar de que toda la familia es católica, la madre jamás se ha casado por la iglesia. El europeo estudió Administración y se dedica a traer los productos de belleza de Europa que vende con la madre. Ellos llevan casados desde el 2012, pero su relación inició, según Anna, alrededor de 8 años atrás. La relación de la madre con el europeo es el motivo por el que ésta se separara del chileno, así como la razón por la que la tía se peleó con toda la familia, ya que no está de acuerdo con que la madre y el europeo sean pareja, pues ella se enredó sentimentalmente con éste en algún momento anterior, a pesar de estar casada. Es relevante mencionar que Anna ve en el europeo al padre que nunca tuvo y que no encontró en el chileno.

En cuanto a la historia de Anna, comenta que nace en un hospital privado de la Ciudad de México por medio de cesárea. Al nacer, los doctores se preocuparon porque decían que estaba muy amarilla, sin embargo la madre de Anna les dijo que debía de ser normal porque tiene ascendencia oriental. Anna no recibió pecho de su madre porque ésta no desarrolló leche materna, por lo que una nodriza le dio pecho a Anna durante su estancia en el hospital y al salir de ahí fue alimentada con fórmula. El nombre real de Anna está compuesto por dos nombres. Ella comenta que le da igual por cuál nombre le llamen, ya que ha habido momentos en que le han dicho uno u otro y ambos son inusuales, uno por ser oriental y el otro porque investigó que es un nombre ruso para hombres, lo cual le parece extraño. Cabe mencionar que el nombre oriental fue impuesto por su abuela paterna.

A los 8 meses de edad, Anna tuvo una reacción a la vacuna del sarampión, lo cual le generó asma y una fuerte propensión a las enfermedades que le duró, según Anna, hasta que tuvo 4 años de edad. Realmente la propensión a las enfermedades se mantenía hasta la actualidad. Cuenta Anna que su madre la cuidó durante este tiempo con un tratamiento alternativo de la India que consistía en darle a beber, una vez por semana, un vaso de orina de bebé. Esta orina la conseguía del hijo de una amiga y se la mezclaba con jugo de uva para diluir el sabor. Anna no recuerda nada de esto, sin embargo su madre se lo ha contado años después. A pesar de generarle mucho asco y náuseas, piensa que el tratamiento finalmente la curó.

Cuando Anna tenía 5 años, ella, junto con su madre y el chileno, vivieron durante 6 meses en Chile. La intención que tenían era quedarse a vivir allá, pero el abuelo materno de Anna tuvo un infarto, por lo que se regresaron a México para poder cuidarlo y terminaron radicando en México. Anna recuerda haber disfrutado el tiempo en Chile pues piensa que su vida era tranquila en este país.

La madre de Anna ha tenido 2 abortos. El primero fue cuando Anna tenía alrededor de 7 años. No sabe precisar si este aborto fue antes o después de que naciera su medio hermano. El segundo aborto fue cuando Anna tenía 15 años. De

ambas ocasiones, Anna comenta haberse asustado porque vio que su madre estaba sangrando.

Cuando Anna tenía 12 años, su madre se separa del chileno. Esta separación no le afectó mucho, pues dice que no tenía mucha relación con él, ya que desde que nació su medio hermano, Anna sintió que el chileno la hizo a un lado y que no le ponía mucha atención.

A los 14 años de edad de Anna, su madre es diagnosticada con cáncer cervicouterino y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente. Después de la operación, la madre estuvo 6 meses en Europa sometida a un tratamiento con láser para seguir combatiendo este cáncer. Según los doctores, el segundo aborto que tuvo fue justamente por los restos que tenía del cáncer y que haber tenido este aborto le salvó la vida, pues le sacó lo que le restaba de las células cancerígenas. Durante su estancia en Europa, la madre vivía con el europeo, mientras que Anna se quedó con sus abuelos y su hermano. Anna recuerda este tiempo como un periodo muy difícil, pues siente que tuvo que ponerle mucha atención a su hermano y esto le consumía mucho tiempo.

También a los 14 años, Anna tuvo su primer noviazgo, el cual duró 4 meses. Anna habla de esta relación como un momento lindo de su vida, aunque llegó un punto en el que se aburrió y decidió terminar con su novio. Además de este noviazgo, a los 16 años de edad, Anna tuvo un segundo novio con quien duró 3 semanas. Esta ocasión, fue el novio quien terminó la relación. Anna no ha tenido relaciones sexuales y expresa no tener interés en tener novio ni sexo en un futuro cercano, ya que ahora prefiere enfocarse en su desarrollo académico y no distraerse con hombres.

A los 15 años de edad, Anna es diagnosticada con arritmia cardiaca, lo cual ha generado que no pueda tener mucha actividad física y que sienta que se cansa rápidamente.

Otro evento relevante en la vida de Anna es un asalto del que fue víctima a los 17 años de edad, en su último año en la preparatoria. Ella iba dentro de un

camión rumbo a su casa, cuando se subieron dos asaltantes y empezaron a quitarles varias pertenencias a las personas a punta de pistola. A Anna le quitaron un reproductor de música que llevaba. Comenta que no vio el rostro de los asaltantes y que solo vio el cañón de la pistola con el que le apuntaron. Cuando los ladrones se bajaron del camión, Anna empezó a llorar y le marcó a su mamá. Casualmente, un vecino de Anna iba en el mismo camión y él intentó calmarla y la acompañó hasta que Anna llegó al departamento con su madre. Hasta la fecha, Anna procura evitar esa ruta para moverse a cualquier lugar.

En cuanto al motivo de consulta, Anna comenta que a mediados del 2013 ingresó a la universidad a la licenciatura en Relaciones Internacionales, lo cual tenía muy orgulloso a su abuelo, pues esta licenciatura se imparte dentro de la misma universidad a la que él perteneció. Sin embargo, Anna comenzó a tener migraña y urticaria por la presión que sentía dentro de la carrera, a la vez que no le gustó lo que estaba estudiando. La presión y el estrés de esta situación aumentaban al pensar que su familia no iba a aprobar que se saliera de la licenciatura. Es hasta el segundo semestre cuando Anna se atreve a decirle a su madre que quiere cambiarse de carrera y que se está sintiendo muy mal físicamente desde que entró ahí. La madre de Anna le dijo que tenía que aguantar, opinión apoyada por sus abuelos. Para tratar la migraña y la urticaria, llevaron a Anna con una tía, esposa del hijo de la hermana del abuelo, quien es internista en un hospital y le recetó Idroxín, ansiolítico que dejó de tomar conforme avanzó en su tratamiento psicológico.

Al iniciar el tratamiento, Anna decidió dejar de estudiar la licenciatura e intentar ingresar a otra que fuera de su agrado. Esta decisión provocó el descontento de la familia que se manifestó en una constante crítica por haber abandonado Relaciones Internacionales. Después de poco más de un año de tratamiento, Anna no logró ser aceptada en ninguna universidad pública. Tampoco logró ingresar a ningún trabajo pues temía ir a alguna entrevista laboral porque piensa que no la van a contratar, de manera que durante este periodo estuvo mucho tiempo encerrada en la casa y prácticamente sólo salía para asistir a sus

sesiones de terapia o cuando su madre le pedía que la acompañara a algún lugar, manifestando así una dificultad significativa para separarse de ésta y realizar actividades por su cuenta. Durante el tratamiento, los síntomas psicósomáticos disminuyeron en cierta medida, sin embargo, en algunos eventos específicos en los que Anna se sintió significativamente presionada, llegó a presentar vómitos, jaquecas y resfriado común.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICO

#### **1. La influencia del maternaje y el abandono paterno en los síntomas psicósomáticos**

Anteriormente se revisaron las teorías desarrolladas por Winnicott (1965) y Bion (1962) en cuanto a los aspectos relevantes que existen en la relación del bebé con sus objetos primarios. De igual forma, se observó que McDougall (1995) explica, en cuanto al desarrollo de síntomas psicósomáticos, que los meses previos a la adquisición del lenguaje son fundamentales para que una persona manifieste este tipo de patologías. De esta manera, es necesario que los cuidadores del infante sean capaces de crear un vínculo afectivo que les permita comunicarse y comprender las necesidades del niño para poder brindarle la satisfacción correspondiente. Si este proceso se realiza correctamente, entonces el niño podrá ir creciendo con una sensación constante de seguridad y será capaz de aprender a comunicarse con el medio del que puede continuar recibiendo el cuidado que necesita. En caso de que las necesidades del bebé no sean cubiertas y, en su lugar, acumule cantidades significativas de tensión y angustia, éste puede reaccionar, a partir de su cuerpo, manifestando el malestar que percibe mediante la somatización. Esto último pareciera ser lo que aconteció en el caso de Anna durante sus primeros años de vida y que se ha mantenido posteriormente mediante ciertos patrones de la dinámica familiar.

Con base en información proporcionada por Anna y por su madre, cabe pensar que Anna ha tenido que lidiar con cantidades significativas de angustia desde muy temprana edad. Algunos puntos a considerar durante su primer año de vida son las constantes enfermedades que tuvo y que no fueron tratadas con una atención médica apropiada, la constante ausencia de su madre quien viajaba por su trabajo y el abandono de su padre, el cual se ha mantenido durante toda su vida, dejando una marca en ella a la que se debe de prestar atención. Cabe

recordar aquí que Winnicott (1965) especifica que cuando se habla de maternaje, incluyendo las fallas que puedan ocurrir dentro de lo que implica esta función, también considera el papel del padre como cuidador del bebé. Debido a esto, se debe de tomar en cuenta que, en las próximas páginas, cuando se hace referencia a las fallas en el maternaje que han perjudicado el desarrollo de Anna, también se está pensando en este abandono del padre biológico que ocurre antes del nacimiento de Anna.

Anna reportó que, al nacer, los doctores se preocuparon porque les llamaba la atención que la piel de Anna era muy amarilla. Esta situación fue desestimada por la madre quien apeló a la ascendencia oriental por parte de la abuela paterna. En este aspecto, llama la atención la actitud de la madre hacia la salud de Anna pues, de cierta forma, desvalorizó la preocupación de un equipo médico, en lugar de procurar investigar, mediante métodos clínicos, si había alguna condición patológica que se tuviera que tratar.

Dicha actitud de la madre hacia situaciones en que Anna se ha llegado a sentir mal, se ha repetido en otras ocasiones posteriores que se han presentado a lo largo de la vida de Anna. Es importante recordar, como indicó Anna durante las primeras entrevistas, que la madre no amamantó a Anna en ningún momento, debido a que ésta no desarrolló leche materna. La ausencia de la lactancia en la relación entre Anna y su madre, es de los primeros indicios que cabe suponer que podrían haber mermado significativamente el maternaje en la infancia de la paciente, pues esta práctica es de las más importantes para que una madre pueda construir una buena comunicación con su bebé.

Más adelante, cuando Anna tuvo la reacción a la vacuna del sarampión a la edad de 8 meses, lo cual le generó asma, la madre vuelve a escatimar en el tratamiento que le procuró a Anna, pues en lugar de emplear un tratamiento con medicamento recetado por algún médico, decidió administrar los vasos semanales de orina que conseguía mediante el bebé de una amiga. Otra ocasión en la que se puede observar la falta de atención hacia la salud de Anna, es cuando ésta les comunica a su madre y a sus abuelos sobre las migrañas y la urticaria que

presentó cuando ingresó a la licenciatura, recibiendo como respuesta por parte de ellos que tenía que aguantar, mientras que le pidieron a una tía que le recetara un ansiolítico, el cual debería de ser recetado exclusivamente por un médico especialista en psicofármacos, como lo podría ser un psiquiatra o un neurólogo.

Es oportuno mencionar, haciendo énfasis en la actitud de la madre hacia la salud de Anna, que esta desvalorización se pudo observar durante el único encuentro que se tuvo en el consultorio con la madre. La entrevista fue solicitada por ésta, según comentó, porque quería platicar acerca de los avances de Anna en el tratamiento psicológico, los cuales consideraba que eran nulos, pues en su opinión, Anna no tenía nada de qué quejarse en la vida y ella sólo veía que Anna seguía sin hacer nada en todo el día. De esta forma, la madre expresó su incapacidad para comunicarse con su hija, pues mientras ésta venía constantemente al consultorio a narrar la manera en que se sentía presionada por su familia desde que puede recordar, aquélla comentó que consideraba que la vida de su hija, lejos de considerarla llena de presiones, le parecía que era de lo más tranquila y cómoda que se podía. Dicho en otras palabras, la madre era incapaz de escuchar el sufrimiento por el que su hija pasa constantemente. Esta falta de comunicación en la relación madre-hija parece ser una característica importante que se ha presentado desde los primeros años de vida de Anna. Bajo esta suposición y en términos de Bion (1962), se consideraría que la función alfa de la madre no ha sido correcta para poder metabolizar los elementos beta en elementos alfa, de tal modo que Anna no aprendió a procesar varios estímulos adversos que posteriormente se tramitaron en psicomatizaciones.

Además de lo anterior, se había comentado que durante el primer año de vida de Anna su madre viajaba constantemente debido al trabajo. Anna llegó a comentar que esto fue hasta que ella tuvo 3 años de edad y que ella se quedaba al cuidado de sus abuelos maternos. La ausencia de la madre podía llegar a ser por hasta 2 semanas. Esto, aunado al abandono del padre, parece haber generado una sensación constante de inseguridad en Anna, quien tiene algunos recuerdos de esta etapa y los refiere como momentos en los que ella se sentía



sola, a pesar de estar con sus abuelos. Como se verá en diversas ocasiones, esta inseguridad ha influenciado en muchas ocasiones en la vida de Anna y se construyó de tal forma que ella se describía a sí misma como una mujer tímida, introvertida e insegura.

Ahora bien, varios de los autores revisados hacían mención acerca de la manera en que la ambivalencia en las relaciones del niño con sus objetos puede afectar el curso de su desarrollo. En el caso de Anna, la ambivalencia se ha presentado en varios momentos y aspectos, y ésta la trae consigo desde su nombre. Por motivos de confidencialidad el nombre real de Anna no se puede presentar en este texto, sin embargo, se ha mencionado que ella tiene ascendencia oriental. La ambivalencia a la que se hace referencia en cuanto a su nombre, también está ligada al abandono del padre, pues Anna no lleva el apellido paterno, sin embargo la madre accedió a que su abuela paterna le pusiera un nombre oriental. De tal forma, que el nombre real de Anna, hace énfasis en el padre que ella no conoce y de quien ni siquiera sabe su nombre, como si esto fuera un recordatorio de dicho abandono. Esto habría de considerarse como un elemento más de la manera en que el maternaje se ha dado en la vida de Anna. Adicionalmente, la ambivalencia que se da respecto a la familia paterna de Anna se observa, por un lado, en que ella posee muy poca información sobre este lado de su familia y ella misma expresa no querer tener contacto con ellos, sin embargo, por otro lado, los abuelos paternos realizan un depósito mensual en una cuenta a nombre de Anna, el cual no es sustancioso, y Anna manifiesta un particular y significativo interés y gusto por conocer la cultura oriental en general, aunque ella niega que eso tenga algo que ver con su familia paterna. Cabe contar aquí la manera en que esto se expresó en el consultorio. En una de las sesiones, Anna estaba platicando sobre su afición a la cultura oriental y se le cuestionó de dónde venía tanto interés por esto. Después de pensarlo brevemente, lo primero que dijo fue: “No tiene que ver con mi papá”. Esta respuesta, justamente hace pensar que sí existe un conflicto en Anna que tiene que ver con un deseo por buscar a ese padre que desapareció de su vida desde antes de que su madre diera a luz.

La relación de Anna con su madre también se encuentra muy matizada por una ambivalencia relevante, la cual podría venir desde el momento en que Anna es concebida, pues la madre abandonó sus estudios de licenciatura cuando quedó embarazada de Anna. Si bien la madre expresa querer a Anna, preocuparse por ella y procurar su bienestar, también se ha observado una intermitente agresión de parte de la madre hacia su hija, a quien critica e insulta en diversas ocasiones, en especial cuando la madre se encuentra enojada, habiendo llegado al punto de agredir físicamente a Anna. En cuanto a las críticas y la presión que la madre ejerce sobre Anna respecto a sus estudios de licenciatura, cabe pensar que están relacionados con la experiencia que tuvo la madre de dejar sus propios estudios profesionales cuando quedó embarazada. En este punto, la ambivalencia pareciera funcionar en cuanto a que la madre quiera que Anna tenga mejores oportunidades al estudiar una carrera, pero su actitud agresiva hacia Anna sería un reclamo como si la culpaba por tener que abandonar sus propios estudios, los cuales le podrían haber dado un estilo de vida diferente. De esta manera, a pesar de que la madre tenga un genuino afecto por su hija, también es manifiesto que tiende a lastimar a Anna mediante una serie de comentarios y actitudes con los que Anna se siente presionada, lo cual, a su vez, contribuye a la aparición de varios de los síntomas psicósomáticos que Anna ha reportado, como urticaria, migrañas y vómitos.

El tema de las enfermedades no ha sido exclusivo para Anna, pues ella también ha observado condiciones médicas significativas que le han ocurrido a su madre. Dentro de éstas, resaltan dos abortos y el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino, provocando éste último que la madre se separara de Anna durante un periodo de 6 meses en los que se fue a Europa a recibir un tratamiento con láser. Llama la atención en este aspecto, que la madre se procure un tratamiento especializado fuera del país y que a Anna no le procure condiciones médicas adecuadas cuando las ha necesitado por otras razones, como por ejemplo el asma que le trataron con orinoterapia. En este sentido, Anna llegó a comentar en repetidas ocasiones, durante su tratamiento, tener la percepción de que su familia procuraba no realizar gastos en ella que con otros miembros de la familia sí

podrían llegar a hacer. Anna se refería, en este punto, no sólo a los tratamientos médicos que recibía su madre en comparación a ella, sino también hacía una mención reiterada sobre que su medio hermano había estado toda su vida en escuelas privadas, mientras que ella había estado principalmente en escuelas públicas. Esto llamaría una especial atención al final del tratamiento cuando la familia ofrece pagarle la universidad a Anna, después de un año que estuvo sin estudiar. Pero esto será desarrollado con mayor detenimiento en capítulos posteriores. Por otro lado, los abortos y el cáncer que sufrió la madre de Anna también han sido eventos que provocaron una gran angustia en ella, pues le generaron miedo al pensar que podría quedarse sin su madre, lo cual se podría percibir como una repetición del abandono paterno.

Los pacientes psicossomáticos tienden a presentar ciertas características, según comenta McDougall (1995), relacionadas con dicha psicopatología. Entre tales, sobresale la dificultad para la expresión verbal, lo cual dificulta su comunicación con otras personas. Durante los primeros meses de tratamiento, Anna hacía comentarios como: “Me siento nerviosa. No sé qué decir. No estoy acostumbrada a hablar”. Entre otros. Estos comentarios iban acompañados de movimientos corporales constantes y repetitivos, a la vez que se le quebraba la voz cuando quería empezar a hablar, generalmente sobre las críticas que recibía de parte de su familia cuando estaba en casa. Conforme el tratamiento avanzó, Anna se fue sintiendo más cómoda y tranquila, pudiendo verbalizar aquello que le molestaba acerca de vivir con su familia. A la vez que Anna aprendió a expresarse verbalmente, su estado de ánimo fue mejorando de manera considerable y la timidez e inseguridad con las que ella misma se definía fueron disminuyendo. Sin embargo, este proceso fue largo y lento, denotando la dificultad y la complejidad que implica el desarrollo de las habilidades de expresión, las cuales están vinculadas con el maternaje.

Winnicott (1965) explica que la manera en que los cuidadores primarios se comunican con el bebé provoca una gran influencia en el aprendizaje de éste para poder desarrollar sus propios modos de relacionarse con las demás personas. A lo

largo del tratamiento, se procuró explorar cómo había sido este proceso en la vida de Anna. Ella comentaba que su tendencia a no hablar se ha presentado desde que tiene memoria. Platicó tener recuerdos de pequeña, cuando su madre se ausentaba por el trabajo, en los que estaba en el departamento con sus abuelos y ella tenía el deseo de jugar o hacer algo, pero que sus abuelos no le hacían caso, por lo que ella sentía que tenía que estar sola y en silencio para no molestarlos. Cuando su madre estaba en casa, la situación no cambiaba mucho. Esto fue algo que se repetiría en la vida de Anna cuando nació su medio hermano, pues, como había reportado, el padre de éste la hacía a un lado, de tal forma que ella reforzaba este sentimiento de soledad que la mantenía en silencio, tímida e insegura de sí misma.

Pareciera, entonces, que la manera en que la familia de Anna se relacionó con ella fue dándole un mensaje de que ella tenía que no molestar a los demás con sus deseos y necesidades. Así, Anna creció con el mandato de tener que cumplir con las expectativas no sólo de su madre, sino de todos los miembros de la familia con los que vive.

Este mensaje parece haber tenido una fuerza particular en el tema del desempeño escolar de Anna. En alguna ocasión comentó que le daba nervio tener que hablar y no saber qué decir. Esto lo asoció a la primera vez que tuvo que dar una exposición frente a su salón de clases en la materia de biología en la secundaria. Anna se ofuscó por la presión que sentía al exponer frente a todos sus compañeros y al pensar que si no lo hacía bien, entonces no recibiría una buena calificación. El interés por obtener buenas calificaciones está relacionado con querer cumplir las expectativas que la familia tiene sobre ella, quienes a lo largo de su vida le han hecho comentarios constantes respecto a que tiene que ir bien en la escuela, estudiar mucho y terminar una carrera para que le pueda ir bien en la vida. Esta presión percibida por Anna de parte de su familia llegó al punto en que Anna decidió abandonar sus estudios de licenciatura al no aguantar las migrañas y la urticaria que empezó a padecer cuando ingresó a la universidad. La ambivalencia se vuelve a presentar en este punto, pues las intenciones que tiene

la familia de Anna al decirle estas cosas son pensando en que quieren el bienestar de la joven, sin embargo esta preocupación que tienen por ella, lejos de hacerla sentirse amada y apoyada por la familia, ha contribuido a que enferme.

Conseguir entrar a una licenciatura en la que Anna se pudiera sentir con la convicción de que lo que estaba estudiando era algo que ella quería hacer y que esto le contribuiría a ser feliz fue uno de los temas más importantes a lo largo de su tratamiento y de los más recurrentes en las sesiones de psicoterapia. Cabe recordar que dentro del motivo de consulta que Anna expresó para asistir a psicoterapia se encontraban sus estudios de licenciatura como los causantes de los síntomas psicósomáticos. La licenciatura en Relaciones Internacionales, comentaba Anna, estaba dañando su salud al punto en que Anna se ponía a llorar cuando estaba sola pensando en que tenía que asistir a clases. Anna mencionaba que no le gustaba ni la licenciatura ni el ambiente de la facultad en la que estudiaba porque le parecía que casi todas las personas ahí eran hipócritas porque sólo se relacionaban con las demás personas por interés, de lo contrario el trato que tenían tendía a ser grosero.

Anna quería estudiar una licenciatura que tuviera que ver con algo de diseño y quería abandonar Relaciones Internacionales porque no le gusta la política y muchas de las materias que llevaba tenían que ver con eso. Cuando se le preguntó la razón por la que había entrado a Relaciones Internacionales, Anna respondió que la política era algo muy importante para su familia y que, de alguna forma, ellos la convencieron de que estudiara algo que tuviera que ver con eso. Ella pensó en Relaciones Internacionales porque le gustan los idiomas y pensó que ahí podía aprender a hablar más idiomas, sin embargo estaba equivocada. Ante el planteamiento de negarse a estudiar algo relacionado a política, Anna respondió: “Me cuesta mucho trabajo decir que no”. Más específicamente, Anna se refería a que nunca se había negado a una solicitud de algún miembro de su familia, por lo que la elección de su carrera fue impuesta por ellos, a pesar de que ella no quería estudiar eso. Esta dinámica entre Anna y su familia revela otro tipo de conflicto significativo que contribuyó en varias ocasiones a la manifestación de

los síntomas psicossomáticos. Anna se veía ante la conflictiva entre hacer caso al mandato de su familia y cumplir sus expectativas haciendo algo que ella no quería hacer, o hacer lo que ella quería y enfrentarse a las críticas y desaprobación por parte de ellos. Abandonar la licenciatura en Relaciones Internacionales y buscar estudiar Diseño, lo cual lo empezó a realizar cuando inició su tratamiento, fue la primera vez que Anna se atrevió a desobedecer el mandato familiar para hacer lo que ella deseaba.

Para continuar explicando los matices que se observaron durante el tratamiento sobre la relación de Anna con su madre, se procurará mencionar algunas historias específicas que Anna contó en diversas sesiones y que llaman la atención por su relevancia en cuanto al tema en cuestión. En una ocasión, Anna estaba hablando sobre las actividades que llevaba a cabo desde que había entrado a la universidad, las cuales estaban orientadas a buscar la aprobación de su familia. Se le comentó justamente esto, que parecía que ella hacía las cosas pensando en los demás. Después de un breve silencio, Anna comenzó a llorar. Entre sollozos, expresó que ella justamente se sentía así, pero que le dolía mucho que su madre no fuera capaz de ver eso, sino que ésta le decía que ella sólo pensaba en sí misma y que no consideraba a la familia.

En otra sesión, Anna contó un pleito fuerte que hubo en el hogar. En palabras de Anna: “Fue por culpa de mi mamá. Porque se enojó mucho con nuestra perrita, porque creo que agarró la bolsa de la basura o algo así. Entonces mi mamá se puso muy mal y pateó a la perra. Entonces yo me enojé y le dije que por qué le hacía eso, que no la tenía que patear y mi mamá me gritó. Y su esposo también se enojó y le dijo a mi mamá que se calmara y que no le pegara a la perra y ahí se empezaron a pelear y los dos empezaron a lanzar cosas. Llegó un momento en el que yo tuve que agarrar a mi mamá porque creía que si no la agarraba entonces se iban a ir a los golpes”. Esta no fue una pelea aislada. Anna contó en varias ocasiones que su madre tenía un carácter bastante explosivo y que era común que llegara a pelearse con el europeo y, en su momento, con el chileno. Aparentemente, este ambiente violento, tenso e inestable envolvía la vida

de Anna desde sus primeros años de vida, de forma que el maternaje que recibió se caracteriza por ser agresivo, poco protector y considerablemente inestable, influyendo así en su tendencia a la psicopatización, la cual fungía como la expresión del malestar que Anna era incapaz de apalabrar.

Asimismo, las peleas entre la madre y el europeo, implican otro riesgo y miedo significativos para Anna, ya que ella ve en este hombre al padre que nunca tuvo y que no encontró en el chileno. Entonces Anna teme que si su madre se separa de él, entonces ella perdería a esta figura paterna importante para ella, lo cual sería una repetición del abandono de su padre, situación, ya se ha dicho, significativa en la vida de Anna que aparentemente ha influenciado mucho en el desarrollo de su patología.

Después de considerar la información presentada en este apartado, cabe pensar que los síntomas psicopatológicos que se manifiestan en Anna han sido ocasión de las condiciones del maternaje que ha recibido desde su infancia, mas no son las únicas consecuencias que esto ha provocado. Corresponde ahora explorar otros aspectos clínicamente significativos en el caso de Anna, como lo es la dificultad que presentó a lo largo de todo el tratamiento para conseguir separarse de su familia, procurando lograr su individuación.

## **2. Las dificultades en el proceso de separación-individuación a partir de la dinámica familiar**

Se había mencionado que las investigaciones realizadas por Mahler, Pine y Bergman (1975) permiten estudiar el desarrollo del infante desde el punto de vista del proceso que denominaron “separación-individuación”. Estos autores, exponen que el nacimiento biológico del bebé es diferente a su nacimiento psicológico, el cual es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo. Justamente este nacimiento psicológico es lo que Mahler, Pine y Bergman (1975) denominan como “proceso de separación-individuación”, el cual se refiere al establecimiento de un sentimiento de separación respecto del mundo real y del objeto primario de amor: la madre. Si bien los autores expresan que este proceso ocurre principalmente en el periodo que va del 4<sup>to</sup> mes de vida a los 36 meses de edad, también comentan que es un proceso que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo vital, de tal forma que los fenómenos que ocurran durante esta fase del desarrollo son capaces de exhibirse a partir de diversas manifestaciones en momentos posteriores de la vida del individuo.

Será objeto de este apartado explorar la manera en que estas manifestaciones se presentan en el caso de Anna, en quien se observó en varias ocasiones que el proceso de separación-individuación se encontraba mermado, aparentando, algunas veces, tener un comportamiento de tipo simbiótico con su familia en general, pero más específicamente con la madre. Este funcionamiento de la dinámica familiar de Anna es muy importante en su vida debido a que parece influenciar enormemente las acciones que lleva a cabo, así como su estado de ánimo, el cual solía ser desagradable para ella. La influencia de dicha dinámica en el comportamiento de Anna llegó a ser tan relevante para efectos de su tratamiento psicoterapéutico, ya que fue justamente por razones ligadas a este proceso de separación-individuación por las que Anna abandonó su tratamiento, a pesar de que ella misma estaba reconociendo los avances que lograba a partir del trabajo realizado en el consultorio. Sin embargo, parece ser que la angustia de separación que Anna experimenta no se logró elaborar completamente.



Es válido plantear como objetivos generalizados dentro de un tratamiento psicológico, y fuera de uno también, que una persona consiga sentirse con la seguridad necesaria para poder llevar una vida de manera independiente. Se esperaría que la familia de una persona motive a que esto suceda paulatinamente conforme el paso del tiempo. Mas en el caso de la familia de Anna, esto no parecía suceder. Llama la atención el aglutinamiento familiar en el departamento de los abuelos. Como se había mencionado, ahí viven los dos abuelos maternos, la madre, el esposo de la madre, el tío, el medio hermano y Anna. El único miembro de la familia que no vive con ellos, la tía de Anna, se encuentra peleada con la familia, dando la impresión de que si algún integrante de la familia no se encuentra en el lugar y en la manera en que los demás esperan, entonces se da lugar a un conflicto familiar por no respetar el patrón de mantenerse unidos.

Por supuesto, se consideraría que la familia sea inconsciente de esta dinámica. Ha habido eventos aparentemente involuntarios o accidentales que han contribuido a que los miembros de esta familia no se puedan separar. Cuando Anna tenía 5 años, ella, su madre y el chileno se fueron a vivir al país de éste último durante 6 meses. Anna recuerda estos meses de buena manera pues considera que su vida en Chile era tranquila. Habría de pensarse que la distancia del resto de su familia podía tener que ver con esta calma que Anna rememora. Sin embargo, se regresaron a México porque el abuelo materno de Anna había tenido un infarto. No se está planteando que el abuelo se haya provocado esto o lo haya fingido para que su hija y su nieta regresaran a vivir con él. Sin embargo, la condición de salud de éste provocó que Anna y su madre regresaran a vivir al departamento con el resto de la familia, y desde entonces no han vuelto a salirse de ahí, sino que posteriormente llegaron el medio hermano de Anna y el actual esposo de la madre. Cabría interpretarse de esta situación que el comportamiento simbiótico que manifiesta la familia da la sensación de muerte ante la posibilidad de la separación de sus miembros.

El comportamiento simbiótico no se observa únicamente en que todos se mantengan viviendo juntos dentro de un departamento que no es un lugar con

mucho espacio. La vida laboral que han llevado varios de los miembros de la familia también contiene matices de simbiosis. Los abuelos de Anna trabajaron casi toda su vida en la misma universidad. Por esto, para la familia era importante que Anna realizara sus estudios profesionales en dicha institución, por lo que reaccionaron de muy mala manera cuando ella les comunicó que abandonaría la carrera que estudiaba ahí.

Por otro lado, el tío de Anna trabaja en un organismo gubernamental en el cual cuenta con varios años de antigüedad. En esta misma institución estuvo trabajando la madre de Anna durante un tiempo considerable. Era en este trabajo en donde la mandaban a viajar por el interior de la República. Ella dejó este trabajo porque le traspasó su plaza al chileno, con la intención de que él trabajara mientras que ella se ocupara de los hijos. Una vez que se divorciaron, el chileno se quedó con la plaza. Lo más llamativo respecto a este lugar de trabajo fue cuando Anna empezó a buscar empleo. Los primeros meses que hablaba en el consultorio sobre la posibilidad de entrar a trabajar dado que ya no estaba yendo a la escuela, Anna no mencionaba otra opción de trabajo más que ingresar a la misma institución de gobierno en la que trabajaban su tío y el ex esposo de su madre. Además de que Anna no se atrevía, en un principio, a ir por sí misma a solicitar el trabajo en ese lugar, ni en ningún otro, sino que estaba esperando a que su tío o su madre pudieran hablar con alguno de los jefes de ahí para preguntarles si podrían contratar a Anna.

Tomó tiempo para que Anna pudiera movilizarse en cuanto a esto. Cuando Anna hablaba del tema en sesión, se procuraba que pensara en por qué tenía que ser forzosamente ahí en donde tuviera que trabajar. Ella comentaba que no tenía que ser así, pero que su familia conocía gente ahí y que eso podría ayudarla a conseguir el trabajo. Esto dio pie a que surgieran algunos aspectos importantes para el trabajo clínico. Por un lado, Anna comenzaba a darse cuenta del comportamiento simbiótico que tenían ella y su familia, mientras que por otro lado, se pudo trabajar sobre la inseguridad que sentía Anna para moverse por sí misma, sin la compañía de su madre o de alguien de su familia. Anna pensaba que ella no

podía ir a pedir el trabajo por su cuenta porque nadie la conocía en ese lugar, en cambio, como su madre y su tío tenían algunos conocidos, creía que por eso la podrían contratar. A pesar de que la madre y el tío le decían que le iban a ayudar para conseguir trabajo ahí, realmente nunca hicieron nada, según reportó Anna. El tío le decía constantemente que se había olvidado de preguntar cuando iba a trabajar y la madre se excusaba diciendo que no era buen momento para ir a pedir favores porque su ex esposo estaba teniendo unos problemas ahí.

Lo anterior permite vislumbrar otro aspecto significativo de la dinámica familiar hacia Anna. Sus abuelos, su madre, su tío y el europeo le decían a la joven que tenía que buscar trabajo y estar activa si no iba a seguir yendo a la universidad. Pero cuando Anna pretendía hacer algo para conseguir trabajo, entonces la familia le decía algo para que no lo hiciera, como decirle que le conseguirían el trabajo y finalmente no hacían nada al respecto o, en otra ocasión, Anna se disponía a salir de la casa para pedir trabajo en una cafetería que solicitaba empleados y que se encontraba cerca de donde vivía, pero el europeo le dijo que no fuera porque ella tenía que concentrarse en ingresar a alguna universidad y no a buscar trabajo. De esta forma, Anna comentaba en sesión que se sentía confundida porque su familia le decía una cosa y luego le decía lo contrario, por lo que no sabía qué hacer al respecto. Así como se habló en el apartado anterior sobre el maternaje, la ambivalencia también se hace manifiesta aquí en cuanto al doble mensaje que recibía Anna entre crecer y hacer su propia vida pero, por otro lado, no separarse de la familia, manteniendo así el sentimiento constante de inseguridad que provocaba que Anna no se atreviera a salir de la casa sin compañía de nadie para buscar lo que ella quería.

Entonces, los primeros meses en que Anna estuvo pensando en conseguir trabajo, simplemente se quedaba en su casa esperando a que su madre o su tío llegaran un día y le comunicaran que ya le habían conseguido trabajo. Esto no sucedió. Luego, Anna empezó a buscar en Internet ofertas de empleo y envió unas cuantas solicitudes de manera electrónica. Algunas resultaron en concertar entrevistas de trabajo, sin embargo Anna no se atrevió a ir a ninguna de éstas,

pues pensaba que no tenía caso que fuera porque no creía que la fueran a contratar dado que no tenía experiencia por no haber trabajado en nada anteriormente. Llegó un momento en el que Anna se atrevió ir a una entrevista de trabajo, a la cual la acompañó su madre. Sin embargo, después de esa entrevista, Anna no quiso realizar los pasos que le pedían para continuar con el proceso de selección. Más adelante, Anna comenzó a salir de la casa por su propia cuenta a buscar trabajo. Esto le permitió entregar sus solicitudes de empleo en persona y hacer citas para otras entrevistas de trabajo.

Un día Anna llegó a sesión vestida de manera muy llamativa. Durante todo su tratamiento, Anna acudía a sus terapias con atuendos casuales. A pesar de que solía presentarse en buenas condiciones de higiene y aliño, nunca procuraba arreglarse demasiado, de tal forma que su apariencia daba la impresión de una estudiante adolescente. Pero ese día la apariencia de Anna hacía notar un cambio relevante. Iba maquillada y con botas de tacón que le daban un aire de elegancia y profesionalidad. Vestía unos pantalones formales de color negro que combinaba con un chaleco del mismo color y una blusa blanca. El último aspecto que completaba su cambio de apariencia era un peinado que provocaba una excelente impresión en conjunto con todo su atuendo. Anna estaba a unas semanas de cumplir 21 años de edad, y por primera vez en 13 meses de tratamiento estaba dando la impresión, mediante su apariencia ese día, de que era una mujer adulta.

Anna contó en esa sesión que saliendo de ahí tenía una entrevista en una tienda de ropa que se encontraba en un centro comercial. Sonaba emocionada porque sentía que tenía buenas posibilidades de conseguir trabajo ahí. Realmente aparentaba un cambio relevante en comparación a todas las sesiones anteriores en donde hablaba sobre su necesidad y deseo de conseguir empleo. En lugar de la niña asustada que no se atrevía a salir de su casa si no era acompañada por un adulto, se podía observar a una mujer dispuesta a hacer lo que era necesario para conseguir lo que quería. Sentía nervios de lo que pudiese ocurrir en la entrevista y en el proceso de selección, pero estaba resuelta a no quedarse paralizada por sus sensaciones de miedo y ansiedad. Creía que ya era momento de dejar de estar

encerrada en su casa y tener una actividad diaria que fuera productiva. Al parecer, Anna había decidido dar un paso muy importante para poder llevar a cabo su proceso de separación-individuación. Esa sería la penúltima sesión de su tratamiento.

A la semana siguiente, Anna llamó para cancelar las dos sesiones que tenía programadas. La siguiente sesión, Anna comunicó en el consultorio que interrumpiría el tratamiento y se despidió de su terapeuta.

Anna explicó en esa última sesión que le había ido bien en la entrevista de trabajo a la que acudió al salir de la terapia anterior. Sin embargo, cuando llegó a su casa, su madre y su abuelo la estaban esperando para platicar con ella. Le dijeron que ella no debería de estar buscando trabajo, sino que tendría que concentrarse en sus estudios. Para entonces, Anna llevaba un año sin estudiar y había fallado, después de realizar 4 intentos de exámenes, en ingresar a alguna universidad pública, en donde esperaba reiniciar una licenciatura. Anna había comentado en varias ocasiones, que no tenía la posibilidad de ingresar a una universidad privada. Sin embargo, esa noche su abuelo y su madre le ofrecieron que fueran a ver dos universidades privadas al día siguiente. Durante la siguiente semana, Anna quedó inscrita en una de estas instituciones y estuvo realizando los trámites para poder iniciar la Licenciatura en Diseño Gráfico. Debido a que su familia le ofreció pagarle la universidad privada, Anna comentó en el consultorio que ya no tendría tiempo para trabajar ni para asistir a terapia y que el dinero que utilizaba para el tratamiento, lo emplearía para los gastos que sus estudios le implicarían. Anna sentía que el trabajo terapéutico que realizó durante los 13 meses que duró su tratamiento le permitió aprender a expresarse mucho mejor de como lo hacía anteriormente y creía que esto le permitiría poder hacer frente de buena manera a los retos con los que se encontraría durante sus estudios profesionales. Asimismo, Anna comentó sentirse con la seguridad necesaria para poder expresar lo que sentía y quería con su familia, por lo que esperaba que sus síntomas psicósomáticos no se volvieran a presentar de la manera en que acaecieron cuando ingresó por primera vez a la licenciatura.

De esta forma, el tratamiento de Anna se vio finalizado, aunque sería más certero decir interrumpido, ya que, si bien Anna había presentado mejorías, no se encontraba en un estado clínico en el que se pudiese considerar un alta del proceso terapéutico. Ahora bien, se ha procurado narrar los eventos que acontecieron alrededor de esto. A continuación, se pretende dar una explicación a las razones de tales escenas, haciendo énfasis en el proceso de separación-individuación de Anna y su familia.

Se mencionó que Anna esperaba, en un principio, que su madre o su tío le consiguieran trabajo en la misma institución donde trabajaba éste último. Este comportamiento se puede considerar de tipo simbiótico, ya que durante esta etapa el bebé, quien percibe que él y su madre son uno mismo, recibe el cuidado y el alimento que necesita para vivir prácticamente sin realizar esfuerzos significativos para conseguir su satisfacción. Por supuesto, esto puede suceder de maneras muy diferentes entre cada caso. La cuestión es que ningún infante es capaz de proveerse a sí mismo de los elementos que necesita para persistir. Si no los recibe de algún cuidador, lo más probable es que el niño muera. Entonces, por la fase de desarrollo en la que se encuentra un niño en el periodo de simbiosis, éste espera recibir pasivamente la satisfacción de sus necesidades. En el caso de Anna, esto parecía ser lo que estaba esperando ella al no salir de su casa para buscar trabajo por su propia cuenta, que es lo que necesitaba, sino que mantuvo durante cierto periodo una posición completamente pasiva en la que esperaba a que alguien más le diera aquello que necesitaba.

Durante este periodo, el trabajo en el consultorio se enfocó a que Anna pudiese modificar su posición desde la pasividad en la que se encontraba hacia una actitud activa y propositiva. Se estimuló un trabajo de pensamiento en Anna para que se diera cuenta del comportamiento simbiótico que estaba teniendo y se motivó a que ella decidiera realizar las actividades que le parecieran pertinentes para encontrar trabajo por sí misma en algún lugar donde ella pensara que pudiese desempeñarse satisfactoriamente al realizar las actividades laborales. Esto implicaba que Anna continuase la línea de desarrollo desde la simbiosis

hacia la individuación, pasando por el reconocimiento de su individualidad y promoviendo que se pudiera mover sin la necesidad de que alguien la acompañase.

A su vez, este aspecto de su tratamiento requería que se trabajase la angustia de separación de Anna. Como se revisó anteriormente, Quinodoz (1997) definió la angustia de separación como el miedo que tiene una persona a estar solo o quedar abandonado, lo cual es fuente de grandes dolores psíquicos que pueden provocar una gran gama de alteraciones psicológicas en el ser humano. La manera en que se presenten las manifestaciones ligadas a la angustia de separación en una persona está relacionada con la manera en que sus objetos internos fueron introyectados durante sus primeros años de vida. En el caso de Anna, se había comentado en el apartado anterior, no ocurrió de la mejor forma posible debido al abandono paterno y a la constante ausencia de la madre. Asimismo, la dinámica familiar promovía que Anna tuviera miedo a separarse del aglutinamiento en el que viven.

A partir de lo anterior, se observa un conflicto significativo en el caso de Anna. La incapacidad de ésta para separarse de su familia y la manera en que ellos se relacionaban con ella provocaban que Anna desarrollara los síntomas psicossomáticos. Esto le planteaba a Anna el escenario de hacer lo que ella deseaba y necesitaba frente a hacer lo que su familia esperaba de ella. Pero retar la autoridad de la familia, por otro lado, provocaba en Anna una culpa significativa y la sensación de la angustia de separación, lo cual le afectaba considerablemente y también podía contribuir a la psicossomatización.

Esta situación complicó bastante el proceso terapéutico, pues cuando asistía a las sesiones de tratamiento en las que se abordaba el tema de la separación de su familia, había ocasiones en las que Anna manifestaba dolores de cabeza o cancelaba la siguiente sesión de terapia debido a que había contraído resfriado común. Llegó un momento en el que la familia empezó a expresar su inconformidad con el trabajo terapéutico que Anna estaba llevando a cabo en el consultorio. Para cuando el tratamiento había cumplido 5 meses, Anna ya

manifestaba mejores habilidades para expresar lo que quería decir, lo cual sucedía tanto en el consultorio, como fuera de éste. Anna comentaba que se estaba sintiendo bastante mejor en cuanto a su estado de ánimo y a la presentación de los síntomas psicósomáticos, y estaba teniendo avances para poder pensar en diferentes maneras en las que podría valerse por sí misma. Ya no estaba esperando que su familia le consiguiera trabajo.

En ese tiempo fue cuando la madre pidió una entrevista con el terapeuta de Anna y comentó que creía que el tratamiento no le estaba sirviendo. Posteriormente Anna llegó a platicar que su familia le estaba sugiriendo que tomara otro tipo de terapias para sentirse mejor. Las sugerencias de la familia se referían a algunos métodos alternativos o incluso esotéricos en los que ellos creían y que parecían tener el objetivo de convencer a Anna de que abandonara la consulta psicológica, la cual estaba presentando una amenaza para la mantención de la dinámica familiar en la que el rol de Anna era obedecer y cumplir las expectativas de los demás. En otras palabras, parecía que la familia procuraba impedir que Anna lograra la separación de ellos. Cabe reiterar que esto es un movimiento inconsciente de su parte, ya que el discurso consciente que presenta la familia es que desean el crecimiento y el bienestar de Anna, aunque sus acciones permiten observar otras intenciones.

Como se comentó antes, con el paso del tiempo, Anna continuó avanzando en su proceso de separación-individuación. Cada vez con mayor facilidad, Anna era capaz de expresarse, de defender sus puntos de vista y de poner límites con lo que ella haría con su vida. Ya no estaba obedeciendo todos los mandatos de la familia y estaba procurando ponerse a sí misma en primer lugar en su vida antes que querer satisfacer a los demás. Esto provocó un movimiento precipitado por parte de su familia. Anna había comentado en algunas sesiones que estaba la posibilidad de que viajara un tiempo por Europa en vista de que podía alojarse con la familia del esposo de su madre. Este viaje tenía cierta planeación y parecía que faltaban unos meses para poder hacerlo, sin embargo, la madre de Anna llegó un día con ella y le avisó que su avión salía en dos días. Al día siguiente, Anna tenía



sesión de psicoterapia y la madre le dijo que era mejor que no fuera para que se pusiera a preparar las cosas para su viaje y que podía mandarle un mensaje al terapeuta para comunicar su salida del país.

Anna no le hizo caso a su madre. Al día siguiente se presentó a terapia y comentó lo anterior. Anna se encontraba emocionada porque sería la primera vez que saldría del país, pero por otro lado manifestó sentirse nerviosa. Un aspecto muy importante para Anna en esa sesión era saber qué pasaría con su tratamiento psicológico, pues temía que éste fuera finalizado si ella se ausentaba por varias sesiones. Cuando se le comunicó que su tratamiento seguiría en cuanto ella regresara del viaje, Anna comentó que eso la hacía sentirse mucho más tranquila para poder irse, pues valoraba mucho su espacio terapéutico y no quería perderlo. A partir del discurso que Anna presentó durante esa sesión, vale pensar que el tratamiento estaba teniendo buenos resultados en su vida y que estaba disfrutando los avances que sentía en su proceso de separación-individuación.

El movimiento que se presentó por este viaje a Europa dio algunos aspectos relevantes de Anna y su familia en qué pensar. Ya se comentó que se observó un buen apego de parte de Anna con su tratamiento psicológico. Por otro lado, Anna se sentía entusiasmada por salir del país y poder vivir algo diferente a lo que estaba acostumbrada. Comentó que tenía el deseo de estar lejos de su familia y que se sentía segura para poder hacerlo. En sus palabras, Anna tenía ganas de “cortar el cordón”.

Por parte de su familia, se percibió nuevamente un comportamiento ambivalente, ya que éstos le decían que se quedara en Europa durante cinco meses, aunque Anna quería irse por uno o dos meses para después regresar a México y llevar a cabo los planes que tenía para su vida y su educación, entre los cuales era muy importante encontrar trabajo. La ambivalencia, en este caso, se percibía en cuanto a que la familia quería que Anna estuviera lejos de ellos por varios meses, pero a la vez la mantenían dentro del círculo familiar dado que la mandaron en compañía del esposo de la madre y estuvieron viviendo en casa de la familia de éste en Europa. De alguna manera, parecía que uno de los objetivos

que tenía la familia con este viaje de Anna era que ella ya no asistiera a su tratamiento psicológico y que cuando regresara a México ella acatará nuevamente los mandatos que la familia le daba, restableciendo la dinámica familiar con la que se sentían tranquilos.

Cuando Anna regresó a México, continuó yendo a psicoterapia y buscando trabajo. Sin embargo, en el momento en que parecía que finalmente lo conseguiría, su familia intervino como ya se ha mencionado, provocando que Anna decidiera abandonar su terapia. La manera en que acaeció la interrupción del tratamiento de Anna plantea la interrogante acerca de si la familia quiso ayudarla en su desarrollo al ofrecerle el pago de sus estudios universitarios, después de un año en el que estuvieron insistiendo que retomara la licenciatura que ella no quería a pesar de que ella les repetía que eso la lastimaba, o si la intención era evitar que se separa de ellos, manteniendo la dinámica familiar en la que Anna funge como objeto de críticas siempre que no cumple con las expectativas de algún familiar. Esta pregunta queda sin respuesta para efectos del alcance del presente trabajo.

### **3. El comportamiento adulto reemplazado por conductas infantiles y adolescentes**

El estudio realizado sobre el caso de Anna ha permitido observar la interacción entre las fallas en el maternaje, el abandono paterno, los síntomas psicossomáticos y las dificultades en el proceso de separación-individuación. Dentro de los factores anteriores, se observaron una serie de comportamientos singulares derivados de la situación clínica de Anna que valen la pena desarrollar. Esto se refiere a una tendencia a presentar conductas infantiles, en lugar de comportarse como una joven de su edad. Anteriormente, se revisaron las diferencias que expone Carvajal (1993) entre un niño y un adulto. Las características atribuidas a los niños eran que éstos son dependientes, no tienen intimidad y juegan, mientras que un adulto es independiente, tiene intimidad y trabaja. Entre estas dos etapas de la vida se desarrolla la adolescencia que funge como un proceso muy complicado de metamorfosis para conseguir la transición a la adultez. Por su edad, a Anna le correspondería estar justamente en el paso entre dejar la adolescencia e iniciar la adultez pudiendo experimentar su independencia cada vez de mejor manera. Sin embargo, lejos de esto, el comportamiento de Anna parecía ser el de una niña que, a partir del trabajo terapéutico, comenzó a presentar conductas adolescentes de manera paulatina.

Igualmente, se revisó la teoría del desarrollo psicosexual de Freud (1905) quien explica que los niños, debido al inicio de la pubertad, terminan la fase de latencia y empiezan a manifestar pulsiones sexuales propias de la adultez. El movimiento psíquico que se genera a partir del despertar hormonal ocurrido al inicio de la adolescencia genera, a su vez, una multitud de conflictos en la persona y, por lo tanto, la necesidad de adaptarse al nuevo escenario en el que se experimentan deseos que anteriormente no estaban. En el caso de Anna, se infiere que algunas situaciones específicas de su vida estaban generando una fuerte represión sobre su desarrollo sexual, lo cual vendría de la mano con su incapacidad para poder llevar su vida como la joven adulta que se esperaba que fuera a la edad que tenía.

Para empezar a analizar este aspecto, se presenta un sueño que Anna contó en sesión: “Viajaba en el tiempo seis años atrás y hablaba con unos amigos de ese entonces sobre lo que les iba a pasar en su vida durante los próximos años. Llegó un momento en el que me iba a decir a mí misma lo que iba a pasar conmigo, pero una sogá me impidió hablar”. Anna asoció este sueño con varios pensamientos que suele tener sobre algunas decisiones que ha tomado en su vida y de las cuales se arrepiente, pues cree que de haber actuado diferente se habría ahorrado muchos problemas.

Entre estas decisiones, Anna habló sobre haber entrado a estudiar Relaciones Internacionales. Realmente, ella no quiso estudiar esta carrera en ningún momento. Ella prefería entrar a alguna carrera relacionada con algo artístico, como lo es Diseño Gráfico, porque eso es lo que le gusta y lo que le permite encontrar una vía de expresión. Sin embargo, escogió Relaciones Internacionales porque a su familia le interesa la política y querían que ella hiciera algo relacionado con eso. Anna comentó que si no hubiera escuchado a su familia y hubiera entrado a Diseño Gráfico al salir de la preparatoria, entonces jamás se hubiera sentido tan mal como le ocurrió al ingresar a la universidad y así no habría dejado de estudiar. En este aspecto, se vislumbra la falta de intimidad que tiene Anna en cuanto a su pensamiento, puesto que ella se sentía tan presionada por su familia que todos los comentarios que ellos le hacían se convertían en pensamientos que ella, en cierta medida, hacía propios y eso provocaba que Anna hiciera cosas que no quería.

Por otro lado, la elección de carrera de Relaciones Internacionales llama la atención si se relaciona con el tema del padre de Anna y las parejas de la madre. El padre biológico de Anna tenía ascendencia oriental, el primer esposo de la madre de Anna era chileno y el segundo, un europeo. Parecía, de cierta forma, que la madre procuraba tener relaciones internacionales. Al pensar en estos elementos, cabría pensar en una identificación de parte de Anna que le hace tener un comportamiento similar al de su madre, a la vez que se presenta la búsqueda del padre.

La falta de intimidad en la vida de Anna no se restringe a sus pensamientos. Como se había comentado, Anna vive en un departamento con sus abuelos, su madre, el esposo de su madre, su medio hermano y su tío. En ese lugar, Anna comparte el cuarto con su tío y así ha sido toda su vida. A partir de esto se observa un elemento importante en cuanto a la represión de la sexualidad de Anna. Ella reportó que sólo ha tenido dos noviazgos, los cuales fueron cuando tenía 14 y 16 años y que duraron 4 meses y 3 semanas, respectivamente. Fuera de estas relaciones, Anna jamás ha tenido un involucramiento en el que sucediera algo de tinte sexual. Ella misma, a sus 20 años de edad, comentaba que no le interesaba tener sexo o novio porque quería concentrarse en su crecimiento académico y profesional en lugar de distraerse con hombres. El rechazo de Anna hacia la sexualidad llegaba al punto en el que evitaba hablar del tema en sesión incluso cuando ella misma llegaba a mencionar algo sobre esto. Cuando se daba cuenta de que había comenzado a hablar sobre sexo, hombres, relaciones de pareja o algo similar, procuraba cambiar de tema y rechazar cualquier interés al respecto.

Los estudios sobre sexualidad permiten saber que el ser humano se encuentra en contacto con este aspecto de su vida desde el nacimiento y se ha observado que es un factor relevante en la vida de cualquier persona. Si bien ser virgen a los 20 años de edad no implica alguna patología sexual ni nada por el estilo, sí es relevante que para esta edad se manifiesten deseos sexuales que vendrían ocurriendo desde la aparición de la pubertad. En el caso de Anna parecía existir un desinterés por la sexualidad como lo habría en una niña durante la etapa de latencia. Esto podría implicar una fuerte represión de la sexualidad en Anna que genera una sensación constante de insatisfacción con uno mismo. Es decir, que al no poder tener una movilización adulta, Anna no se sentía bien consigo misma y esto podría ser un elemento más que se adicione al sentimiento de inseguridad al que Anna se refería constantemente como una parte importante de ella.

Lo anterior se vincula con el sueño presentado. Además del arrepentimiento de Anna, se asoció la inseguridad que siente en su vida diaria para poder hacer frente a una vida adulta y la dificultad que siente para crecer, por eso tenía el deseo de regresar a ser niña, de verse como una pequeña que no tiene que pensar en cómo valerse por sí misma, sino que anhela el cuidado y protección del adulto que le brinda resguardo justamente por ser una niña. Sin embargo, eso tampoco era consuelo para Anna, pues ella sentía que jamás en su vida le brindaron la seguridad que ella hubiera deseado, sino que en su lugar se encontró con el abandono de su padre y con las ausencias y agresiones de su madre. Pareciera, así, que la falta de seguridad que Anna ha sentido durante su infancia ha contribuido a la incapacidad que tiene para desenvolverse con independencia y al miedo a la intimidad y al trabajo, siendo éstos características básicas de un adulto.

Falta mencionar un elemento relevante del sueño. Cuando Anna quiere hablar consigo misma de pequeña, pero una soga se lo impide. La asociación fue clara. Anna comentó que desde niña ha tenido la sensación de que lo que ella tiene que decir no es valorado. Éste, menciona Anna, ha sido de los aprendizajes más tempranos que recuerda. Si Anna quería que su mamá o sus abuelos estuvieran con ella y ellos no le hacían caso, ella se quedaba en silencio y sola en algún lugar del departamento. Como se explicó anteriormente, lo que Anna aprendió a callar en palabras, su cuerpo lo aprendió a expresar.

Hubo ocasiones en las que Anna aparentaba avanzar en este desarrollo truncado. Conforme mejoró sus habilidades de comunicación, Anna empezó a apalabrar lo que quería decir, lo cual vino acompañado por la rebeldía propia de la adolescencia, la cual tiene como objetivo ir en contra de los preceptos establecidos por los adultos para, más adelante, consolidarse en valores y pensamientos propios de cada persona, logrando una independencia e intimidad de pensamientos que se vean reflejados en las acciones, al igual que una reconciliación con la autoridad ejercida por los adultos hacia los niños y los adolescentes.

El comportamiento adolescente de Anna se observó, por ejemplo, en que empezó a tener discusiones con sus familiares en las que ella defendía lo que quería hacer con su vida, de tal forma que no permitió que la presión de ellos provocara que reingresara a Relaciones Internacionales. Por otro lado, Anna manifestó un pensamiento mágico característico de la adolescencia en el que se mantiene la creencia de que cualquier problema se solucionará por sí mismo, sin tener una planeación concreta y real para que eso suceda.

Un tema que fue particularmente relevante en cuanto a lo anterior era que Anna pensaba en irse a estudiar una licenciatura en estudios orientales que se impartía en un estado al norte del país. Cuando Anna comentó estos planes, se exploró la manera en que podría llevar esto a cabo. Para eso Anna pretendía encontrar algún trabajo que le permitiera ahorrar para poder irse. Ya que juntara el dinero, ella planeaba conseguir otro trabajo en su nuevo lugar de residencia que le permitiera trabajar y estudiar al mismo tiempo. Así, Anna podría separarse de su familia, ser independiente y vivir tranquila y feliz haciendo lo que ella quisiera.

Durante la última etapa del tratamiento, Anna se aferró a querer realizar este plan, sin embargo, parecía resistirse a conseguir un trabajo que le permitiera ahorrar para irse. Hubo un momento en el que Anna pasó de pensar que nadie la contrataría a pensar que si la contrataran en algún lugar, entonces se quedaría trabajando ahí y ya no se iría. A pesar de que Anna no estaba realizando las acciones para conseguir trabajo y llevar a cabo su plan, ella seguía pensando que era viable y que lo conseguiría de alguna forma. Finalmente, eso no sucedió, ya que cuando realmente parecía que Anna entraría a trabajar, su familia le ofreció el pago de la universidad y ella abandonó su tratamiento.

Es válido mencionar que si bien no se pudo consolidar el paso de Anna a la adultez durante su tratamiento, sí se pudo observar una movilización relevante de una niña insegura que no se atrevía a hacer algo sin el permiso de su madre para convertirse en una adolescente que empezaba a rebelarse contra la autoridad y que expresaba sus propios anhelos a conseguir en su vida.

#### **4. El proceso terapéutico (análisis trasferencial y contratrasferencial y alcances terapéuticos)**

En palabras de Anna, ella buscó asistencia psicológica porque: “al entrar a la universidad comencé con ataques de ansiedad. Primero se presentaron como crisis nerviosas donde me ponía a llorar y temblaba, también me dan ataques de migraña una o dos veces cada semana. Hace tres semanas comencé con comezón en todo el cuerpo sin presentarse ronchas que refieran a alguna enfermedad cutánea. He presentado también depresión, no me gusta mi carrera y quiero dejarla, no tengo ánimos de esforzarme en mis materias. Espero que con la atención que reciba pueda centrarme en lo que me pasa, además de que me ayude a mejorar la comunicación con las personas y así ya no preocupar tanto a mi familia”.

Desde antes de entrar al tratamiento, Anna intuía que los malestares físicos que estaba presentando estaban relacionados con aspectos psicológicos. Cuando ella expone en su motivo de consulta que quiere centrarse en lo que le pasa, se refería a querer comprender por qué le estaba ocurriendo eso. Es decir, saber cómo era que determinadas situaciones en su vida la hacían enfermar de esa forma, cuáles eran esas situaciones y qué hacer para poder evitar su malestar. Esto planteó el objetivo de abordar directamente los síntomas psicósomáticos que Anna presentaba y procurar desvanecerlos.

Por otro lado, Anna hizo énfasis en la manera en que se comunicaba con las personas, aunque, mejor dicho, la manera en que no se lograba comunicar con los demás. Estas dificultades de comunicación se presentaban tanto en casa como fuera de ésta. Anna expresaba que ni siquiera con amigos cercanos le era fácil poder hablar, sino que generalmente ella tomaba el papel de oyente pues no se sentía con la seguridad para poder platicar mucho sobre sí misma con otras personas. Las dificultades que Anna tenía para comunicarse con los demás, y consigo misma, estarían relacionadas con los síntomas psicósomáticos y con el estado de ánimo bajo que ella reportaba. De esta forma, otro objetivo que se planteaba en el tratamiento era estimular las habilidades de expresión de Anna.



El tema de la licenciatura de Anna también fue un punto que le pareció importante recalcar. Ella quería poder encontrar una manera en que se sintiera bien al realizar sus estudios de licenciatura y creía que el primer paso para poder hacer esto era abandonar Relaciones Internacionales, sin embargo eso la enfrentaba a la desaprobación de su familia, lo cual le provocaba un gran conflicto. Esta situación planteaba más de un objetivo. Por un lado, Anna esperaba poder ingresar a una licenciatura en la que se sintiera feliz estudiando algo que le gustara. Por otro lado, necesitaba aprender a lidiar con la presión que sentía de parte de su familia, quienes le parecían muy severos con ella. A partir de esto, más adelante en el tratamiento, se vislumbraría el objetivo de que Anna lograra efectuar su proceso de separación-individuación para poder llegar al punto en el que ella llevara su vida con base en lo que ella quisiera en lugar de realizar sus actividades con la intención de satisfacer las expectativas que su familia tenía sobre ella.

De esta forma, el tratamiento de Anna se enfocaba particularmente a abordar los síntomas psicossomáticos, las habilidades de comunicación, el proceso de separación-individuación, el estado de ánimo y que pudiese ingresar a una licenciatura en la que se sintiera feliz y motivada para esforzarse en sus estudios. Adicionalmente, como en cualquier proceso terapéutico con orientación psicoanalítico, la psicoterapia de Anna pretendía que ella pudiese generar un pensamiento de calidad a partir del cual pudiese conocerse mejor a sí misma y tomar conciencia de cómo se relacionaba con el medio para ser capaz de llevar a cabo los cambios que ella considere necesarios para mejorar su calidad de vida.

Las primeras complicaciones que se presentaron durante el tratamiento tuvieron que ver con las habilidades de comunicación de Anna y con la dinámica familiar. Anteriormente se mencionó que Anna solía hacer comentarios referentes a su dificultad para hablar y esto provocaba que se sintiera nerviosa en las primeras terapias que tuvo. Explorando este aspecto, Anna asoció sus sensaciones de ansiedad en el consultorio con los nervios que sentía cuando estaba en la escuela y tenía que hablar en público. Anna llegó a hacer

comentarios como: “Es que no sé qué es lo que tengo que decir y cuando eso me pasa me pongo nerviosa”. Tales asociaciones parecían indicar que Anna se sentía como si el terapeuta fuera a evaluar su desempeño como paciente, a modo de una clase, por lo que se trabajó este aspecto de la relación terapéutica en donde Anna aprendió a hacer propio el espacio terapéutico y a ver a su terapeuta como eso, un profesional clínico, y no como un profesor o alguna figura de autoridad. Cabe considerar que el escenario de la psicoterapia también contribuía a la asociación que Anna hacía entre el consultorio y la escuela, pues el cubículo en el que Anna recibía su tratamiento se encontraba dentro de una universidad. Por otro lado, la relación que Anna encontró entre cómo se sentía en el consultorio y en la escuela refiriéndose a los nervios, se adjudicó a la presión que Anna sentía por parte de su familia para ir bien en la escuela.

El tema escolar le dio mucho de qué hablar. Un aspecto relevante para Anna en este sentido era la comparación que hacía entre ella y su medio hermano. Anna comentaba que le parecía que su madre y sus abuelos le exigían mucho a ella para tener buenos resultados académicos, mientras que a su hermano no lo presionaban de la misma manera porque él estaba diagnosticado con dislexia. Esta situación le generaba todavía más estrés a Anna, pues ella le ayudaba a su hermano a hacer la tarea y eso le ocupaba más tiempo del que ella quisiera. Asimismo, Anna mencionó que su hermano había estado principalmente en colegios privados, mientras que ella había realizado la mayor parte de su educación formal en escuelas públicas.

Una vez que Anna se pudo sentir más tranquila dentro del consultorio en cuanto a los nervios que manifestaba sobre lo que tenía que decir, apareció otro factor que le complicaba la fluencia de su discurso. Al querer explorar la vida de Anna y las posibles causas de sus malestares, el tema de su familia solía surgir. Sin embargo, en un principio, a Anna le costaba decir algo negativo de cualquier miembro de su familia. Parecía que si Anna pensaba algo malo sobre ellos, entonces se veía abrumada por una inmensa culpa que la hacía mantenerse en silencio o provocaba que rompiera en llanto cuando Anna se esforzaba por hablar.

Si Anna hacía algún comentario que pareciera reclamo o queja sobre algún miembro de su familia, éste venía seguido de algún otro que tuviese la intención de reparar la ofensa cometida. Por ejemplo, Anna dijo en alguna ocasión: “Me siento muy presionada por mi familia. Y me frustra que no puedan entender lo mal que me siento si sigo estudiando algo que no quiero estudiar”. Seguido de este comentario, continuó: “Pero no puedo quejarme de ellos. Finalmente, ellos me han cuidado toda mi vida y se los agradezco”. Se requirió de tiempo y paciencia para que Anna se sintiera con la seguridad necesaria para poder hablar en el consultorio de cualquier tema que le pasara por la cabeza sin que tuviera miedo a que pudiese sufrir alguna represalia externa.

El espacio terapéutico le ofreció a Anna la posibilidad de empezar a pensar en nuevas alternativas y opciones para hacer frente a sus problemas. Conforme aumentó su proceso de pensamiento en el que podía evaluar diversas maneras de actuar y darse cuenta de que tenía la capacidad para elegir entre éstas, su estado de ánimo fue mejorando, lo cual, a su vez, provocó que sus niveles de ansiedad disminuyeran al igual que sus síntomas psicósomáticos. La seguridad que Anna sentía en el consultorio se desplazó a otras áreas de su vida. Durante una sesión, Anna contó que había tenido una discusión con su madre y que finalmente ella no hizo lo que su madre quería que hiciera. En sus palabras: “Es la primera vez que le refuto a mi mamá”. La capacidad que Anna estaba desarrollando para defenderse de los demás y procurar darse un lugar prioritario en su vida contribuyó a que Anna se sintiera bien y satisfecha consigo misma. Sin embargo, esto también dio pie a un conflicto muy relevante en el tratamiento de Anna, ya que enfrentar sus problemas también le implicó situaciones en las que se llegaba a sentir preocupada o presionada y eso le provocaba, en algunas ocasiones, volver a somatizar. Debido a lo anterior, en algunas sesiones en las que Anna despotricaba contra su familia, cuando salía de terapia llegaba a sentir dolores de cabeza y posteriormente avisaba que no asistiría a su próxima sesión porque había contraído resfriado común. Estos eventos eran tan claros que Anna expresaba por su propia cuenta que cuando salía de tales sesiones ella ya esperaba que se fuera a enfermar.

Parece ser que, a partir de lo anterior, se fue creando algún tipo de rivalidad entre el trabajo psicoterapéutico y la dinámica familiar. Lamentablemente, como se ha mencionado antes, esta sería la causa por la que Anna abandonaría su tratamiento. Se podría pensar que el manejo terapéutico, en este sentido, no fue el adecuado. Anna tenía 19 años cuando ingresó a terapia por lo que, tomando en cuenta su mayoría de edad, no se consideró realizar entrevistas con la madre ni con algún otro miembro de la familia. Posteriormente, conforme se notó la necesidad de que Anna llevara a cabo su proceso de separación-individuación, se mantuvo la decisión de no incluir la participación de la familia en el proceso terapéutico teniendo la intención de que éste fuera, posiblemente, el único espacio en la vida de Anna en el que no intervinieran los miembros de su familia. En varios momentos, Anna llegó a comentar que ella valoraba el espacio terapéutico justamente porque ahí podía expresar lo que en ningún otro lado le era permitido. Sin embargo, tal vez el desenlace del tratamiento de Anna hubiera sido diferente si se hubiera incluido de alguna manera a la familia, procurando que en lugar de que la terapia y la familia se vieran como rivales, se hubiera buscado construir una alianza que tuviera como objetivo en común el bienestar de Anna.

La única entrevista que se tuvo con la madre de Anna se realizó a los 5 meses de tratamiento. Ella fue quien pidió la cita y Anna aprobó que se llevara a cabo, aunque estaba un tanto nerviosa por lo que pudiera suceder, pues no estaba segura qué era lo que su madre quería hacer o decir en el encuentro con su terapeuta. Es importante tomar en cuenta lo que se venía trabajando en el consultorio cuando la madre de Anna solicita la entrevista.

Para esas fechas, la capacidad de Anna para expresar lo que sentía y pensaba había aumentado considerablemente. Anna había realizado el cambio de procurar quedarse callada cuando alguien le ordenaba algo con lo que no estuviera de acuerdo, a refutar con lo que ella opinaba al respecto. Esto había provocado algunas peleas y discusiones en su casa lo cual causaba un conflicto que anteriormente no se manifestaba en la dinámica familiar. Anna quería continuar expresando lo que tenía que decir pues eso hacía que se sintiera bien

consigo misma, sin embargo, por otro lado, estas discusiones también le provocaban estrés y la manifestación de síntomas psicossomáticos. De igual forma, el avance en el tratamiento de Anna provocó que empezara a pensar en diferentes maneras en las que podría valerse por sí misma. Ya estaba considerando opciones para encontrar trabajo o poder estudiar Diseño con el objetivo de activarse y dejar de pasar los días en casa sin hacer nada. En esos momentos del tratamiento se estaba trabajando el paso de estas ideas a acciones que hicieran realidad sus pensamientos. Entonces, la madre pidió la entrevista.

Se había mencionado que en esa ocasión la actitud de la madre hacia el tratamiento parecía con la intención de devaluar el trabajo terapéutico. Mientras que Anna sentía que estaba mejorando debido a su trabajo en el consultorio, la madre comentó que ella veía a su hija sin ningún cambio ni beneficio desde que asistía a terapia. Por otro lado, la madre comentó que no sabía por qué Anna necesitaba asistir a una psicoterapia si su vida era demasiado cómoda ya que, desde que dejó de estudiar, no hacía nada en todo el día. La madre expresó que ella sólo quería lo mejor para su hija, y que esperaba que si Anna acudía a consulta psicológica, entonces pudiera ver que ésta le beneficiaba. En términos de la madre, esto significaría que Anna regresara a estudiar Relaciones Internacionales y que le fuera bien en la escuela.

La entrevista con la madre permitió ver un discurso muy diferente, casi contrario, en comparación con el discurso que Anna presentaba dentro del consultorio. Esto permitía observar una carencia muy significativa en la comunicación que mantenía Anna con su madre, lo cual apoyaba las hipótesis sobre las fallas en el maternaje que influenciaban en los síntomas psicossomáticos y en las dificultades del proceso de separación-individuación. Asimismo se pudo percibir una actitud muy agresiva por parte de la madre con la que aparentemente Anna tenía que lidiar en diversas ocasiones. Como había reportado Anna, ella sentía que su madre no la escuchaba y que no podía comunicarse con ella, y que había momentos en donde llegaba a ser muy violenta. Esta violencia se

presentaba en la casa mediante gritos y peleas que la madre tenía principalmente con Anna y con su esposo.

La rivalidad entre la dinámica familiar y el trabajo psicoterapéutico se pudo apreciar en no pocos momentos. En una ocasión, la sesión giró en torno a las posibilidades que tenía Anna para separarse de su familia. Ésta era de las primeras sesiones en las que Anna planteaba este deseo el cual expresó con inseguridad y con miedo a que su familia se pudiera enojar con ella. Después de explorar este tema durante esa sesión Anna se enfermó de rubiola y se ausentó por 2 semanas de su tratamiento. Cuando Anna regresó a terapia todavía tenía aspecto de estar enferma. Al preguntarle por qué se había enfermado, ella contestó que creía que se debía al estrés que estaba teniendo por las discusiones en su casa en las que su familia le insistía que regresara a estudiar Relaciones Internacionales, mientras que ella se negaba aferrándose a no querer enfermarse otra vez por estudiar algo que no disfrutaba. La entrevista que se había tenido con la madre dio la impresión de que la familia culpaba al terapeuta por el abandono de la licenciatura.

Anna manifestaba constantemente el valor que le asignaba a su terapia. Comentaba los avances que sentía, procuraba pagar a tiempo, cuando se atrasaba en el pago o llegaba un poco tarde a sesión se disculpaba y se mostraba nerviosa por no haber podido cumplir en tiempo y forma. Igualmente, cuando se enfermaba, marcaba por teléfono para avisar que no podría asistir y que se sentía apenada por eso. En fin, se podía observar un interés y compromiso genuinos de su parte hacia el tratamiento. Llegó un momento en que esto parecía estar funcionando como una resistencia para conseguir empleo, lo cual era un punto importante en el tratamiento de Anna. Esto surgió cuando Anna no quiso ir a unas entrevistas de trabajo que tenía en una misma semana. Estando en el consultorio se exploraron las razones para que Anna desistiera en la búsqueda de estos trabajos. Ella contestó que sí quería ir a las entrevistas, pero que se puso a pensar en qué pasaría con su tratamiento si la contrataban y tenía que ir a trabajar en el mismo horario en que acudía a terapia.

Este movimiento parecía ser una repetición de la dinámica familiar en el consultorio. Así como Anna no se atrevía a salir de casa a buscar trabajo porque no se sentía con la seguridad para separarse de su familia y moverse de manera independiente, ahora Anna no quería buscar trabajo porque sentía la misma angustia de separación con respecto a su terapeuta. Para trabajar esto, se confrontó a Anna con las acciones que ella dejaba de hacer para avanzar en su desarrollo y la manera en que ella se auto-saboteaba para mantenerse en una posición en la que procuraba recibir el cuidado de los demás. Por otro lado, se le hizo ver que el hecho de que ella consiguiera trabajo no tenía que significar que su tratamiento terminaría, sino que se podría buscar otro horario en el que se llevara a cabo, en caso de que su trabajo sí se empalmara con sus terapias.

El tratamiento de Anna consistió en 36 sesiones que se dieron a lo largo de 13 meses. Cuando se inició, el encuadre se estableció acordando tener una sesión a la semana, pero llegó un momento en donde se sugirió que Anna acudiera a 2 sesiones a la semana pues, por lo que Anna comentaba, ella sólo salía de su departamento para acudir a terapia, mientras que el resto de la semana se quedaba encerrada. Por lo tanto, se consideró que sería bueno para ella poder salir un poco más, esperando que así se pudiera continuar trabajando de mejor manera la separación de Anna y su familia. Anna estuvo de acuerdo con aumentar una sesión a la semana, sin embargo, la semana en que este cambio se efectuaría, coincidentemente fue cuando la madre llegó con Anna avisándole que ya tenía su boleto de avión para irse a Europa.

Si bien Anna había estado platicando durante algunas sesiones previas sobre la posibilidad de realizar este viaje, la manera tan repentina en que Anna salió del país parecía ser un intento de la familia para evitar que continuara asistiendo a sus terapias. Un aspecto que le preocupó mucho a Anna al enterarse que su avión salía en dos días fue qué pasaría con su espacio terapéutico. De esta forma, Anna manifestaba un buen apego a su tratamiento, al cual hacía responsable de varias mejoras clínicas que sentía desde que había ingresado en él. Adicionalmente, ya se había comentado que Anna se manifestó un tanto

ambivalente con respecto al viaje, pues por un lado, estaba emocionada por “cortar el cordón” y poder vivir algo diferente lejos de su familia, pero por otro lado, Anna somatizó mediante vómitos y dolores de cabeza la angustia de separación que sentía al pensar que no vería a su familia ni a su terapeuta durante varias semanas. Por su parte, la reacción contratrasferencial del terapeuta fue de una preocupación paterna en la que se desea que el viaje de su hija sea bueno y que ésta pueda regresar feliz a su casa, esperando que no le suceda nada malo en el lugar al que va.

El viaje a Europa parecía haber contribuido a que Anna se sintiera más segura para poder hacer cosas por su propia cuenta. A su regreso a México, Anna empezó a tener mayor actividad orientada a conseguirse un empleo. De esta forma se podía observar una mayor seguridad de su parte. Nuevamente ella adjudicaba al tratamiento la responsabilidad de los avances y las mejorías que ella percibía. Pareciera que el espacio terapéutico le pudo dar la confianza y el cuidado que ella no encontraba en sus figuras parentales. Sin embargo, poco después, Anna abandonaría su tratamiento por las razones que ya se han contado.

La manera en que acaeció la interrupción del tratamiento de Anna plantea la interrogante acerca de si la familia quiso ayudarla en su desarrollo al ofrecerle el pago de sus estudios universitarios, después de un año en el que estuvieron insistiendo que retomara la licenciatura que ella no quería a pesar de que ella les repetía que eso la lastimaba, o si la intención era evitar que se separa de ellos, manteniendo la dinámica familiar en la que Anna funge como objeto de críticas siempre que no cumple con las expectativas de algún familiar.

Anna se fue agradeciendo el aprendizaje que logró en el espacio terapéutico en cuanto a que se sentía con mayor seguridad para hacerle frente a sus estudios universitarios y con la capacidad para expresar lo que quería decir tanto en la escuela como en su casa.



La percepción del manejo terapéutico, sin menospreciar los avances que ella mencionaba, es que el terapeuta no supo acompañarla de manera que ella pudiera conseguir ese sentimiento de independencia que caracterizaría un comportamiento adulto. Esto se refiere a un deseo personal del terapeuta en el que esperaba poder ver a Anna trabajando y avanzando en su proceso de separación-individuación, por lo que es posible que esto no haya permitido respetar los tiempos que Anna necesitaba para lograrlo y que influyera en su decisión de dejar de asistir a terapia. En otras palabras, pareciera que el terapeuta pudo haber ejercido cierta presión en Anna para que consiguiera trabajo, repitiendo así el comportamiento familiar que a ella le disgustaba.

De esta forma, se aprecia que el alcance terapéutico fue significativo, sin embargo no se consiguieron los objetivos planteados en su totalidad. El cumplimiento de estos objetivos no hubieran significado que Anna se fuera de la ciudad para estudiar en otro estado de la República como ella había dicho en varias ocasiones, pero sí se apuntaba a que los pasos que Anna llevara a cabo fueran porque ella así lo había decidido y así lo hubiera realizado por su propia cuenta, en lugar de que su decisión fuera influenciada por su familia.

Tal vez el momento de Anna no era aquel en el que se llevó a cabo este tratamiento y posiblemente ella sea capaz de culminar su individuación con el paso del tiempo. Sin embargo, el desenlace de su historia excede el alcance del presente trabajo.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha pretendido explicar el caso clínico de Anna a partir de la teoría psicoanalítica desarrollada por diversos autores y el modo en que la técnica terapéutica derivada del psicoanálisis ofrece un recurso de gran relevancia para poder abordar la psicopatización. Tomando como base la teoría que Freud (1905) presenta sobre el desarrollo psicosexual, se ha relacionado la manera en que la patología psicopatológica (McDougall, 1995) y las dificultades en el proceso de separación-individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1975) se pueden manifestar al encontrarse fallas relevantes en las funciones del maternaje (Winnicott, 1965) y de revêrie (Bion, 1962) durante la infancia de una persona.

La historia que Anna presentó en su tratamiento permitió observar muchas carencias por parte de su familia desde que nació y hasta ese momento de su vida, la cual se ha visto abrumada por diversas enfermedades. La dinámica familiar le ha generado una serie de presiones que ella no supo expresar sino hasta que encontró en el espacio terapéutico la oportunidad para poner en palabras, por primera vez, las angustias y pensamientos que tenía al respecto.

El trabajo terapéutico realizado hizo evidente que la manera en que Anna fue creciendo no permitió que se pudiera estructurar un aparato psíquico fuerte. En cambio se apreciaba débil y primitivo al principio del tratamiento al tener dificultades significativas para asociar libremente y poder poner en su discurso sus pensamientos y sensaciones. Justamente Anna pudo, mediante su trabajo clínico, ir reforzando algunos aspectos de su funcionamiento psicológico que le permitieron mejorar su estado de ánimo, sus habilidades de comunicación y su estado de salud general.

Las vicisitudes referentes al cuerpo son evidencia de la complejidad que existe en el funcionamiento del ser humano. Desde los estudios realizados por Freud hasta la actualidad, se ha recabado harta información sobre casos clínicos en los que los pacientes presentan síntomas en el cuerpo cuyo origen se

encuentra en el psiquismo de las personas. El caso de Anna es uno más que se suma a la lista y es testimonio de la necesidad y utilidad de tratamientos psicoterapéuticos.

Por otro lado, se destaca la importancia de las relaciones filio-parentales. La manera en que unos padres críen a sus hijos puede determinar tajantemente la calidad de vida que éstos tengan. En el caso de Anna se observa como el abandono del padre ha influido en su personalidad e, incluso, en el medio que le rodea. Por otro lado, la madre de Anna, junto con toda su familia, han creado un ambiente en el que Anna se ha desarrollado precariamente al sentirse presionada por una serie de mandatos que le envían el mensaje de que ella está viva para obedecer a los demás y cumplir con las expectativas de aquellos quienes se declaran sus cuidadores, sin darse cuenta que el cuidado que pretenden brindarle también le afecta de manera significativa al punto en que Anna aparenta estar atrapada en una dinámica familiar que no le permite un crecimiento personal, sentimental, social y profesional que ella pueda disfrutar.

El ser humano necesita vivir en un ambiente que le ofrezca los recursos necesarios para ir creciendo a lo largo de las diferentes etapas de la vida con una sensación constante de seguridad y confianza. En orden para que cada persona pueda construir una personalidad estable y mentalmente sana es necesario que se reconozcan como individuos independientes y separados de los demás, que puedan tener un funcionamiento autónomo a partir del cual rijan sus decisiones y acciones, tomando un lugar prioritario en la vida de cada uno. Este panorama se le ha negado a Anna, quien no logra separarse de una dinámica familiar que le pide que se mantenga pegada a ellos, distorsionando su percepción e impidiendo que se pueda reconocer como una mujer que puede hacer lo que ella desea y que no debe de sacrificar sus necesidades ni aspiraciones para satisfacer, en su lugar, las de otras personas.

El caso de Anna no es un caso aislado. En México existen muchas situaciones problemáticas como sociedad ante las cuales el mexicano se enfrenta en su vida diaria, dentro de las cuales la educación, o falta de ésta, que se da

dentro de las familias sobresale por la ignorancia con la que los padres crían a sus hijos. Crecer en ambientes tan violentos como los que encontramos en nuestro país son ocasión de diversas y vastas alteraciones psicológicas tanto a nivel familiar como individual. Ante esto, se encuentra en el espacio psicoterapéutico un recurso necesario para trabajar con las personas que así lo requieren. Es obligación y compromiso éticos de los profesionales de la salud mental asegurarse de que su preparación garantice que dichos espacios terapéuticos puedan construir un trabajo eficiente y productivo para los pacientes. El presente estudio tiene la intención de contribuir a este compromiso.

## REFERENCIAS

Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.

Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta moebio*, 23, pp. 204-216.

Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Santafé de Bogotá: Tiresias.

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Díaz Portillo, I. (1994). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Pax México.

Eisenhrdt, K. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.

Freud, S. (1905). *Obras completas. Volumen 7. Tres ensayos de teoría sexual*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1911). *Obras completas. Volumen 12. Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). *Obras completas. Volumen 12. Recordar, repetir y reelaborar*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923). *Obras completas. Volumen 19. El yo y el ello*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Obras completas. Volumen 20. Inhibición, síntoma y angustia*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5<sup>ta</sup> edición. Perú: McGraw-Hill.

Klein, M. (1930). *Obras completas. Amor, culpa y reparación. Volumen 1. La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Buenos Aires: Paidós.

Mahler, M. S., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.

McDougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. 2<sup>da</sup> edición. España: Julián Yébenes.

Quinodoz, J. M. (1991). *La soledad domesticada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ramírez, S. (1977). *El mexicano, psicología de sus motivaciones*. México: Grijalbo.

Roudinesco, E. y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. 2da edición. Buenos Aires: Paidós.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. 5<sup>ta</sup> edición. México: Trillas.

Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España: Ludus.

Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Argentina: Paidós.

Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Argentina: Gedisa.