



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

**LOS DEFECTOS FÍSCOS Y SU RELACIÓN CON EL CARÁCTER DE LA
EXCEPCIÓN: UN ESTUDIO DE CASO**

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

PRESENTA:

JUVENTINO HERNANDEZ AGUILAR

DIRECTORA DE TESIS

DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA,
U.N.A.M. FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO,
U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. WENDY LARA OLGUIN,
U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA,
U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ,
U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	4
Introducción	5
Capítulo 1. Marco Teórico	11
1.1 El cuerpo como base del psiquismo	11
1.1.1 Sobre los defectos físicos y sus efectos psíquicos.....	16
1.1.2 El sentido del defecto	20
1.1.3 Los padres frente al defecto	24
1.2 El Narcisismo	28
1.2.1 El Narcisismo Primario	29
1.2.1 El Narcisismo Secundario	32
1.2.3 Alteraciones Narcisistas.	33
1.3 El carácter de la excepción.....	49
1.3.1 Tratamiento Psicoanalíticamente orientado.....	57
1.4 La Adolescencia	62
1.4.1 El Narcisismo en la Adolescencia.	68
Capítulo 2 Método	71
2.1 Planteamiento del Problema.....	71
2.2 Pregunta de investigación.....	71
2.3 Objetivo general	72
2.4 Objetivos específicos.....	72
2.5 Supuesto	72
2.6 Tipo de estudio	72
2.7 Categorías de análisis	74
2.8 Instrumentos	76
2.9 Participantes	77
2.10 Escenario	78
2.11 Procedimiento.....	78
2.12 Consideraciones éticas	80
Capítulo 3. Presentación del Caso	81
3.1 Ficha de Identificación.....	81
3.2 Motivo de Consulta	81
3.3 Descripción del Paciente	82
3.4 Antecedentes Inmediatos al Motivo de Consulta.....	83
3.5 Historia Familiar	83
3.6 Historia del Desarrollo	85

3.7 Entrevistas y Proceso Terapéutico	89
Capítulo 4 Resultados y Discusión	95
4.1 Sobrecompensaciones maternas derivadas de las alteraciones corporales en Rafael. ...	95
4.2 Las alteraciones corporales y deformidades como elementos organizadores del psiquismo y carácter en Rafael.....	105
4.3 Las alteraciones corporales y la fijación a las sobre gratificaciones compensatorias como estructurantes caracterológicas en Rafael.....	116
4.4 Análisis de procesos transferenciales-contra transferenciales	119
Capítulo 5 Conclusiones	134
Referencias	143

Resumen

En este trabajo se analizan las implicaciones de alteraciones corporales tempranas en la conformación del carácter de un adolescente. Asimismo, se analiza el papel de la mamá del adolescente como proveedora de un trato preferencial y sobrecompensatorio en la conformación del narcisismo. Se realizó el estudio de caso de un adolescente de 17 años, el supuesto principal es que las alteraciones corporales tempranas y la fijación a sobrecompensaciones brindadas por la madre dan lugar al carácter de la *excepción* (Freud, 1916). Se utilizó el análisis hermenéutico para los datos obtenidos, se discutió la relación de las sobrecompensaciones maternas derivadas de las alteraciones corporales, los defectos físicos como elementos organizadores del psiquismo y la fijación a las sobre gratificaciones compensatorias causadas por las alteraciones corporales como estructurantes caracterológicos. Se concluye que en el caso estudiado el carácter de *la excepción* estuvo precedido por los elementos antes mencionados.

Palabras clave: Adolescencia, Defectos físicos, Narcisismo, Carácter de la Excepción.

Abstract

This paper analyzes the implications of early bodily alterations in the shaping of an adolescent's character. It also analyzes the role of the adolescent's mother as a provider of preferential and overcompensatory treatment in the shaping of narcissism. A case study of a 17-year-old adolescent was carried out, the main thesis being that early bodily alterations and the fixation to overcompensations provided by the mother give rise to the character of the exception (Freud, 1916). Hermeneutic analysis was used in the data obtained, the relationship of maternal overcompensations derived from bodily alterations, physical defects as organizing elements of the psychism and the fixation to compensatory overgratifications caused by bodily alterations as characterological structuring elements were discussed. It was concluded that in the case studied it was confirmed that the above mentioned elements led to the character type of *the exception*.

Keywords: Adolescent, Physical defects, Narcissism, Character of the Exceptions.

Introducción

El estudio de las alteraciones corporales y sus consecuencias en la psique dista mucho de ser novedoso sin embargo, tiene al menos dentro de la concepción psicoanalítica, una especie de estancamiento conceptual particular. En primer lugar, es complicado definir cuando una particularidad del cuerpo se entiende como alteración o defecto.

Una alteración puede ser entendida como una perturbación, un cambio en la forma o funcionamiento en cuanto a lo que se espera sea un cuerpo típico de la especie humana (Medina, 2013).

En las ciencias médicas, por lo regular una alteración del cuerpo lleva implícita una afectación a la salud, tal vez por eso el estudio de las alteraciones corporales y su impacto en el psiquismo se ha reducido al estudio de la discapacidad¹. Esta, implica un déficit en cuanto a funciones y trastocan al individuo en su interacción y participación en la sociedad (Irizar, 2017).

En el estudio de la discapacidad las consecuencias psicológicas por excelencia son las heridas narcisistas derivadas de la expectativa truncada de quien sufre el déficit y el correspondiente duelo complicado por perder la posibilidad de cumplir las expectativas de los padres (Silberkasten, M.S. 2005) sin embargo, dichas consecuencias son discutibles desde el punto de vista de que es relativamente común que los sujetos no alcancen nunca a cabalidad sus ideales narcisistas, ni las expectativas parentales; además, una alteración corporal no siempre implica un cambio en el funcionamiento, por lo tanto, es mucho menos común que llegue a causar un impedimento real en cuanto las capacidades de interacción y funcionamiento de la persona.

¹ Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal. (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020)

Es importante destacar que las consecuencias psíquicas de las alteraciones físicas transitorias derivadas de los tratamientos de enfermedades o aquellas consideradas como defectos físicos relacionados con los estándares sociales de belleza, son poco estudiadas, o bien, se conceptualizan como traumas (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Las consecuencias de dichas alteraciones y defectos no son uniformes ni predecibles. Cabe mencionar que factores como el momento de vida en que el que se adquieren dichos defectos, su tamaño y localización, así como el efecto que tienen para el estado de salud de quien lo presenta son de gran importancia sin embargo, aquellos que son presentados en la cara, manos o en los genitales tienen una particular relevancia para la conformación de la identidad personal y la potencialidad de sentirse atractivo (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Hay que agregar mencionar que el sentido con el que se dota a los defectos siempre es subjetivo y también dependiente de factores adicionales, como la percepción de otros de la alteración, así como la respuesta del individuo cuando nota por primera vez sus diferencias respecto de los otros, por lo que estas alteraciones físicas, que pudieran parecer menores en cuanto al efecto para la salud, llegan a ser precursores de problemas y graves alteraciones de la imagen corporal, pues quien las presenta llega a percibirse a sí mismo como discapacitado o deforme, aunque esto no sea visible a los ojos de otros (Coen, 1986).

Las alteraciones corporales y defectos adquiridos en etapas tempranas tienen una significancia nodal para la conformación del yo y el posterior desarrollo del superyó (Niederland, 1965), se ha encontrado que estos juegan un papel como organizadores y concretizadores de las experiencias (Greenacre, 1958) y, a diferencia de los traumas psíquicos que pueden llegar a ser tramitados y encontrar resoluciones más o menos espontáneas según el devenir de la vida, las consecuencias de las alteraciones del cuerpo o defectos adquiridos suelen permanecer estables, como un conflicto no resuelto que frecuentemente da lugar a una imagen del cuerpo defectuosa y distorsionada (Niederland, 1965).

Como ya se mencionó, las nociones de lo que es una alteración física, y sobre todo la concepción de defecto físico, siempre dependen de la mirada de un otro, sea este otro las representaciones sociales² locales y de la época o la actitud de la madre frente a determinada característica (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Presentar una alteración física temprana siempre tendrá repercusiones para la psique y movilizará defensas particulares sin embargo, el cómo se organiza el carácter depende de muchos otros factores que parecen predecir con más exactitud el funcionamiento social del individuo, lo cual se puede apreciar en el siguiente ejemplo.

Lussier (1960, 1980) presentó el caso de un chico con *focomelia*³, en el que sus brazos terminaban a la altura de los codos. La madre se mostraba muy avergonzada e incapaz de ayudar a su hijo. Con el paso del tiempo el niño desarrolla el gusto por ser independiente y rechaza el que los demás se ocupen de él, asume una posición activa hacia el logro de objetivos, por lo que su carácter se percibe como dominante y alcanza metas fantásticas teniendo en cuenta su alteración, entre estas se cuentan el andar en bicicleta y tocar trompeta a nivel profesional.

En oposición, la mayoría de los individuos con alteraciones corporales suelen no manifestar dichas características caracterológicas y la orientación al logro. Freud (1916) enunció la relación entre el defecto físico con un tipo de carácter particular al que nombró la *excepción*, en el que una persona demanda un trato especial como recompensa por el déficit que tiene que soportar derivado de sus alteraciones del cuerpo.

En estos casos, el presentar un defecto físico temprano y el sufrimiento que este acarrea lleva al individuo a percibir que se ha cometido una injusticia con él ya que se le niega el acceso

² Para Moscovici (1979) "la representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios" (p.18).

³ La focomelia es una enfermedad que se manifiesta por una malformación de origen teratogénico consistente en la ausencia de elementos óseos y musculares en el miembro superior o inferior, quedando reducido a un muñón o prominencia (Focomelia, 2019).

a un funcionamiento social común, por tanto, su acceso al éxito y amor le están negados; siendo así, apela a un ideal de justicia muy distorsionado y reclama sea compensado liberándole de las restricciones sociales ya que el acatamiento de normas le asegurará nuevos sufrimientos, y el individuo ya sufrió por adelantado.

En este trabajo se abordan las diferentes implicaciones que tiene en la conformación del psiquismo de un adolescente el presentar alteraciones corporales tempranas, desviaciones de la norma en cuanto a salud y aspecto físico, además la respuesta parental a la presencia de dichas alteraciones, especialmente la de la madre quien lleva a cabo la función de maternaje y sostén, así como las consecuencias de conductas sobre compensatorias por parte de dicha madre, aparentemente organizadas como respuesta a las alteraciones de su hijo. En el caso presentado la respuesta materna comprende una excesiva indulgencia seguida de experiencias de rechazo, desilusión y abandono.

La comprensión del impacto de las alteraciones corporales y el trato sobre compensatorio en el caso presentado se basa totalmente en el psicoanálisis, pues se describen procesos inconscientes y configuraciones defensivas resultantes de las particularidades del caso.

En el presente texto se revisa la comprensión psicoanalítica del cuerpo como base del psiquismo y el yo, la importancia del papel de la madre como metabolizadora y dadora de significado de las primeras experiencias sensoriales. De igual forma, se consideran las consecuencias de alteraciones corporales y defectos físicos en la estructuración del aparato psíquico y cómo se dota de sentido a los defectos a partir de la actitud de los padres frente al defecto.

Es menester la revisión del concepto de narcisismo, sus tiempos, así como la transformación que ha sufrido este concepto freudiano a la luz de distintos autores. Esto con la finalidad de comprender como las heridas narcisistas pueden llegar a tener manifestaciones psicopatológicas posteriores y qué papel juegan en la conformación del carácter.

En el final del primer capítulo se hace referencia al carácter de la excepción, nombrado así por Freud (1916), quien describe una organización narcisista típica de aquellos que sufrieron alteraciones físicas tempranas, de las cuales se sabían inocentes, y pugnan se les reconozca como excepciones a las reglas, pues no toleran más frustraciones a sus deseos ni sufrimiento, ya que han pagado por adelantado su cuota de estos. Respecto de este se presenta la propuesta del tratamiento psicoanalíticamente orientado, así como las dificultades a considerarse para la aplicación de dicho tratamiento.

Para la presentación del caso se exponen las particularidades del paciente, teniendo en cuenta que se hicieron modificaciones en los datos de identificación para salvaguardar la confidencialidad y se cuida la privacidad del consultante.

Son analizados y discutidos los hallazgos en el proceso terapéutico a la luz del supuesto teórico y lo contemplado en el marco conceptual. Para este fin se propusieron tres categorías de análisis, siendo estas: a) Sobrecompensaciones maternas derivadas de las alteraciones corporales, b) Las alteraciones corporales y deformidades como elementos organizadores del psiquismo y carácter, y c) Las alteraciones corporales y la fijación a las sobre gratificaciones compensatorias como estructurantes caracterológicas.

Dichas categorías son el resultado de una extensa investigación documental, la cual rescata la interacción del cuerpo biológico, con todas sus particularidades, y los procesos de significación y subjetivación que resultan de la interacción con otros individuos (entre los cuales, la madre ocupa un papel primario) y que fruto de la interacción de dichos elementos se conforma un tipo de carácter y una personalidad particular.

Se incluye un apartado del análisis transferencial-contratransferencial que permite observar las dificultades experimentadas por el paciente en la interacción con otros sujetos y las implicaciones que esto tuvo para el psicoterapeuta y el proceso terapéutico en sí.

Para el cierre de este trabajo se presenta las conclusiones, las aportaciones teórico-clínicas, así como las limitaciones para esta investigación y la importancia de futuros trabajos que aborden las particularidades del carácter de *la excepción* en la sociedad posmoderna.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 El cuerpo como base del psiquismo

El alma es la forma de un cuerpo organizado, dice Aristóteles. Pero el cuerpo es precisamente lo que dibuja esta forma, la forma de la forma, la forma del alma.

(Nancy, J., 2007, p.11)

Existen muy diversas aproximaciones al estudio del cuerpo. Ha sido abordado desde múltiples concepciones a lo largo de la historia y es descrito de las más variadas formas: como un opuesto al alma, un contenedor para esta, o una máquina biológica que se mueve a sí misma, entre otras (Casas et al., 2013).

Irizar (2017) opone las visiones derivadas de lo que llama tecnociencia y la medicina con la visión del cuerpo desde el psicoanálisis. Las primeras estarían mayormente caracterizadas por tender al reduccionismo científico⁴ como método para comprender al objeto de estudio. El cuerpo es un organismo biológico y se estudian a sus funciones y limitaciones.

Este modelo mayoritariamente pretende explicar lo humano como una consecuencia de la traducción de lo escrito en el código genético, el cual determina tejidos, funciones, comportamientos y hasta patologías.

A través de la descomposición de los elementos que lo conforman hasta llegar a su unidad más básica, el organismo biológico se puede conocer en su totalidad y así comprender, explicar y controlar lo que el ser humano es.

Por otro lado, la visión psicoanalítica busca eliminar la idea Cartesiana de una dualidad entre cuerpo y mente. El cuerpo se piensa en relación con lo psíquico y viceversa (Nasio et al., 2017). Para el psicoanálisis, la comprensión del cuerpo es compleja pero fundamental, pues pasa de solo reconocer a la maquinaria biológica a observar que el ser humano para sobrevivir

⁴ El reduccionismo científico parte del supuesto de que el todo no es más que la suma de sus partes y para comprender lo complejo se debe reducir a sus partes fundamentales (Viniestra, 2014).

requiere no solamente del buen funcionamiento bio-químico, sino de un Otro que permite la conformación de un sentido simbólico o una subjetivación que está interrelacionado con lo que el cuerpo es, pero también cómo se percibe, se experimenta, se significa y se le historiza.

Para el psicoanálisis el cuerpo tiene un gran protagonismo. Es a través del estudio realizado por Freud del cuerpo histérico que surge la invención del psicoanálisis como tal.

Conceptos como la pulsión son la muestra de la relación entre el funcionamiento biológico y el funcionamiento psíquico, más que una dualidad, el cuerpo forma parte de una unidad: el sujeto humano, la unidad psique-soma (Winnicott, 1981).

De manera similar, al hablar de alteraciones corporales se requiere de clarificar desde donde se comprende al cuerpo. Desde una mirada estrictamente materialista o biologicista, un cuerpo sano implica una maquinaria biológica sin alteraciones, la cual que lleva a cabo en tiempo y forma las funciones escritas en su código genético y que le permiten mantener el equilibrio que la vida requiere, además esto le permite interactuar adecuadamente con su medio circundante. El cuerpo de cada individuo se ajusta a las características típicas de cada especie (Irizar, 2017).

En el caso del ser humano, la comprensión del cuerpo se complejiza, ya que se encuentra atravesada por los discursos y mandatos culturales imperantes en el espíritu de la época. Por tal el buen funcionamiento de la maquinaria biológica si bien, es requisito para el sostenimiento de la vida, no es suficiente para hablar de un cuerpo sin alteraciones, puesto que los criterios de evaluación como la belleza, cambian según la época y cultura, además que estos criterios muchas veces no guardan ninguna relación con la correcta función del organismo.

Para remarcar lo anterior, es válido recordar la definición de salud para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De esta definición se puede abstraer que el estado de completo bienestar toca al cuerpo en cuanto a su buen funcionamiento, pero

también otros aspectos de índole humana, como son las relaciones con los otros individuos y de cierto grado de equilibrio en cuanto a la vida mental y anímica.

Freud (1923, 1930) comprende al cuerpo como sustrato del psiquismo. Es el cuerpo que da forma al yo como instancia psíquica al mismo tiempo que le impone limitaciones y sufrimientos principalmente por ser frágil y perecedero. A pesar de los avances en la ciencia médica, los cuales han posibilitado el modificar el funcionamiento y forma de nuestro cuerpo, Freud indica que el sufrimiento por el cuerpo y sus limitaciones es ineliminable, por lo que lo más conveniente es aceptarlo.

Teniendo en cuenta lo anterior, para este trabajo comprendemos al cuerpo como sustrato biológico que da origen a lo psíquico. El yo es una esencia-cuerpo, es decir, un derivado de sensaciones corporales que parten de la superficie del cuerpo, una proyección o representación psíquica de dicha superficie (Freud, 1930).

Un recién nacido inicia un proceso de integrar las experiencias sensoriales y tras un periodo de tiempo es capaz de distinguir entre lo que forma parte de él y lo que forma parte de afuera de él. Esta frontera que delimita entre el dentro y afuera (yo – no yo) es la piel y las cualidades del propio cuerpo son dadas por la toda información que provee el ambiente (Dolto, 2015).

En ese sentido Winnicott (1981) enfatiza que la primera y mayor fuente de significado es la mirada de la madre, quien dota de cualidades las experiencias sensoriales del bebé y permiten la asociación de lo que se experimenta y lo que dicha experiencia significa para la madre.

El sublimado de las sensaciones corporales y el correspondiente significado de estas conforman lo que Dolto (2015) nombra la imagen del cuerpo (distinta del esquema corporal, que vendría a ser el aparato biológico del ser) y que se vuelve la síntesis viva de experiencias emocionales.

La imagen corporal mencionada por Dolto (2015) es inconsciente y aunque está relacionada, no guarda un paralelismo con el esquema corporal, el cual puede llegar a estar alterado, (es decir, ser un tanto distinto en cuanto apariencia y funcionamiento de otros miembros de la especie) y no necesariamente da lugar a una imagen corporal alterada.

La teoría psicoanalítica entiende que existe una inseparable relación entre cuerpo y psiquismo. Freud (1905) inicia proponiendo la existencia de las pulsiones, específicamente la pulsión sexual, la cual, en similitud con los instintos de los animales, tiene su origen en una necesidad fisiológica y tiende irrefrenablemente hacia su satisfacción, pero a diferencia de los animales, en los seres humanos, la satisfacción no estaría limitada a lo que el autor denomina objeto sexual, sino que pugnaría por cumplir una meta (la relajación de una tensión) sin importar el objeto que la provocara.

Esta teorización propone que el cuerpo es una suerte de sustrato necesario, que aporta tanto estructura y función, pero que es completado por el funcionamiento psíquico derivado, tanto de las propias pulsiones como de la interacción con otros, quienes irán posibilitando variedades de objetos para rebajar la tensión pulsional (Tubert, 2006).

El concepto de pulsión, como concepto límite entre lo corporal y lo psíquico, plantea una enorme diferencia con el determinismo biológico, ya que, como se mencionó, el objeto satisfactor es variado y su fin no es ciertamente específico. El objeto es “variable y contingente y sólo es elegido en su forma definitiva en función de las vicisitudes de la historia del sujeto” (Laplanche y Pontalis, 2016, p. 349), de igual manera, los fines pueden ser parciales y dependientes de la parte del cuerpo en la que se originen.

Las pulsiones, que tendrían su origen en lo físico y funcionarían como representantes psíquicos de las necesidades corpóreas, son constitutivas del sujeto, y lo que Winnicott (2013) llama “una persona” depende de la integración del cuerpo (soma) y la mente (psique).

Profundizar en el estudio de dicha integración requiere de un enfoque evolutivo para poder estudiar la naturaleza humana. Se inicia la vida a partir de la llegada de un cuerpo al

mundo, el nacimiento de una criatura humana, un cuerpo que funciona, pero es incapaz de sobrevivir por medios propios.

Para lograr sobrevivir, el pequeño organismo necesita entrar en una fusión primaria con el ambiente, (usualmente la madre), quien se encargará de proveerle atención y cuidados físicos, así como un adecuado sostenimiento. Respecto a esto último, Winnicott (1981) señala que el sostenimiento es más que un acto físico, incluye “el conjunto de condiciones ambientales que anteceden al concepto de convivencia” (p. 49).

En pocas palabras, el sostenimiento hace referencia a la relación de cuidados, mimos que permiten que poco a poco la criatura humana vaya desarrollando sus potencialidades. Los cuidados permitirían mantener un continuo en cuanto a las experiencias sensoriales y motoras, lo cual mantendría a raya una angustia insoportable, originada por el estado no integrado. Esta continuidad experiencial permitirá el desarrollo de una membrana restrictiva, la cual se equipará con la piel y que permitirá distinguir a la criatura un adentro y un afuera, es decir, un yo y no-yo (Winnicott, 1981).

Tubert (2006) denomina experiencia corporal al conjunto de experiencias que tenemos de nuestro cuerpo. El autor subraya que el psicoanálisis nos ha permitido explorar cuánto hay de desconocido e inaceptable en algunas de dichas vivencias, hasta el punto de tornarse inconscientes para nosotros mismos.

A diferencia de lo que queda en lo inconsciente, fruto de las inevitables fallas en el cuidado temprano, el sujeto va experimentando una disociación cuerpo-mente. Este corte en la experiencia, que tiene carácter defensivo, permite hacer frente a sentimientos o sensaciones altamente desagradables, considerándolos únicamente algo físico. A pesar de lo anterior, dicha disociación operativa en la vida cotidiana es lo suficientemente flexible como para experimentar la unidad psicosomática en ciertos momentos (San Miguel, 2006).

Para Freud (1895), el cuerpo tiene una acción recíproca con lo anímico, esto ocurre de manera igual con los animales, sin embargo, a diferencia de estos, tomando por base los

avances de la medicina, se descubrió que, en las personas, la vida anímica poseía un importante influjo sobre el funcionamiento corporal. Esto tiene una gran importancia, ya que coloca al ser humano en una relación particular y exclusiva de él en la naturaleza, el organismo material está íntimamente ligado con la estructura psíquica. Así, el cuerpo como tal, es resultado del sistema orgánico integrado y modificado por su estructura psíquica.

Aunque existen distintas concepciones acerca del cuerpo, aún dentro de la teoría psicoanalítica, hay cierto consenso en lo que menciona Winnicott et al. (2012) al respecto:

La base de la psique es el soma, la psique tiene su comienzo como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico siendo su misión más importante la de ligar experiencias y potencialidades del pasado con el percatamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro, así cobra existencia el Self. (p.72)

Por tanto, se entiende que la psique no puede existir de manera independiente del encéfalo, y depende del buen funcionamiento de este, asimismo, el desarrollo sano de la psique le da sentido a la salud física.

1.1.1 Sobre los defectos físicos y sus efectos psíquicos

Para comprender la salud psico-somática, Winnicott et al. (2012) indica que hay dos tendencias principales: 1.- La salud física y su efecto sobre el funcionamiento y desarrollo de la psique y 2.- La salud de la psique y su efecto sobre el desarrollo y la función física. Asimismo, menciona que lo inverso, es decir, la mala salud en cualquiera de las dos también ejerce una influencia.

Siguiendo esta idea, es claro que ciertas condiciones corporales, ya sean particularidades físicas que se alejan de lo común, enfermedades, defectos o alteraciones en lo corporal influirán en la vida psíquica del sujeto

Precisando esto, Coen (1986) señala en el caso de los defectos y alteraciones que el problema no es solo la magnitud o el tiempo de ocurrencia de un defecto físico, sino también,

qué peligros se derivarían de los intentos de integración del defecto. Por tanto, señala que se pueden enfrentar conflictos similares, ya sea que el defecto sea físico o psicológico, pues en ocasiones los defectos o alteraciones físicas dan lugar a la idea de que una persona se sienta como defectuosa, aunque el defecto o alteración física pudiese ser imperceptible.

Cabe mencionar que las consecuencias de los defectos físicos no solo son variadas, también tienen un impacto complejo. Es decir:

Complejas en cuanto que pueden implicar cuestiones de pulsiones y del yo desde muchos niveles de desarrollo en el mismo paciente, y variadas en cuanto que la reacción puede ser muy diferente en individuos diferentes, dependiendo de factores tales como la naturaleza del déficit, el momento en que comenzó, los atributos naturales del individuo y las reacciones parentales. (Fernando, J. 2003, p.1)

Un defecto adquirido siempre tiene un componente traumático, ya que el tema de la pérdida es prominente, especialmente cuando el trauma ocurrió después de la adquisición de las habilidades verbales. Sin embargo, aunque en un trauma o defecto congénito no habría pérdida, puesto que el defecto ha sido parte de la propia imagen desde el principio, la comparación con otros no afectados puede ser una fuente de mucha angustia y sufrimiento (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Cuando los defectos o alteraciones se adquieren en el transcurrir de la vida, es relevante el momento en el que sucede, así como la fase del desarrollo con que interfiere y si ha sido precedido por otras pérdidas o no. Niederland (1965) enfatiza que los defectos adquiridos en etapas tempranas tienden a tener un significado nodal para todo el proceso de desarrollo del yo y del superyó; las alteraciones corporales ocurridas en la temprana infancia configuran un área de conflicto no resuelto y, con frecuencia, configuran una imagen corporal defectuosa y distorsionada. Por su parte, Greenacre (1958) se muestra de acuerdo con esta idea, ya que menciona que los defectos físicos pueden llegar a tomar un papel como organizador y concretizador de las experiencias.

La idea generada de ser defectuoso tiende a oscurecer la complejidad del conflicto intrapsíquico, permitiendo a quien posee un defecto de liberarse respecto de la culpa o hacerse responsable por lo que ocurre dentro o alrededor de él. El defecto proporciona el argumento central de que no es su culpa, simplemente le sucedió a él, o que, de todos modos, no se puede hacer nada al respecto. A la postre, todas estas ideas pueden configurar defensas contra la crítica del superyó y resistencias formidables al proceso psicoanalítico (Coen, 1986).

Los defectos físicos, en parte, cobran su relevancia dependiendo de la definición social de defecto y de qué tan frecuentemente se presentan en las personas promedio. Por tal, lo que un defecto es se encuentra acotado por el tiempo, lugar y cultura. Cada sociedad asocia un valor distinto a diversas características del cuerpo, lo que es deseable y lo que no. Cabe mencionar que dichas valoraciones cambian con el tiempo, lo que hoy se considera atractivo, diverge de lo que en otro momento histórico era considerado de esa forma.

Kohut (1992), Lussier, A (1960) y Niederland (1965) coinciden en que las personas que tienen o han tenido alteraciones corporales y que son consideradas por ellos mismos como defectos físicos los cuales fueron adquiridos en una etapa temprana de la vida, a menudo conservan una herida narcisista persistente así como problemas en la autovaloración, una tendencia a percibirse a sí mismos como grandiosos (en forma compensatoria) y a menudo presentan que muestran patologías de tipo narcisista.

Estas patologías tienen en común la presencia de una imagen corporal distorsionada, incompleta y frágil, lo que da lugar al desarrollo y mantenimiento de un sentido del sí mismo inestable, defectuoso y susceptible sentirse vulnerable (Kernberg, 2006).

Cabe mencionar que de manera concomitante, aquellos que presentaron efectos tempranos y presentan alteraciones narcisistas suelen manifestar fantasías en las que se perciben a sí mismos como perfectos y presentan una acumulación de agresión y hostilidad la cual manifiestan mediante fantasías de venganza y de renacimiento (Cohen, 1986).

Tiene particular importancia distinguir el grado de afectación o incapacidad funcional que acompañan a los defectos o alteraciones físicas, por lo que pueden ser clasificados en función de dicho grado, es decir, como menores, moderados o severos. Esta clasificación tiene la finalidad de aportar una mayor precisión en cuanto a las consecuencias psicológicas que se pueden esperar en el caso de presentar algún tipo de alteración. Se vuelve menester señalar que también existen alteraciones de la imagen corporal cuya base es mayormente subjetiva y que se encuentran ampliamente extendidas en la población llamada normal (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Los defectos menores serían aquellos que no causan discapacidad verdadera y que ante un observador externo podrían clasificarse como intrascendentes, su importancia está más basada en la fantasía y no tanto en la realidad. Es común que estén relacionados con algún aspecto de la belleza o el atractivo y están investidos de un significado narcisista desproporcionado con el déficit real o funcional. Lo habitual es que quien presente estos defectos haga esfuerzos especiales para ocultarlos (Niederland, 1965). Debido a estos esfuerzos (y también como resultado de ellos), los defectos a menudo se convierten en el nido para las ansiedades de castración del paciente y dan lugar a una variedad de inhibiciones neuróticas y desarrollos narcisistas, a veces paradójicamente severos (Andreasen y Norris, 1972).

Los defectos mínimos o subjetivamente definidos facilitan la fantasía y sirven mejor a los objetivos neuróticos. Como señala Niederland (1965), la psicopatología desproporcionada del paciente puede, de hecho, ser proporcional a la visión del gran alcance del defecto que el paciente tiene en la fantasía.

La consecuencia central en los defectos menores es la herida narcisista. Niederland (1965) indica que las personas con esta condición presentan las características clásicas de un yo narcisista, inflado, con fantasías de grandiosidad y de singularidad, realiza esfuerzos agresivos por obtener compensaciones y suministros narcisistas del mundo, presentan deterioro en las relaciones objetales y prueba de realidad, vulnerabilidad excesiva. Asimismo, se han

descrito rasgos o estructuras narcisistas o borderline en pacientes con defectos poco severos o no visibles (Kernberg, 2010).

Se considera un defecto como moderado, cuando hay una alteración que representa diverso grado de discapacidad o desventaja, por tal, es imposible de ocultar (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981). Ejemplos de estos son los efectos de la polio o el pie equino varo. Estas alteraciones, aunque también tienen implicaciones como generadoras de angustias, como la de castración o inhibiciones neuróticas, son más frecuentemente facilitadoras de dar importancia a la limitación real y no tanto al sentido simbólico, por lo tanto, se ponen en marcha mecanismos compensatorios que dan lugar a logros en diversas áreas.

Respecto del grupo de alteraciones severas, como quienes sufren quemaduras extensas, mutilaciones o algún tipo de deformidad desfigurante, Castelnuovo-Tedesco (1981) comenta que hacen recuperaciones muy limitadas a pesar de esfuerzos multidisciplinarios enfocados en la rehabilitación.

Las consecuencias y afectaciones a la cohesión del Self derivadas de la herida narcisista provocada por un defecto físico se tratarán más adelante, sin embargo, es pertinente señalar, que dicha herida “tiende a estar menos abierta a la resolución espontánea a través del desarrollo normativo posterior que en el caso de algunos traumas que son puramente psicológicos” (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981, p.149).

1.1.2 El sentido del defecto

Así como el esquema corporal es compartido por todos los individuos de una especie, “la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumana, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales” (Dolto, 2015, p. 21).

Dado que el esquema corporal es en sí algo concreto y real, puede llegar a ser afectado o modificado de manera temporal o permanente por diversos factores. Existen afectaciones orgánicas que pueden dar lugar a alteraciones tanto pasajeras como definitivas de la imagen del cuerpo, estas alteraciones parecen dependientes de diversos factores, es decir, que pueden darse casos donde existan personas con un esquema corporal afectado, dañado, modificado o con algún tipo de invalidez y una imagen del cuerpo sana (Dolto, 2015).

Asimismo, Dolto (2015) señala que las afectaciones en niños tienen consecuencias para la imagen del cuerpo siempre en función del momento en que las alteraciones o lesiones hacen su aparición, las más tempranas son de consecuencias más graves.

En el desarrollo en general, las diversas pautas y estilos de los cuidados maternos van delimitando a una edad muy temprana las pautas de defensa del individuo, así como sus posteriores sublimaciones. Desde etapas tempranas, los bebés comienzan a recibir una imagen de sí mediante la mirada de la madre, posteriormente los bebés también irán encontrando un reflejo de sí en otras personas: el padre, los hermanos, la familia, e incluso los espejos reales que existan en casa (Winnicott, 2013).

Poseer un defecto físico no es por sí misma una condición suficiente para dar lugar a alteraciones en la imagen corporal o el psiquismo en sí, Castelnuovo-Tedesco (1981) menciona los ejemplos de las personas con alteraciones consideradas graves como son el caso de las personas con enanismo o super obesas (más de 136 kg.) a quienes señala como remarcablemente libres de psicopatología.

Integrando el postulado de Winnicott (2013), además de lo encontrado por Cytryn et al. (1967) y Blos (1960), se afirma que la configuración familiar, específicamente las características de las relaciones con los padres y el carácter de estos, puede influir sobre la salud o a la psicopatología en quienes presentan alteraciones del cuerpo. Los últimos dos autores especificaron una configuración típica de una madre dominante y un padre mayor o

totalmente ausente en el caso de menores muy perturbados emocionalmente por haber padecido criptorquidismo⁵.

La actitud de la madre parece tener un papel preponderante en el significado que el defecto tendrá para quien lo presenta. En este sentido, Lussier, A. (1960) señala que dicha actitud ante el defecto llega a ser más importante que la consecuencia física por sí misma. Por lo regular, quien tiene un defecto físico en etapas tempranas de la vida se ve a sí mismo como lo ven a él, esto es particularmente cierto cuando se habla de la actitud de la madre u otros cuidadores, inclusive los terapeutas, quienes de igual forma constituyen un reflejo esencial (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

Freud (1916), en su comentario sobre Ricardo III presentado por Shakespeare (quien describe al Rey como alguien que presentaba deformidades y se decía privado de la belleza y por tanto incapaz de desempeñarse como amante), enfatiza que el factor clave no era el defecto de nacimiento en sí, sino el rechazo hacia el emperador por su orgullosa madre quien le retiró su amor por causa de su enfermedad.

Aún en defectos severos donde el nivel de afectación limita la función normal del cuerpo, es posible encontrar, mediante una sana relación comunicativa con la madre, que el individuo afectado pueda conformar una imagen del cuerpo sana. Para Dolto (2015) lo que convierte a un niño en mal socializado, con una imagen del cuerpo lisiada, no castrable y en dependencia en relación con su madre, es la no comunicación acerca del defecto o la invalidez, mientras que el niño da cuenta de las diferencias entre su cuerpo y el de otros niños. La clave estaría en si el pequeño es amado con todo lo que su condición y realidad traen aparejadas y se les responde a las preguntas sobre su condición o, por el contrario, recibe la angustia de los padres o la no aceptación del defecto, si por lisiado, no es amado.

⁵ Uno o ambos testículos no descendidos al saco escrotal, (Instituto Nacional del cáncer (2020). Criptorquidismo. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/criptorquidismo>

Fernando, J. (2003) coincide en que el trato de los padres es un factor que traza una importante distinción en cuanto a la conformación de la propia imagen y de las instancias psíquicas en personas con defectos físicos y señala que las reacciones parentales, en conjunción a la percepción del propio defecto, da lugar a diversas conformaciones del carácter que podían ir desde el reclamar un trato especial por causa de su estado físico o una marcada orientación al logro extraordinario como forma de compensación.

El famoso conferencista Nick James Vujicic, quien padeció síndrome de tetraamelia⁶ al nacer, parece ser ejemplo de un individuo que presenta un defecto físico grave y que logra sortear diversas dificultades para orientarse a un logro extraordinario, en su caso, participar como escritor, orador y conferencista, participar en corto y largometrajes, su propio documental acerca de su vida, fundar y dirigir la organización *Life Without Limits*, así como graduarse como especialista en Contabilidad y educación financiera además de casarse y procrear cuatro hijos sanos (Lyndley, 2005; Vujicic, 2020).

En complemento, no se puede dejar de lado que la apariencia física sigue siendo muy importante, sobre todo cuanto mayor el desarrollo, por lo que Greenacre (1958) señala que las personas requieren un refuerzo del sentido del propio cuerpo, este se da mediante la asociación constante con otros de apariencia similar; de hacer falta esto, existe una disminución en el sentido de sí mismo y su identidad. Por tanto, una persona adulta, requeriría de por lo menos una persona similar a ella para mirar, hablar y así sentirse seguro en su propia identidad.

⁶ Carencia de extremidades congénita asociada a malformaciones mayores que afectan múltiples partes del cuerpo, generalmente es letal (Orphanet, 2020).

1.1.3 Los padres frente al defecto

Los padres, desde antes de la concepción, imaginan al hijo por venir (Güotto, 2013). Antes del nacimiento, tal vez incluso precediendo a la vida intrauterina del futuro sujeto, hay un discurso preexistente acerca de este, Aulagnier (2010) le llama a este discurso respecto a lo que el futuro individuo será: sombra hablada. La cual es supuesta por la madre principalmente.

Sin importar el tipo de madre de que se trate, la llegada del bebé nunca corresponde a lo que se espera, por lo tal, la relación de amor entre la madre y el bebé se caracterizará por un trasfondo de muerte, de muerte disfrazada del más sublime de los amores. Sin embargo, el mencionado trasfondo puede dejarse sentir a través de una patológica indiferencia o incluso un rechazo consciente (Manonni, 1971).

El discurso de la madre sobre el bebé en gestación suele tratar sobre cómo dicho bebé vendrá a llenar lo que quedó vacío en su propio pasado. Es decir, este niño imaginado tiene por misión reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado como deficiente (Mannoni, 1971). Esta sombra hablada será proyectada al nacer sobre el cuerpo del recién nacido y será a quien estarán dirigidas las primeras palabras de la madre, a aquello que se supone el recién nacido es (Aulagnier, 2010).

Aulagnier (1986) nos recuerda que antes de que exista el yo como tal, existe un yo anticipado, originado por el discurso de la madre sobre el niño que espera y que habla de la imagen del cuerpo de este. Esta sombra hablada, es un pre-yo ya historizado que carga con el deseo materno, con los sueños de bellezas, fortalezas y parecidos futuros y aunque usualmente esta imagen pre investida termina siendo acorde y compatible con el cuerpo del infante, existe el riesgo de que acabe siendo muy distinto, por lo que puede encontrarse a dicho cuerpecito como una resistencia o una desmentida, lo cual se transmuta en un conflicto para la madre, el cual muchas veces es insuperable.

El significado que la madre aporta a las vivencias del bebé se encuentra cargado de aquel pre-yo ya investido desde el momento de la gestación. Al mismo tiempo, cuando el bebé llega al mundo con un cuerpo propio y con manifestaciones y gestos propios, la psique de la madre también sufrirá modificaciones, puesto que es una realidad que se impone.

Cuando el niño presenta alguna alteración, puede que sea provisto de los cuidados necesarios, que en apariencia el trato sea el esperado, sin embargo, dicho trato puede darse por cumplir con el deber y estar acompañados de cualidades displacenteras, de rechazo, como tal, esto es registrado por el bebé (Güotto, 2013).

Manonni (1971) menciona que el hijo, al presentar una deficiencia, se vuelve incapaz de constituirse como realizador de la completud y los deseos inconscientes de la madre. Esta imposibilidad de completud genera una deficiencia en la madre, quien termina por experimentar como propias las dificultades y carencias del bebé, por lo tanto, todo rechazo al niño es un rechazo a ella misma.

La incapacidad de reconciliar al ideal y al hijo real conduce a diferentes consecuencias en cuanto al lugar que ocupa el niño en el esquema familiar, ya que la madre expresa en sí misma una discapacidad, una carencia. La función materna en sí misma y su discurso se encuentran heridas (González, 2016).

En algunos casos, la dificultad para sanar dicha herida y tramitar la angustia y sufrimiento refuerza los sentimientos ambivalentes de dolor, culpa, temor, rechazo, entre otras.

Debido a lo anterior, hay un sobre investimento de la madre sobre el niño, buscando generar una compensación de la culpa y el miedo que siente por su hijo, lo que a su vez le permite posicionarse en el lugar del sacrificio, siendo una madre abnegada y sufrida que se desvive por su bebé (Menchaca 2014).

Güotto (2013) comenta que cuando existen hermanos, estos tienen mucho para decir sobre el enojo y la culpa de ser sanos, al tiempo de sentirse abandonados por la atención y los cuidados que demanda un hijo con discapacidad. A veces son sostenes en la depresión de los

padres y sienten que no pueden fallar, que tienen que compensar por la falta que produjo este hermano. Muchos de ellos reciben como legado su cuidado cuando sus padres ya no estén. Sin duda, la enfermedad temprana de un hijo reclama replantear los ideales, los vínculos familiares, los proyectos de familia y rearmar la vida y las ilusiones de cada uno de los miembros y la familia como un todo (González, 2016).

De acuerdo con Aulagnier (2010), la sombra hablada, aquello que condensa deseos e idealizaciones respecto del bebé que está por llegar y el bebé ya nacido pueden ser incompatibles, así como la madre puede presentar incapacidad de adaptar esa sombra hablada con el cuerpo real y experimentar un traumatismo de encuentro, lo que producirá problemas en la libidinización del cuerpo del bebé, puesto que mientras borra (mata) al objeto preinvertido y da lugar a una nueva investidura de este objeto bebé presente, se interrumpe su función, por lo que el pequeño experimenta una especie de borradura en su historia y el pequeño yo experimenta una escisión temprana que le permitirá continuar el desarrollo, pero limitará su capacidad relacional pues, básicamente, percibirá a los objetos externos como poderosos satisfactores o frustrantes, es decir, objetos necesarios, pero totalmente alejados de las experiencias placenteras.

Como se revisa en este apartado, el cuerpo es la base del psiquismo, no solo es sustrato, sino que también le da forma. Hay un entramado de mutua influencia que se mantiene a lo largo de la vida y de la calidad de la integración de estos dos aspectos, psique y soma depende en buen grado la salud del individuo.

En un soma con dificultades funcionales se pueden condensar elementos que se orienten tanto a la salud como a la patología, existen sujetos que tienden hacia el logro como manera de subsanar una carencia física, así como existen quienes desarrollan una autovaloración negativa y un profundo sentido de injusticia que puede dar origen a rasgos antisociales importantes, como en el caso de Ricardo III.

Parece que el sentido con el que se dota a un cuerpo alterado en etapas iniciales de la vida tiene como origen la valoración que los padres hacen de dicha alteración y se refuerza o desmiente con las posteriores vivencias con otros significativos.

1.2 El Narcisismo

El narcisismo es un concepto del que se ha hecho uso y abuso. Ha pasado por diversas modificaciones desde que Freud (1914a) lo introduce como concepto de la teoría de libido hasta el día de hoy. Este concepto no está libre de contradicciones, incluso en las descripciones que el mismo Freud propuso y, a decir de Green (2013), es debido a esto que se deja de lado sobre todo a partir de la segunda formulación de la teoría de las pulsiones.

En un principio es presentado como una descripción clínica realizada por Näckle y Ellis que nombran a la conducta de dar al propio cuerpo un trato parecido al que se daría al cuerpo de un objeto sexual, lo cual sería descrito como una perversión; sin embargo, Freud (1914a) rectifica dicha descripción y menciona que en realidad el narcisismo sería “el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación” (p.72).

Freud menciona que las pulsiones autoeróticas son primordiales, preexisten a la conformación de la unidad del yo. Para que dichas pulsiones autoeróticas conformen al narcisismo y por ende al yo se requiere una nueva acción psíquica (Freud, 1914a), dicha acción psíquica se produce por la interacción del bebé con un agente externo, otro, un prójimo que es al mismo tiempo el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador.

Sobre el prójimo, entonces, aprende el ser humano a discernir... Y así el complejo del prójimo se separa en dos componentes, uno de los cuales impone por una ensambladura constante, se mantiene reunido como una cosa del mundo, mientras que el otro es comprendido por un trabajo mnémico, es decir, puede ser reconducido a una noticia del cuerpo propio. (Freud, 1895, p.375)

Resultado de la interacción de la criatura humana y este prójimo se da la conformación de un narcisismo primario al dar noticia del cuerpo y fundar la conformación yoica, es decir inicia la catectización libidinal de uno mismo.

Sin embargo, esta idea del narcisismo primario sufrió modificaciones llevadas a cabo por el mismo Freud, pues, aunque la investidura libidinal del sujeto mismo es requisito fundamental para la constitución del yo humano (Spagnuolo, 2000), en Psicología de las masas y análisis del yo, Freud (1921) hace mención de un narcisismo anterior al nacimiento, que hace referencia a las vivencias intrauterinas y en el que se basta a sí mismo totalmente. Este narcisismo sería aún anterior a la conformación del yo y sería al que se regresaría en el sueño.

Sin embargo, este último narcisismo primario es retomado por otros autores posfreudianos, como Andre Green (2013), quien lo apareja con la pulsión de muerte introducida en 1920 y que describe características opuestas a la tendencia fundante del narcisismo derivado del complejo del prójimo mencionado en párrafos anteriores. Por esto y para los fines de este trabajo se considerará como narcisismo primario el momento fundante del psiquismo y el narcisismo similar a la vida previa al nacimiento se atenderá en otro apartado bajo el nombre de narcisismo de muerte.

1.2.1 El Narcisismo Primario

Resulta paradójico que los seres humanos, quienes son probablemente la especie más avanzada en cuanto a evolución, lleguen a la vida extrauterina con una gran inmadurez y atraso evolutivo respecto de otras especies inferiores en la escala filogenética. Muchos animales, al momento del alumbramiento, han completado su desarrollo, incluso a los pocos momentos de salir del útero son capaces de incorporarse y buscar las ubres de su madre.

Por el contrario, el organismo humano nace sin poder ver, inválido para moverse y seguir a su madre o buscar el alimento, la criatura accede a la vida extrauterina en una indefensión de nivel total y dependerá del cuidado de sus padres hasta bien entrada la pubertad (Medina, 2013).

La criatura humana llega al mundo en un estado de total desvalimiento, lo que incluye el ser incapaz de reaccionar ante cualquier estímulo, ya sea externo o interno. El cerebro del recién nacido es inmaduro, sin embargo, a partir de la relación con sus padres le es posible sobrevivir y continuar con su desarrollo.

Freud (1895) explica que los estímulos internos dan lugar a una tensión que requiere de una acción específica para ser disminuida. Dicha tensión es experimentada como *displacer*, por lo que la criatura emprende descargas motrices que le permiten cierto aligeramiento, pero no la cancelación, ya que el estímulo endógeno requiere de una acción muy particular para su descarga y que, dada la inmadurez del bebé, es incapaz de llevar a cabo la función específica.

Un ejemplo es el hambre, que se presenta como un estímulo endógeno que produce *displacer* al neonato, este berrea y patalea obteniendo cierto aligeramiento, aunque, ciertamente, el hambre solo disminuye cuando recibe auxilio ajeno, es decir, por la madre, padre o cuidador, que lleva a cabo la acción específica de alimentar, la cual disminuye la tensión y además suma un plus: las palabras y mimos, el cuidado, el calor del pecho, conforman un conglomerado de estímulos que acompañan a la vivencia de satisfacción, la cancelación del estímulo y un agregado que deja restos mnémicos, los cuales Freud (1895) llama estados de deseo.

La tensión elevada derivada de los estímulos muy fuertes, provocan dolor y este a su vez deja huellas mnémicas, estados afectivos que son tratados de desalojar, a esto Freud (1895) le llama represión primaria. De la organización, entre los estados de deseo y la tendencia a reprimir, se conforma el precoz yo, orientado a liberar sus investiduras energéticas, mediante la satisfacción, y evitar aquellas que resulten en la vivencia del dolor.

Los estímulos endógenos, los impulsos instintuales autoeróticos existen desde el origen, por lo tanto, se requiere una acción adicional para lograr el narcisismo (Freud, 1914a), la cual es precisamente la integración de los estímulos y vivencias sensoriales metabolizadas y simbolizadas por la función materna.

Esta acción adicional la encontramos en la actitud de ambos padres hacia sus hijos, Bubbolini (2010) infiere que este narcisismo no se reduce a un comportamiento determinado de la libido, sino que, retomando a Freud (1914a), pone el énfasis en que los padres reviven el propio narcisismo (anteriormente abandonado) al cuidar a la criatura. Le atribuyen toda perfección y magnificencia, la cual pocas veces empata con la realidad. Se le libra de toda prohibición y norma, ya sea natural o humana y se le considerará el centro y organizador de la vida, será “*Su Majestad el Bebé*” (Freud, 1914a, p.88).

Este agregado provisto por los padres permite pasar del autoerotismo al narcisismo, la inmadurez biológica no permite dar noticia de que la acción emprendida por la criatura recibe una respuesta de otro cuidador, se experimenta como creada por él. Esta omnipotencia aparejada con la proyección del narcisismo renacido de los padres hacia el bebé, dan lugar a la investidura libidinal del yo, la cual, posteriormente, será cedida en parte a los objetos, sin embargo, siempre se mantendrá en forma de reservorio en el yo. (Bubbolini, 2010; Freud, 1914a).

El narcisismo es pues, una etapa de la historia libidinal, de la constitución del yo y las relaciones con los objetos. Es un compuesto que integra diversas tendencias:

La de hacer converger sobre sí las satisfacciones sin tener en cuenta las exigencias de la realidad, la de la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros, el intento activo de dominar y negar la alteridad, el predominio de lo fantasmático sobre la realidad. (Hornstein, 2006, p.44)

El narcisismo primario “tendría que ver con el niño y con la elección que él realiza de su persona como objeto de amor, etapa anterior a la plena capacidad para volverse a objetos externos” (Roudinesco et al., 2011, p. 744).

La libido, toda ella concentrada en el propio niño, irá paulatinamente invistiendo a los objetos del exterior. Esta libido llamada objetal, inviste a los objetos externos y puede ser retirada y emitida de nuevo hacia otros objetos. Cabe mencionar que el reservorio libidinal en

el yo y la libido objetal entran en una especie de balanceo ya que el engrandecimiento de una empobrece a la otra (Freud, 1914a).

Para Hornstein (2006), el psiquismo en su conjunto es un sistema auto-organizador en permanente intercambio con lo exterior (p. 46). Según Arantzazu, Bich y Etxeberria A., (2017) “La autoorganización estudia la manera en la que los procesos de un sistema alcanzan de forma espontánea un orden u organización complejo, bien como una estructura o identidad autoconstruida” (p. 1). Siendo así, el narcisismo puede ser pensado como un movimiento que transforma al objeto en sujeto, que organiza las vicisitudes pulsionales y el devenir identificatorio, dando lugar a una mayor complejidad y aumento en sus potencialidades, a su vez, la complejidad permite admitir y utilizar cada vez más recursos energéticos que darán lugar a nuevas ligaduras (Hornstein, 2006).

De las huellas mnémicas, respecto de la perfección narcisista y la más alta estima en aquel momento del narcisismo primario, se gesta una idealización de aquel yo, con el que se podrá contrastar al yo actual, este es el ideal del yo, heredero del narcisismo perdido de la infancia y que se volverá la condición de represión. El yo deberá reprimir aquellos impulsos que le alejarían de ese ideal, siendo la ganancia de dicha represión el respeto del yo por sí mismo (Freud, 1914a).

1.2.1 El Narcisismo Secundario

A diferencia del narcisismo primario, que supone una etapa del desarrollo libidinal del sujeto y cuyo desarrollo dará pie al ideal del yo, el narcisismo secundario hace referencia a una retracción de las investiduras libidinales de objeto hacia el yo, por causa de enfermedad o sufrimiento.

Freud (1914a) encuentra en la esquizofrenia, la paranoia, así como en la hipocondría, ejemplos del retiramiento de la libido del mundo y su retracción sobre el yo. Fruto del balanceo

antes mencionado, el engrandecimiento de la investidura yoica entorpece la elaboración psíquica de las descargas pulsionales lo que conduce a una estasis libidinal que se vuelve patógena por los intentos de curación de dicha estasis, estos intentos toman la forma de síntomas.

1.2.3 Alteraciones Narcisistas.

El narcisismo tiene una función trófica, mantiene la cohesión organizacional, la estabilidad temporal del sentimiento de sí y la valoración positiva del sentimiento de estima de sí (Stolorow, 1975, citado por Hornstein, 2006) Por lo tanto, no es un estado, sino un registro siempre presente. Se denomina patológico, cuando el retraimiento libidinal inviste al yo como salida a un sufrimiento.

Como concepto ha sido utilizado de distintas formas, incluso en Freud (1914a), quien describe una perversión sexual (tomar el cuerpo propio como objeto sexual), una etapa normal del desarrollo libidinal, una característica en las patologías graves, como la esquizofrenia o la paranoia, y un tipo de elección de objeto amoroso, el cual se elegiría en función de aquello que el sujeto fue, es o desearía ser.

Abraham (1919) se refirió al narcisismo como un tipo de resistencia neurótica particular al tratamiento psicoanalítico. Dicha resistencia tendría que ver con la transferencia la cual provocaría el fracaso terapéutico.

Tras la formulación de la segunda tópica, Laplanche y Pontalis (2016) afirman que la conceptualización del narcisismo primario se replantea y se le ubica como anterior a la formación del yo (cuando el ello y el yo estaban indiferenciados y no existían objetos), lo cual correspondería a la vida intrauterina por lo que se desdibujan los límites entre el autoerotismo y narcisismo primario.

Esto conduce a problemas teóricos y falta de coherencia metapsicológica ya que, hablando a nivel tópico, no queda claro qué es lo que se inviste en el narcisismo primario concebido de este modo. Estos problemas no pasan desapercibidos, por lo que el concepto desaparece casi por completo de la teorización freudiana y se limita a hacer referencia a la clínica de la psicosis y la melancolía (Roudinesco, 2011).

Sin embargo, el narcisismo y su desarrollo ha sido abordado por diversos autores posteriores, entre los que se encuentran Melanie Klein (1882-1960), Edith Jacobson (1897-1978), Herbert Rosenfeld (1910-1986), Belá Grunberger (1903-2005), Janine Chasseguet-Smirgel (1928-2006), Heinz Kohut (1913-1981), André Green (1927-2012), Jacques Lacan (1901-1981), Otto F. Kernberg (1928-), Luis Hornstein (1943 -) entre muchos otros.

Entre ellos, se pueden agrupar en dos corrientes principales (Green, 2013; Roudinesco, 2011) quienes postulan una suerte de autonomía y defenderían al narcisismo como instancia psíquica similar a las de la segunda tópica, la cual tiene un desarrollo independiente; y otra que defendería la existencia primera de las relaciones objetales y que postulan la existencia solamente de estados narcisistas como un retraimiento de la libido.

En ese sentido, Green (2013) resalta la importancia de la teorización acerca del narcisismo, ya que considera que solo mediante el contraste de ideas se puede arrojar luz sobre las evidencias que surgen en la clínica acerca de estructuras y transferencias narcisistas, es decir que el narcisismo es el conflicto fundamental y no la oposición entre pulsión y defensa. Este autor de igual manera llama la atención sobre “una suerte de tercera tópica” (Green, 2013, p.11), en la que los polos teóricos serían el Self y los objetos y en la que la contratransferencia pasa de ser la manifestación de los conflictos no resueltos del analista a convertirse en el correlato de la transferencia, que a veces la induce y en ocasiones la precede.

Dejours (2009) menciona que a partir de que se presenta la noción de clivaje (escisión) del yo, por Freud (1940), en la escisión del yo en el proceso defensivo, se inaugura esta tercera

tópica que hoy en día se observa en el tratamiento psicoanalítico de las psicosis, de los casos borderline, del narcisismo y las psicopatías.

Es necesario llevar a cabo una distinción respecto de las diferencias teóricas entre los conceptos de Yo, Self y Personalidad.

El Yo, como parte del aparato psíquico, es uno de los tres elementos de esta modelo tripartita de la mente. Se trata de una abstracción específica de alto nivel, es decir se encuentra alejada de la experiencia del sujeto. Por otro lado, la personalidad no es propiamente un constructo psicoanalítico, sino que pertenece a otro marco de entendimiento más acorde al entendimiento social y la descripción de la experiencia preconscious de la persona misma en interacción con otras (Kohut, 1992).

Por su parte, el Self es una abstracción psicoanalítica de bajo nivel, es decir cercana a la experiencia, como tal, es un contenido del aparato psíquico (Kohut, 1992). Aunque no se trata de una instancia de la mente, sí es una estructura de esta, ya que es una investidura libidinal de uno mismo (Hartmann, 1950) y aglutina la manera en que el individuo se percibe a sí mismo en las interacciones reales con otros y en interacciones fantasiosas con representaciones internas de otras personas, es decir, con representaciones objetales, además se enriquece con imágenes ideales de sí mismo e imágenes ideales del objeto, en un nivel orientado a la salud, un Self y lo que lo compone esta dinámicamente organizada en un todo (Kernberg, 2010).

Este concepto es retomado por Winnicott (1981) como un complemento fenomenológico de la persona y que se forma de manera posterior al yo, es originado de la relación del bebé con la madre y los otros. Es decir, es una delimitación narcisista del sujeto y puede conformarse de manera sana (Self verdadero) o patológica (Self falso). Roudinesco (2011) apunta que esta noción permitió abordar trastornos de identidad considerados no accesibles para un análisis centrado en el yo. Con el tiempo, la noción de Self fue retomado por diversas escuelas, en ocasiones en detrimento del constructo del Yo.

Metapsicológicamente, el narcisismo se define como una investidura libidinal del Self (Kohut, 1992). Se considera que existen alteraciones en la conformación narcisista cuando existen fallas ambientales en los tiempos de la conformación del Self o en las relaciones objetales tempranas, las cuales no se introyectan como objetos totales, sino escindidos en partes totalmente buenas o malas. Estas estarán íntimamente relacionadas con el narcisismo primario, en el cual los padres proyectan su narcisismo redivivo en el bebé y lo vuelven su majestad el bebé.

Las diversas fallas en este primer momento generan diversas reacciones entre las que se encuentran angustia de caída perpetua, desintegración, despersonalización, desorientación (Winnicott, 2011) y que dan lugar a problemas en la instauración de la personalidad y la organización del yo.

Una primera manera de falla en la conformación narcisista puede ser rastreada en la mirada de la madre, quien hace la función de espejo en la que el bebé encuentra su propia imagen. En los casos en que la madre tiene una mirada velada, que no refleja nada, el bebé experimenta angustia impensable, otras veces el reflejo no es tal, sino que se trata de una proyección de las angustias maternas (Winnicott, 2013). Ante tales circunstancias, la imagen que el bebé encuentra se caracteriza por su fragilidad e inestabilidad, lo cual pone en constante riesgo a la estabilidad narcisista (McDougall, 1982).

Es tal la variabilidad en la forma en que el narcisismo experimenta fallas en su conformación a partir de una imagen especular defectuosa y la gran cantidad de maneras posibles en las que el psiquismo se organiza a partir de factores internos y externos que dichas fallas tempranas no necesariamente conducen a la psicosis (Eddy, 2000), sino que dan lugar a los floridos síntomas que presentan los pacientes no neuróticos.

A pesar de la existencia de las clasificaciones internacionales que pretenden agrupar según criterios descriptivos a diversas afecciones de la salud mental, muchas de las categorías pudiesen tener en su origen alteraciones en la conformación del narcisismo. Ejemplo de esto,

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales 5ta Edición - DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) aglutina en los llamados Trastornos de la Personalidad a configuraciones sintomatológicas que pudiesen ser derivadas de alteraciones en el narcisismo, ejemplo de ellos son el Trastorno de la Personalidad Narcisista, el Trastorno de la personalidad límite, el Trastorno de la personalidad antisocial y el evitativo, entre otros así llamados trastornos.

Lingiardi y McWilliams (2017) afirman que las personas con alteraciones narcisistas presentan un amplio espectro de dificultades y puede ser entendido como un continuo en cuanto a nivel de gravedad, pudiendo presentarse desde organizaciones neuróticas hasta las psicóticas, según sea el nivel de afectación. Se pueden encontrar sujetos con un funcionamiento social adaptado y cuyas dificultades se establecerían sobre todo en cierta incapacidad para la intimidad, así como personas en un nivel de afectación mayor, quienes presentan difusión de identidad a menudo oculta tras una fachada de grandiosidad y que pueden comportarse de manera altamente destructiva.

Los narcisistas son sujetos muy lastimados, carenciados de una adecuada investidura narcisizante por parte de los objetos primarios (Green, 2013). Esto es debido a la decepción vivenciada, puesto que el bebé no logra identificarse plenamente con alguno de los objetos primarios y no le queda más camino que amarse a sí mismo y tomarse como objeto. Esta idea también es concordante con lo que Winnicott et al. (2012) plantea ante la interrupción traumática de la continuidad experiencial y que da por resultado una sobre adaptación al medio que se percibe como hostil.

Las constantes decepciones o desilusiones provocadas por la falla del ambiente-madre, provoca que los objetos se neutralicen cada vez más y el yo se vaya engrandeciendo. Esta egosintonía, como la llama Green (2013), será el narcisismo positivo, causante de un efímero placer de bastarse a sí mismo pero que es bastante limitado por lo que el sujeto reiniciará una búsqueda de fusión para regresar a una escena primaria.

Este narcisismo llamado positivo como ya se mencionó, no es perdurable puesto que la fusión con el objeto se transformará en odio, rencor provocado por una nueva decepción o desengaño con el objeto primario, y tras este, inicia una nueva búsqueda dirigida no a otro objeto, sino a la nada, al exterminio pulsional. Esto último es el narcisismo de muerte (Eddy, 2000).

Las clasificaciones de las alteraciones narcisistas y sus subcategorías propuestas por autores diversos enfrentan la dificultad de ser descriptivas de lo que se observa en la clínica, pero dejan de lado la etiopatogenia común. Como ejemplo de estas clasificaciones, a veces dicotómicas y poco claras encontramos las siguientes:

Personalidades narcisistas de piel dura o piel fina (Rosenfeld, 1987), Narcisismo manifiesto o encubierto, Narcisista Inconsciente o Vigilante, así como grandioso o vulnerable (Lingiardi y McWilliams, 2017).

A pesar de la diversidad de nombres y el afán de clasificar minuciosamente, la clínica del narcisismo tiene su origen en entender la relación entre el yo y los objetos fantasmáticos, por tanto, no existe una descripción pura de lo que una alteración narcisista es, o una clasificación exhaustiva (Green, 2013). Cada una de las clasificaciones propuestas por los autores, lleva consigo una reminiscencia de los casos que fueron estudiados para nombrar el fenómeno, sin embargo, lograr una categoría para cada uno de las manifestaciones narcisistas es complicado.

Los factores comunes a las personas con alteraciones narcisistas son la presencia de traumas en relación con el objeto primario (Lanza, 2020). Las defensas utilizadas son primitivas y están organizadas en torno a la escisión del yo. Estas defensas, entre las que se encuentran la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, desvalorización del objeto, foreclosure, desmentida, negación etc., suelen ser en sí mismas dañinas para el yo. (Reyes y Russo, 2008).

Ya que existen diversas posturas respecto del concepto narcisismo, es importante clarificar la perspectiva teórica y clínica que se adopta en orden de tener coherencia a nivel clínico y metapsicológico: el narcisismo juega un papel fundante en la constitución del individuo y su estudio como función evolutiva es requisito para la comprensión de un segundo aspecto que es la diversa gama de patología narcisista (Grimald, A. 2014).

Para Green (2013) no existe mucha diferencia entre los pacientes que presentan organizaciones borderline de la personalidad y aquellos que propiamente son personalidades narcisistas. En ese sentido, Kernberg (1984) presenta una tipología de diferentes grados de patología narcisista algunos de los cuales se traslapan con los pacientes fronterizos y que para los fines de este trabajo se utilizarán por su alto valor explicativo.

Green (2013) sitúa esta teorización de Kernberg en una especie de frontera entre la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales de la escuela kleiniana, particularmente de los trabajos de Rosenfeld (1987) y Jacobson (1959).

A diferencia de Kohut (1992), Kernberg (1984, 2010) propone que las alteraciones narcisistas son un devenir patológico, no una fijación a un estado arcaico. No resultan de una ausencia de estructuras, sino que es la presencia de estructuras patológicas, de igual manera, aunque acepta fallas importantes en el trato de los padres hacia el bebé, aclara que las introyecciones de estas figuras parentales se encuentran muy distorsionadas debido a la agresividad del bebé hacia los padres.

En resumen, Kernberg (1987) propone que las alteraciones narcisistas son una patología de las relaciones objetales internalizadas y se encuentran caracterizadas por una profunda envidia y las consecuentes defensas contra ella. Entre estas se cuentan la desvalorización, control omnipotente y retraimiento narcisista (Hornstein, 2006).

Dado que el narcisismo es la investidura libidinal del Self, se distingue de los síndromes clínicos que caracterizan a las personas con una regulación anormal del autoestima (la cual depende de las presiones del superyó ejercidas sobre el yo). Por lo tanto, propone un desarrollo

normal del narcisismo a lo largo de la vida del sujeto y que transcurre desde lo normal hasta lo patológico.

Para fines aclaratorios, Kernberg (1984) propone una clasificación de utilidad clínica y no necesariamente metapsicológica la cual al narcisismo en tres: el normal infantil, el normal adulto, y el narcisismo patológico.

Clínicamente el narcisismo normal infantil solo tendría importancia descriptiva pues en las patologías de carácter hay regresión o fijación a objetivos infantiles narcisistas, estos como opuestos a la definición de maduros y adultos en las que hay expectativas, inspiraciones y modelos bien delimitados y que derivan de las correctas integraciones de las estructuras del Self como son el Self Ideal, las representaciones objetales y además integran los factores y demandas superyoicas así como los factores externos al sujeto) (Kernberg 1984, 2010).

El narcisismo normal adulto es justo aquel que contempla las integraciones mencionadas en el párrafo anterior, sumado a que el individuo cuenta con una estructura propia, con relaciones objetales totales, super-yo integrado y una adecuada satisfacción de los instintos dentro de un contexto de relaciones de objeto totales y de valores realistas y estables (Kernberg, 2010).

El narcisismo patológico por su parte es dividido en tres sub clasificaciones según su gravedad. La primera consiste en una regresión a una regulación de la autoestima basada en valores, demandas y prohibiciones infantiles; la segunda sería la elección narcisista de objeto, en donde el sujeto se identifica con el objeto y de forma paralela la representación del Self infantil se proyecta sobre dicho objeto (Kernberg, 1984).

La tercera forma sería el trastorno narcisista de la personalidad, caracterizado por su alta gravedad, un amor propio patológico basado en referencias al Self primitivo y grandioso y marcado egoísmo (Kernberg, 2010). La mencionada grandiosidad se suele manifestar de acuerdo con un sistema de valores infantiles entre los que se cuenta el atractivo físico, poder, riqueza, vestimenta, etc. (Kernberg, 1987, 2010).

Como tal, la última categoría aglutina una amplia variedad de manifestaciones, diversos grados de integración del Self. Este puede haber sufrido una regresión, fijado o distorsionado por causa de diversas identificaciones, o bien, se encuentra grandioso y patológico. Otras manifestaciones incluyen una pobre integración y escisión de las representaciones de sí mismo y de los objetos (Kernberg 2010).

Las características observables más comunes son una dependencia exagerada en la admiración proveniente de otros, sin el acompañamiento de una sensación de gratitud. Esto debido a que la admiración se da por sentada, las relaciones con otros son superficiales, existe una alternancia entre sentimientos de grandiosidad e inseguridad y carencia de valor (Kernberg, 1984).

Experimentan una gran envidia, ya sea de orden consciente o inconsciente y de la que se defienden mediante la devaluación o la incorporación de lo que proviene de los demás y devalúan lo incorporado al mismo tiempo, otro mecanismo defensivo contra la envidia comprende la explotación de los demás y en el sentido de tener derecho a todo (Kernberg, 1987, 2010, 2014).

El trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por la falta de integración de los otros significativos y va de la mano con un sí mismo presuntuoso y patológico, este reemplaza la falta de integración de un sí mismo normal (Kernberg, 2010). Esto es importante debido a que en las entrevistas con estos sujetos es probable que el sí mismo grandioso dé la apariencia de una adecuada cohesión de la propia identidad, sin embargo, durante el tratamiento psicoanalítico es evidente la disolución de este sí mismo pretensioso y patológico y la reemergencia de la típica difusión de la identidad de la organización límite de la personalidad, antes que se pueda dar la nueva integración de una identidad yoica normal (Kernberg, 1987).

Kernberg (1984) propone que este Self grandioso acaba por absorber las representaciones objetales, sean reales o idealizadas, así como la representación propia dentro de un concepto idealizado de sí mismo. Esto dificulta la conformación del superyó y da a lugar

a que sus precursores se vuelvan persecutorios y que para defenderse de estos el sujeto los proyecte. Debido a lo anterior, es frecuente que alguien que presente personalidad narcisista también presente algún grado de conducta antisocial.

Como ya se mencionó, diversos factores involucrados con los objetos primarios provocan reacciones patológicas diversas, en el caso de quienes tienen un historial de relación con una figura parental que parecía estar operando como un padre o madre suficientemente bueno, pero que mostraba una indiferencia subyacente hacia el niño y una tendencia a explotarlo de una manera narcisista, es común encontrar tendencias de autodestrucción, auto mutilación, ideación o actuación suicida o antisociales, además muestran poderosos elementos de envidia en el contexto de una actividad intensa de odio (Lingiardi y McWilliams, 2017).

Este cúmulo de manifestaciones sintomáticas está emparentado con la identificación inconsciente con el objeto odiado. Puesto que la relación objetal internalizada es la de un Self frustrado, empobrecido y dolido que se relaciona con un objeto poderoso, retentivo burlón y sádico, la identificación inconsciente con la víctima como con el victimario intensifica la relación real con el objeto frustrante. Lo anterior origina una dependencia elevada hacia el objeto odiado, a fin de influirlo, controlarlo, castigarlo o transformarlo en objeto bueno (Lingiardi y McWilliams, 2017).

Contradictoriamente, existe una tendencia inconsciente hacia repetir la relación con el objeto odiado, pero con los roles invertidos, es decir convirtiéndose en el objeto dominante, burlón y frustrante que maltrata a otro objeto sobre el cual se ha proyectado la imagen del Self (Kernberg, 1987).

Tal vez la principal diferencia entre la comprensión de las alteraciones narcisistas entre este modelo y el propuesto por Kohut (1992) es la importancia de los impulsos agresivos. El desarrollo narcisista puede no manifestar fallas estructurales, sino una distorsión y desvalorización activa de los objetos externos. En síntesis, el problema no es un defecto de los

objetos externos sino una incapacidad del sujeto de idealizar a sus progenitores a consecuencia de tener grandes montos de rabia y envidia en su relación con ellos (Spagnuolo, 2000).

Además de los mencionado, el odio primitivo que es intolerable se puede mudar en una forma de somatización, que da lugar a la automutilación. Acompañando a la autolesión, se presentan rasgos de conducta sadomasoquista primitiva (Kernberg, 1987).

En esta línea de pensamiento, la agresión y destructividad se vuelven centrales y se observan en la clínica respecto a conductas antisociales, pero también a la destructividad silenciosa, la cual, volcada a los otros, lo desconoce y reduce a la nada; mientras que vuelta hacia sí mismo, ataca las representaciones, las relaciones objetales y las funciones yoicas (Lanza, 2020).

La agresión y destructividad silenciosas serían resultado además de una desinvestidura radical que “tiende a deshacer lo que la investidura había construido y/o por la falta de investidura, que impide la constitución adecuada del Yo y del tejido representacional” (Lanza, 2020, p. 4). Esto en concordancia con Green (2013), quien llama narcisismo negativo o de muerte a la tendencia al regreso al cero, a la desinvestidura total de las representaciones.

Freud (1911) ya había mencionado que la desinvestidura de la representación da origen al sentimiento de fin del mundo. Posteriormente aclara que “La destrucción del mundo es la proyección de esta catástrofe interior; su mundo subjetivo se ha destruido desde que él le ha sustraído su amor” (Freud, 1911, p. 65).

Asimismo, Winnicott (1981) señala que, al ausentarse la madre, el bebé no experimenta un cambio inmediato, debido a que conserva un recuerdo (representación interna) que vive durante un periodo de tiempo, si este se prolonga y rebasa cierto umbral, la representación se desvanece por lo que se habla de desinvestidura del objeto. En este caso la destrucción de la representación es consecuencia de la desinvestidura de sí que supone padecer desde la madre. Es decir, es una respuesta a una agresión.

Estas desinversiones son ciertamente una destrucción de la representación, pues se les desinvierte de manera radical. En el caso de la desinversión, como forma de destrucción silenciosa se puede conjeturar que queda en lugar de la representación un agujero o vacío psíquico (Aisenstein, 2014).

En los trabajos citados de Freud y Winnicott no existe como tal alguna alusión a la destructividad, sin embargo, la desinversión radical concuerda con la tendencia a la desligadura propia del narcisismo de muerte propuesta por Green (2013), cabe mencionar que estas desinversiones, no afectan a la totalidad de objetos del mundo, por lo que coexisten los agujeros representacionales con inversiones respecto del Self y otros objetos.

Al existir estos vacíos representacionales, Lanza (2020) señala que el pequeño individuo queda disminuido en su capacidad de simbolizar, ya que dichos borramientos implican cierto grado de destrucción de los propios contenidos mentales. Siendo así, existirá como consecuencia que falte (al menos en parte) el “cemento” (Green, 2013, p.1) que unifique al yo y le proporcione sentimiento de realidad.

Cuando existe una alteración narcisista y de manera conjunta se presenta una patología de la agresión y destructividad (ya sea hacia los otros o hacia sí mismo), ocurre que el Self pretencioso y patológico se infiltra con agresión egosintónica, de conducta antisocial y tendencias paranoides. A esta combinación Kernberg (2014) la nombra narcisismo maligno.

Kernberg (1987) define como síndrome de Narcisismo Maligno a la combinación de una personalidad que encaje en la definición de trastorno narcisista de la personalidad y presente de manera concomitante conductas antisociales y agresión o sadismo egosintónicos, ya sea dirigido hacia el exterior o hacia sí mismo, como los casos de automutilación triunfante, ideación e intento suicida y una marcada orientación paranoide.

Entre los rasgos que acompañan a este síndrome se encuentran una vida sexual pobremente integrada, trivial e impersonal, pobreza de las relaciones afectivas inclusive con personas muy cercanas e importantes, egocentrismo patológico, incapacidad para el amor,

deshonestidad, ausencia de remordimiento, juicio muy empobrecido, incapacidad de aprender de la experiencia, así como diversas manifestaciones de patología del superyó (Kernberg, 1987).

El sadismo egosintónico puede expresarse en una ideología consciente de autoafirmación agresiva, pero, con mucha frecuencia, también en tendencias suicidas egosintónicas crónicas. Estas tendencias suicidas no surgen como parte de un síndrome depresivo, sino en crisis emocionales, o incluso inesperadamente, con la fantasía subyacente (consciente o inconsciente) de que poder quitarse la vida refleja superioridad y triunfo sobre el miedo habitual al dolor y la muerte. En la fantasía de estos pacientes, suicidarse es ejercer un control sádico sobre los demás o salir de un mundo que sienten que ellos no pueden controlar (Kernberg, 1984).

La orientación paranoide de estos sujetos (resultado de la proyección de precursores superyoicos sádicos) se puede observar en la percepción exagerada de los demás como ídolos, enemigos o tontos.

Las conductas antisociales, a menudo son racionalizadas. Esto se ve acompañado de una imagen de sí mismo idealizada y grandiosa que confluye con una ideología sádica, ego sintónico, que racionaliza la agresividad hacia los otros y que puede coexistir con la capacidad de ser leal a los camaradas (Jacobson, 1959; Kernberg, 1984).

Las características que son observables en la clínica del síndrome de Narcisismo Maligno propuesto por Kernberg (2014) son:

- Patología del Self. Como ya se mencionó, involucra un sentimiento de grandiosidad del sí mismo que depende directamente de la admiración y reconocimiento de otros. Evitación de evidencia que contraríe la idea de la imagen inflada del sí mismo. Esto confluye con sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad que obstruyen sus sentimientos de ser especiales.

- Patología de la relación con los demás. Sufren de una gran envidia tanto consciente como inconsciente. Presentan codicia y avaricia, actitud explotadora hacia los otros, falta de empatía, superficialidad en las relaciones y en la vida emocional. Carecen de la capacidad para comprometerse con las relaciones, objetivos y propósitos conjuntos con otros.
- Patología del Superyó. Parecen estar determinados por una cultura de la vergüenza, en lugar de una cultura de la culpa, se rigen por un sistema de valores catalogados como infantiles. A mayor patología superyoica, mayor dificultad para experimentar culpa o remordimiento por la conducta y actitud devaluadora hacia los otros. En el caso del narcisismo maligno, esta categoría se vuelve muy relevante ya que se presenta una conducta antisocial crónica e irresponsabilidad significativa en las relaciones, esto en suma con un gran monto de agresión egosintónica que puede manifestarse hacia sí mismo o hacia los otros.
- Sentimiento crónico de vacío o aburrimiento, lo que resulta en un ansia de obtener mediante estímulos una activación artificial afectiva.

La conformación del sí mismo, como es característico en las alteraciones narcisistas se encuentra comprometida, Kernberg (2010) describe que parecieran haber sido víctimas de una agresión salvaje de sus objetos primarios y que con frecuencia refieren haber observado y experimentado diversos tipos de violencia a principios de la infancia. Por tal, consideran que una relación objetal carente de violencia es simplemente débil y poco confiable, por lo que expresan desprecio por aquello que considera potencialmente bueno.

En contraste, a los poderosos se los necesita para sobrevivir, sin embargo, tampoco los considera de confianza, pues son invariablemente sádicos. Expresan un profundo dolor por sentirse dependientes de objetos parentales poderosos pero que le son hostiles, por lo cual el sentimiento predominante hacia estos es la ira la cual en muchas ocasiones es proyectada por

lo que refuerza la imagen sádica de los objetos parentales poderosos, por lo que los percibe como tiranos imponentes sádicos (Kernberg, 1984).

La formación del superyó, se encuentra impedida por el Self grandioso y sádico, pues interfiere con los precursores como el ideal del yo, pues este es suplantado por el Self grandioso y patológico por lo que se vuelve irreal e inalcanzable, asimismo, da la impresión de que ha experimentado una transformación maligna, pues lleva a la desvalorización y al esclavizamiento sádico de las relaciones objetales internalizadas potencialmente buenas, por parte de un sí-mismo no integrado, pero cruel, omnipotente y loco (Rosenfeld, 1987).

Los objetos externos en general son percibidos como omnipotentes y crueles, por lo que las relaciones afectivas recíprocamente gratificadores son fácilmente destruibles además que contienen semillas de un ataque del objeto omnipotente y cruel, por lo que para sobrevivir deben optar por una sumisión total (Kernberg, 1987).

Otra manera de supervivencia consiste en identificarse con el objeto, lo que le procura al sujeto una sensación de poder, de estar libre de miedo y de que el único modo de relacionarse con los otros es gratificando la propia agresión. Una ruta alternativa es adoptar un modo de comunicación falso y escéptico, renegar de la importancia de las relaciones objetales y convertirse en un espectador inocente, en lugar de identificarse con el déspota cruel o de someterse a él de modo masoquista (Kernberg, 1984).

Inclusive dentro del mencionado síndrome, Kernberg (2014) distingue dos subclases, el parasitario y el agresivo. De los cuales, si bien considera que el pronóstico es pobre, define al agresivo como -casi intratable- debido a la incapacidad para depender del terapeuta, pues lo considera una humillación, además de una frágil idealización que con facilidad se convierte en desprecio por el terapeuta, además de tendencias suicidas crónicas que se caracterizan por ser premeditadas, calculadas y sádicas, es decir, no son impulsivas.

Russ et al. (2008) coinciden en que el narcisismo maligno tiene el peor pronóstico entre los trastornos narcisistas, debido a que a la arrogancia generalizada a pesar de los fracasos

crónicos. Kernberg (2014) agrega a estos dos componentes, la auto destructividad como componente motivacional, rasgos antisociales significativos, represión de necesidades de dependencia de los otros y la incapacidad de concebir que el terapeuta tenga contenido mental propio, como factores que permiten generar un pronóstico negativo. Sin embargo, son las ganancias secundarias de la enfermedad los mayores determinantes para tener en cuenta, ya que es común el parasitismo social o familiar, consumo de sustancia y tratos compensatorios que evitan enfrentar consecuencias. Si se logra incidir en las ganancias secundarias, el pronóstico mejora considerablemente.

Si bien, el narcisismo es propuesto por Freud (1914a), tras la formulación de la segunda tópica y la nueva oposición entre pulsión de vida y muerte, su importancia se desdibuja en el edificio teórico freudiano, sin embargo, la práctica clínica se encargó de volverlo a poner en el centro de la teorización psicoanalítica. Es a partir de los trabajos de Kohut (1992) que el tema se revitaliza y es enriquecido con diversos aportes (a veces divergentes) como los propuestos por Green (2013) quien propone al narcisismo de muerte como manifestación del deseo de no deseo y que tiende a la reducción de las tensiones pulsionales a cero mediante la desinversión total.

Los trabajos en la clínica de los autores mencionados permiten hacer una distinción entre los pacientes donde el narcisismo se coloca en el centro del conflicto. En ese sentido, Kernberg (1994) reconoce que la agresión, la envidia y las defensas movilizadas contra estos juegan un papel preponderante en los pacientes con lesiones narcisistas tempranas y que acaban conformando estructuraciones patológicas del Self, las cuales es necesario tramitar mediante el uso de una tópica distinta que utiliza la transferencia y contratransferencia para difuminar las fronteras de un yo escindido y lograr la introyección de relaciones objetales maduras que incorporen aspectos tanto buenos y malos de un objeto total, del cual originalmente solo se perciben aspectos escindidos.

1.3 El carácter de la excepción

Para el saber psicoanalítico es común encontrar aspectos en los pacientes que no son reconocidos por ellos de forma consciente, aunque resulten evidentes para los otros. A menudo consultan por diversos motivos para los que no pueden encontrar causa alguna, sin embargo, tras la debida indagación surgen ciertas conductas, pensamientos o rasgos que causan o están relacionadas con el sufrimiento referido, pero no son identificados por los pacientes como precursores de lo patológico (Islas, 2017).

Como se mencionó anteriormente, otros campos del saber integran el conjunto de conductas y estilos de relacionarse bajo el constructo de personalidad, sin embargo, en la literatura psicoanalítica es más común denominarlos rasgos de carácter. El carácter es “la manifestación conductual de la identidad” (Yeomans et al., 2016, p.27), este es definido como la manera particular de “comportarnos, vincularnos, enfrentar los problemas, son pautas repetitivas que determinan cómo actuamos; se trata de una parte de nosotros mismos que está en armonía con el yo, o sea, es egosintónica” (Islas, 2017, p.1).

En la literatura psicoanalítica contemporánea se llega a hacer un traslape entre carácter y personalidad, puesto que la última tiene al carácter como uno de los elementos que la integran. En ese sentido, la personalidad se refiere a “la integración de los estilos conductuales arraigados en el temperamento, las capacidades cognitivas, el carácter y los sistemas de valores internalizados” (Yeomans et al., 2016, pp. 25-27). Siendo el temperamento una disposición constitucional hacia un modelo de reacción hacia los estímulos externos e internos, esto incluye el ritmo, la intensidad y umbrales de activación de las respuestas afectivas.

Se le llama egodistónico a aquello que provoca sufrimiento, nos incomoda y que deseáramos cambiar, es decir, la incompatibilidad de ideas con el ideal del yo (Galimberti, 2009). Un ejemplo de esto es el miedo a hablar en público, lo cual se puede volver muy molesto y que las personas opten por querer cambiar; en cambio, la conducta evasiva

generalizada como un actuar inconsciente es un rasgo de carácter y las personas pueden racionalizarlo justificándolo y al no provocar molestia carecerá de motivación para que pueda ser cambiado.

Ferenczi (1921, citado por Islas, 2017) fue de los precursores en señalar el predominio de trastornos de carácter sobre los síntomas neuróticos y la escasa consciencia de enfermedad de estas personas. Sin embargo, es Reich (1983) quien introduce en concepto de neurosis de carácter para describir una estructuración estable de la personalidad que provoca síntomas y estos no son resultados de los conflictos defensivos.

En ese sentido, es útil denominar carácter a una estructura estable a lo largo del tiempo, así como un aspecto de “la personalidad que no implica ni salud ni patología y se puede observar en el comportamiento corporal (al caminar o hablar, por ejemplo), así como en las relaciones interpersonales” (Islas, 2017, p.2).

Freud (1916) menciona que el carácter y sus rasgos ponen en juego resistencias al tratamiento, lo cual hace volver la atención del analista al estudio comprensivo del carácter. Los rasgos renuentes a menudo no son los que el enfermo comunica, sino otros que parecen escapar de la consciencia de quien los posee y que salen a la luz en diversas acciones o vínculos de la vida.

En la comprensión de tipos de carácter que se encuentra en la investigación psicoanalítica, Freud (1916) menciona un tipo particular que se caracteriza por rasgos psicopáticos y antisociales, resistentes a la intervención mediante distintas racionalizaciones que justifican su actuar antisocial. Estos sujetos se perciben a sí mismos como excepciones a las reglas sociales, pues la vida tiene una deuda con ellos, dicho adeudo está relacionado con una pobre valoración de sí a partir de la presencia de un rasgo (real o fantaseado) que los coloca en una innecesaria desventaja frente a los demás y por la cual deberán ser compensados.

Estos individuos por causa del perjuicio vivido mencionan que “han sufrido y se han privado bastante, y tienen derecho se les excuse de los ulteriores requerimientos y que no se

someten más a ninguna necesidad desagradable, pues ellos son excepciones y piensan seguir siéndolo” (Freud, 1916, p.320).

Freud (1916) encontró que, si bien, todos en cierta forma deseamos ser excepciones a las reglas, dichos sujetos encontraban los fundamentos que soportan dicha idea de sentirse excepcionales en una vivencia temprana de sufrimiento, de la cual se sabían inocentes (víctimas), por lo que consideran que la afectación es inmerecida e injusta.

La condición por excelencia resultaba ser diversas alteraciones del estado físico, deformidades o un mal funcionamiento corporal ocurridos en etapas tempranas en la vida, de las cuales los sufrientes no acusaban ninguna responsabilidad, sino que habían sido víctimas de estas afecciones. De manera paralela, dichas afecciones les habían provisto distintas compensaciones y privilegios, que no ayudaron a mejorar su estado anímico, sino que profundizaban los conflictos (Jacobson, 1959).

Freud (1916) identifica el carácter de la excepción como un sentirse en deuda por la vida, que les priva de cierto desarrollo por causa de anormalidades físicas. Estas anormalidades, causantes de un sufrimiento inmerecido, deben ser compensadas mediante excepciones de las ataduras sociales, es decir, les sería lícito ejercer la injusticia (pues han sido víctimas de esta), y escapar de todo quehacer que implique malestar y sufrimiento (pues han pagado por adelantado).

Otro rasgo característico encontrado en las excepciones es la necesidad sadomasoquista de ser castigado, Jacobson (1959) menciona que en repetidas ocasiones la vida les provee de diversos dolores, que son interpretados como indicadores de lo especiales que son y que fueron escogidos para sufrir, sin embargo, pudiese ser que dicha necesidad de punición sea una especie de retaliación por los impulsos y deseos agresivos hacia los objetos primarios con quienes se tendría una relación ambivalente e inclusive pudieran experimentarse como responsables de su malestar.

Para Jacobson (1959) la esencia de las ideas expresadas en el estudio de Freud (1916), se encuentra en que algunos pacientes con una lesión congénita o una afección física adquirida en la primera infancia encuentran una resistencia evidente a aceptar el principio de realidad, sin embargo, se puede agregar que dicha lesión afectó a la conformación narcisista, puesto que el yo, es ante todo una representación del cuerpo (Freud, 1923).

El carácter de la excepción, inicialmente, se consideró una consecuencia psíquica de un cuerpo defectuoso cuyas fallas no son atribuibles al individuo, (Coen 1986; Freud, 1916; Jacobson, 1959), sin embargo, Greenacre (1958) enfatiza que aunque ciertamente el desarrollo corporal juega un papel crucial en la conformación de la imagen del Self, el ensamblaje de dicha imagen corporal se conforma por dos aspectos, el interno que haría referencia a la estructura intrínseca del cuerpo, y uno externo que tendría que ver con la superficie externa y la forma, la valoración de estas, sería particularmente sensible a la valoración que hacen los otros acerca de los propios atributos. Por lo cual, tener un defecto físico temprano no necesariamente conduce a cierta organización caracterológica.

En ese sentido, ha sido señalado por Jacobson (1959) que pacientes mujeres, particularmente bellas físicamente, desarrollaron el sentimiento de merecer un trato especial, esto relacionado con que a lo largo de su vida eran constantemente aduladas por su belleza, por lo cual se apegaron a dicho trato excepcional. En concordancia, Rothstein (1977) apunta que muchos pacientes con discapacidades físicas no desarrollaban el carácter de la excepción.

Jacobson (1959) señala en particular que, en el ejemplo tomado por Freud (1916), ya mencionado en un apartado anterior, el Rey Ricardo III se sentía exento del tabú del incesto, así como de la prohibición del parricidio. Además, la autora identifica que sus deseos edípicos podían ser descritos como arcaicos, narcisistas y destructivos. Sin embargo, es importante resaltar que Ricardo, que se sentía incapaz de encontrar satisfacciones como amante dada su condición corporal, sumaba a los factores importantes la valoración negativa hacia su persona de parte de su madre.

Ricardo odiado y despreciado por su propia madre, no ama ni puede amar a las mujeres. Son solo medios en su camino hacia el éxito. La verdadera fuerza impulsora es su deseo vengativo de poder, su ambición devoradora. Su objetivo real es el reino, la posición real; es decir, la despiadada adquisición del pene paterno. Sin duda, Ricardo tiene un grave defecto de superego. Su patología de superyó encuentra una expresión franca en la provocación del prólogo, que es un desafío consciente, no tanto para el mundo entero como para su propia conciencia que finalmente lo dominará y lo destruirá. (Jacobson, 1959, p. 137-138)

Retomando los elementos anteriores, Fernando (2003) aclara que existen dos reacciones típicas frente a las discapacidades físicas o defectos y están relacionadas principalmente con el trato recibido por los objetos primarios. En el caso de cuando existen sobrecompensaciones narcisistas, así como negaciones masivas del defecto en la fantasía y en la acción, es altamente probable que se desarrolle el carácter de la excepción.

La importancia de las sobre gratificaciones narcisistas recae en que interfieren con la integración y maduración del superyó, por lo cual se experimentarían dificultades en la regulación de la autoestima y una marcada tendencia a internalizar masivamente a los afectos (Fernando, 1997). Esto agrega dificultades para la correcta estructuración psíquica, que de por sí ya se encuentra comprometida por la sola presencia de la alteración corporal.

La propia percepción que el niño tiene de su defecto tiene profundas influencias para la imagen del Self. La combinación de una imagen del Self defectuosa y una imagen del yo ideal grandiosa e irreal lleva también a un profundo sentimiento de vergüenza, la cual se acompaña de una profunda envidia y deseos de venganza (Niederland, 1965), lo cual genera impulsos sádicos. Todo esto movilizará diversas formas defensivas arcaicas basadas en la escisión.

Las sobre gratificaciones y compensaciones que los padres dan a los hijos con defectos físicos conducen a diversas dificultades personales en la adultez, puntualmente, el deseo de ser tratado como alguien excepcional *per se*. Esto es debido a que los niños que son expuestos a

dichas sobre gratificaciones las perciben como idiosincráticas y cuando ellos son enfrentados a límites los experimentan con una gran frustración, pues los consideran como una falta de empatía. Así, los límites normativos causan lesiones narcisistas con facilidad, ya que contradicen la imagen temprana idealizada y grandiosa (Fernando, 1997).

Se entiende por sobre gratificaciones narcisistas a los mimos compensatorios y tratos especiales derivados de la condición física de estos niños. Aunque los padres, tienen este trato para recompensar a los hijos por los defectos o enfermedades tempranas, a menudo, los niños los experimentan como algo idiosincrático, el trato especial es porque el pequeño lo merece debido a su naturaleza (Fernando, J. 2003).

Los constantes tratos sobre gratificadores conducen a la negativa del pequeño a abandonar la grandiosidad y omnipotencia experimentada en la infancia, lo cual interfiere con la conformación esperada del superyó, (aunque se conservan los precursores de este) y da lugar a las demandas de un trato especial por parte de los otros. Esto exagera la tendencia a la negación de las limitaciones reales y aunque tal negación no alcanza para hacer frente al principio de realidad respecto de las alteraciones del cuerpo y sus limitantes, afecta de manera importante a la vida anímica ya que se utiliza a la fantasía como medio para que la negación sea efectiva (Kernberg, 1984).

El abuso por parte del niño de la negación en la fantasía hace que la imagen del ideal del yo se vuelva idealizada y grandiosa, por lo cual, cuando el menor se compara con esta experimenta mucha vergüenza ya que usualmente se eleva a límites inalcanzables (Jacobson, 1959). Por tanto, se requerirá de una continua adulación para que fantasiosamente se alcance dicho ideal.

La segunda reacción típica de quienes presentan defectos o alteraciones tempranas del cuerpo es el desarrollo de habilidades compensatorias ya sea en el área afectada en el cuerpo u otra, dichas habilidades compensatorias llevan a las personas con defectos del cuerpo a grandes logros o al establecimiento de un fuerte empuje que los lleva a destacar en diversas áreas. A

pesar de los grandes alcances de estas personas, esto no siempre significa que se experimente satisfacción personal (Fernando, 2003; Yorke, 1980).

Kestenberg y Brenner (1986) presentaron un caso paradigmático. Se trataba de un paciente de cuarenta años que experimentó grandes dificultades para cumplir el encuadre y aceptar los alcances y limitaciones de su propio análisis, los sentía insoportables e intentó transgredirlos de muchas maneras, por ejemplo, volviéndose amigo de su analista y enfureciéndose cuando vio que este deseo no se cumpliría. Él exigía que fuese tratado como una excepción, tanto en el análisis como en su propia vida.

El sufrimiento o desgracia inicial, de la cual no podía sentirse culpable sino víctima, era que, durante su infancia, este paciente estuvo escondido de los nazis y se le permitía romper las reglas comunes, ya que en caso de frustración podía romper en llanto y esto pondría en peligro a los adultos que debían pacificarlo. Cuando se analizó este aspecto de su vida, el paciente cayó en una profunda depresión. Kestenberg y Brenner (1986) concluyen que “este paciente tenía un superyó que funcionó a un nivel de cinco años, con divisiones severas dentro del superego del trastorno narcisista de la personalidad y una fuerte tendencia a la identificación con el agresor” (p. 314).

Se ha encontrado que existen importantes coincidencias en las descripciones hechas por Freud (1916), Fernando, J. (1997) y Kernberg (1987). Por lo que pudiera darse el caso que se utilicen distintos nombres para una misma organización del sujeto en cuanto a su psiquismo. Entre las más relevantes, está la alteración narcisista fruto de un trauma temprano, relacionado con la alteración corporal, pero más acertadamente a la interpretación que las figuras parentales hacen de esta característica. Esta conformación de la imagen del Self distorsionada y grandí

osa por un lado, y defectuosa por otro, es posible por el uso de mecanismos defensivos arcaicos como la escisión (Kernberg, 1984). Este Self grandioso reclama el derecho a tenerlo todo sin esfuerzo alguno.

Derivado de sentirse con derecho a todo, exhiben patología en las relaciones con los demás. Infravaloran a los otros y se muestran no dependientes de ellos en contraste con la demanda constante de admiración de los demás. Muestran falta de empatía, superficialidad en sus relaciones, así como una falta de compromiso con los demás y falta de capacidad para compartir objetivos y propósitos comunes (Kernberg, 2010).

Sin embargo, quienes desarrollan el carácter de la excepción, suelen ser personas con profunda intolerancia al dolor y a la tristeza (pues ya han cubierto su cuota con anterioridad). Al constantemente no alcanzar al ideal, presentan sentimientos de vergüenza, pero no de culpa (Milrod, 1972).

La ausencia de culpa se explica porque no se conforma el superyó, a pesar de que existan sus precursores. Hartmann (1950) explica que el superyó, no madura, sino que se conforma a partir de estructuras y funciones que se vuelven más complejas a partir del sepultamiento del Edipo, por tal, la conformación superyoica requiere de la existencia de precursores que tras el sepultamiento del complejo edípico se organizan de una manera compleja.

Los precursores superyoicos incluyen al ideal del yo y a una elección de objeto de amor (generalmente uno de los padres) que debe ser conservado pero de una forma diferente (un objeto sustituto), esto debido a la prohibición edípica. Sin embargo, para poder hacer frente a dicha prohibición el yo necesita cargarse de energía libidinosa y deshacerse de las pulsiones de agresión, terminan encontrando cause en las manifestaciones sádicas del super yo (Graione, 2009).

Dichos precursores requieren de la presencia y apoyo del objeto externo, entendiendo que si lo que dicho objeto devuelve son muestras de lástima, compasión y de sobre

compensación la formación del superyó se encontrará gravemente comprometida, ya que, de acuerdo con Sandler (1960, citado por Milrod, 1972), lo que se internaliza es la autoridad de los padres, no los elementos personales, además el superyó actuará con el valor total que un objeto de amor externo mostró durante el periodo preedípico.

La externalización de los precursores del superyó mediante la proyección es una característica normal en la latencia temprana, sin embargo, dicha externalización no se detiene para conformar finalmente a esta instancia psíquica. Esto da por resultado las características típicas de la excepción (Fernando, J., 1997). Cabe mencionar que la patología severa del superyó es un rasgo característico del síndrome del narcisismo maligno, las personas con precursores, pero no un superyó totalmente formado, presentan falta de responsabilidad para con los demás, no padecen sentimientos de culpa, ni remordimientos (Kernberg, 2010).

1.3.1 Tratamiento Psicoanalíticamente orientado

El tratamiento propuesto para los pacientes con características narcisistas presenta variaciones importantes respecto del marco teórico-técnico del entendimiento de lo que el propio narcisismo es. También se debe tener en cuenta la gravedad de la alteración, así como las características del paciente.

Kernberg, (2010), acota que la psicoterapia de apoyo o la terapia cognitivo conductual pueden ser buena elección para aquellos que presenten un bajo nivel de afectación debido a que reducen y controlan la agresividad del paciente, esto mediante el uso de la educación, sin embargo, señala “que trabajar a este nivel no es suficiente para alcanzar motivaciones subyacentes interpersonales” (p. 14). Además, la actitud del paciente que dificulta la transferencia termina por socavar tanto la terapia de apoyo como la cognitivo conductual, sin embargo, dejan de lado las motivaciones inconscientes que provocan dicha agresión.

Respecto a los tratamientos de orientación psicoanalítica, Kernberg (2010) agrupa en tres a las principales aproximaciones teóricas de las cuales emergen tratamientos enfocados a los pacientes narcisistas, las cuales serán presentadas a continuación:

Kohut (1992) y la psicología del Self, proponen ciertos límites al tratamiento del paciente narcisista, a quien se considera fijado a cierto nivel primitivo del desarrollo del Self. Para dicho autor, es necesario limitar las interpretaciones al principio del tratamiento para promover se desarrolle una transferencia que dicho autor denomina reflejo de espejo. Así, el paciente revive traumas tempranos con el acompañamiento y sostén del analista quien será idealizado por el paciente y cuya incorporación irá provocando una internalización transmutativa del objeto idealizado (Kohut, 1992).

El objetivo de las intervenciones es ir viendo las fallas del propio analista y las reacciones infantiles provocadas en el paciente, las cuales estarán relacionadas con hechos del pasado. Kohut no propone ningún cambio en la técnica, sino más bien, en la actitud del terapeuta, la cual deberá ser de empatía y centrar la atención en los conflictos y debilidades del yo presente (Kohut, 2001).

La otra corriente dedicada al tratamiento del paciente narcisista es la kleiniana, propiamente la propuesta por Rosenfeld (1987), quien hace un especial énfasis en que el narcisismo está estrechamente relacionado con el odio o destructividad. Para este autor, la clínica del narcisismo debe tener en cuenta la emergencia de los derivados de la pulsión de muerte, los cuales pueden representar un verdadero obstáculo para el tratamiento. Para lograr esto, Rosenfeld hace hincapié en la importancia de la interpretación sistemática de la transferencia, tanto positiva como negativa, así como explorar profundamente las situaciones que desencadenan regresiones paranoides y psicóticas con la finalidad de contenerlas y elaborarlas (Kernberg, 2010).

Finalmente, Kernberg (2014) propone una modalidad terapéutica basada en el psicoanálisis, pero con algunas modificaciones técnicas que estará dirigida a trabajar el Self engrandecido que se da en la relación paciente-terapeuta.

El uso de la transferencia posibilita que el paciente trate al analista como una persona especial en la que proyecta una personalidad con mucha autoestima y sentimientos de superioridad por tanto al interior del tratamiento la sensación reinante será que solo existe una persona (es decir dos individuos, pero fusionados) (Kernberg, 1984).

Las intervenciones mayormente utilizadas son señalamiento, la confrontación e interpretación de las expresiones de omnipotencia, de rabia, el desprecio hacia el analista, las reacciones negativas del terapeuta ante el uso de la identificación proyectiva del paciente, así como los mecanismos de defensa frente al deseo de control omnipotente, idealizaciones primitivas, desvalorizaciones y demás constantes que se activan a lo largo de la relación transferencial (Kernberg 1984, 2014).

Es fundamental considerar que para Kernberg (2014) aquellos pacientes que se perciben a sí mismos como *discapacitados* (aunque no necesariamente lo sean), y que adicionalmente cuentan con apoyo económico de sus familias o son beneficiarios de apoyos sociales o institucionales, en realidad reciben un gran beneficio secundario de su enfermedad. En muchas ocasiones acuden a tratamiento, pero no motivados hacia la mejora, si no a tener evidencia de su incapacidad para mejorar, lo cual les permitirá seguir recibiendo apoyos, tal cual de una persona especial se tratase.

Como ya se mencionó, la ganancia secundaria constituye un gran obstáculo para la evolución de un tratamiento, así como las constantes racionalizaciones del paciente respecto de la posición que ocuparían en el supuesto que se hicieran cargo de sí mismos, es decir, viven como humillación el trabajar en una posición de subordinados, suelen manifestar rabia por el hecho que se espera sean capaces de cuidarse a sí mismos.

Sin embargo, el aspecto que tiene un impacto más negativo en el pronóstico del tratamiento es la gran auto destructividad que presentan, siendo esta visible en presentar intentos graves y reiterados de automutilación o suicidio, estos intentos en ocasiones surgen como de la nada, sin embargo, es común encontrar que fueron cuidadosamente planeados durante un tiempo e incluso alegremente maquinados ante los ojos de los terapeutas. La auto destructividad crónica no solo se manifiesta en intentos de suicidio, sino que atacan para sabotear cualquier área que pudiera tener un éxito crucial en sus vidas (Kernberg, 2014).

Como se mencionó anteriormente, el carácter desde el punto de vista psicoanalítico hace referencia a una constelación estable y típica de un individuo. Estos rasgos incluyen ciertas pautas repetitivas que son egosintónicas, es decir son coherentes con lo que el ideal del yo dicta. En ocasiones dichos rasgos egosintónicos pueden ser precursores de sufrimiento, aunque esto no quede registrado por el sujeto ya que su imagen ideal no considera inaceptables las pautas que provocan problemas.

En ese sentido, Ferenczi (1921, citado por Islas, 2017) llama la atención sobre el predominio de alteraciones del carácter y la falta de consciencia de enfermedad de quienes presentaban dichas alteraciones. En concordancia, Freud (1916) identifica algunos tipos de carácter que encuentra en su investigación psicoanalítica entre los que tiene un lugar el carácter “de la excepción”. Este tipo de carácter se caracteriza por sentirse una excepción a las normas y dicho sentimiento estaría justificado por defectos y enfermedades corporales tempranas y que provocarían un sentimiento de sí mismo disminuido que buscaría ser compensado.

A pesar de que otros autores presentan ejemplos que no necesariamente implican la presencia de defectos físicos o discapacidades en particular, Fernando (1997) propone que para la estructuración del carácter de la excepción se requiere un adicional el cual identifica como ciertas compensaciones narcisistas por parte de los padres a los hijos que presentan problemas físicos tempranos.

Las características antisociales, la ambivalencia y contradicción entre las imágenes del sí mismo y de los otros internalizada, el uso de la escisión y mecanismos defensivos arcaicos, permiten alinear al carácter de la excepción como una manifestación de lo que Kernberg (2014) propone como síndrome del narcisismo maligno, es decir, una personalidad narcisista con fuertes rasgos antisociales de tipo parasitario.

1.4 La Adolescencia

Es importante hacer una distinción entre los conceptos de adolescencia y pubertad, puesto que, aunque están relacionados, definen cosas distintas.

Como tal, la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que comprende el periodo de transición del desarrollo entre la niñez y la adultez. El ciclo vital de un individuo consta de una secuencia de periodos de relativa tranquilidad y periodos de grandes cambios, frecuentemente acompañados de una crisis (Carvajal, 1994).

La adolescencia implica cambios corporales, cognitivos emocionales y sociales y toma distintas formas según el escenario social cultural y económico en que se encuentre inserto el individuo. Por otro lado, la pubertad es el periodo en el cual un niño o niña madura sexualmente y adquiere la capacidad para reproducirse (Papalia y Martorell, 2017).

La pubertad es variada de individuo a individuo en tanto edad de inicio, evolución y es dependiente de la interacción de factores genéticos y el ambiente nutricional, psicosocial y climático. Además, es regulada por factores neuroendócrinos y hormonales (Temboury, 2009).

Aunque se pudiera pensar que la pubertad y la adolescencia comienzan al mismo tiempo, no es así, ya que la pubertad da inicio antes de que los cambios visibles sean apreciables puesto que dichas modificaciones tienen principio con la activación de las glándulas suprarrenales años antes de la maduración de los órganos sexuales (Papalia y Martorell, 2017; Temboury, 2009). Por otro lado, la adolescencia es una construcción social de más o menos reciente aparición. Como tal, no existía en las sociedades preindustriales. Se define hasta el siglo XX y es quizá el periodo de grandes cambios y su consecuente crisis más turbulenta del desarrollo humano (Carvajal, 1994), además, puede ser estudiada desde distintos ángulos y por diversas disciplinas.

Desde la mirada psicoanalítica, la adolescencia requiere una explicación de un nivel teórico y clínico de gran complejidad (Kancyper, 2007). Es esta un periodo de “organización-

reorganización de las defensas contra la emergencia de las pulsiones sexuales que toma lugar en la pubertad” (Carvajal, 1994, p.5) y de la reestructuración de las figuras objetales y narcisistas las cuales se encuentran en lo más profundo del inconsciente inscritas muy próximas de lo somático (Gutton, 1993), asimismo hay movimientos paradójicos del narcisismo entre sus dimensiones intersubjetivas e intrasubjetivas y el encuentro del objeto genital exogámico (Kancyper, 2007).

En términos generales, la adolescencia implica un trabajo psíquico que parte de un acontecimiento del desarrollo, dicho trabajo consiste en una reorganización complicada, un reforzamiento pulsional, un efecto fijador de la memoria a partir del *a posteriori*, además de una sexualización de los recuerdos infantiles (Gutton, 1993).

La adolescencia es también el momento de una profunda resignificación de inscripciones y traumas. Aquellos contenidos que permanecieron de manera silenciosa y latente durante la infancia adquieren un nuevo significado y efecto en este periodo vital. Asimismo, abre la posibilidad a nuevas significaciones y logros, así como nuevos caminos del desarrollo (Kancyper, 2007). En ese sentido, Freud (1926) es claro al indicar que la adolescencia es el segundo apogeo del desarrollo de un individuo puesto que emerge la posibilidad de llevar a cabo transformaciones inéditas en su personalidad.

Con la llegada de la pubertad, el cuerpo infantil se ve invadido y gobernado por la sexualidad genital, por tanto, se torna extraño para la propia psique (Cordova, 2010) y ya que el soma, la base de la psique (Winnicott, 1981) ya no es la misma, se convierte en un territorio a explorar y que será necesario hacer un trabajo de apropiación. Lo representado ha de ser revisado y resignificado para que tenga una coherencia con la nueva imagen del cuerpo (Dolto, 2015) y del yo (Freud, 1923), por tanto, esta transformación somática, psíquica y social trae aparejado un auténtico huracán pulsional y conflictos (Kancyper, 2007).

En la adolescencia, el cuerpo alcanza la madurez sexual, es decir que el individuo es capaz de reproducirse. A decir de Aberastury et al. (2005) la capacidad de utilizar la genitalidad

para la procreación determina una modificación de gran envergadura, esto incluye un trabajo mayúsculo en la conformación de la identidad, la reactivación de todas las etapas psicosexuales del desarrollo libidinal y su consecuente uso de mecanismos defensivos que poco a poco irán cristalizando en una entidad yoica con un carácter consolidado y el desarrollo de un Self adulto.

Este Self adulto es resultado de un trabajo de continuidad del yo, que mantiene la coherencia y sentido a pesar de lo cambiante e incierto del esquema corporal (Aberastury et al., 2005). El punto inicial es el duelo por el cuerpo infantil que al mismo tiempo moviliza mecanismos de defensa y la búsqueda de nuevas identificaciones, las cuales se pueden dar a través de otras personas, grupos o instituciones y que en no pocos casos se dan de forma doble, puesto que se identifican con su grupo etario y con otro que será el ideal a alcanzar.

La transformación de la adolescencia, en muchas ocasiones, permite al individuo recuperarse de limitantes presentes en la infancia, así como cambiar o desechar exigencias infantiles que representaban una amenaza al propio desarrollo (Blos, 1991). Es decir, la turbulencia generada por la reorganización física y emocional tiene un potencial benéfico puesto que permite resolver conflictos y también abre la posibilidad a que conflictos anteriores se solidifiquen en síntomas permanentes o alteraciones caracterológicas (Blos, 1991).

En síntesis, la pubertad es una crisis individual ya que no plantea problema social alguno ni sufre alteración alguna con la situación social e histórica, sin embargo, la adolescencia sí propicia un conflicto entre las generaciones ya que pone en tela de juicio el orden familiar y social y escogen nuevos modelos de identificación (Mannoni et al., 2019).

A partir de los cambios puberales y del extrañamiento del propio cuerpo, el yo, cuyo núcleo es una proyección de la superficie corporal (Freud, 1923) le corresponderá la tarea de su propia metamorfosis y dotar-se de sentido de continuidad, dicho trabajo requerirá de la resignificación de vivencias *a posteriori*, de historización y de buscar un nuevo espejo, que inicialmente fue la mirada materna y posteriormente el grupo familiar, sin embargo, esta

función deberá ceder su importancia a otros grupos los cuales dotarán de nuevos ideales y modelos identificatorios nuevos.

Para Córdova (2010), el cuerpo adolescente a nivel psíquico se conformará a través de un proceso de apropiación del nuevo cuerpo puberal. Este proceso requiere el encuentro con nuevos cuerpos que atraviesan por el mismo proceso, dado que “lo propio no es sin la otredad” (p. 60) y que este interjuego entre el adolescente y su grupo de pares irá volviendo posible la nueva imagen del cuerpo que surge a partir de su dimensión de alteridad.

Sin embargo, no todos los adolescentes son capaces de experimentar la alteridad del propio cuerpo y otros cuerpos, debido a que la categoría de la alteridad no se ha constituido adecuadamente, por lo que los cambios del cuerpo púber no logran ser metabolizados por el psiquismo y el yo no los incorpora. En tales casos, el propio cuerpo constituye una amenaza, puesto que es un “soma compuesto por agujeros y órganos indescifrables para el sujeto” (Córdova, 2010 p. 62) por lo cual será enfrentado por la constelación defensiva predominante en el adolescente y sus efectos serán observables mediante ciertas mutilaciones y auto ataques de todo tipo para des-hacerse del cuerpo extraño y perseguidor (Córdova, 2010).

En la mayoría de los casos, los adolescentes se colocan en oposición a los padres, a los adultos, a las autoridades, al estrato social de los padres e incluso a la sociedad en general (Mannoni et al., 2019), esta oposición será balanceada por la pertenencia a un nuevo grupo con quienes se identifican: los pares.

De acuerdo con Aberastury et al. (2005), el adolescente, quien busca su identidad, recurre al uso de defensas esquizo-paranoides para hacer frente a los procesos de cambio en los cuales no puede tener control. Es mediante la actividad grupal que los adolescentes encuentran una nueva seguridad y sentido de pertenencia, puesto que el grupo de pares provee de la estructura y estima que anteriormente se obtenía del grupo familiar.

El fenómeno de la grupalidad en los adolescentes les permite una identificación masiva, puesto que todos se identifican como uno, no se puede ser distinto ni dejar de seguir las modas

grupales, mientras que se continúan los procesos de cambio que llevarán al adolescente a conformar su personalidad adulta y solo entonces separarse del grupo de pares. Mientras eso ocurre, el grupo será el receptáculo de disociaciones, proyecciones e identificaciones que ocurren en el individuo, asimismo, será facilitador de cierta conducta psicopática que se considera normal en el adolescente puesto que será transitoria y la culpa se desplaza al grupo (Aberastury et al., 2005).

Como ya se mencionó, la grupalidad hace de área de intercambio, pasando de la aceptación de las normas y valores familiares a nuevas normas valorativas que son las impuestas por el grupo de pares y sus modas. Sin embargo, este nuevo sometimiento será temporal puesto que para lograr la construcción de la identidad adulta se requerirá de un llamado a revisión de las vivencias ocurridas a lo largo de la vida, es decir, se llama a evaluar la historia a la luz de nuevos valores e ideales.

Kancyper (2007) nos dice que el proceso de dar muerte al niño que se fue, es decir, el proceso de desinvestidura del Self infantil es necesario para dar paso a la investidura de un nuevo cuerpo que se percibe aún incompleto y extraño, por lo que se gesta un gran conflicto narcisista y una suerte de despersonalización por las angustias que emergen por la incompatibilidad de las imágenes que llegan del propio cuerpo y el acumulado de las imágenes de la historia del sujeto ahora resignificadas.

Asimismo, en el aparato psíquico, derivado de estas resignificaciones y de las nuevas percepciones del propio cuerpo y sus significados, se reestructuran el yo y el superyó. Se acrecienta la corriente pulsional y se reactualizan deseos pre-edípicos y edípicos, así como el ideal del yo que busca reconquistar la omnipotencia experimentada en el narcisismo infantil (Kancyper, 2007).

Fruto de esta omnipotencia, el adolescente pone en marcha un desafío a lo establecido y que está signado de manera dual por las pulsiones. El “desafío trófico” (Kancyper, 2007, p. 36) lleva al adolescente a cuestionar lo dado por verdad inmutable y genera lo nuevo mediante

el uso de la creatividad, por otro lado el “desafío tanático” (Kancyper, 2007, p.36) se configura por una repetición compulsiva de provocaciones sadomasoquistas por parte tanto de los padres como del adolescente, que se torna en un constante desgaste y que da lugar a una pseudo individuación, puesto que el conflicto desata y vuelve a unir al adolescente con sus padres.

Esta reformulación del psiquismo es explicada en casos más cercanos a la psicopatología que emerge con la adolescencia por Aulagnier (1986) quien ejemplifica los casos en que la resignificación de la adolescencia pone en riesgo la continuidad del yo, puesto que las nuevas identificaciones se tornan amenazantes.

Para Aulagnier (1986) “el yo es el redactor de un compromiso identificatorio; el contenido de una de sus cláusulas no deberá cambiar mientras que otras permanecerán siempre modificables” (p. 224). En un primer momento, el yo infantil firma alianzas temporales con el yo parental, sin embargo, al paso del tiempo y con el consiguiente abandono de lo infantil, el yo pasará a ser el único signatario de las cláusulas no modificables del compromiso, es decir, él mismo decidirá que conserva como identidad tras la interiorización de la función que llevó a cabo el aliado exterior.

Cuando alguna de las dos partes no logra terminar el compromiso temporal, ocurre lo que Aulagnier (2010) llama potencialidad psicótica: un yo que solo puede existir siempre y cuando sea exactamente como se le ha dicho que sea, sin cambios. La psicosis como tal, no se manifiesta siempre y cuando ocurra una idealización masiva de poder de otro, que tiene la capacidad de invadir pero que se necesita para existir.

La adolescencia lleva al sujeto a abandonar el espacio parental y abrirse al mundo social, el cual posee sus propios modelos, valores y exigencias. Esto como tal convoca al sujeto a movilizar el psiquismo que deberá hacer resignificaciones y actualizaciones, sin embargo, en casos de fracaso en la terminación del acuerdo temporal la apertura al grupo social deriva en dos órdenes para el compromiso identificatorio: que nada cambie o que todo cambie (Aulagnier, 1986).

Tal cual, ambas ordenes mutuamente excluyentes incitarán en el yo tres posibles respuestas: la robotización del yo, la cual elimina el conflicto mediante la desaparición de uno de los adversarios (mundo social o parental), la rebelión del yo hacia quien quiso imponer sus órdenes o una suerte de fingimiento que da cumplimiento a las partes en conflicto de manera falaz (Aulagnier, 1986).

Esta última respuesta es visible en sujetos *diferentes*, que son aceptados por el campo social bajo reserva y se les agrupa en variadas subclases marginales permitiéndoseles cierta incorporación y que dan fe de la tolerancia del grupo social a lo distinto. Por otra parte, el sujeto finge aceptar la escala de valores sociales y se somete en parte a sus exigencias y normas de funcionamiento, pero, al mismo tiempo, mantendrá en secreto las maniobras que lleva a cabo para evitar las demandas sociales que será incapaz de cumplir (Aulagnier, 1986).

Para Aulagnier (1986), los adolescentes que se adaptan al mundo bajo este compromiso de fingimiento, si bien pausan su compromiso identificatorio, pueden retomarlo si se encuentra a una figura a la cual invertir y que ha logrado preservar su condición, al mismo tiempo que desempeña una función valorada socialmente, quien, asimismo, se tornará particularmente dispuesto a desempeñar e inducir un papel de soporte identificatorio.

1.4.1 El Narcisismo en la Adolescencia.

Es en la adolescencia que se reaniman caminos originarios de la construcción de la identidad en dos vías: una ligada al yo ideal donde el desvalimiento, la indiferenciación con otros y la omnipotencia se acompañan de defensas narcisistas y otra donde la represión cobra fuerza abriendo espacio para fortalecer el ideal del yo y el super yo (Uriarte, 2010).

En la adolescencia es nuevamente cuando el narcisismo reafirma su carácter estructurante. Existe una dialéctica entre el narcisismo e identificación e ideales lo cual resulta

fundante en el armado del psiquismo en relación con los otros. El sujeto se constituye y se diferencia mediante identificaciones.

Asimismo, “cuando los movimientos de resignificación, donde el enlace del narcisismo con las identificaciones y formaciones ideales se ve obstaculizado, asistimos a la permanencia de identificaciones narcisistas primarias, testimonio del fracaso de los movimientos que habilitan la simbolización psíquica” (Uriarte, 2010, p. 2).

Es esperado que en el periodo de la adolescencia se dé un incremento de las manifestaciones narcisistas, puesto que reflejan diferentes constelaciones del aumento de la carga libidinal del Self, así como de los objetos a medida que éstas van emergiendo en la estructura intrapsíquica del adolescente.

Kernberg (2010) expresa que estas manifestaciones narcisistas incluyen la concentración y preocupación por sí mismo, así como fantasías grandiosas, exhibicionistas o de poder, sin embargo, es posible que se den manifestaciones más orientadas a la patología como la proyección del Self en los objetos, puesto que esta proyección reemplaza la catexización objetal y el sujeto en su interacción con ese objeto se vuelve un representante de una relación objetal infantil, es decir, sufre una regresión narcisista.

Kernberg, et al. (2002) agregan que los adolescentes que llegan a presentar un trastorno de la personalidad narcisista usualmente oscilan entre no salir con personas del sexo opuesto o hacerlo (o pretender hacerlo) con aquellos más populares, esto con la finalidad de presumir como si fuera un trofeo, pero en ocasiones se vinculaban con personas menos deseables a finalidad de ganar un admirador nuevo incondicional.

Como se mencionó con anterioridad, la adolescencia comprende un periodo de la vida de un sujeto que tiene como sustrato a lo pubertario. Los cambios físicos derivados de la pubertad ponen en marcha un trabajo psíquico de apropiación del nuevo cuerpo (Córdova, 2010) que requiere por fuerza el encuentro con otro ajeno a la pareja parental quien se volverá figura de identificación.

Dicha identificación y la emergencia de las pulsiones genitales convocarán a una resignificación masiva tanto del cuerpo como de las propias vivencias del joven y darán por resultado una reevaluación de las huellas mnémicas más próximas al soma (Gutton, 1993) y una reviviscencia del narcisismo primario, su omnipotencia y el ideal del yo.

Como se menciona, la nueva imagen corporal y del Self requieren de un doble proceso de identificación con pares y de desinversión de la antigua imagen infantil. Como una requiere de la otra, cualquier fracaso en dichos procesos darán pie a diversas alteraciones del carácter o en casos más afortunados a la súbita resolución de conflictos vividos en la primera etapa de la vida.

Capítulo 2 Método

2.1 Planteamiento del Problema

Antes de la conformación del carácter y sus particularidades, el psiquismo se conforma a partir de la creación de huellas mnémicas, las cuales tienen por origen la vivencia del propio cuerpo, así como de su cuidador que lo sostiene y va devolviéndole al bebé experiencias que le permiten al pequeño ir dando cuenta de qué, cómo y quién es. Si bien, dichas huellas mnémicas se instauran a partir de la experiencia con un cuidador, el propio cuerpo, sus características, alcances y limitaciones serán factores cruciales para la construcción del aparato psíquico, sus instancias y posteriormente el propio carácter (Islas, 2017).

Las alteraciones físicas son sin duda promotoras de consecuencias variadas y complejas en el psiquismo. El cómo influyen y en qué aspectos, a su vez están relacionados con diversas particularidades, no solo de la alteración, el momento de su aparición, la amplitud de sus efectos en el cuerpo, además de otros factores como son las figuras parentales y otros individuos relacionados con el sujeto, la reacción de estos ante la alteración, la aceptación, rechazo, la normalización o incluso la sobre gratificación debido a la problemática.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se manifiestan los factores etiopatogénicos del carácter de la excepción en un adolescente con alteraciones corporales e historial de sobre gratificaciones compensatorias en su crianza por parte de la madre?

2.3 Objetivo general

Describir la relación entre las alteraciones corporales y la constitución del narcicismo en un adolescente con historial de sobre gratificaciones compensatorias maternas, así como explicar su relación con los factores etiopatogénicos del carácter de la excepción.

2.4 Objetivos específicos

- Analizar y comprender cómo es la constitución narcisista de un adolescente con deformidades físicas.
- Visibilizar y describir la ocurrencia de sobre gratificaciones compensatorias por parte de la madre en un adolescente con alteraciones corporales.
- Analizar la dificultad de un adolescente con deformidades físicas e historial de sobrecompensaciones maternas para beneficiarse del tratamiento orientado psicoanalíticamente.

2.5 Supuesto

A la pregunta de investigación, una respuesta plausible es que, en el caso de Rafael, las alteraciones corporales y deformidades acompañadas de sobre gratificaciones compensatorias por parte de los padres ocurridas en la temprana infancia, dan por resultado una alteración narcisista grave, la cual es nombrada y descrita por Freud (1916) como el carácter de la excepción.

2.6 Tipo de estudio

La metodología utilizada fue la cualitativa, ya que permite llevar a cabo investigación basada en métodos de recolección de datos descriptivos y observacionales, además no pretende hacer generalizaciones sobre ningún tipo de fenómeno; por el contrario, se pretende profundizar en un caso particular obteniendo las perspectivas y puntos de vista de los participantes teniendo

en cuenta sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos (Willing, 2013).

Dentro de la metodología cualitativa se eligió el diseño de estudio de caso instrumental descriptivo-analítico (Willing, 2013), siendo que el fenómeno estudiado es un ejemplar de un fenómeno general del que se provee una descripción detallada y de su contexto, además se analizan las relaciones entre estas. “Los estudios descriptivos tienen como objetivo la descripción de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo, sin incluir grupos de control; y los estudios analíticos, están destinados a analizar comparativamente grupos de sujetos” (Manterola y Otzen, 2014, p. 634-635).

Por sus alcances, permite conocer el fenómeno a profundidad utilizando la recolección de datos mediante entrevistas y observaciones. La confiabilidad del estudio de caso se basa en la profundidad con la que estudia un escenario singular (Willing, 2013).

Cabe mencionar que Kratochwill, Mott y Dodson (1984) señalan que el objetivo del estudio de caso de intervención terapéutica se centra en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los resultados del tratamiento sin hacer hincapié en la forma de evaluación, sino en las características del caso.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis hermenéutico basado en la interpretación del investigador del contenido de las narrativas vertidas en el proceso terapéutico además de eventos del caso, manifiestos o latentes (Laplanche y Pontalis, 2016).

De acuerdo con Ricoeur (1995), se toman como fuente los datos textuales, en este caso lo que el paciente comunica a través del lenguaje hablado -lo manifiesto-, pero se va más allá de lo textual, encontrando el sentido profundo a partir de la voluntad de traspasar las fronteras del texto a interpretar -lo latente-.

Además, se tiene en cuenta al psicoanálisis el cual también es tenido como un método y técnica de investigación, mediante el cual se encuentra el significado inconsciente a través

de las palabras, los actos, productos de la imaginación de la persona. La principal herramienta de este método psicoanalítico es la libre asociación (Laplanche y Pontalis, 2016).

2.7 Categorías de análisis

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo para este trabajo, se pensó menester el definir categorías teóricas que son centrales para el análisis del caso y que pudieran tener diversas acepciones según los autores revisados y las corrientes de pensamiento psicoanalíticas a la que dichos autores se alinean⁷. Por tal, se consideró prudente definir de manera concreta la particular visión a la que este escrito se adhiere.

La elección de estas categorías fue el resultado de una minuciosa revisión documental, la cual encontró que las dos primeras (alteraciones y corporales y sobre gratificaciones compensatorias tempranas) fueron descritas como factores etiopatogénicos de la tercera categoría, es decir, la categoría de alteraciones narcisistas.

Se consideró necesario suscribirse a las categorías freudianas de carácter y carácter de la excepción por su utilidad para describir en amplitud al sujeto de análisis de este trabajo.

- **Alteraciones Corporales:** Existe una estructura o disposición de los órganos y las partes del cuerpo de un ser vivo que permiten su funcionamiento adecuado. El esquema corporal engloba las características típicas de un miembro de determinada especie, los alejamientos de dicha norma, independiente de su causa se consideran una alteración. Las enfermedades o lesiones pueden tener consecuencias y afectar tanto la estructura (que daría lugar a deformidades), como el funcionamiento. A pesar de que los órganos y el cuerpo en general tienen capacidad adicional o de reserva que les permiten

⁷ Existen diversas tradiciones o escuelas psicoanalíticas que toman por base el pensamiento freudiano, ya sea para ampliarlo, corroborarlo o refutarlo en algunos de sus contenidos y a partir de ahí establecen modelos del funcionamiento de la mente, su desarrollo y patología, además del proceso psicoanalítico en sí (Bleichmar, Bleichmar, y Wikinski, 1999).

compensar algún mal funcionamiento, las alteraciones en el cuerpo requieren una acción compensatoria que de otro modo no sería necesaria, además que se comprenden en un continuo de gravedad comprendiendo desde alteraciones muy menores, hasta las graves y mortales (Irizar, 2017).

- **Sobregatificaciones compensatorias tempranas:** Sobreprotección y excesiva indulgencia compensatorias por parte de uno o ambos padres hacia un niño con discapacidad física, los cuales conducen a la negativa a abandonar la grandiosidad y omnipotencia de la infancia, lo cual interfiere con la integración normal del superyó en la personalidad y da lugar a demandas continuas de trato especial (Fernando, 1997).
- **Alteración Narcisista:** Se dice que es cuando un sujeto ha atravesado deficitariamente las etapas narcisistas iniciales (Freud, 1914a) las cuales atañen a la constitución del yo. Dichos déficits dan pauta a una configuración defensiva que utiliza mecanismos arcaicos basados en la escisión. Los efectos de dichas alteraciones cobran un nuevo sentido e importancia a partir de la resignificación masiva que opera en la adolescencia.
- **Carácter:** Nuestra manera particular de comportarnos, vincularnos, enfrentar los problemas, son pautas repetitivas que determinan cómo actuamos; se trata de una parte de nosotros mismos que está en armonía con el yo, o sea, es egosintónica. Reich, W. (1983) introdujo el término “neurosis de carácter” para explicar los casos donde los conflictos defensivos no producen síntomas, sino una estructura patológica de la personalidad. La definió como un aspecto de la personalidad que no implica ni salud, ni patología, y se puede observar en el comportamiento corporal (al caminar o hablar, por ejemplo), así como en las relaciones interpersonales.
- **Carácter de la excepción:** Freud (1916) se refirió a personas que tienen la sensación de que la vida, la naturaleza, ha cometido una grave injusticia con ellos, negándoles la belleza, la inteligencia, el dinero, o cualquier sustituto que implique una desventaja o una ofensa inferida a su narcisismo, a su amor propio. Es así como dicen: “La vida me

debe una compensación que yo me procuraré. Tengo derecho a considerarme como una excepción y a superar los escrúpulos por los que otros se dejan detener en su camino. Puedo cometer injusticias, pues se han cometido conmigo” (Freud, 1916, p. 322). Toma como ejemplo paradigmático al personaje del Rey Ricardo III en la tragedia escrita por William Shakespeare.

2.8 Instrumentos

Debido a que se pretendía una comprensión profunda sobre la perspectiva del consultante acerca de sus vivencias, significados y opiniones se utilizaron los siguientes instrumentos:

- A. •**Entrevista Clínica Psicodinámica:** Considerada como un proceso de comunicación, la entrevista se caracteriza por tomar en consideración no sólo lo que el paciente dice u omite, sino la manera en particular como se expresa, los afectos que desarrolla en el curso de la entrevista y los temas que le corresponden (Díaz Portillo, 1998).
- B. •**Observación:** A través de esta, se obtienen datos de tipo no verbal, permitiendo inferir información que apoye en la comprensión del sentido oculto o inconsciente de la información, ya que durante el proceso de entrevista la observación del participante es constante (García, 2012).
- C. •**Proceso Terapéutico:** Teniendo en cuenta al psicoanálisis como método de investigación, el proceso mismo es un instrumento que nos brinda material, datos y evidencias que favorecen el análisis o la posibilidad de teorizar sobre el fenómeno (García, 2012). La importancia de la función del proceso recae en la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, ya que este ayuda a la resolución de dicho conflicto (Laplanche y Pontalis, 2016).

El proceso terapéutico como tal, utilizó los siguientes instrumentos:

- a) **Preguntas abiertas:** Son oraciones interrogativas que permiten una respuesta libre. Su utilidad es amplia para la obtención de información en tanto hechos, opiniones, creencias y experiencias de aquel a quien se dirige la pregunta (Vidal y Victoria, 1999).
- b) **Clarificación.** Esta se refiere a la exploración, de manera conjunta con el paciente de aquellos elementos de información que ha proporcionado que resultan vagos, poco claros, incompletos, confusos o contradictorios. “Es un medio cognoscitivo, no retador para explorar los límites de la consciencia de cierto material por parte del paciente” (Kernberg, 1987, p.5).
- c) **Confrontación** Esta implica señalarle al paciente aquellos aspectos que parecen indicar la presencia de un conflicto, por lo tanto, el uso de mecanismos defensivos, representaciones contradictorias sobre sí mismo, los objetos y una reducción en la consciencia de realidad de dichos aspectos (Kernberg, 1987).
- d) **Interpretación:** Establece lazos entre el material consciente y preconsciente y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí y ahora asumidas, o bajo hipótesis. La confrontación conjunta y reorganiza lo que se ha observado y la interpretación añade una dimensión hipotética de causalidad, profundidad y significado (Kernberg, 1987).

2.9 Participantes

Para la realización de este estudio se consideró a un adolescente varón de 17 años, quien acudió a un centro comunitario para recibir tratamiento psicológico por petición de su madre quien menciona que su hijo presenta bajo desempeño académico, escasas capacidades de concentración, atención y constancia acompañado de baja tolerancia a la frustración.

2.10 Escenario

Toda la información fue recabada al interior de diversos cubículos diseñados para brindar atención psicológica dentro de un centro comunitario perteneciente a la UNAM. Los distintos cubículos constaban del mismo mobiliario, sillas, un escritorio, ventana y reloj. La rotación de los cubículos se debió a las distintas asignaciones de espacio que surgen cada inicio de ciclo de atención el cual depende del calendario administrativo de la UNAM, pero en todo caso, los espacios fueron de características similares y adecuados para la atención psicológica.

2.11 Procedimiento

El paciente acudió acompañado por su madre a solicitar atención psicológica a un centro comunitario ubicado al sur de la Ciudad de México. Este centro comunitario forma parte de la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM y es una de las sedes del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes.

El Centro, en el momento que el paciente solicita la atención, establece un procedimiento estandarizado para que los solicitantes reciban atención. A pesar de que hoy en día los procesos han cambiado, en ese momento comprendía acudir a dos reuniones informativas y posteriormente se asignaba a un practicante adscrito al centro para realizar la entrevista inicial, además de dos subsecuentes para la conformación de la historia del desarrollo del paciente, así como pormenores de su contexto familiar y social las cuales se recopilan en el formato denominado historia clínica, esto previo a la iniciación del tratamiento como tal.

Tras llevarse a cabo la primera entrevista, se integra el expediente que consta del reporte de la entrevista inicial, un consentimiento informado, un estudio socioeconómico y se hace entrega del carnet de citas.

Tanto para las primeras entrevistas como para el proceso terapéutico es asignado el paciente a quien redacta este trabajo. Es de remarcar que la apariencia física del adolescente llamaba la atención debido a constantes movimientos corporales, que parecieran ser involuntarios, asimismo denotaba nerviosismo que se infería por un movimiento constante de las piernas lo cual contrastaba con la seguridad que transmitía su rostro pues mantenía un adecuado contacto visual.

Tras el periodo inicial de entrevistas, se estableció una primera impresión diagnóstica que contempló dificultades en el acatamiento de reglas, disconformidad con la imagen corporal, conductas de riesgo e impulsividad. Lo anterior, debido a que es necesario establecer categorías diagnósticas en los reportes del centro en concordancia con los procesos operativos y teniendo en cuenta que el expediente, a pesar de que los datos personales son confidenciales, puede ser consultado por otros practicantes en caso de que el paciente sea referido a otro u otros psicoterapeutas, además de poder ser tomado en cuenta para la realización de actividades propias del centro como talleres psicoeducativos, entre otros lo cual se deja bien en claro al consultante a través del documento del consentimiento informado.

Tras esta primera etapa se hizo el encuadre para el tratamiento, el cual consistía en sesiones semanales de 45 minutos de duración, con periodos vacacionales de acuerdo con el calendario de la UNAM y se le solicitó al paciente expresar todo aquello que le viniera a la mente sin ningún tipo de censura y sin importar lo irrelevante que pudiera parecerle.

Tras un periodo que comprendió alrededor de 8 sesiones, se propuso un reencuadre para que la atención tuviera un mínimo de 2 sesiones por semana, de esta manera se continuó trabajando hasta la interrupción.

2.12 Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo teniendo en consideración lo estipulado por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010) en los artículos:

- **Art.118** “El Psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos...” (SMP, 2010, p. 88), pues como parte de los procesos del Centro Comunitario la lectura y firma del consentimiento informado es un requisito para la integración del expediente.
- **Art.121** “El psicólogo obtiene permiso de los (las) pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro ... de sesiones o entrevistas” (SMP, 2010, p. 81) El paciente (y su tutora, pues al momento de la solicitud era aún menor de edad) fue(ron) informado(s) desde la entrevista inicial que existía la posibilidad de que su caso fuese utilizado con fines de investigación omitiendo sus datos personales.
- **Art. 69 y 132 al 138.** De la misma manera, para la protección de los datos personales, se han utilizado pseudónimos y omitida información que por su naturaleza pudiera ser utilizada para la identificación de la identidad de la consultante o sus personas cercanas.

Capítulo 3. Presentación del Caso

3.1 Ficha de Identificación

Nombre: Rafael ⁸

Edad: 17

Sexo: Hombre

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Bachillerato en curso

Lugar de Nacimiento: Estados Unidos de América

Lugar de Residencia: Ciudad de México, México.

3.2 Motivo de Consulta

Rafael es un joven de 17 años que es traído a la consulta psicológica por su madre. Es referido por el centro de servicios psicológicos de una institución educativa hacia un centro comunitario en búsqueda de atención especializada para adolescentes.

El motivo de consulta dado por la madre es el siguiente: “Rafael presenta bajo desempeño académico, bajas capacidades de concentración, atención y constancia. También tiene baja tolerancia a la frustración”. Esto es considerado como grave por la mamá, pues reprobó la mayoría de las materias del periodo anterior, si bien, ha tenido problemas para el

⁸ En concordancia con los artículos 69 y del 132 al 138 del código ético del psicólogo (SMP, 2010) Se han cambiado los nombres tanto del participante como de sus familiares y personas allegadas. Para salvaguardar el anonimato, también se han cambiado algunas relaciones familiares sin embargo se buscó mantener en todo momento fiel relación con lo original, incluso para los pseudónimos que se utilizaron, aunque no son equivalentes guardan estrecha relación tanto con la cultura de origen como su bagaje cultural y simbólico.

aprovechamiento académico a lo largo de su trayectoria escolar, es ahora cuando empeora y nota que aparecen también sentimientos de frustración, ansiedad y enojo en su hijo.

Por su parte, Rafael en la primera entrevista refiere como motivo de consulta que tiene “problemas para concentrarse y poner atención por periodos prolongados, se desespera fácilmente y cuando algo no ocurre a la velocidad que él quisiera se impacienta y se frustra” (pone como ejemplo el caminar tras de una persona que anda lentamente).

3.3 Descripción del Paciente

Rafael tiene una edad aparente mayor a la cronológica referida, esto debido a que usa barba y bigote, los cuales lucen recortados y denotan cuidado. La altura estimada es de aproximadamente 1.65 m., es de complexión regular, viste de acuerdo con lo esperado para alguien de su grupo etario, pantalón de mezclilla y camiseta de colores, utiliza una pequeña cola de caballo para sujetar el cabello de la parte superior de su cabeza, mientras de los lados lo usa casi a rape, sus condiciones de higiene son adecuadas.

Su postura es erguida, en ocasiones rígida, busca y mantiene contacto visual, su rostro denota prognatismo mandibular pronunciado, lo cual le confiere una apariencia facial desequilibrada. No se sabe si relacionado a lo anterior presenta un marcado sigmatismo⁹. Es notorio en el adolescente un constante estado de nerviosismo visible a través de diversos manierismos, como tronarse el cuello haciéndolo de un lado al otro, además de un imparable movimiento de piernas, un constante alzar las cejas y un peculiar movimiento de ambas orejas de atrás hacia adelante.

⁹ El sigmatismo interdental o sigmatismo (del griego sigma, 'Σ') es un tipo de dislalia selectiva (incapacidad para pronunciar correctamente ciertos sonidos) consistente en la sustitución de los sonidos sibilantes (como el sonido /s/), por sonidos interdenciales (como el sonido /θ/) (Busto Marcos, M. C.,1998)

Rafael refiere que los tics (como él llama a los manierismos) son voluntarios, pero siente la compulsión de hacerlo y sabe que eso es raro a la vista de los demás; sin embargo, se justifica diciendo que él se sabe defectuoso y los tics son uno de los tantos defectos que tiene.

3.4 Antecedentes Inmediatos al Motivo de Consulta

Rafael ha reprobado siete materias, lo que equivale a todo el semestre anterior del bachillerato. Aunque refiere que siempre ha tenido dificultades en el aprendizaje, no se vio afectado por estas, debido a que su madre intervenía para que fuera beneficiado con ciertas atenciones especiales: extensión en los tiempos de entrega de tareas, además de criterios de evaluación laxos, pues ella alega que Rafael ha padecido diversas complicaciones de salud, pero es “buen chico”.

Estas intervenciones le han permitido cursar hasta la preparatoria, sin embargo, en el último periodo, el adolescente se negó a entregar actividades, por lo que la madre se ve orillada a pedir ayuda. Al margen de esto, también comenta que Rafael para sentirse mejor a veces toma alcohol de más y conduce a altas velocidades, pero considera que es porque se siente frustrado por no ser como sus hermanos a quienes les va bien en la vida académica, incluso su hermana mayor está becada y estudia en el extranjero.

3.5 Historia Familiar

Rafael es el menor del hijo del matrimonio compuesto por la madre de 56 y el padre de 57 años.. Sus hermanos mayores con edades de 20 y de 25 años.

La madre se ha dedicado mayormente al hogar y de dedicación exclusiva al cuidado de sus hijos, mientras el padre es propietario de bienes inmuebles que arrenda y este constituye el principal ingreso de la familia. Sin embargo, tanto el paciente como su madre hacen referencia a que el padre es como si no estuviera.

El padre, originario de una población rural en el interior de la República Mexicana, suele pasar constantes periodos de tiempo en dicho lugar. El motivo es una propiedad que actualmente se está edificando.

Se sabe que de niño tuvo que trabajar a partir de los 9 años y vivió en el semi abandono, pues su madre trabajaba y su ausencia era constante y el padre los abandonó. Años más tarde emigró a la Ciudad de México para mejorar su condición de vida. Se emplea en la construcción y se empeña en ahorrar lo más posible.

Su situación económica mejora sustancialmente a partir de que en las cercanías de donde vivía, se encontraba un predio abandonado, el cual ocupó sin ser propietario, con sus ahorros le da mantenimiento al exterior e inicia una construcción y modificaciones, tras las cuales renta el lugar a un negocio. Este hecho, que aún no se esclarece legalmente, le permitió aumentar de manera significativa sus ingresos y su nivel de vida, al grado que posteriormente pudo adquirir otras propiedades para igual arrendarlas.

El padre lleva una relación particular con el dinero, pues escatima lo más posible los recursos, incluso cuando visita su lugar de origen, para no pagar hotel suele dormir en su auto. Como padre ha participado mínimamente en las labores de crianza, habla poco con los hijos y limita su participación a proveer recursos económicos.

La madre da la apariencia de ser una mujer de clase media alta y educada. Se presenta en notables condiciones de aliño y se muestra muy preocupada por su hijo, especialmente por el desempeño escolar y expresa la hipótesis que su hijo se siente inferior a sus hermanos debido a su bajo rendimiento escolar.

Ella centraliza el problema en cuanto al rendimiento escolar, minimizando otras circunstancias y piensa que su hijo “es un buen chico”, pero que “le falta agarrar el buen camino” y atribuye la causa de estas problemáticas a que el papá está “totalmente ausente”.

Es llamativo el hecho que no les brinde importancia a otras situaciones, incluso al preguntársele en entrevista, si en su opinión, Rafael ha padecido enfermedades medicas de importancia, menciona que no, “todo bien con él”.

3.6 Historia del Desarrollo

De acuerdo con lo informado por la madre, ella tenía 37 años al momento del parto, el cual ocurrió en la modalidad bajo el agua en un hospital en el extranjero y los doctores le informaron que todo ocurrió con normalidad y el bebé estaba bien. Sin embargo, no recuerda la calificación Apgar, tampoco aporta datos sobre el embarazo, pues dice no recordar nada relevante.

A los seis meses de vida, Rafael llega a vivir a México, a la casa familiar, la cual es un amplio departamento con tres recámaras. Su desarrollo, a decir de la madre, fue normal, sin embargo, aunque las primeras palabras surgieron alrededor del primer año, la repetición de palabras que escuchaba de otros y la imitación del lenguaje no se hizo presente.

La madre expresa que el pediatra llamó su atención pues la imitación debería haber aparecido alrededor del año y medio, sin embargo, dicho señalamiento fue ignorado y fue hasta los tres años que el niño comenzó a repetir palabras, a decir su primer nombre y apellido, así como las partes de su cuerpo. Fue en esta misma edad que comenzó a vestirse por sí mismo con ayuda.

El paciente desde recién llegado al hogar en México comparte recamara con su hermano mayor, lo cual continúa hasta el presente. La madre refiere que desde muy pequeño se enfermaba del estómago y garganta en repetidas ocasiones, por lo que es llevado a consulta de otorrinolaringología a los cuatro años y medio, por su parte, este médico les comunica que tiene una deficiencia auditiva ocasionada por un taponamiento de cerumen, además que hiperventila (ambas situaciones son comunes en la familia, pues los hermanos mayores presentaron el mismo problema), además da el aviso de que el niño requerirá, adicionalmente,

consulta odontológica debido a que presenta crecimiento anormal de la mandíbula y es probable que de no tratarse, desarrolle un alargamiento de esta. Asimismo, se le practicó una cirugía de extirpación de adenoides.

Como ya se mencionó, Rafael sufrió de constantes infecciones estomacales las cuales eran tratadas con antibióticos. En uno de estos episodios, especialmente fuerte, le encontraron amibiasis la cual se trató con sulfamida y el niño resultó ser alérgico a esta.

De la madre de Rafael, se desconocen antecedentes vitales, pero se observa en ella una marcada orientación al logro social y económico, así como valores correspondientes a una educación marcada por la religión católica, pues elabora juicios y categorías a partir de lo enunciado por la biblia.

Ella usa constantemente la fantasía para describir rasgos tanto del marido como del hijo, pues ambos “en el fondo” son de una manera, que corresponde a sus ideales, pero no con lo observable ni descrito. Es decir: el marido es “bueno y cariñoso, aunque no lo demuestra” y el hijo “es un buen chico, muy coqueto pero que siempre pierde con las mujeres”.

De los hermanos de Rafael, la mayor actualmente radica en el extranjero, pues debido a su buen desempeño escolar logró una beca, no se tienen más datos; y del hermano se sabe que su desempeño escolar es igualmente bueno, es un chico popular del que también se desconocen antecedentes.

La dinámica familiar actual es de una organización endeble. El padre como ya se mencionó anteriormente, es una persona muy poco participativa, no interviene en los asuntos que no tengan que ver con dinero, sin embargo, es común que se muestre reacio a gastar si no interviene la madre para exigirle aporte el recurso. La madre, por su parte, funge como líder y tiene a Rafael como su acompañante, ella se encarga de cobrar las rentas y la administración de otras propiedades que rentan.

De los hijos mayores, como se señaló, la mayor no vive en el país y el otro llega a casa a dormir, participa en reuniones cuando estas se llevan a cabo y es percibido por su madre

como un chico muy estudioso, responsable y sano. Por el contrario, en opinión de la mamá, Rafael es percibido como el niño berrinchudo, que causa muchos problemas y necesita atención.

En casa no existen reglas ni obligaciones claras, tampoco roles definidos, pues se adaptan según las circunstancias, siendo a veces Rafael quien funge de cobrador de las rentas o de ayudante del padre, sin embargo, el cumplimiento cabal de cada una de estas acciones no se logra, pues ante la menor dificultad, el adolescente pierde el interés de completar una tarea y no existe ninguna medida de sanción o exigencia a la falta de esfuerzo.

Rafael comenta que no tiene recuerdos de muy pequeño, pero le han contado que su infancia fue buena. Recuerda que solía jugar mucho con su hermano, con quien comparte recámara, pero, aunque se portaba cariñoso y agradable cuando estaban solos, a menudo cambiaba cuando se sumaban más niños al juego y se comportaba envidioso con él respecto de sus juguetes o lo ignoraba y le daba la impresión de que sentía vergüenza de él.

Menciona tener recuerdos claros desde el inicio de la educación primaria, principalmente los relacionados con el inicio de dificultades en la escuela, refiere problemas para concentrarse pues se distrae con mucha facilidad, tampoco cumplía con las tareas en casa, pues no las hace completas o sencillamente olvida realizarlas y no las presenta.

También recuerda ser señalado por los compañeros por el sigmatismo (referido como seseo por el paciente). A pesar de los llamados de atención por las tareas domésticas y los comentarios sobre su forma de hablar, no tiene problemas en hacer amigos, Rafael menciona que incluso hoy en día no le cuesta trabajo socializar.

Al cumplir ocho años, presentó síntomas de la enfermedad de Perthes, también llamada de Legg-Perthes Calvé, la cual es una patología que afecta al desarrollo de la articulación de la cadera en los niños. Consiste en una necrosis (muerte del hueso) de la cabeza femoral debido a una disminución del aporte sanguíneo a la misma (Austria, 2009). Como parte del tratamiento de la enfermedad, se vio obligado a utilizar un inmovilizador de la pierna hecho de metal, lo

cual, a decir de Rafael, lo hace ver como un lisiado. Debido a este padecimiento, la madre interrumpe el tratamiento odontológico para concentrarse en atender esta patología, el tratamiento se prolonga por dos años.

A los 10 años sufre de peritonitis derivada de una apendicitis aguda, por lo que es intervenido de emergencia, derivado de esta experiencia vivida como casi letal, su madre decidió cambiarle el nombre ya que, según ella, su hijo *volvió a nacer*. Antes su nombre era Samuel. El cambio de nombre es realizado en Estados Unidos, y esto es relevante debido a que él no estuvo de acuerdo, sin embargo, aceptó debido a las fuertes creencias religiosas de su madre.

Tras este evento, es enviado a Estados Unidos, a casa de su tía materna con la idea de que culmine su educación primaria. En este tiempo asiste a una institución en dicho país y en la cual también asiste una niña que le gusta mucho, pero que no se atrevía a hablarle. Es entonces que, mediante una red social, otros compañeros de escuela se hacen pasar por la chica (creando un perfil falso) y le dicen que, aunque no hablen en la escuela, ella podría aceptar salir con él siempre y cuando le haga llegar regalos.

Rafael quien no tenía dinero, opta por tomar a escondidas la tarjeta de crédito de la tía para hacerle llegar lo que los compañeros le habían solicitado, estas compras incluyeron un teléfono celular. Posteriormente al descubrir la tía los cargos, indagan al respecto y descubren a los niños tras la estafa. Tanto la madre como Rafael acuerdan pagar la deuda adquirida y multiplicada por siete, pues así está establecido en la biblia, hecho que no se cumple.

Tras este suceso, al término del ciclo escolar, Rafael regresa a México e inicia la educación secundaria en una institución privada que opera bajo el modelo Montessori, sin embargo, dadas las condiciones de libertad, el adolescente constantemente provoca llamadas de atención y reportes a los padres derivados de mala conducta, por lo que es cambiado a una institución militarizada.

En esta escuela Rafael refiere sentirse a gusto debido a que a pesar de que es muy rígido el sistema de enseñanza, hacía ejercicio y se sentía a gusto con su cuerpo que iba tomando condición física y fuerza, además refiere que por lo mismo aprendió a defenderse, sin embargo, eran constantes los arrestos derivados de mala conducta, por lo que la madre opta por cambiarlo nuevamente de institución educativa.

Para la educación media superior ingresa a una institución privada, de orientación católica, es en esta preparatoria que en el segundo semestre reprueba la totalidad de las materias. Lo que lleva a su madre a solicitar apoyo psicológico para que logre mejorar la concentración y mejorar su conducta.

3.7 Entrevistas y Proceso Terapéutico

Tempranamente en el proceso, al momento de conocer al adolescente resultó llamativo observar los manierismos que presentaba, además del seseo que se intuyó como consecuencia del prognatismo mandibular. Tras indagarse la historia del desarrollo, tanto con él como con su madre, resultó evidente la discordancia entre la percepción de la madre que no refirió eventos médicos de importancia en su hijo y el relato del paciente acerca de las múltiples enfermedades y el impacto que estas tuvieron en su vida, sobre todo en cuanto a cómo los demás le veían y trataban.

Al concluir las entrevistas se identificó que, paralelo al bajo rendimiento escolar y las mencionadas dificultades para mantener la atención, enmascarado en el discurso en forma de problemas de conducta escolar, se identificaron múltiples conductas de alto riesgo como el conducir el vehículo de su madre a altas velocidades cuando se encuentra molesto, amenazas de lanzarse por la ventana, consumo desmedido de alcohol y la realización de autolesiones con punzo-cortantes de diferente gravedad.

El paciente refiere un constante estado de malestar del cual no logra identificar bien su origen, ha emprendido diversas actividades (en el momento del inicio del proceso psicoterapéutico practicó esgrima), sin que estas le provean satisfacción. Expresa que desea tener una novia que “este buena” y “ser popular” y aunque muchas veces se percibe como un chico guapo, de manera concomitante reconoce que no puede ser que les guste a las mujeres “porque no” y recuerda que a lo largo de su vida ha sido molestado por diversas alteraciones físicas y en ocasiones se ve a sí mismo como defectuoso y feo.

Este constante estado de malestar lo describe como una especie de frustración o coraje, que a veces logra descargar cuando maneja a alta velocidad o consume alcohol, pues siente que así demuestra que él es una persona fuerte y capaz.

De igual forma expresa que siente mucho coraje cuando los demás no hacen las cosas que él quiere, y pone de ejemplo una fiesta en la que tras emborracharse se besa con una chica, sin embargo, ella se marcha de la reunión poco tiempo después debido a que ya era tarde, él se frustra tras su partida y amenaza con saltar por la ventana, siendo que se encontraba a una altura considerable, esto propicia que termine la fiesta y los demás asistentes traten de detenerlo.

Este evento se resuelve tras la llegada de su madre y su hermano, quienes lo convencen de alejarse de la ventana y marcharse a casa. El asunto causa preocupación en el hogar, pero posteriormente se minimiza y se atribuye a un exceso de alcohol. Al solicitarle información al paciente sobre el evento refiere que la chica no tuvo nada que ver, sino que en ese momento se sentía muy triste por unos amigos que residían en Estados Unidos y que recién habían fallecido y él sentía mucha culpa, pues si él no se hubiera marchado de allí, “no hubieran fallecido”.

La demanda del adolescente es sentirse bien consigo mismo, disminuir su constante estado de inquietud y controlar lo que él llama episodios de rabia, en los cuales llega a romper cosas de las demás personas. Al respecto, menciona como ejemplo cuando un conductor no respeta las líneas peatonales y no lo deja pasar, suele gritarle insultos y ha llegado a romperles el espejo lateral del carro en estos arranques de rabia. Él expresa que le gustaría ser menos

agresivo, ser amable, “pero no me puedo controlar. Siento como el coraje dentro de mí va creciendo y creciendo”.

Respecto a su desempeño escolar, Rafael reconoce dificultades para aprender, pierde la atención con mucha facilidad, aunque expresa que cosas que le interesan si las aprende con facilidad. En general, lo que represente esfuerzo no lo disfruta y prefiere evitarlo.

Se percibe a sí mismo de forma ambivalente y contradictoria al exceso: verbaliza que es un chico guapo y atlético, por igual se describe como alguien defectuoso y piensa que hay cierto grado de injusticia en que se le exija lo mismo que los demás que están normales. Expresa que su hermano mayor es un ejemplo de esto, que a su mamá le gustaría que fuera como su hermano, pero él sí es guapo y es exitoso y le gusta la escuela, Rafael al sentirse distinto en cuanto al cuerpo, expresa el deseo de ser tratado distinto a los demás. No como un discapacitado, sino como alguien que no se le exija tanto y le permitan ser feliz.

Profundizando en el tema escolar, menciona que la escuela no le gusta por distintas cosas, empezando porque desde muy pequeño los compañeros le hacían comentarios respecto de su apariencia (por los lentes), de su manera de hablar o, más tardíamente, por el aparato inmovilizador para tratar su enfermedad de Perthes el cual provocó que lo vieran “como lisiado”. En ese sentido, narra una experiencia en los juegos deportivos de la escuela: lo pasaron a encender la antorcha, hecho que reafirmó la idea de que los demás lo veían como diferente y defectuoso, pues su participación se limitó a encender la antorcha y no participó deportivamente.

Esto encontraba un eco en casa, puesto que se les pedía a los demás miembros de la familia que fueran considerados y que accedieran a las cosas que él pedía puesto que era diferente a ellos en cuanto a la salud.

Aunque el desempeño en la escuela siempre ha sido bajo, el adolescente menciona que su mamá siempre se ha encargado de que reciba ciertas atenciones especiales, extensión en los tiempos de entrega de tareas y solicitar consideraciones a los maestros para con su hijo, esto

alegando que ha sufrido mucho y que tiene problemas, pero es buen niño, lo cual ha dado por resultado que Rafael logre cursar hasta la preparatoria, la cual cursa en dos instituciones distintas en el tiempo que comprendió el tratamiento, sin embargo, en ambas ocasiones no concluyó.

Rafael hace mucho hincapié en que, a pesar de que su mamá trató siempre de que los maestros comprendieran su estado y que le dieran plazos especiales para cumplir con las tareas, esto no ayudó a que pudiera desempeñarse en los quehaceres académicos, puesto que a él no le gustan y no es bueno haciendo cosas que no le agradan o que requieran esfuerzo y dedicación. Expresa que le gustaría encontrar algo que le sea fácil y piensa que dedicándose a alguna cosa que le agrade, como la mecánica automotriz, podría librarse de la sensación de esfuerzo.

En atención a esta idea, comienza a asistir a una escuela de mecánica automotriz y una de mecánica de motocicletas, sin embargo, al darse cuenta de que requiere compromiso y que percibe que el ambiente que rodea a este oficio le es hostil (debido a que los asistentes se llevaban pesado o le hacían comentarios respecto de sus manierismos), decide abandonar también estos cursos.

Las distintas afectaciones físicas, sumado el trato distinto percibido, tanto por su madre y hermano como por distintos compañeros de escuela, son representados por él como si fuera diferente en relación con los demás.

Rafael fue comprendiendo dicha diferencia como motivo de vergüenza para su madre, al mismo tiempo, como un factor que le permitía esquivar tareas desagradables: un ejemplo de esto se encuentra en que debido al tratamiento preventivo del prognatismo tenía que utilizar una serie de aparatos que le sujetaban los dientes, esto le molestaba y lastimaba mucho, sin embargo, su madre le indicaba que no los utilizara cuando salieran a la calle, y le obligaba a hacerlo cuando estuvieran en casa. Sin embargo, el menor tampoco los usaba en casa alegando el dolor y su madre se volvió tolerante a que ya no utilizara los aparatos más.

En ese sentido, también recuerda que la actitud de que los demás se sintieran avergonzados de él no era exclusiva de su madre, sino que su hermano mayor se comportaba de manera ambivalente: jugaba muy bien con él cuando estaban solos, pero en cuanto algún otro niño u otra persona aparecía, su hermano se tornaba grosero con Rafael o de plano no le hablaba. Si bien no entendía la actitud cambiante de su hermano, llegó a atribuirlo a que había algo malo consigo mismo que provocaba vergüenza en los demás.

Ya avanzado el tratamiento, en una fecha festiva, Rafael entra en crisis cuando le es negado un permiso para asistir a una fiesta, tras lo cual escapa de su casa y se ausenta por dos días, al regresar esperaba ser regañado, lo cual no ocurre. Este hecho detona una gran agresividad y coraje hacia su familia y decide lesionarse seriamente el antebrazo izquierdo, con la intención manifiesta de suicidarse; sin embargo, antes de llevarlo a cabo, notifica a diversas amistades a través de redes sociales y les transmite en directo un video de cómo se corta el brazo de manera longitudinal con una navaja.

Tras este evento, es llevado al hospital de emergencia y referido a una institución psiquiátrica, hecho que, de la misma manera, transmite en directo a través de sus redes sociales (usando el teléfono de la madre), sin embargo, su madre y él declinan que permanezca bajo resguardo hospitalario, lo cual es vivido como un escape a las posibles consecuencias de sus actos, asumiendo que, gracias al cobijo de su madre, las consecuencias de sus propias acciones pueden ser evitadas.

Derivado de la consulta psiquiátrica de emergencia, inicia tomando quetiapina y sertralina además de encontrarse acompañado por algún familiar la mayor parte del tiempo, sin embargo, expresa en repetidas ocasiones que interrumpirá el tratamiento pues se aproxima su cumpleaños y “quiere ponerse pedo”.

Tras la fiesta de cumpleaños, expresa alcoholizarse, aunque solo interrumpió el medicamento ese día, también narra que el día después choca el coche de su hermana contra un microbús, sin embargo, tras darle una “mordida” al ajustador lograron responsabilizar al

chofer, aunque Rafael había sido responsable del percance. El psicoterapeuta interviene señalando estos hechos, lo que resulta molesto para el adolescente, pues expresa que pensaría que eso lo hace por ser listo, justo el escapar de las consecuencias es una prueba de que es más listo que otros.

A pesar de ser constante en las asistencias a las sesiones, el paciente falta de manera consecutiva en cuatro ocasiones, al establecer comunicación con él, refiere quedarse dormido u olvidar la cita. Esto provoca que debido a los lineamientos del centro se interrumpa el servicio, bajo la descripción de interrupción sin mejoría.

Al presentarse para una sesión de cierre se realiza el señalamiento de la conducta de saltarse las reglas y escapar de las consecuencias como constante en su historia de vida, así como el pensamiento de que goza de un especial privilegio, por lo cual las reglas no aplican en él, desgraciadamente en cuento al proceso era de su conocimiento la normativa y el decidió terminar la psicoterapia al no asistir. El paciente asiente y se procede al egreso, sin embargo, después la madre solicita hablar con el psicoterapeuta para pedir una excepción y se pueda continuar el tratamiento con el hijo, a lo que se responde que podrá solicitar reincorporarse al servicio psicológico a partir del siguiente periodo semestral como marca la normatividad del Centro, pero no en ese momento.

En un par de ocasiones posteriores, Rafael se presenta en el Centro para solicitar hablar con el terapeuta, siendo la última de ellas, cercano a una fecha festiva y ofrece un regalo al psicoterapeuta pues se siente agradecido con la atención, sin embargo, el regalo no es aceptado.

En el caso planteado, se evidencian una serie de factores que se influyen mutuamente y que dan lugar a la conformación de una personalidad que se considera especial, empezando por el cuerpo y pasando por ser una persona de excepción a la que no le aplican las leyes y normas y que puede transgredirlas debido a que se le debe una especie de compensación por quién es y lo que ha sufrido.

Capítulo 4 Resultados y Discusión

4.1 Sobrecompensaciones maternas derivadas de las alteraciones corporales en Rafael.

Existe lo que denomino un punto ciego en la historia de Rafael, sobre su origen y sus primeros momentos de vida. Ni su madre ni él aportan datos, excepto los relacionados con alteraciones que él tiene muy claros. En primer lugar, los mencionados atrasos, tanto motor como en el desarrollo del habla, que dejan una primera huella de alteración y que perdura hasta el día de hoy: la dislalia (sigmatismo). Además, son observables las consecuencias características de estos retrasos tempranos.

De acuerdo con Castañeda (1999), los retrasos en el desarrollo de habla suelen estar acompañados de retrasos en el desarrollo motor. Sus causas, aunque variadas, incluyen desde disposiciones hereditarias hasta la influencia negativa del entorno familiar y pueden llegar a dejar consecuencias más o menos severas y perdurables como la dislalia y disgramatismo, los cuales serán promotoras de dificultades escolares y en el aprendizaje futuro.

Respecto de esos primeros momentos, queda en duda lo que la madre imaginaba que Rafael sería al nacer, las expectativas generadas y los deseos, no hay vestigios de la sombra hablada (Aulagnier, 2010), puesto que su madre dice no recordar nada, excepto los datos sobre el atraso y una supuesta preocupación por esta, que no se traduce en atención médica, la cual sí recibe en otros momentos. En ese respecto, es prudente anotar que “el olvido de impresiones, escenas, vivencias, se reduce las más de las veces a un bloqueo de ellas” (Freud, 1914b, p.150).

A pesar del referido olvido por parte de la madre, queda claro que los primeros cuidados que Rafael recibió fueron suficientes para transcurrir lo que Winnicott (1981) llama etapa de dependencia extrema, se logró que la criatura se mantuviera con vida y salud para avanzar en el desarrollo. Sin embargo, queda en blanco la vivencia de la madre frente a la llegada de su hijo. Aulagnier (1986) señala que el bebé nace y sus reacciones corporales primeras pueden

llegar a ser inconciliables con lo deseado por la madre a nivel inconsciente, lo cual constituye un conflicto inmediato y sus efectos son vistos en cuanto la cantidad y calidad de los cuidados brindados.

A este respecto, Winnicott (1981) nos dice que la primera regla en cuanto a salud en un infante es madurez, madurez acorde con la edad del individuo. Los atrasos son indicadores de mala salud mental, siendo este un problema originado en dificultades de los padres para proveer de cuidados físicos y un medio que facilite el desarrollo, puesto que el impulso a este nace desde el mismo niño. Un ejemplo de esta tendencia es la emergencia de las primeras palabras en el tiempo típico, sin embargo, las condiciones no son suficientemente positivas para que el desarrollo del habla continúe.

Las fuerzas que tienden hacia el desarrollo del pequeño, las cuales son extremadamente potentes, al no encontrar un ambiente que permita su emergencia, “quedan retenidas en el interior del niño al que, de una forma u otra, tienden a destruir” (Winnicott, 1981, p.76).

A los dos años, Rafael inicia sus visitas al médico por causa de enfermedad pues padece de constantes infecciones estomacales. Queda claro que el cuidado del cuerpo, respecto de la atención de enfermedades fue de importancia, ya que la enfermedad propicia que Rafael sea atendido médicamente para que logre sanar, sin embargo, no existió el mismo apremio por tratar los retrasos en el desarrollo.

Es válido argumentar que el cuidado estaba centrado en mantener la salud del cuerpo, dando por sentado que el desarrollo ocurriría de cualquier manera, sin embargo, se puede especular respecto de una disminución en la calidad de los cuidados derivado de que el niño Rafael haya sido muy distinto de lo que la madre esperaba, por lo que se hayan enfrentado a un traumatismo de encuentro, lo que a decir de Aulagnier (1986) se resuelve mediante la muerte del representante psíquico previamente investido por la madre, dando lugar a un duelo y una posterior reinvestidura de un nuevo objeto psíquico que tuviese más correspondencia con el hijo real.

El punto ciego en la historia es probable que esté originado por el periodo en que su madre experimenta la mudanza libidinal del objeto pre-investido, la sombra hablada (Auglanier, 2010) que hace la función de pre-yo del paciente y muere provocando un duelo y una posterior reinvestidura del bebé Rafael como tal.

Lo anterior, produce una discontinuidad en la experiencia vital de Rafael, así como un espacio en blanco en el discurso sobre su origen, esto blanco queda como cicatriz de la borradura la cual constituye una herida al narcisismo originario, un trauma temprano, puesto que aún hay dependencia de la madre, pero ya no es total, existe suficiente integración para que se pueda experimentar el trauma, sin embargo, por lo temprano de este, será precursor de tendencias antisociales y trastornos afectivos en la vida futura (Winnicott, 1981).

Este tipo de traumas tempranos, derivados de la borradura dan por resultado una escisión muy particular ya que el bebé Rafael no se experimenta como fuente de placer para la madre, sin embargo, reconoce la existencia de un objeto externo (madre) que es el único satisfactor de las necesidades, pero está totalmente desconectado de cualquier fuente erógena de una experiencia placentera, puesto que se ha desligado de la experiencia y tiempo de satisfacción.

Esta escisión, presente desde la temprana conformación de la persona, permite preservar un pequeño espacio relacional, sin embargo, la relación con el otro es de tipo instrumental y se organizará en cuanto a términos de deseo y poder, conceder o rechazar aquello que el cuerpo necesita. Como el rechazo hacia al hijo es inconciliable para la consciencia de la madre, se proyecta en lo que le pasa al hijo. Es la alteración del cuerpo, la enfermedad aquello que se rechaza y no al hijo. Esto genera un *double bind*¹⁰ precoz, puesto que la metabolización antes de ser una actividad propia de Rafael debe apoyarse en la metabolización materna.

¹⁰ Doble Vínculo: Paradoja comunicativa en la que una persona recibe mensajes distintos o contradictorios. Aunque el individuo se ve obligado a discriminar el tipo de mensajes que recibe para responder adecuadamente, como recibe órdenes contradictorias o mensajes emocionales en distintos niveles de comunicación, se muestra impotente a la hora de responder. (Ferrer, 2016).

Green (2013) señala que las experiencias de sufrimiento o placer deben de estar sintonizadas, es decir debe haber consenso en lo que el niño y la madre reconocen como cualidad de una vivencia.

Rafael, mientras encontró un ambiente facilitador, logró completar el desarrollo esperado para su edad, sin embargo, al interrumpirse el ambiente suficientemente bueno, vuelca los impulsos al mundo que le rodea buscando a esa madre facilitadora que le permita continuar con su camino vital, no obstante, al no encontrarla busca provocar modificaciones en su ambiente-madre, echando mano de distintas formas de comunicación siendo privilegiadas las palabras, aunque de no lograr estas o no funcionar Aulagnier (1986) menciona que, cuando los mensajes verbales resultan ineficaces para lograr la satisfacción de las propias necesidades, los niños echan mano de un recurso mucho más contundente: el sufrimiento somático.

Como tal, el sufrimiento de un niño siempre encuentra respuesta, ya sea un acercamiento de la madre que promueva que el niño soporte y supere dicho malestar, una reacción agresiva o una franca huida de la madre debido a que le resulta insoportable el sufrimiento de la criatura. Al detener el desarrollo del lenguaje, Rafael emite un mensaje que encuentra oídos sordos, pero al servirse de un sufrimiento del cuerpo, en forma de constantes enfermedades estomacales logra ocupar nuevamente el papel de demandante de cuidados.

Mannoni (1971) nos recuerda que en la relación madre-hijo hay siempre un trasfondo de muerte, que en ocasiones toma la forma de amor sublime. Dado que las ideas mortíferas y sus derivados siempre están presentes en lo inconsciente, es probable que generen montos de culpa, también inconsciente, la cual moviliza defensas maniacas que permitan proyectar la culpa y responsabilidad de ciertos hechos de forma que se genere una creencia que explique y dé una teoría causal de lo ocurrido. “La necesidad de dar significación y ordenar los hechos, adjudicando la autoría a un agente predomina sobre el realismo y la adecuación a las vivencias que intenta explicar” (Moguillansky, 2013, p. 257).

Es plausible pensar que la madre experimenta sentimientos de culpa respecto de su hijo, por lo que le brinda un trato especial: lo libera del cumplimiento de normas y exigencias sociales y así disminuye su culpa y compensa los tratos deficitarios. Sin embargo es probable que dicha culpabilidad tenga por origen una desilusión temprana en ella por lo diferente del hijo nacido y aquel que ella esperaba, lo que promovió un conflicto y rechazo (con la posterior resolución del conflicto mediante la labor de desinversión y reinversión), siendo esto el motivo tanto de la culpa y el posterior olvido de esos primeros momentos, la borradura en la historia libidinal de Rafael que origina la escisión y la incapacidad de recordar algo que no sea enfermedad. Al respecto Freud (1914b) afirmó lo siguiente:

Para un tipo particular de importantísimas vivencias, sobrevenidas en épocas muy tempranas de la infancia y que en su tiempo no fueron entendidas, pero han hallado inteligencia e interpretación *con efecto retardado* {*nachträglich*}¹¹, la mayoría de las veces es imposible despertar un recuerdo. (p.151)

Las constantes infecciones del estómago de Rafael son el hecho que justifica inicialmente se le trate de una manera distinta a los hermanos, sin embargo, el verdadero origen queda velado tras los constantes apuntalamientos que encubren las verdaderas motivaciones, los mensajes de Rafael a su madre, mediante el uso del dolor somático, sirven también para proyectar la culpa materna y organizarle un significado que da origen a un trato preferencial.

Rafael, al iniciar la educación preescolar, resuelve el atraso en el desarrollo, sin embargo, no se integra a actividades de rimas, cantos y juegos, aunque socializa adecuadamente. No es impulsado a integrarse a las actividades, pues en primer lugar la madre genera esta explicación: Tiene una desventaja frente a los otros niños, -el atraso mencionado- por lo que no debe ser presionado a participar, ya no debe ser molestado y hay que permitirle

¹¹ Cursivas en el original.

ser cómo es. No deja de ser llamativo el hecho que la explicación dada parece más una proyección materna, son los otros quien deben permitirle ser como es.

Rafael menciona que sus recuerdos nítidos involucran las constantes visitas al médico, primero por el estómago, luego por taponamiento del canal auditivo causado por acumulación de cerumen además tender a hiperventilar (esto último también presente en sus hermanos aunque esto no propició ningún trato especial), sin embargo, su cuerpo siguió padeciendo alteraciones en su salud, esta vez repetidas infecciones de garganta, lo que le llevó a una cirugía de extirpación de adenoides, lo cual si bien resolvió el problema, no clausuró el uso del sufrimiento corporal, pues cabe mencionar que era muy efectivo, su mamá se volcó en atenciones (médicas) a Rafael y de manera concomitante lo liberó de tener que someterse a cualquier exigencia: le permitía faltar a la escuela a voluntad, no hacer tareas escolares y no tener responsabilidades de ningún tipo en el hogar.

La relación instrumental madre-hijo, la única posible debido a la escisión antes mencionada y la poca capacidad vincular de Rafael fue desarrollándose a partir de una interacción peculiar centrada en el uso de un lenguaje específico, el lenguaje del dolor del cuerpo. Es notorio que, ante este llamado la madre respondía otorgando una atención muy particular, la atención médica. Como tal, esta atención no era la requerida por Rafael, sin embargo, sí cumplía la función de mantener al cuerpo vivo y en un estado de aparente salud.

La atención prestada no estaba exenta de contrariedades, de un *double bind* que si bien urgía a Rafael a acatar las recomendaciones médicas (como el uso de aparatos), por otro lado, le instruían a no usarlos en la calle (¿por vergüenza de la madre?), contrariedad que puede entenderse de acuerdo a lo explicado por Manonni (1971), ya que en cierto modo la madre suele experimentar los ataques de otras personas hacia los hijos como ataques hacia ella misma, por tanto, la preocupación central era la de tener un hijo que se viera y funcionara bien, que empatase con sus ideas de logro social, grandiosidad y de mejores oportunidades, como las

procuradas por ella, tanto para sí misma como para sus hijos (un ejemplo de esto es promover que tuviesen doble nacionalidad, dando a luz en Estados Unidos).

La relación con su hermano mayor también ejemplifica este tipo relacional de *double bind*, (te acepto como eres - no te acepto porque me avergüenzas). En una de las sesiones que Rafael dedicó a hablar de su hermano mayor ejemplificó lo siguiente:

R- Es como si le diera pena jugar conmigo cuando estaban otros niños, ya sean mis primos o sus amigos. Cuando estábamos solos era muy buena onda y me compartía de sus dulces o así y cuando había más niños ¡Ya no me hablaba!

T- ¿Querría verse como un niño grande?

R- No, era como que le diera pena yo, no quería que yo me sumara a sus juegos, la cosa es que no quería que yo estuviera ahí y yo no me iba, ja, ja,ja, pero cuando ya estábamos en el cuarto me hablaba normal, a lo mejor porque no tenía de otra. Ya después se empezó a molestar porque andaba mucho con mi mamá, pero a él le compraban más cosas porque si iba bien en la escuela y aunque le exigían cosas y se quejaba a él le iba mejor.

T- ¿A qué te refieres con que le iba mejor?

T- Para empezar, él está bien, no está defectuoso como yo, a él si le va bien.

Rafael percibe a su hermano como alguien que está bien y que le va mejor porque puede hacer cosas que él no. Describe que su hermano posee rasgos físicos que le han valido reconocimiento, tiene buen desempeño en deportes y juegos físicos, además es un buen alumno. Rafael expresa que lo único en lo que es mejor que su hermano es que ahora a él sí le sale barba cerrada.

Güotto (2013) menciona que, en los hermanos, cuando hay enfermedad en uno de ellos recae tanto la culpa como el enojo y a veces también se ven movilizados a compensar lo que el hermano no puede, o a expresar mucha molestia debido a que se sienten despojados de la atención parental.

El adolescente expresa que, al sentirse así, como querido y al mismo tiempo rechazado por su hermano con quien comparte recámara, siente el deseo de tener a alguien que si lo quiera incondicionalmente y piensa que un perro quizá pudiese ser ese proveedor de cariño incondicional. Expresa su deseo de tener un perro, él desea un Cocker, sin embargo, a su madre no le gusta, por lo que, tras un episodio de enfermedad, la madre decide compensarlo por como la ha pasado y le compra un Dálmata, y aunque no le gustan a Rafael, acaba aceptando.

El evento pasado ejemplifica como la enfermedad del cuerpo posibilita que Rafael obtenga satisfacción a sus deseos (originados en una necesidad), aunque la madre no provee sin que los deseos de Rafael sufran una adecuación a lo que a ella le gusta. Por tal, se presume que la solicitud realizada puede ser respondida cuando es una compensación por estar enfermo, además las necesidades así cubiertas deben ser compatibles con el deseo de la madre. Esto apunta el supuesto de que Rafael para ser aceptado, debe ser modificado. Esto le provoca rabia hacia su madre, la cual es proyectada hacia su propio cuerpo, que es entendido como el que debe ser cambiado y causante de sus desgracias.

Rafael comenta el desenlace fatal de su mascota, debido a que mientras él lavaba el patio no tuvo la precaución de cerrar bien la puerta y el perro salió sin que él se diera cuenta y mordió a un niño vecino que se encontraba en la calle y que provocó los reclamos de los padres del vecino hacia él y su madre. La madre resuelve sacrificar al perro tras este incidente, aunque no se lo dice a su hijo, explica que “está en una pensión”, y aunque él no creyó esta versión puesto que nunca volvió el perro, fue olvidando esto y solo años después la madre le cuenta a su hijo la verdad.

El recorrido vital de los primeros años de Rafael implica constantes malestares, enfermedades de la garganta, una cirugía de extirpación de adenoides, miopía y astigmatismo que le obliga a usar lentes, y el diagnóstico de crecimiento anormal de la mandíbula para la que debe usar invasivos aparatos de ortodoncia que le causan dolor, constantes heridas y que en un principio se niega a utilizar, y aunque su madre insiste cuando está en casa, le indica no hacerlo

cuando sale a la calle, lo que produce un nulo resultado y se abandona el tratamiento tras el surgimiento de una nueva enfermedad.

Rafael comenzó a presentar síntomas de una alteración poco común, llamada enfermedad de Perthes¹², manifestada a través de una cojera leve cuando llevaba a cabo actividades físicas. Su madre centró toda su atención hacia Rafael de modo que evitase una discapacidad permanente, el padre se limitó a dar el dinero para pagar los doctores y los aparatos de rehabilitación. Él expresa que no le costaba hacer amigos, pero sentían que estos constantemente le hacían comentarios respecto que usaba lentes y cuando comenzó a usar el inmovilizador, el cual sobresalía de su pierna, si bien no le decían nada, el interpretaba que, si antes por usar lentes le decían ciego, ahora le dirían lisiado.

La madre de Rafael atribuye el desánimo de su hijo al bajo desempeño escolar, el cual contrasta con el que tenían los hermanos mayores. A pesar de la cercanía parece no reparar en el malestar causado por los aparatos ortopédicos, sin embargo, utiliza estos para solicitar extensiones en cuanto a las tareas escolares y constantemente pide a los maestros que tengan consideraciones para con su hijo debido a su estado de salud.

A decir de Rafael, su madre le brindó numerosas atenciones cuando estas se relacionaban tanto con tratamientos médicos o con el desempeño escolar. Por el contrario, no refiere haber sido mimado o que le expresaran palabras cariñosas, aunque si se le compensaba dándole un trato especial en cuanto a que no se le exigiera y tuviera preferencia a que los hermanos no le exigieran nada y no llevara a cabo actividades que le resultaran desagradables, constantemente hacía referencia al sufrimiento que experimentaba su hijo por no llevar una vida normal y por esto debería ser considerado por otros reduciendo las exigencias a cero.

¹² La enfermedad de Perthes (también llamada Legg-Calvé-Perthes) afecta la cadera del niño y en ella se produce la destrucción de parte del hueso de la cabeza del fémur. El organismo puede regenerar completamente este hueso o hacerlo sólo de forma parcial y provocar una deformidad permanente (Austria, 2009).

Esta actitud en apariencia benevolente generó una profunda rabia en Rafael, ya que el recibía el mensaje que era especial por defectuoso y que había que tener consideraciones pues es incapaz. Sin embargo, la rabia se volcaba contra él mismo, puesto que la madre como objeto externo no debía ser destruida puesto que era necesaria para sobrevivir.

Consecuencia de la nula normatividad y acompañamiento para que Rafael cumpliera con las tareas escolares, es que comenzó a experimentar retraso en comparación de los demás niños, debido no a que no pudiera hacerlas, sino que no se le demandaron en casa.

Él comenta que, aunque disfrutaba mucho de estar con sus compañeros, sentía que estos lo apartaban porque no podía jugar igual que ellos y las maestras le regañaban por no cumplir con sus deberes y no poner atención, sin embargo, estos regaños no lo movían a exigirse, sino provocaban una profunda rabia narcisista por el sentir que no le respetaban el lugar especial que ganaba siendo defectuoso.

Rafael cuenta que llamaban a su madre debido al mal desempeño, pero ella resolvía apelando a la necesidad de que su hijo fuera tratado de una manera especial por causa de las enfermedades que interferían con su capacidad de hacer tareas. Esto evidentemente era una magnificación de la situación, ya que tanto el inmovilizador que usaba y los medicamentos reducían con éxito la inflamación y el dolor. En todo caso, el tema del uso del inmovilizador se volvía un comodín que permitía saltarse del cumplimiento de labores domésticas y escolares y otorgaba un sustrato real para saberse distinto de los demás niños que no usan aparatos ni están enfermos.

Los problemas escolares en realidad no se resolvieron, pero Rafael logró ir pasando de grados mediante la intervención de su madre, no a su propio esfuerzo ni a la calidad de su desempeño. Su madre en un primer momento aludía dificultades en el aprendizaje en su hijo, consecuencia de las enfermedades corporales que había padecido y que le justificaban el poco aprovechamiento ya que estaba impedido por el dolor y la dificultad derivada de asistir al médico siendo tan joven. Además, si esto no resultaba suficiente, la madre solía exigir que se

respetara la inversión (económica) que realizaba teniendo a su hijo en colegios privados. Por tal, Rafael logró acreditar los diversos grados que comprendieron la primaria y el último de su secundaria, aunque no contara con los conocimientos suficientes y los demás constantemente lo señalaran como tonto o burro.

Rafael comprendió la mencionada “dificultad para el aprendizaje” como dificultades para concentrarse, lo cual reconocía, ya que, muchas veces, en lugar de atender la clase, se entregaba a ensoñaciones grandiosas donde él estaba bien, jugaba fútbol y era el mejor de todos. Con el tiempo estas ensoñaciones se fueron haciendo constantes principalmente en las clases que le parecían aburridas y que en cierto modo prefería perderse en su imaginación, en la cual todo estaba bien, incluyendo su pierna y después su madre se encargaría de conseguirle los apuntes o una calificación aprobatoria.

En este sentido, el trato especial se podía resumir en que Rafael no estaba atado a la normatividad escolar puesto que existe algo en él que permitía que se brincara las exigencias a la que los otros niños estaban sujetos. Su madre, fue quien se encargó de comunicar a los maestros su condición especial a fin de que fuera considerado, y aunque en casa era reprochado por su bajo rendimiento, en público este bajo rendimiento no tuvo consecuencias. Su madre se encargó, aludiendo a los problemas corporales de Rafael, que su hijo recibiera un trato exento de las normas y así ha sido a lo largo de la vida escolar.

4.2 Las alteraciones corporales y deformidades como elementos organizadores del psiquismo y carácter en Rafael.

En el apartado anterior se mencionaron las implicaciones de la relación madre-hijo, que desde etapas muy tempranas de la vida de Rafael promovieron dificultades en la correcta integración del yo, así como del Self.

De acuerdo con Green (2013), el narcisismo es el “cemento que mantiene la unidad del yo” (p. 4) el cual reúne sus componentes imprimiéndoles una identidad. Por lo cual es importante distinguir que el narcisismo, desde la óptica psicoanalítica, solo es patológico cuando hay una regresión libidinal a los tiempos del primer narcisismo en el cual se invierte al sí mismo en detrimento de la investidura objetal y las manifestaciones derivadas de la conformación patológica del Self que dan lugar a un sí mismo grandioso el cual fue descrito por Kernberg (2010).

Para Green en un paciente con afectaciones narcisistas, la negación garantiza la autonomía del yo, es decir rehúsa al objeto al mismo tiempo que se independiza de él.

La negación no desempeña aquí el papel de una represión económica, sino que es la condición para que el yo *consista* en algo. El problema está en saber cómo la introyección de un objeto que narcisiza al yo y aumenta su poder de placer puede ser del dominio de una interpretación que no sea tautológica. (Green 2013, p. 161-162)

En ese sentido, el espacio relacional de Rafael, como ya se mencionó, disminuido, no puede establecer más relación que la instrumental (poder satisfacerlo o frustrarlo en sus necesidades), por tal, la experiencia placentera solo puede provenir de lo uno, es decir, de él mismo, quien debe llenar ese espacio en blanco. Todo lo externo se niega, para poder constituirse, sin embargo, en un momento adicional, eso negado retornará para abonar nuevos montos de angustia y sufrimiento.

Además de la negación, es visible el retraimiento libidinal consecuencia de un mundo percibido como hostil, que en un principio no es lo suficientemente bueno como para asegurar el desarrollo y que da lugar a una adaptación antes de tiempo, a lo que Winnicott (1981) denomina auto-sostenimiento el cual siempre es patológico debido a que lo más interno no emerge ni se desarrolla, sino queda escindido y escondido del mundo a fin de preservarlo.

Rafael menciona que cuando su madre dice a los maestros que él tiene problemas de aprendizaje, le da la razón:

R: Yo me di cuenta de que sí, de verdad tengo problemas con la atención, hasta hoy me distraigo muy fácil- A veces trato de concentrarme en lo que algún maestro explica, pero de repente estoy pensando que voy en el carro y que voy a hacer si alguien me rebasa, pues entonces lo alcanzo y me rio de él, o no sé, me pongo a imaginar cosas, desde niño me ponía como a soñar despierto o imaginarme jugando futbol americano, no sé si eso sea el déficit de atención....

Desde niño, el paciente ocupa su tiempo escolar en fantasear, en que su madre no le hace usar sus aparatos dentales o el de la pierna, que puede correr, que tiene a su perro, que no usa lentes, que es rudo y todos lo notan, le cuesta mantener la atención a las clases, aparte, no le gustan. Adicional sabe que su mamá resolverá la dificultad de no pasar, aunque sabe que tal vez sus compañeros lo tomen por tonto, pero de todos modos sabe que no lo tienen en buen concepto, porque está lisiado.

Para Winnicott (2013) esta actividad fantasiosa, que denomina ensoñaciones, guarda una estrecha relación con la disociación. Esta actividad, distinta del uso cotidiano de la imaginación se caracteriza por ser un proceso que gasta energía y tendría un origen en una relación adecuada con su madre en un primer momento, pero de forma brusca cambió y paso de ser satisfactoria a decepcionante. La principal consecuencia de tal disociación, de esta ensoñación es que la parte principal de la existencia psíquica se desarrolla cuando la ensoñación ocurre, cuando Rafael no hace nada o lleva acabo alguna actividad vacía, que hace para llenar el hueco y de cierta manera, mediante la ensoñación se desarrolla una vida, en la que la omnipotencia es posible, los defectos y limitaciones no existen, además es capaz de hacer todo lo que en la vida exterior no puede, de manera adicional en dichas ensoñaciones se observa la introyección instrumental del objeto, si alguien trata de frustrarlo él de revela a sí mismo como el frustrante dominante.

El contenido central de la actividad de ensoñación constituye en sí misma una negación en la fantasía de las alteraciones de su cuerpo y sus incapacidades, si bien pasajeras, serán las

presuntas responsables de su malestar y articuladoras del enunciado “yo soy diferente, por defectuoso”.

Rafael también usa la negación para comunicar lo que cree piensan los demás de él “no es que mi mamá piense que soy un inútil”, “no siento que soy feo, me considero alguien guapo”, “No tengo problemas, solo no encuentro lo que me gusta”. Fernando, J. (2003) identifica que el uso de la negación, principalmente a nivel de la fantasía, es un mecanismo defensivo típico en las personas que presentan defectos físicos.

Al respecto Castellnuovo-Tedesco (1981) considera defectos o alteraciones y deformidades por igual, entendiendo que todas ellas causan una afectación en el psiquismo, una forma de trauma y pérdida que ocurre a diversos niveles que no necesariamente están correlacionas con la gravedad del defecto, particularmente en los casos que involucran rasgos considerados para determinar la belleza.

En el mismo sentido, los defectos son reevaluados cuando Rafael entra en el periodo de la pubertad, debido a la necesidad de pertenecer a un grupo de pares y alejarse de los padres. La falta de esta pertenencia, así como el experimentar decepciones respecto de la búsqueda de una primera pareja, reactualizan las primeras heridas narcisistas, ese primer despecho de no ser objeto de amor lo que da por resultado una profunda rabia narcisista en Rafael que no encuentra objeto de descarga, excepto en él mismo".

“Había una chava que estaba bonita y me gustaba, era de las populares del grupo. Una vez me escribió por Facebook y empezamos a chatear, me decía que yo le gustaba, pero le daba pena hablarme, por sus amigas que eran muy criticonas, pero que le parecía interesante y nos hicimos amigos por la red, en persona no me hablaba. Con el tiempo me dijo que si quería ser su novio y yo pues le dije que sí, y me pidió que le regalara un iPhone y cosas... yo no tenía dinero, pero sabía dónde dejaba sus tarjetas mi tía y las compre en línea y se las mandé a su casa... después me bloqueó y yo no supe nada, me sentí un imbécil que no vale nada, ¿cómo pensé que podía gustarle?”

Al momento de esta experiencia ya no utilizaba el inmovilizador de la pierna, ni ortodoncia, sin embargo la experiencia de vivirse como defectuoso, toma nuevamente el papel de organizador, de teoría válida que explique por qué cayó en un engaño, sumando un nuevo factor, el ser poco astuto, el de autodenomina como “pendejo”, con el agravante que los demás podían darse cuenta de este rasgo, que tendría la misma cualidad de una alteración corporal como las anteriores: todos podían verlas.

Esto profundiza el retraimiento libidinal, puesto que de nueva cuenta no queda objeto que amar, más que él mismo, el Self es el único lugar seguro al cual replegarse, sin embargo, dicho retraimiento no implica como tal un abandono del objeto externo, sino al contrario, constituye en Rafael un doble camino: primero, el objeto externo existe y él depende de este en cuanto a la capacidad del objeto de brindar satisfacción pulsional, la cual, al no obtenerla, no es experimentada como una pérdida de amor, sino de valor; y segundo, surge la envidia del objeto al que se percibe como un “pene narcisista” proyectado que puede gozar sin inhibiciones ni culpas y sobre todo sin vergüenzas (Green, 2013 p.26) .

Este pene narcisista es un objeto cuya posesión asegura la satisfacción y que esta se experimentará en su totalidad, sin límites. Por otro lado, la rabia narcisista surge de la imposibilidad de satisfacción causada por el objeto, pero cabe aclarar, que la satisfacción se busca no como experiencia placentera, sino como liberación del deseo, es decir se habla de un deseo de satisfacción y no de la satisfacción de un deseo (Green, 2013)

Un evento de muchísima trascendencia es un cuadro de apendicitis aguda, que inicia con fuertes dolores y que llama la atención de los padres (esta vez ambos) que lo llevan a un hospital militar cercano a ellos, donde pasa un tiempo considerable esperando que lo atiendan debido a que no son derechohabientes.

Tras esto, un médico se entrevista con el padre a quien le dice que será necesario intervenirlos quirúrgicamente en caso que se confirme la apendicitis, pero el costo será elevado si deciden tratarlo ahí, el padre y madre deciden que no se atiendan ahí, debido al costo y es

trasladado a una clínica privada más pequeña donde les avisan que el apéndice está a punto de reventarse, lo que implicará complicaciones graves y un alto riesgo para la vida y necesitará equipo especializado para la atención, por lo que lo trasladan a un hospital público de tercer nivel donde finalmente lo intervienen quirúrgicamente de emergencia, dando un pronóstico reservado tras la intervención debido a que Rafael ya presentaba peritonitis y otras complicaciones sistémicas dada la tardanza en que recibiera atención, sin embargo, tras unos días, logra evolucionar positivamente e irse a su casa.

Rafael, que lo menciona como un hecho “más”, comenta que su madre se sentía muy aliviada y que decía que “él volvió a nacer”, por lo que le comunica que le va a cambiar el nombre y dado que en México el trámite es muy engorroso, parten hacia su país de origen y allá realizan el trámite donde pasa a llamarse Rafael¹³ (El nombre anterior es Samuel). Dado este cambio, donde el adolescente nuevamente se percibe como a merced de su madre, quien le cambia el nombre debido a que “vuelve a nacer” por lo tanto le renombra, dándole una modificación para que sea más a su gusto, como ha sido con todo lo relacionado con él. A Rafael no le gusta su nuevo nombre y menciona que todos le decían Sam o Sammy¹⁴ y ahora tendrá que “borrar” eso, además dado el origen hebreo, dice que no le gusta, pero a su mamá sí, por el significado religioso.

Castelnuovo-Tedesco (1981) señala la variedad de complicaciones que tiene el “agregar elementos” (en este caso el nombre) después de un trauma psíquico puesto que modifican la imagen corporal. Las complicaciones más frecuentes de dichas agregaciones son el carácter

¹³ **Rafael** es un nombre propio español masculino de origen hebreo (רפאל Refáél) que significa *Dios ha sanado* ó "Medicina de Dios". Aunque, como se comentó con anterioridad, los nombres han sido cambiados por confidencialidad, se eligió este nombre ficticio pues al igual que en el caso del nombre real, implica connotaciones religiosas importantes para la madre, aunque dichas connotaciones no son equivalentes, se procuró rescatar la importancia que los nombres tuvieran un origen relacionado con la religión judeo-cristiana.

¹⁴ Se cambió por confidencialidad, sin embargo, en el original se usaban diminutivos muy similares.

disruptivo y la gran dificultad para integrar ese elemento nuevo al Self. En ese sentido, el nuevo nombre agrega un elemento que nombra a la escisión ya preexistente, al antes y un después.

Coincidentemente por estos momentos comienza a percibir los cambios corporales propios de la pubertad y logra amalgamar una imagen parcial del sí mismo, más acorde a la imagen del Self deseada.

Es muy importante resaltar la percepción que Rafael tiene acerca de sus alteraciones corporales, ya que esto tiene influencias en la imagen del Self profundas y duraderas. El binomio de una imagen del Self denigrada y defectuosa con una imagen del Self deseada, quisquillosa e irreal da lugar a profundos sentimientos vergüenza.

En ese sentido, Fernando, J. (2003) señala que el uso de la negación masiva en la fantasía toma el papel central. Es ese tenor, las consecuencias esperadas de tales negaciones (ensoñaciones) en las cuales los defectos, enfermedades, alteraciones y carencias no están presentes varían, pero concluye que lo más importante está relacionado en cuanto al sufrimiento experimentado por las constantes desmentidas que la realidad hace a tales ensoñaciones. En el mismo sentido, Green (2013) establece que la realidad no promueve que la imagen del Self coincida con la deseada (la cual se alcanza en las ensoñaciones-negaciones en la fantasía), pero sí apoya la desintrincación pulsional.

Metapsicológicamente, para Rafael debido a la escisión sigue siendo requerido un objeto externo que sea capaz de dar la satisfacción, sin embargo, dicho objeto solo se puede percibir como una proyección narcisista de él mismo, es decir perfectamente acoplado a las necesidades de Rafael, lo cual no hace falta decir que es imposible por lo que de inmediato dicho objeto pasa a ser proveedor de frustraciones. Adicionalmente, Green (2013) señala que esta irrealidad del objeto induce por fuerza una regresión a la sexualidad pregenital.

En ese sentido, la sexualidad invade al yo, infiltrado este por pulsiones parciales sadomasoquistas y que se manifiestan en forma de una sexualidad salvaje que tiene el afán de

poseer al objeto. Esta sexualidad es descrita por Green (2013) como autoerótica, pero que aún requiere al objeto como satisfactor de ese autoerotismo objetal.

Rafael narra el profundo deseo de vincularse con una mujer, a quien inviste de los atributos del Self deseados, debe ser de cara bonita, con un cuerpo bien formado, que llame la atención de todos. Esta proyección del Self deseado contrasta con la proyección empobrecida del Self que hace con la chica que se besa en la fiesta. Refiere que es medio gordita, no es muy bonita y que es muy buena onda, pero “no está buena”, por tal no le gusta.

En ese sentido, nuevamente hace uso de la proyección como forma de relación objetal, este objeto externo es carente de lo que gusta, tiene defectos físicos (está gorda), no es alabada por los otros, es del montón y aunque anhela la satisfacción que provendría del amor objetal, siente que este vendrá aparejado con desvalorizaciones de él mismo, reconocido por otro como defectuoso y será despreciado por esto. La única manera de que esto no ocurra será llegando a la imagen del Self deseado que aparece en sus ensoñaciones y encontrar un objeto-sí mismo como él querría ser.

En Rafael, ese autoerotismo objetal es tal vez la única manifestación de la propia sexualidad busca la satisfacción con un objeto-sí mismo, aquel objeto que sea capaz de brindar la satisfacción sexual deberá ser una proyección de Rafael mismo, de quien ha sido o de lo que querría ser, por tanto solo una mujer con características grandiosas -tal cual su imagen del Self deseado- puede ser quien le provea de satisfacción al impulso sexual.

Cabe mencionar que, debido a no seguir el tratamiento preventivo, Rafael presenta un alargamiento de la mandíbula que es muy notorio, así como manierismos muy llamativos que transmiten un mensaje en cuanto al cuerpo, volviéndolo llamativo, sin embargo, es sumamente relevante señalar las deformaciones que Rafael percibe respecto de estas conductas repetitivas.

Él mueve el cuello de un lado al otro, busca tronarlo y que suene, menciona que así se relaja, sin embargo, hay un doble mensaje en esta relajación, pues menciona que así le hacen los peleadores de artes marciales mixtas cuando están a punto de pelear, además de que el crack

que emite su cuello al tronar le parece intimidante, cabe mencionar que es difícil percibir este sentido, pues da la impresión de ser un chico demasiado nervioso, cuando se expresa alza las cejas ligeramente y da lugar a un movimiento curioso de las orejas, lo cual es extraño de percibir. Rafael expresa que es un movimiento voluntario y que le ayuda a liberar tensión, sin embargo, recuerda que es un movimiento que se puede considerar excepcional, casi nadie lo hace. Al señalársele esto él dice que sí, que él no es normal (es especial), además de mover constantemente la pierna.

Es evidente en el relato que ve estos manierismos como algo que llama la atención y según él, puede llegar a ser percibido por otros como intimidante, por lo que es muestra de que desea ser visto como alguien peligroso. Estos movimientos se vuelven más evidentes cuando expresa su rabia ante eventos recientes, como que no le den el paso en la calle, y cuenta las veces que ha retado a golpes a transeúntes o conductores. Es evidente que Rafael, hace un esfuerzo por presentarse como un chico diferente a quien fue (Samuel), sin embargo, experimenta la cercanía de los otros como un intento de invasión, que acabará descubriendo su núcleo verdadero y será utilizado y avergonzado.

A pesar de que el experimentarse como alguien defectuoso, con múltiples enfermedades, deforme (por la mandíbula y sus ojos, que considera saltones) sea visto por Rafael como algo inherente a él, el sentirse defectuoso es entendido como una fantasía, como una formación de compromiso que implica conflicto e intentos de resolución de conflictos entre las instancias psíquicas (Coen, 1986).

El sentirse defectuoso implica mucho más que las alteraciones físicas en sí. Teniendo como un primer origen, la respuesta dada a las enfermedades y deformidades por parte de los padres. En el caso del padre, ejerce el rol de sustento económico, pero no se involucra con los hijos y se mantiene distante, ensimismado y solo se conoce lo que piensa y opina mediante la madre, quien hace de enlace entre el padre que ha sido capaz de procrear y mantener, pero no de generar vínculos con sus hijos.

La función paterna queda reducida a ser un instrumento de la madre, es un proveedor y colaborador de la madre para tener hijos, para tener dinero, Así mismo, para representar su papel de padre requiere de la colaboración de la madre quien transmite los mensajes de los hijos y a su vez las respuestas enunciadas por el papá.

En un segundo momento, la propia percepción de las diferencias físicas entre Rafael y sus compañeros dotan de un sentido aún más amplio el ser defectuoso. No solo existe el shock de darse cuenta de las diferencias en cuanto a aspecto y capacidades físicas, sino que le acompaña una evaluación negativa de sí mismo por dotar significancia narcisista al defecto, la carencia narcisista originaria se resignifica en el cuerpo.

Esto le da una traducción de déficit al propio cuerpo y al Self, lo que da origen a una alteración desproporcionada. Los rechazos maternos y de las personas en general se deben a esas carencias y déficits que dan lugar a un estado de deseo permanente, deseo de completud, que solo puede ser dada por el objeto externo (los otros), pero solo se podrá lograr si Rafael es cambiado, si toma la forma grandiosa que se supone debe ser, la cual no alcanza nunca y siente vergüenza y se retrae cada vez más, pues solo puede encontrar un estado de satisfacción por medio de la negación masiva de quién y cómo es percibido, siendo entonces la ensoñación el único lugar donde es amado por los objetos externos quienes son dominados por Rafael sin defectos y grandioso.

La constante desilusión de experimentarse y experimentar el mundo cada vez más distinto de las ensoñaciones provoca rabia narcisista, que tiende a descargarse en sí mismo, debido a la posición ambivalente respecto del Self. Rafael odia a la parte del Self que percibe como débil, defectuoso y vergonzante y busca aniquilarlo, así como al mismo tiempo odia a los objetos externos por no satisfacer sus necesidades y frustrarlo.

Esto último tiene implicaciones importantes debido a que la rabia narcisista experimentada por las desmentidas que el mundo hace respecto de la imagen del Self deseada y experimentada en las fantasías hace uso de la pulsión de muerte resultante de la

desintrincación pulsional que ocurre cuando el Self se inviste a sí mismo y se satisface a sí mismo en la fantasía, quedando la pulsión de muerte al servicio del deseo de venganza contra los objetos externos frustrantes y en última instancia contra el propio Self que percibe devaluado y carenciado y que puede ser usado como instrumento para lograr control de los padres por medio de su sufrimiento.

Esto queda al descubierto en el episodio referido cuando acude a una fiesta sin permiso y se ausenta del hogar dos días. Al regresar nota con sorpresa que no es reprendido, solo su padre se acerca a hablar con él, mandado por su madre.

Tras una breve charla, Rafael decide poner en marcha un acto de agresividad dual, una forma de venganza hacia sus padres por no hacerle caso y al mismo tiempo hacia él mismo, pues decide cortarse la cara posterior del antebrazo derecho con una navaja de afeitar. Queda claro que la intención de dicha autolesión trasciende el dañarse, puesto que tras asegurarse que las puertas estaban cerradas inicia una transmisión en vivo a través de redes sociales para alertar a sus contactos que está a punto de cometer suicidio.

Esto se lee como una conducta parasuicida¹⁵ a partir de la verbalización de Rafael donde expresa que el pensamiento predominante cuando inicia esta acción autolesiva es: “Ahorita van a ver”, sin embargo se intuye también cierta disociación puesto que los cortes (en total 7) son realizados de manera longitudinal y profundos, lo que da lugar a una abundante hemorragia, cosa que provoca que alguno de sus contactos de redes sociales llame a sus padres para dar la alerta y ambos padres y su hermano se dan a la tarea de abrir la puerta del baño donde se encontraba encerrado y llevarle al médico.

¹⁵ Término acuñado por Kreitman et al. (1970) para hacer referencia con él a las conductas aparentemente suicidas, que en realidad no buscan la muerte si no una serie de cambios ambientales en el entorno.

En el respecto de la mencionada disociación, Rafael menciona que se sentía asustado de sí mismo puesto que se estaba haciendo daño, pero de manera concomitante sentía gusto de “verlos corriendo asustados” por su culpa.

En el apartado siguiente se mencionarán otros aspectos respecto de este evento, sin embargo, es importante mencionar que resultado del afrontamiento con suturas a las heridas del antebrazo le quedaron cicatrices amplias y gruesas, las cuales Rafael mostraba sin miramiento. Tras esto, usaba camisetas con mangas cortas que dejaban ver su brazo y daba la impresión de que estas marcas corporales le transmitían orgullo. Al ser cuestionado sobre esto, respondía que le parecía que los demás lo verían como alguien intimidante y dominante. Esta alteración corporal es vista como más cercana a su ideal de ser alguien sin miedo y por lo mismo superior a los demás.

Es importante recalcar que, para Kernberg (2014), dichas reacciones agresivas pueden ser resultado de la emergencia de las relaciones objetales primitivas internalizadas y los investimentos afectivos primitivos que las asisten; más puntualmente señala la identificación inconsciente con objetos hostiles poderosos (los padres) por lo que la destrucción de estos puede lograrse a través de la destrucción del propio cuerpo del paciente.

4.3 Las alteraciones corporales y la fijación a las sobre gratificaciones compensatorias como estructurantes caracterológicas en Rafael.

Dejando de lado la especificación sobre si debe hacerse referencia a la organización más o menos estable de Rafael como carácter o personalidad, se utilizará la primera debido a que fue Freud (1916) el primero que hizo referencia a esta organización típica, en la que se justificaban ciertas conductas psicopáticas y antisociales con el supuesto de que debido a una enfermedad física, quien las padeció había pagado por adelantado el sufrimiento y ahora debería ser recompensado siéndole permitido un trato por encima de todas las normas.

Fernando (1997) identifica al carácter de la excepción como una alteración del narcisismo, propia de haber padecido alteraciones físicas (enfermedades o deformidades) y recibir sobre compensaciones, es decir un trato excepcional por parte de los padres y al uso de negaciones masivas en la fantasía. Estos rasgos son importantes predictores debido a que existen otros tipos de “excepciones” como son las mujeres muy bellas de Jacobson (1959) o el niño judío presentado por Kestenberg y Brenner (1986) que sobrevivió al holocausto y desarrolló el carácter de la excepción tras no haber sido enfrentado a límites por parte de sus padres que presentan ambas características.

Es posible inferir que las alteraciones físicas, o bien no fueran la primerísima causa del desagrado materno o que estas se hayan presentado tras el nacimiento, sin embargo, fungieron de elementos organizadores del psiquismo.

Winnicott (1981) señala que las carencias ambientales tras superar la dependencia extrema suelen acarrear dificultades afectivas y dar lugar a organizaciones esquizoides, así, en concordancia con Aulagnier (2010), el papel de la madre en la estructuración del psiquismo rebasa los cuidados del cuerpo pues estos se encuentran atravesados por el discurso materno sobre el hijo, la sombra hablada depositaría de proyecciones, idealizaciones, deseos maternos entre otras, cuando esta sombra hablada y el hijo van resultando incompatibles, dan lugar a consecuencias como son borraduras en el psiquismo y que dan lugar a una escisión temprana.

Sobre esta escisión se organizará un yo, carenciado de origen, aunque la explicación del porqué la carencia ocurrirá a posteriori. Es probable que la enfermedad somática sea un canal comunicativo entre el niño y la madre, sin embargo, aunque respondido, no satisface del todo, una parte escindida queda deseante del amor y la otra satisfecha en el cuerpo no experimenta la cancelación de necesidad somática como fuente de placer.

Reducimos la compleja relación con su madre al hecho de permitirle atención médica pronta y de más o menos buena calidad, dejando en blanco el espacio del por qué daba solamente atención cuando Rafael enfermaba, sin embargo, a consecuencia de esto, le permitía

faltar a la escuela, no hacer tareas, no tener límites en casa y reclamaba que sus hermanos tuvieran consideraciones especiales con él.

Esto se volvió una pauta: ser alguien enfermo – debido a esto reclamar un trato especial – estar exento de la aplicación de las reglas.

Ejemplos de esta pauta los encontramos en situaciones diversas de distintos niveles de gravedad, siendo el de mayor gravedad cuando se corta el brazo con una navaja de afeitar de manera profunda, es atendido médicamente y se insta a que sea internado en un hospital psiquiátrico para recibir tratamiento mientras permanece en observación; sin embargo, la madre no está de acuerdo en dicha medida y decide firmar una carta responsiva para que Rafael continúe el tratamiento en casa y asegura que será vigilado por ellos.

Rafael expresa que a su regreso a casa no experimento cambio alguno, exceptuando que los vio preocupados por él y le escondieron las navajas de rasurar. Explica que fue bueno que no lo internaran porque había mucha gente que “sí estaba mal”.

La interrupción del proceso terapéutico se da como resultado de las reiteradas y consecutivas faltas a las sesiones. Esto está contemplado en la normativa del Centro Comunitario y da pie a la interrupción del tratamiento. Esta norma se especifica a los consultantes al iniciar los procesos y firman de conformidad con esta. Rafael se presentó a sesión tras cuatro faltas consecutivas, alegando que “había olvidado” que tenía que asistir, por lo que se le notificó la interrupción del proceso señalando que él había decidido interrumpir la psicoterapia al no apegarse a los lineamientos del servicio.

Esto no parece importarles de inicio y está de acuerdo con que se aplique la norma, sin embargo, días después la madre se comunica con el terapeuta para “meter un documento o algo” para que no suspendan la psicoterapia puesto que su hijo la necesita mucho y alega que, incluso, el psiquiatra le ha dicho que está en alto riesgo y no debe suspender. Se explica a la mamá que justo la interrupción del servicio es resultado de la decisión de su hijo, por lo que en respeto a esa decisión no habría manera continuar, pero de acuerdo con la misma normatividad,

en el periodo semestral siguiente podría nuevamente solicitar el servicio, pero deberá hacerlo directamente Rafael, puesto que para ese entonces ya será mayor de edad.

Cabe mencionar que en repetidas ocasiones se presentó Rafael en el centro comunitario con diversos regalos para el terapeuta, bajo el supuesto de estar agradecido por la atención que hasta antes de la interrupción había recibido, sin embargo, se rechazaron dichos regalos haciendo énfasis que la normatividad impedía que se aceptaran.

4.4 Análisis de procesos transferenciales-contra transferenciales

Conocí a Rafael tras haber leído los documentos que en ese momento el Centro comunitario integraba a los expedientes de primera vez, de los cuales, el principal, da noticia del motivo de consulta, antecedentes inmediatos, estructura familiar, así como copias de Identificación con foto del consultante (credencial de una institución privada, de cierto renombre en el país) y su tutor. El motivo de consulta mencionaba problemas de aprovechamiento e intolerancia a la frustración.

Al llamarle, me sorprendió lo distinto que lucía en persona a la foto de la identificación ya que a pesar de haber sido de reciente emisión en la fotografía se veía mucho más joven y muy sonriente, por el contrario, en persona daba la impresión de esmerarse en lucir como un chico rudo, con corte de cabello semi rapado de los lados de la cabeza, pero largo de la parte superior y sujetado con una cola, además de lucir barba y bigote.

Al pasar al consultorio, me presenté como terapeuta posgraduado y actual residente de la Maestría en Psicología y le pedí se presentara y me contara sobre su motivo de consulta.

Tras terminar mi presentación, me resultó evidente que le llamó la atención el hecho que “no fuera estudiante”, además de su expresión facial, me dijo que los que le habían tomado los datos sí lo eran y pregunta sobre si acomodan a los pacientes por gravedad o por qué. Le

aclaré que mi estatus era de estudiante de la residencia en psicoterapia para adolescentes y debido a que él se encontraba en el rango de edad del programa, había sido asignado al programa, lo cual pareció hacerle perder interés.

Desde el punto de vista contratransferencial, el cual a decir de Green (2013), a veces precede a la transferencia misma, me dio la impresión de que fue una sorpresa gustosa para el paciente el sentirse atendido por un profesional y no un estudiante, lo cual sin duda sería un reconocimiento a lo especial que es, al menos para el tratamiento. Sin embargo, al enterarse que su inclusión al programa de atención se debía a su edad perdió el interés, entendiendo que no había recibido un trato preferente.

Refirió que su mamá lo había llevado por que reprobó todo el semestre anterior y esperaba que así ella entendiera que la escuela no le gustaba y deseaba no se le volviera a inscribir. Por el contrario, ella estaba muy molesta de que él no fuera buen estudiante como sus hermanos. Se quejó amargamente de no ser comprendido y que se le exigiera acudir a la escuela, cuando claramente él tenía otra vocación. Al preguntársele cuál era esta, dijo que quizá algo relacionado a los coches, aunque no lo tenía claro.

Me resultó llamativo los manierismos de Rafael: se tronaba el cuello moviendo la cabeza bruscamente de un lado al otro, como lo hacen quienes están a punto de pelear en artes marciales mixtas, además su pierna izquierda se movía de manera rápida y constante denotando nerviosismo. También al momento de alzar las cejas movía de manera curiosa las orejas hacia atrás y adelante. Este último me llamó la atención y le pregunté sobre la naturaleza de lo que él llamaba tics, si los hacía a voluntad y mencionó que sí, que siente que le ayudan a relajar la tensión, por lo que cuando está más tenso los hace más pues siente la necesidad, aunque considera que sí es totalmente voluntario.

Esto me llevó a pensar que no se trata de alguna afección neurológica como el Síndrome de Tourette ¹⁶, pero quise profundizar sobre su desarrollo corporal y explorar sobre enfermedades que ha padecido y menciona que los “tics” son un defecto, pero solo uno de tantos y me comenta sobre las visitas a los médicos, los aparatos de ortodoncia y ortopedia y que le creció la mandíbula, me comenta que la barba provoca que se vea menos defectuoso.

Rafael no le concede mayor importancia al fracaso escolar, pues lo atribuye a que no es bueno para eso, y que cuando encuentre lo que es para él le va a ir bien. Me comenta que le apasionan los coches, que tiene permiso de conducir provisional, y su madre y hermana le prestan su coche (su hermana vive en el extranjero) y le gusta conducir arriba de 100 km/hr, dice que le gustan las emociones fuertes, al yo preguntarle sobre el riesgo que implica para él o los demás, encoge los hombros y dice que no piensa en eso.

La impresión que me da es de querer transmitirme una imagen de alguien incomprendido, que tiene algún tipo de talento no descubierto y que sus intereses y forma de ser no podían ser entendidos por los demás. Sin embargo, tras transcurrir las primeras entrevistas, me resultó llamativo el hecho de una doble opinión sobre sí mismo, contradictoria, y en ocasiones me parecía estar frente a un chico en apariencia muy seguro de sí, incluso engreído, y en otras, él mismo desmentía esto a veces dentro de un mismo fragmento de discurso.

R -Se que nos besamos con Valentina porque estábamos pedos, o sea si nos llevamos muy bien y sé que estoy guapo, pero sé que no le puedo gustar a ella.

Terapeuta- ¿Por?

R- No sé, no le puedo gustar, somos amigos.

¹⁶ El síndrome de Tourette es un trastorno neuropsiquiátrico, hereditario, que se inicia comúnmente en la niñez y que se caracteriza por un curso fluctuante de tics motores crónicos múltiples y tics verbales (Cornelio-Nieto, ,2008).

T-Me llama la atención que expresas que eres guapo, pero no le puedes gustar, es contradictorio ¿no?, Lo dices como si fuera imposible que se sienta atraída a ti, aunque has dicho que se llevan bien y te besó en la fiesta, como si los amigos no pudieran gustarse.

R-Yo siento que no le puedo gustar a ella, estábamos pedos, aparte ella no me gusta mucho, porque no es muy bonita, a mí me gusta que estén mmm, pues sí, buenas

T- ¿No será que piensas que no le puedes gustar porque tú no eres tan guapo?

R- (se mueve de la silla, estira y truena su cuello) Es que no sé, en realidad sé que sí estoy feo.

T- ¿feo? Habías dicho que estás guapo...

R- Es que a veces me veo en el espejo y la verdad me veo guapo, o sea sí sé que estoy guapo, pero al mismo tiempo pienso que no mucho, luego por ejemplo la mandíbula la tengo chueca y no sé, ya si me pongo a ver quizá los demás piensen que estoy defectuoso.

T-O sea que piensas que estas guapo, pero estas defectuoso... ¿se podrá ser los dos?

R- No, o sea sí, pero la gente guapa esta guapa y ya, se ven bien, les va bien yo veo que les va bien.

En repetidas ocasiones que le señalaba las contradicciones, me daba la impresión de que Rafael se sentía descubierto. Sin embargo, dado que la mayoría de las primeras sesiones se centraban en el relato actual (abandona la prepa, la mamá lo inscribe en un par de escuelas técnicas especializadas en mecánica de autos y motos y el malestar derivado de esto) de alguna manera quedé atrapado en hablar de quien es ahora, de las chicas que le gustaban, de las clases y como iba perdiendo el interés en estas, además de sentir coraje contra él mismo.

A mí me daba la impresión de la existencia de muchos autorreproches y una melancolía siempre presente y, de alguna manera, dejé de tomar en cuenta la historia clínica realizada en el primer momento del tratamiento, así como los antecedentes biográficos.

Al supervisar el caso, mi supervisora me señaló el hecho que me había centrado en el presente únicamente, como si existiera un corte en la historia y no estaba profundizando ni ligando cosas actuales con las pasadas. Se me señaló que mi supervisora tenía la impresión que el paciente me caía bien y que me había aliado con este hablar solo del presente, ¿para esconder un pasado vergonzante? Por igual me comentó que a mi supervisora le daba la impresión de que no eran autorreproches por sentirse culpable, sino que el paciente sentía vergüenza de sí mismo.

Tras estos señalamientos reflexioné que igual había percibido que Rafael centraba el discurso en cosas superfluas, como que había conocido a una chica que le atraía, puesto que su mamá comenzó a llevarlo a la iglesia a la que ella asiste y lo integró al grupo de jóvenes. Me dio la impresión de que yo mismo estaba experimentando las ganas de no explorar las vivencias pasadas pues me daba pena preguntarle, o hacer señalamientos respecto de que en ocasiones me daba la impresión de que él buscaba transmitirme una imagen “prefabricada” de chico rebelde y que sus problemas se limitan a esta rebeldía y sus deseos de tener novia.

Me resulta claro que estaba actuando la contratransferencia, más que una “ceguera temporal” o una reacción emocional de tipo consciente, estaba teniendo lo que Kernberg (2010) llama “contraidentificación” (p. 62), es decir una pronunciada y constante identificación con el paciente la cual permite la emergencia de impulsos que siguen la ley del Tali3n, y en la cual se da amor por amor y odio por odio.

Yo me sentía el avergonzado por preguntar sobre el pasado y compelido a decidir que lo ya relatado por el adolescente en su historia de vida no existiera o no fuera importante. Debo reconocer en este aspecto que como menciona Kernberg (2010) las fuertes reacciones contra transferenciales (actuadas por mi) revelan las ca3ticas manifestaciones del paciente y que en este momento del proceso no fue correctamente dilucidado como una suerte de identificaci3n proyectiva, por lo cual tras las entrevistas iniciales me hubiese podido dar cuenta de la gravedad de las afectaciones de Rafael.

Consistente con la presentación de la imagen “prefabricada” que él deseaba transmitir narra un evento donde sus compañeros de escuela (del taller de autos) le dijeron “cuñado” (como broma, debido a que Rafael llevó el carro de su hermana) y él se enfurece y tras terminar la clase se marcha conduciendo con gran agresividad y a alta velocidad, además de que desea no continuar con las clases.

Tras el relato me animé a señalar que su reacción de furia me parecía desproporcionada para un comentario y que quizá dicha reacción se debiera a que esta vivencia quizá conectara con otras ocurridas en su pasado.

La respuesta de Rafael fue de nueva cuenta narrar que él sentía mucha rabia cuando le faltaban al respeto. Me ejemplificó situaciones recientes donde le había roto los espejos laterales a los coches que no respetaban las cebras del paso peatonal o que se había bajado para intentar golpear a algún conductor que a decir de él se le había cerrado.

Esto me sorprendió porque no había hablado de ese tipo de agresiones hacia otros. Hasta ese momento yo mantenía la hipótesis que era un adolescente con dificultades derivadas de un ambiente familiar contradictorio del cual quería emanciparse a través de una imagen de falsa rudeza y del fracaso escolar.

Como mencioné con anterioridad, esto da certeza a mi actuación de la contratransferencia ya que el fracaso escolar había sido una constante en su vida y quedaba clara la actuación de impulsos agresivos mediante conductas riesgosas para él mismo y otros cuando manejaba vehículos a velocidades superiores a las permitidas. A pesar de lo anterior, yo me sentí sorprendido y comencé a tratar de clarificar sus deseos de que los demás le mostraran respeto y su intolerancia al humor cotidiano el cual vivenciaba como agresiones hacia su persona de las cuales necesitaba desquitarse.

A pesar de lo anterior, comencé a reconocer un gran impulso de agresión y destructividad que se asomaba cuando se sentía agredido y el cual a veces actuaba pues atacaba los espejos de los coches u objetos de las personas que lo hacían enojar y aunque no llegaba a

agredir a las personas directamente si las ponía en riesgo al conducir a altas velocidades o llegaba a atacarse a sí mismo, ya sea mediante insultos o autolesiones de las cuales me iría enterando con posterioridad.

Clínicamente comencé a pensar que el chico presentaba una personalidad falsa, la cual evidentemente tenía frente a mí con su aspecto rudo. Sin embargo dicha personalidad rebotaba fragilidad, puesto que bastaba una simple broma para que se sintiera herido y buscara defenderse con rabia.

Al señalar y explorar este aspecto agresivo, él orientaba su discurso hacia fantasías de dominación de los otros y su deseo de ser temido. En concordancia con esto, manifestaba una auto valoración en términos infantilizados y fantasiosos: deseaba ser el más guapo, tener a la novia más guapa y buena, gozar de éxito económico y hacer entradas triunfales a la escuela en un coche deportivo e imponente.

Dichos deseos fantasiosos contrastaban con lo que sucedía en su vida. Usualmente conducía el coche de su madre, el cual era un auto de gama media-baja, sin nada llamativo y aunque su situación socio económica correspondía a una persona de clase media-alta quedaba claro que él no manejaba dinero y acudía a servicios destinados a sectores menos favorecidos.

Al señalarle lo contradictorio de sus deseos y su cotidianidad de igual manera de enfrascaba en fantasías que se basaban en experiencias de supuestos logros de personas que había conocido en un curso de coaching quienes se habían vuelto ricos de pronto y en la demanda hacía sus padres de que le suministraran dinero para hacer negocios similares y volverse rico él también.

Me resultó muy llamativo la poca valoración que hacía de los otros, puesto que surgen en el discurso como elementos bien presentes, pero a los cuales se les teme y odia (como los compañeros de la escuela) pero se les necesita para algo y son capaces de frustrar o no al adolescente, pero no como objetos de amor o percibidos como amorosos. Las personas solo accedían a una suerte de admiración cuando tenían éxito material, dinero o eran populares.

A pesar de esto, decidí de manera consciente no señalar y esclarecer esta percepción que tenía del chico, esta vez para no incomodarlo y que decidiera abandonar el proceso.

En ese sentido, como mencionan Fliess y Reich (citados por Kernberg, 2010) la experiencia emocional del terapeuta sirve para inferir el funcionamiento psíquico de este tipo de pacientes, puesto que dicho funcionamiento a menudo se da por duplicado en el terapeuta.

Sin embargo, debo admitir que no fui de señalar ni de trabajar en ese momento con mis reacciones contra transferenciales, debido a que me sentí amenazado por él (de que interrumpiera el proceso por mi incompetencia) lo que constituyó de nueva cuenta una actuación de la contratransferencia: Mantenía fuera de la consciencia las partes agresivas de él y hacía como si no existiesen, lo cual como bien mencionan Yeomans et al. (2016) y Kernberg (2010) es una reacción común en terapeutas que trabajan con pacientes muy regresivos; quedan atrapados en la lucha de reacciones emocionales internas desencadenadas por estos pacientes.

A partir de esto, me dio la impresión que las sesiones se ocuparon por un Rafael que oscilaba entre alguien que se percibía grandioso, como un talento no descubierto, que un día llegaría a cumplir estos deseos infantiles y sádicos de dominación y poder y en otras me parecía un adolescente muy frágil y asustado, incluso de sí mismo y que hacía referencia de mucho dolor y enojo porque sentía que su mamá lo veía por debajo de sus hermanos y a su vez, estos lo veían como defectuoso, especialmente su hermano mayor a quien Rafael veía en todo superior a él (excepto en que a Rafael le crecía barba cerrada) y cuando decía esto solía llorar con profunda tristeza.

Contra transferencialmente me despertaba mucha simpatía, lo cual se me señaló en supervisión, así como el hecho de que centrarme en que hablase de sus fantasías donde dominaba violentamente a otros sin hacer señalamientos al respecto, parecía que aprobara estas y que esto lo alentara a que finalmente atacara a alguien.

Tras esto, sentí que no se le comprendía lo suficiente al paciente o que yo no estaba transmitiendo adecuadamente sus necesidades. Sin embargo, reflexioné que estaba

comprometiendo mi neutralidad como terapeuta y en realidad sí estaba colocándome de su lado, como si tuviera razón en ser así, me daba la impresión de que -era lo justo-.

Esto último empata bien con lo señalado con Green (2013) y Kernberg (2010) quienes enfatizan que la contratransferencia es una fuente eficaz de información sobre el paciente, la cual es necesario pensar, metabolizar psíquicamente y ofrecer de vuelta al paciente con el objetivo de integrar los aspectos escindidos del sí mismo.

Tras esto comencé a realizar señalamientos anudando lo expresado en las entrevistas iniciales, esos temas que parecían estar olvidados. Lo que me llevó a encontrar los relatos dolorosos sobre cómo se sentía defectuoso respecto de sus hermanos y posteriormente de los otros niños, del coraje de sentirse lisiado, de que los demás le hicieran burla y de sus constantes fantasías donde él era finalmente reconocido por los otros como el mejor, el más fuerte, el más atractivo y exitoso, sin embargo, tras estas venía la decepción de ver que esto no correspondía a la realidad y que constantemente tenía que intervenir su mamá para pedir tuvieran un trato especial hacia él debido a sus problemas.

Al pasar el tiempo, las sesiones dejaron de tratar sobre un Rafael agresivo, con problemas para controlar su ira y pasaron a un discurso lleno de dolor, por la injusticia de haber padecido enfermedades graves que le llevaron a perderse de múltiples vivencias además de uno de sus nombres (su madre le cambió el nombre es Estados Unidos tras superar una apendicitis), sin embargo, sentía que en cierto momento Rafael trataba de causarme lástima, lo cual devolví diciéndole que tenía la impresión que él sentía lástima por sí mismo, sin embargo, había logrado superar las enfermedades con bastante éxito.

Esto pareció molestarlo pues me dijo que sí, pero había sufrido mucho y que justo su madre le decía eso y le exigía cosas, como pararse temprano, sumarse a las labores domésticas y lo de la escuela y justo era que no “habían” (¿también el terapeuta?) entendido que él no era normal y se le pedían cosas sin comprenderle.

Tras esta sesión, Rafael me expresó una petición y nueva información relevante. Primero solicitó que si fuera posible hablara con su mamá para “que lo dejaran entrar a box”, pues le haría bien para sacar su coraje y después notificó que se autolesionaba, se hacía cortes con una navaja de afeitar en los hombros desde hacía ya tiempo atrás y había comenzado a hacerlo en los antebrazos, tras este hecho los mostró sin ningún pudor de hecho usaba playera manga corta por lo que eran evidentes.

Me dio la impresión de que el adolescente sentía orgullo de mostrarme las cortadas, cual si fueran la muestra de su potencial agresivo. Le señalé este hecho además de mencionar que me daba la impresión de querer comunicar que el proceso terapéutico no tenía éxito, puesto que su malestar y condición empeoraba, además del deseo de utilizar al terapeuta para lograr un permiso de la madre. Rafael se dijo confundido por esta intervención y agregó que no había pensado eso y que solo había sentido el deseo de hacerlo porque estaba triste y cortarse lo aliviaba, además pensaba que el box podía ayudarlo a que no siguiera haciendo eso.

Señalé que, de acuerdo con nuestro encuadre inicial, los cortes eran uno de los puntos marcados como excepciones al acuerdo de confidencialidad, por lo que efectivamente buscaría hablar con su madre para darle noticia, sin embargo, el paciente remató diciendo que ella ya sabía y que no me había dicho porque le daba pena.

La madre fue quien me llamó por teléfono y confirmó que tenía conocimiento y que estaba preocupada, pues pensaba que ya no lo hacía. Sin embargo, centró su discurso en que quería que Rafael volviera a la escuela y que una amiga suya había hablado con él debido a que era mamá de uno de sus amigos y -lo convenció-, me pedía de favor que le ayudara a que volviera a la escuela porque “él es un buen niño, nomás le hace falta un empujón” .

La siguiente sesión abordé el tema y me dijo que la amiga de su mamá era psicóloga y había empezado a ir con ella también, para lo de la escuela, pero que no le contaba todo porque no le fuera a decir a su mamá, por mi parte le comenté que llevar dos procesos paralelos era contraproducente y le pedí a él que tomase una decisión y me la comunicara.

Debo decir que me sentí traicionado por la madre y su hijo, pues era a mí a quien no le contaban todo. Transferencialmente fui colocado en el lugar del padre al que no se le cuenta más que lo necesario para obtener algo de él. En supervisión se me confirmó que era necesario que él escogiera que proceso iba a seguir.

Tras estos eventos, e intervenciones respecto a “no decir todo”, Rafael mencionó que así era su madre (¿y él?) que siempre tenía intenciones ocultas para acomodar todo a como ella quiere, pero que él prefería asistir al proceso del Centro Comunitario, pues ya me había contado mucho y “le daba hueva empezar de nuevo”, además se sentía en confianza.

El proceso continuó, y Rafael comentó que su papá era demasiado tacaño, dedicando un par de sesiones a hablar sobre él, mi intervención fue a señalar que era una especie de doble vida, tenían acciones de “pobres” como ir a la atención psicológica más barata y acciones de “ricos” pagando escuelas de alto nivel, incluso los hijos de ambos tenían doble nacionalidad y que a conveniencia usaban una u otra, esta vez cuestioné cuál de las vidas traía él a la terapia.

La siguiente sesión llamó la madre para avisar que no asistiría Rafael pues debía asistir a una evaluación de la nueva escuela. Dos semanas después de iniciado el curso, nuevamente llamó por teléfono la madre para solicitar una constancia de que su hijo asistía a terapia, además de recomendaciones de trato, pues alegaba que la directora no quería a su hijo. La directora del plantel se comunicó días después para solicitar un documento que declarara si Rafael estaba o no en condiciones para asistir a la escuela sin ser un riesgo para él u otros.

Es importante señalar que la idea de que la directora del plantel “no quería” a Rafael se originó, porque el Adolescente había tirado la mochila de una compañera al bote de basura y ella lo denunció. A decir de Rafael, este fue un evento que le causó mucha risa, pues esta compañera primero se había expresado mal de él y decidió tirarle su mochila en venganza. No existió un asomo de culpa, sino un claro disfrute por haberse desquitado, tampoco parecía haber consciencia del porqué la molestia de las autoridades, tanto por parte de él como de su madre.

Se elaboró dicho documento, el cual no se entregó debido a que unos días tras esta solicitud Rafael abandonó la escuela. Cabe mencionar que en supervisión se me hicieron fuertes señalamientos respecto de que yo no sabía si efectivamente el adolescente era capaz de ser un peligro para otros o no, lo cual a mí de primer momento me pareció una exageración ya que de nueva cuenta estaba pensando al adolescente como un chico inofensivo, a pesar de las claras agresiones hacia otros cuando estaba enojado y de los ya visibilizados potentes impulsos agresivos en él.

Como manifestación de dichos impulsos, en los días siguientes las autolesiones continuaron en los antebrazos y en la supervisión expresé mi preocupación por la poca mejora a pesar de que Rafael era un paciente que asistía puntualmente a sus sesiones. En este espacio, mi supervisora manifestó que al parecer el paciente solo iba a las sesiones para tener un testigo o público de sus actuaciones y que pensara la posibilidad de condicionar el tratamiento si las autolesiones no se detenían.

Tocó una fecha festiva y Rafael tras no recibir un permiso para asistir a una fiesta se ausenta del hogar un par de días. Al regresar, encontró que su familia no le dice nada, excepto su padre, quien se acerca para pedirle que no lo haga de nuevo puesto que preocupa a la familia, y Rafael decide encerrarse en el baño y se corta en repetidas ocasiones los brazos con la navaja mientras hace una transmisión en vivo de estos hechos a través de sus redes sociales. Es una de las amistades quien ve dicha transmisión que da aviso al hermano y este, a su vez, a los padres. Este evento termina con una visita de Rafael primero a un médico privado quien sutura y después a un hospital, que les refiere por su parte a un hospital psiquiátrico, sin embargo, la madre y Rafael declinan el resguardo.

Tras estos hechos me quedaba claro que mi supervisora había tenido razón, el paciente cada vez hacía más pasajes al acto sin que yo sospechara nada debido a la colaboración en las sesiones, así como la asistencia ininterrumpida, por lo que le mencioné a Rafael que condicionaríamos el tratamiento, a lo que respondió que estaba de acuerdo. Por primera vez

sentí al paciente asustado, me narró que tenía miedo de hacerse más daño y se decía arrepentido por no haber aceptado el resguardo hospitalario, sin embargo, en la misma sesión me contó también sobre el placer de ver a todos corriendo por su causa, que en ese momento disfrutaba de ver a todos preocupados por su estado y que por eso le darían ganas de hacerlo de nuevo.

Esta vez confronté la contradicción de ambas partes, el miedo de él mismo y el gozo de una parte de él por infligir dolor a los demás, específicamente a través de su cuerpo. Él reaccionó diciendo que reconocía que a veces no sabía bien quién era, que no tenía claro si quería a los demás o los odiaba. A pesar de que Rafael siguió mostrando apertura hacia mí, noté que experimentaba mis intervenciones que apuntaban a señalar el incumplimiento constante que hacía de las normas, como agresiones. Lo señalé y lo negó. Por otro lado, reapareció el intento de usarme para sus fines, argumentando que pronto sería su cumpleaños y quería hacer “una peda”, pero su mamá no lo dejaría debido a la medicina que le había mandado el psiquiatra y me pedía que hablara con la madre, a lo cual me negué.

Rafael comenzó a llegar tarde a las sesiones por diversos motivos y faltó a una, avisándome que había chocado. El tono de las sesiones se mudó a sentirme una especie de persecutor del paciente, puesto que ahora me daba la impresión de estar frente a alguien que se presentaba y se asumía como víctima de la vida, pero sacaba ventaja de esto para librarse de cualquier tipo de responsabilidades, lo cual señalé en varias ocasiones, de manera puntual tras el evento del choque, del que terminó culpando al otro chofer, siendo él reconocidamente el culpable.

Él sólo expresó que este tipo de acciones lo hacía por “chingón”, a lo que devolví que probablemente ese ser chingón a través de la trampa y no del esfuerzo no le proveía de autorrespeto, pues en el fondo la trampa siempre es una mentira, no se es chingón de verdad. Esta intervención molestó mucho a Rafael, quien faltó cuatro sesiones seguidas, lo que según la normativa del centro procede a la interrupción del proceso.

Confirme su asistencia unas horas antes de la hora de la sesión a la cual llegó de nueva cuenta tarde y aludió que pensó que no llegaba, respecto de las faltas dijo llanamente que -se le olvidó-.

Se le comunicó que como era de su conocimiento el centro tenía reglas, las cuales decidió no seguir, por lo que se daba por entendido que no deseaba continuar con el proceso terapéutico, sin embargo, se le recordó que podía solicitar un reingreso el próximo semestre.

Él adolescente comentó que lo entendía y que era posible que el siguiente periodo no estuviera en México debido a que se iría a Estados Unidos para alegar que recibió educación en su domicilio debido a un problema de salud y así obtener el certificado equivalente a la prepa de aquí.

Como parte del cierre le comenté que era curioso que al parecer justo la pauta era descubrir la manera que a él se le hiciera una excepción en el cumplimiento de las reglas, argumentando en primer lugar problemas de salud (o cualquier otra cosa) que, si bien habían ocurrido, no están relacionados y se hacía uso de estos para un beneficio adicional. Rafael se dijo de acuerdo y responsabilizó a su madre.

Asimismo, agregue que las personas estamos sujetos a reglas y nadie somos una excepción total a ellas. Devolví los aspectos que me parecieron relevantes, su compromiso y constancia iniciales al tratamiento, pero también señalé que él había tomado la decisión de terminar el proceso al no acatar la normatividad del centro comunitario a las cuales él y yo estábamos sujetos en cuanto al tratamiento.

Tras estos hechos, reflexioné sobre la importancia que había tenido el haber interrumpido la atención psicológica a pesar de las conductas de riesgo del adolescente, entendiendo que estas distaban mucho de ser actos impulsivos, sino parecían actos planeados a gran detalle para conseguir un efecto en los otros, teniendo en cuenta el exhibicionismo además de la cualidad de las autolesiones, claramente llamativas, pero poco profundas, además

del orgullo con el que las marcas de estas eran portadas, sumado a la respuesta de la familia de brindarle un trato especial después de que se lastimaba a sí mismo.

Además, a lo largo del proceso se hizo claro el afán de Rafael por actuar al margen de la ley y consecuencias, lo cual trato de replicar en el proceso y de haber cedido tal vez él hubiese tenido aún más evidencia de que merece un trato excepcional debido a su historia y condiciones anteriores. Decidí no citar a la madre ya que al momento del egreso el paciente ya era mayor de edad, solo le comuniqué por teléfono lo ocurrido y que, en caso de que Rafael decidiera retomar la atención, se requería solicitarla él directamente por causa de su edad. La madre por su parte se dijo apenada y pidió disculpas a nombre de su hijo y de ella por no recordarle la programación de las sesiones y pidió que siguiera atendiendo a su hijo de manera privada a lo cual me negué.

Pocos días antes del momento de escribir estas líneas, se comunicó vía WhatsApp de nueva cuenta la madre de Rafael preguntándome sobre si el centro comunitario estaba prestando servicio, a lo que respondí que no debido a la pandemia, tras esto me expresó el deseo de que atendiera a su hijo nuevamente a lo que respondí que, debido a mi condición de residente del centro comunitario, no podía tomar de forma privada a los pacientes que había atendido ahí.

La razón de mi decisión estrictamente personal tiene que ver con la nula demanda terapéutica de Rafael quien, desde mi perspectiva, verdaderamente experimenta un profundo dolor emocional, pero nulo deseo de cambio debido a las grandes ganancias secundarias del malestar y a la aversión al esfuerzo, ya que lo considera injusto. Pienso que retomar el proceso terapéutico, sin el cobijo de una institución y sin un cambio en la dinámica familiar, sería poner en acción el ser instrumento de la madre y también de él.

Capítulo 5 Conclusiones

La comprensión de la estructuración del carácter mediante la investigación psicoanalítica necesariamente toca hacer un espacio a la complejidad, ya que entran en juego factores intergeneracionales, función y psique parentales, además de las potencialidades y carencias propias de un nuevo ser humano, por lo cual la presencia de algunos factores, en apariencia determinantes, dan lugar a ciertas estructuraciones de carácter en algunos casos, mientras que en otros casos que presentan los mismos factores no lo hacen.

Respecto del Carácter de la Excepción descrito por Freud (1916), podemos pensarlo como un rasgo presente en todos, cada quien desearía presentarse a sí mismo como un ser excepcional y quedar claramente exento de cumplir las reglas del mundo, lo que necesariamente conllevaría elevados privilegios sobre el orden social, sin embargo, haría falta un sustento irrefutable que diera validez a dicha sensación de excepcionalidad, por lo que a pesar que mantengamos el ideal narcisista de ser una excepción, todos estamos sujetos a las normas culturales.

A pesar que por las discapacidades, enfermedades tempranas y defectos físicos pudieran llegar a considerarse signos patognomónicos del carácter de la excepción (el cual demanda un trato especial por los sufrimientos que han tenido que padecer) sobre todo de acuerdo a la descripción que elabora Freud (1916), posteriores trabajos encontraron que dicha estructuración de carácter se encontró en personas con un alto atractivo físico (Jacobson, 1959) o incluso que personas que habían sufrido de importantes alteraciones corporales no solo no desarrollaban el carácter de la excepción sino que se orientaban al logro y eran capaces de enfrentar con éxito tareas complicadas para el promedio de las personas (Fernando, 1997; Mildrod, 1972) por lo que la relación causal entre las alteraciones corporales y el carácter de la excepción se volvió insuficiente.

Fernando, J. (2003) encontró que las compensaciones narcisistas provistas por los padres a hijos que presentaban algún defecto jugaban un papel en apariencia más importante que el defecto mismo, es decir que promovían una fijación hacia recibir sobreprotección y mimos, lo cual interferiría en la adecuada conformación del superyó.

Otras investigaciones psicoanalíticas han presentado conclusiones estrechamente relacionadas, puesto que un defecto o alteración física no tiene *per sé* un significado subjetivo, sino que es dado por quien lo posee (Lussier, 1960) y regularmente este significado en casos donde el defecto se presenta en etapas iniciales de la vida está basado en lo que el pequeño individuo percibe en la actitud de la madre o cuidadores primarios (Castelnuovo-Tedesco, P., 1981).

En ese sentido, es importante recalcar que la actitud y disposición de la madre pueden ser adecuados en cuanto a mantener la vida pero acompañados por actitudes de displacer, lo cual sería percibido por bebé (Güotto, 2013) fruto de la incapacidad de conciliar la sombra hablada (Aulagnier, 2010) y al bebé real y que conducirá a importantes dificultades psíquicas y relacionales entre la madre y su bebé (Mannoni, 1971) y subsecuentes complicaciones para que la posterior integración del niño dentro del esquema familiar y social (González, 2016).

En Rafael se presentan alteraciones del curso normal del desarrollo, enfermedades físicas tempranas y de constante aparición en la primera etapa de la vida, además una marcada tolerancia de la madre a la falta de esfuerzo de su hijo, esto con el agregado de una auténtica pugna por que se le libere de situaciones de exigencia, bajo el supuesto de que debido a las características de Rafael se encuentra en desventaja respecto de los otros y debe ser considerado especial.

Rafael es un chico que en el estricto sentido presenta el carácter de la excepción (Freud, 1916) se presenta a sí mismo como una persona que ha sufrido bastante por causas ajenas a él y por tanto debe ser resarcido. Busca se le cumplan sus fantasías de ser destacado, exitoso y

rico, pero sin él hacer un esfuerzo y qué mejor prueba que ser excepcional que estar por encima de las reglas.

Siguiendo a Reich (1983) se puede afirmar que estos rasgos son una configuración estable de la personalidad que se conoce bajo el constructo psicoanalítico de carácter y ya Ferenczi (1921, citado por Islas, 2017) había llamado la atención sobre el predominio de los síntomas originados por dicha configuración estable y los relacionó con la presencia de síntomas pero escasa consciencia de la enfermedad, es decir que resultados de la configuración del psiquismo y los consiguientes patrones comportamentales y de la interacción surgía sufrimiento emocional, sin que el sufriente tuviese consciencia de que era su propio carácter el que la causaba.

Dada la sintomatología descrita por Rafael, presentaba bajo rendimiento escolar y bajas capacidades de concentración, atención y constancia, sin embargo, esto parecía molestarle en parte por concordancia con lo que su madre decía, fue más relevante para él la profunda rabia que sentía cuando los demás no lo reconocían como alguien excepcional y la desesperación cuando algo no sucede a la velocidad que él espera. Es decir, lo que le hacía sufrir era algo externo que no ocurría de acuerdo con sus deseos. Sin embargo, de manera egosintónica presentaba importantes tendencias antisociales y el escaso control de impulsos agresivos, principalmente hacía sí mismo y una profunda envidia por otros como su hermano que parecían alcanzar con facilidad lo que deseaban, a diferencia de él.

La investigación psicoterapéutica, basada en la metapsicología psicoanalítica muestra una clara configuración defensiva basada en la escisión, la cual explica por qué la oscilación entre una imagen de sí mismo grandiosa, de un tipo guapo, popular, que conduce a altas velocidades por vías primarias y que se merece una novia muy atractiva de cara y cuerpo, pero por otro lado se asume defectuoso, lisiado, incapaz de gustarle a alguien y que ha sido víctima.

Dicha escisión tiene un origen temprano, encontrada en la primera relación de objeto, cabe especular que la madre sufre un duelo por la desilusión de que su hijo no fuese lo que

imaginaba por lo que la relación primaria sufre un déficit importante aunque basta para mantenerse con vida, pero en concordancia como lo descrito por González (2016) se convierte en una limitante para que Rafael se integre al esquema familiar de forma deficitaria, puesto que se mantiene cercano a una madre que no lo considera suficientemente bueno para lograr éxitos, tal cual lo hacen sus hermanos.

Es concluyente pensar que las enfermedades físicas no fueron en sí mismas determinantes de la estructuración del carácter de Rafael, sino que fueron una resignificación de una vivencia temprana de falla ambiental. El sentido de los defectos es una formación de compromiso que permite ligar el conflicto original y significar el espacio en blanco de su historia libidinal, no fue y no es aceptado – es en un segundo tiempo que se agrega el significado que da una explicación, no es aceptado por ser defectuoso.

El modelo de relaciones objetales internalizado corresponde al presentado por Kernberg (2006) quien manifiesta una manifiesta dificultad para establecer relaciones con otros significativos que no estén mediados por algún tipo de conveniencia, las relaciones profundas y emocionalmente íntimas están ausentes puesto que se internaliza una relación de objeto en la cual se reconoce al objeto externo solo en su papel de satisfactor-frustrador y no como satisfactor libidinal ni mucho menos amoroso.

La separación temprana entre la diada madre-hijo deja al bebé ser presa de la angustia impensable (Winnicott, 1981), la amenaza de desintegración. Solo la constitución de su propio yo narcisizado queda para poder superar este propio desvalimiento (Green, 2013). Sin embargo, si este ocurre muy temprano, el pequeño yo no puede arreglárselas sin el soporte exterior, por lo que de no restablecerse se da una potencialidad psicótica (Aulagnier, 2010) un punto de anclaje que queda velado para los miembros de la familia.

El Carácter de la excepción, presentado por Rafael puede ser considerado dentro de la categoría de Narcisismo Maligno (Kernberg, 2006), puesto que es una alteración narcisista en la que el Self oscila entre ser grandioso o devaluado, usan primitivos mecanismos defensivos

basados en la escisión, exhibe una fijación a valores infantiles para regular su autoestima y una marcada tendencia antisocial.

Rafael hacía uso de ensoñaciones masivas en las cuales las alteraciones corporales no existían y siendo estas la causa de su malestar, él se percibe como poderoso, dominante y exitoso. En las fantasías hace un uso sádico de los objetos externos para tomar venganza de las frustraciones que le hacían sufrir en la realidad, tal cual son una repetición de un patrón de relación de objeto, pero ahora él toma el papel de ser quien domine y controle.

El fracaso de Rafael en adaptarse a las normas y funcionamiento social desmiente el trato excepcional, lo que desencadena una profunda rabia narcisista y de inmediato revive el dolor del Self denigrado y defectuoso, incapaz de siquiera aproximarse a la imagen del Self deseada lo que da por resultado una profunda vergüenza y la mencionada rabia narcisista que descarga en el cuerpo, bien porque es el culpable y al mismo tiempo canal de comunicación con el mundo externo que responde a su dolor.

Al autolesionarse, Rafael repite una relación arcaica de control del objeto, a quien odia y necesita. Debido a esta fijación a relaciones de objeto patológicas, Rafael es incapaz de beneficiarse del tratamiento, en un primer momento presenta al Self falso, totalmente enfocado en el presente y en conseguir el éxito social cuando este muestra sus límites y surge el Self devaluado se siente apenado pero se muestra incapaz de depender del terapeuta, al que percibe como un espectador a quien eventualmente buscará controlar, mediante actuaciones consistentes en cortes en los brazos de diversas gravedades.

Debido a la presencia de una enorme ganancia secundaria, ser tratado como una excepción en casa, además del deseo de control y uso del terapeuta, el proceso no llega a buen puerto. La actuación consistente en las faltas consecutivas y la petición de que se le haga “una excepción” para permitirle continuar ya que necesita mucho la terapia, ejemplifica de manera perfecta el tipo de carácter mencionado. Continuar con la psicoterapia hubiera sido validar la idea de excepcionalidad, y librarlo de la responsabilidad por sus actos. Confrontarlo con sus

acciones y las consecuencias derivadas de estas, pudieran originar la remota posibilidad de que se viva como un sujeto común, que se construye a partir de lo que decide.

Considero que el tratamiento como tal no llega a buen puerto debido a tres factores preponderantes:

1 -**La falta de expertise del terapeuta**, quien en un principio fruto de la contratransferencia se percibe validado incluso idealizado, sin embargo, como menciona Kernberg (2014) es una idealización frágil que con facilidad se torna en devaluación del trabajo terapéutico, el cual se expresó en la satisfacción y orgullo que el paciente contaba sus constantes *acting outs*, como el autolesionarse, conducir a toda velocidad, interrumpir el tratamiento farmacológico para poder tomar alcohol entre otros y que dejaba claro que el tratamiento era inservible.

Esta arrogancia generalizada (Kernberg, 2014) no es incompatible con el sentimiento de malestar y sufrimiento, los impulsos agresivos son proyectados hacia los otros que se convierten en los objetos persecutorios y malos. La arrogancia de Rafael es racionalizada en términos socioeconómicos. Los que le emiten comentarios en la escuela de mecánica son “pinches gatos” o la compañera a la que le tira la mochila es una jodida.

En ese sentido, a pesar de la adecuada recogida de datos en las entrevistas preliminares, el terapeuta fue poco receptivo a la contratransferencia experimentada y no fue sino hasta avanzado el tratamiento que usa esta por sugerencia de la supervisión, sin embargo, no se evita que ocurran incidentes graves como los cortes en los brazos.

2- **La incapacidad del paciente para depender del terapeuta.** Las personas con alteraciones narcisistas como Rafael son personas con mucho sufrimiento, decepcionados de ambos padres y que han carecido de apoyo y aceptación genuina por lo que no queda ningún otro objeto que amar que a sí mismos (Green, 2013). Por tal las relaciones se vuelven instrumentales, Rafael solicita que el terapeuta le consiga permiso de su mamá para asistir al Box, o una carta para continuar la escuela.

3.- Beneficios secundarios de la enfermedad. La conducta antisocial parasitaria,¹⁷ la cual es definida por Kernberg (2006) como es probablemente el elemento más negativo para el pronóstico. Esta es fruto de la distorsión, deterioro o incluso ausencia del sistema superyoico e interfiere con la capacidad de autorregulación y empatía con las dimensiones de morales y éticas de otros (Kernberg, 2006 p.128).

Como se mencionó anteriormente, el modelo de relaciones objetales internalizadas de Rafael corresponde a una función de satisfacción-frustración, siendo este probablemente hoy la única pauta vincular posible: utilizar o ser utilizado. Por tanto, aquellas personas que se muestran amables o confiables son percibidas como débiles y solo los poderosos importan (Kernberg, 2006). Y él al no sentirse poderoso, dirige su agresión hacia sí mismo dando lugar a que sea considerado como alguien que sufre y esto a su vez es reintroyectado como que a través del propio sufrimiento logra controlar a los demás.

La actitud explotadora y parasitaria hacia su madre es probablemente una enorme ganancia secundaria, además que los recursos económicos de la familia posibilitan que Rafael tenga satisfechas sus necesidades y se cumplan sus caprichos a voluntad. No es necesario hacer esfuerzos ni enfrentar consecuencias de los propios actos (como en la vivencia donde choca con un microbús y al dar un soborno al ajustador logra que se responsabilice al chofer en lugar de al paciente quien había sido responsable.

Dada la proyección de los elementos precursores del superyó, los demás son percibidos como enemigos o ídolos, como elementos que pueden ser utilizados, pero con quien no se puede intimar.

¹⁷ Se refiere a un tipo de personalidad con un superyó ausente o pobremente estructurado, lo cual da por resultado que el individuo dependa de las señales provenientes del mundo externo para regular su conducta interpersonal, además que se percibe a los otros ya sea como poderosos o débiles. Metapsicológicamente se describe como “una personalidad tan dominada por el odio que las idealizaciones escindidas y primitivas ya no son posibles y el mundo está poblado exclusivamente por perseguidores odiados, odiosos y sádicos” (Kernberg, 2006, p.38). Se identifica al tipo parasitario por la presencia de robos, falsificación y estafa, además de una conducta pasiva, explotadora y parasitaria de otros (Kernberg, 2006, 2010)

En el caso presentado la trayectoria clínica confirmó el mal pronóstico, sin embargo, la decisión de acatar las normas establecidas por el centro comunitario, proceder a la interrupción y ser comunicado de manera clara y puntual por el terapeuta, permite recolocar al paciente como autor de los sucesos de su vida y sentar bases de que no es capaz de saltarse las reglas de cualquier institución con ayuda de su madre.

Como parte del expediente clínico se llenó las notas de sesión con estas conclusiones, posibilitando que ante la intención del adolescente y de su mamá que se retomara el servicio psicológico quien reciba el caso pueda tener de primera mano acceso a las impresiones clínicas y sugerencias de tratamiento que se revisaron *a posteriori*, siendo esto una buena posibilidad para que el adolescente tenga una atención más especializada y aumentando las probabilidades de lograr un tratamiento exitoso.

La deseabilidad social juega un papel muy importante en cuanto a la conformación del Self deseada en tiempos de la hiper comunicación, así como los estereotipos posmodernos de belleza en ocasiones inalcanzables para la mayoría de las personas, tienen una importancia que no debe ser dejada de lado, ya que como se pretendió mostrar en este trabajo, la imagen corporal no depende exclusivamente del esquema del cuerpo, dicha imagen puede experimentarse como defectuosa y devaluada dando lugar a importantes alteraciones en el narcisismo, cuyas patologías son tan frecuentes hoy en día.

Queda para la reflexión el gran número de adolescentes que pugnan por ser considerados en su unicidad y ser tratados como excepciones, ya que desean se reconozcan sus necesidades sin tener en cuenta ninguna ley ni limitación, bajo la consigna de que hacen uso de su libertad. No se deja de lado, el gran descontento de los jóvenes respecto de sus cuerpos, que en ocasiones son percibidos como defectuosos y buscan mejorarlo a través del uso de filtros en aplicaciones de fotos, cirugía estética, inclusive mediante la promoción de patologías como la anorexia y bulimia, esto en conjunción con un entorno familiar permisivo donde a veces los roles quedan difuminados y se carece de estructura y norma.

Entender las patologías narcisistas, y sus formas como el carácter de la excepción cobra una importancia mayúscula para quienes nos dedicamos a la clínica con adolescentes.

Referencias

- Aberastury, A., Knobel, M., y Dornbusch, A. (2005). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Paidós.
- Abraham, K. (1919). Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico, En Wagner (Ed.), *Psicoanálisis Clínico* (pp. 231 – 237). Ediciones Hormé.
- Aisenstein, M. (2014). Destruction des processus de la pensée et négatif de la sublimation. *Revue Française de Psychosomatique*, 2 (2), 9-20. <https://doi.org/10.3917/rfps.046.0009>.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5a. ed. Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N. J., y Norris, A. S. (1972). Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 5(154), 352–362. <https://doi.org/10.1097/00005053-197205000-00004>.
- Arantzazu, Bich y Etxeberria A., (2017). Auto-organización y autopoiesis. En Franck, J., Silva, I. y Vanney, C., (Ed.) *Diccionario Interdisciplinar Austral*. http://dia.austral.edu.ar/Auto-organización_y_autopoiesis.
- Aulagnier, P. (1986). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En L. Hornstein. (Ed.) *Cuerpo, historia, interpretación*. Paidós.
- Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Austria, R. F. (2009). Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. *Acta Ortopédica Mexicana*, 23(3), 172-181. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2009/or093k.pdf>.
- Busto Marcos, M. C. (1998). *Manual de logopedia escolar*. CEPE.
- Bleichmar, N. M., Bleichmar, C. L., y Wikinski, S. (1999). *El psicoanálisis después de Freud: Teoría y clínica*. Paidós.

- Blos, P. (1960). Comments on the psychological consequences of cryptorchism: a clinical study. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (15), 395-429. International Universities Press.
- Blos, P. (1991). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Joaquín Mortiz. (Trabajo Original publicado en 1971).
- Bubbolini, Giorgio. (2009). Genealogía del Narcisismo. *Rivista di psicoanalisi*. 3 (55), 549-569. <https://pep-web.org/browse/rpsa/volumes/55>.
- Casas, I., Casas, D., Contreras, G., Rodríguez, A., (Julio 2013) El Cuerpo, hipermodernidad y medicina en *Revista de Medicina e Investigación*, 1, (2), 95-98.
- Castañeda, P.F. (1999) *El Lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?*, UNMSM. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/caratula.htm.
- Carvajal, C. G. (1994). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis: una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Tiresias.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1981). Psychological consequences of physical defects: A psychoanalytic perspective. *International Review of Psychoanalysis*, 8(2), 145–154.
- Coen, S.J. (1986) The Sense of Defect. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(1), 47–67.
- Cordova, N. (2010) La creación del cuerpo adolescente en *Entre niños, adolescentes y funciones parentales: Psicoanálisis e interdisciplina*. (pp. 55-63). Autoedición.
- Cornelio-Nieto, J. (2008). Neurobiología del síndrome de Tourette. *Revista de neurología*, 46(1), 21-23.
- Cytryn, L., Cytryn, E., y Rieger, R. E. (enero 01, 1967). Psychological implications of cryptorchism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 6(1), 131-65.
- Díaz Portillo, I.(1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. Pax.

- Dolto, F. (2015). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Dejours, C. (2015). La tercera tónica. *Alter Revista de Psicoanálisis, Investigación y Traducciones Inéditas* (4) 1-26. <https://revistaalter.com/revista/la-tercera-topica/1113/>.
- Eddy, C., L. (2000) *Influencia del Narcisismo en la enfermedad corporal* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala]. <http://132.248.9.195/pd2000/278870/Index.html>.
- Fernando, J. (1997) The exceptions: structural and dynamic aspects, *Psychoanalytic Study of the Child*, (52), 17-28.
- Fernando, J. (2003). Sobre la conexión entre los defectos físicos y el tipo de carácter de la excepción. (Martha González, trad.) *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, (20). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=234&a=Sobre-la-conexion-entre-los-defectos-fisicos-y-el-tipo-de-caracter-de-la>.
- Ferrer, B. G. (2016). Semiocapitalismo y esquizofrenia. Una lectura de la teoría del “doble vínculo” (Gregory Bateson). *Comprender: Revista catalana de filosofía*, 18(1), 71-93.
- Focomelia. (2019, 11 de octubre). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 22:07, agosto 2, 2020 desde <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Focomelia&oldid=120199307>.
- Freud, S. (1895) *Proyecto de Psicología* En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 1, pp. 323-436). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1950).
- Freud, S. (1905) *Tres Ensayos sobre Teoría Sexual* En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 7, pp. 109-232). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 12, pp. 11-76). Amorrortu.

- Freud, S. (1914a). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914b). Recordar, Repetir, Reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis). En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 12, pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916) *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico* En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 18, pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1923).
- Freud, S. (1921). Psicología de las Masas y Análisis del yo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 18, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1923a).
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia, en J. L. Etcheverry (Traduc.) *Obras Completas, Sigmund Freud* (2001, Vol. 20 pp.71-164), Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1929).
- Freud, S. (1940). La escisión del yo en el proceso defensivo En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (2001, Vol. 23, pp. 271-278). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1938).
- Galimberti, U., (2009). *Diccionario de psicología*. Siglo XXI Editores.
- García, E. M. A. (2012). *Características fenomenológicas, diagnósticos coexistentes y frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo en una población clínica de*

pacientes que acuden a consulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México

González, E. (2016). *El nacimiento de un hijo con discapacidad: aportes desde el psicoanálisis para pensar la construcción de la parentalidad en un abordaje integral.* [Trabajo final de grado de Licenciatura, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología]. <http://hdl.handle.net/20.500.12008/8611>.

Graione, C., (2009) Pluralidad de los orígenes del superyó. . . ¿identificaciones en conflicto? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (109), 125–148. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910909.pdf>.

Grimalt, A. (2014). ¿Narcisismo Primario?, ¿Relación arcaica de objeto? *Temas de Psicoanálisis*. (8) <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2014/07/16/narcisismo-primario-relacion-arcaica-de-objetoquien-esta-al-otro-lado-del-espejo/>.

Green, A. (2013). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Amorrortu.

Greenacre, P. (1958). Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6(4), 612–627. <https://doi.org/10.1177/000306515800600402>.

Güotto, Mirta B. (2013). Familias y discapacidades: trabajo terapéutico con familias con hijos con síndrome de Down. *Eureka (Asunción) en Línea*, 10(1), 105-113. Recuperado el 06 de julio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262013000100012&lng=pt&tlng=es.

Gutton, P. (1993). *Lo puberal.* Paidós.

Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. *The psychoanalytic study of the child*, 5(1), 74-96.

Hornstein, L. (2006). *Narcisismo: Autoestima, identidad, alteridad.* Paidós.

- Irizar, L. (2017). *El cuerpo extraño: Dos formas de entender el cuerpo: medicina y psicoanálisis*. Amazon Kindle.
- Islas, C. (2017, julio 19). *El carácter desde la perspectiva psicoanalítica*. Recuperado el 24 de diciembre de 2019, de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/el-caracter-desde-la-perspectiva-psicoanalitica/>.
- Jacobson, E. (1959). The "exceptions": an elaboration of Freud's character study. *Psychoanal. Study Child*, (14), 135-154.
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: El fin de la ingenuidad*. Lumen.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.
- Kernberg, O. (1987). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Paidós.
- Kernberg, O. (2006). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica: Nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2010). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Kernberg, O. (2014). El paciente narcisista casi intratable. *Aperturas Psicoanalíticas* (46). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000836>.
- Kernberg, P., Weiner, A., y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. Manual Moderno.
- Kestenberg, J. S., y Brenner, I. (1986). Children who survived the Holocaust: The role of rules and routines in the development of the superego. *The International Journal of Psychoanalysis*, 67(3), 309–316.
- Kohut, H. (1992). *Análisis del Self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrortu.
- Kohut, H. (2001). *La Restauración del sí-mismo*. Paidós.

- Kratochwill, Th.R., Mott, S.E., y Dodson, C.L. (1989). Estudio de caso e investigación de caso único en psicología clínica y aplicada. En A.S. Bellack y Hersen, M. (eds.) *Métodos de investigación en psicología clínica* (pp. 67-113). Desclée de Brower.
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., y Bagley, C. (1970). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 116(533), 460-461.
- Lanza, G. (2020). La auto destructividad silenciosa en los pacientes no-neuróticos. *Aperturas Psicoanalíticas* (64). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001114>.
- Laplanche, J., y Pontalis, (2016). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Lingiardi, V., y McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Lussier, A. (1960). The analysis of a boy with a congenital deformity. *Psychoanal. Study Child* (15), 430-453.
- Lussier, A. (1980) The physical handicap and the body ego. *Int. J. Psychoanal.*, (61), 179-185.
- Lyndley, Glenis (Marzo 2005). "No Limbs, No Limits". *Signs of the Times Magazine*, Australia New Zealand edition.
- McDougall, J. (1982). *Alegato por cierta anormalidad*. Petrel.
- Mannoni, M., (1971). *El niño retrasado y su madre: Estudio psicoanalítico*. Pax.
- Mannoni, O., Gibello, B., Deluz, A., y Hébrard, J. (2019). *La crisis de la adolescencia*. Gedisa.
- Manterola, C., y Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>.
- Medina, J. M. (19 agosto, 2013). Desarrollo perinatal del cerebro. Un paso esencial para el establecimiento de la inteligencia. *Anales De La Real Academia Nacional De Farmacia*, 79(1), 44-68.
- Menchaca, V. (2014). *Lo inesperado ante la llegada de un hijo. Un análisis desde lo vincular*. Tesis final de grado. Udelar. Recuperado de:

http://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_vero_nica_menchaca.pdf

Milrod, D. (1972) Self-pity, Self-comforting, and the superego. *Psychoanal. Study Child*, (27), 505-528.

Moguillansky, C. (2013). El dolor y las defensas maníacas. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 35(2), 251-281.

Moscovici, Serge (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

Nancy, Jean-Luc (2007) *58 indicios sobre el cuerpo, Extensión del Alma*. Ediciones La Cebra.

Nasio, J. D., Benoit, P., Guir, J., y In Gómez, A. M. (2017). *Los gritos del cuerpo*. Paidós.

Niederland, W. G. (1965). Narcissistic ego impairment. *Psychoanalytic Study Child*, (20), 518-534. DOI: 10.1080/00797308.1965.11823248.

Orphanet (2020), Síndrome de Tetraamelia-malformaciones múltiples. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=ES&Expert=3301.

Organización Mundial de la Salud - [OMS] (1 de octubre de 2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organización Mundial de la Salud - [OMS] (1 de diciembre de 2020). *Discapacidades*. <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Papalia, D. E., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*, 13va ed., McGraw-Hill Education.

Reich, W. (1983). *Análisis del carácter*. Paidós.

Reyes, L., y Russo, A. (2008). Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre en un programa de psicología de la ciudad de Barranquilla. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(2), 65-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297225162002>

Ricoeur, P. (1995). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. Siglo XXI.

Roudinesco, E., Plon, M., y Piatigorsky, J. (2011). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

- Rosenfeld, H. (1987). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 52(2), 169–178 (Trabajo original publicado en 1971).
- Rothstein, A. (1977) The ego attitude of entitlement. *Int. Rev. Psychoanal.*, (4) 409-417.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, B. y Westen, D. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *The American journal of psychiatry*. 165(11), 1473-1481. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07030376.
- San Miguel, M. T. (2006). El cuerpo y el psicoanálisis [Lartigue, T., 2006]. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. (23). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000406>.
- Silberkasten, M. S. (2005). *La Construcción Imaginara de la Discapacidad: una excusa para una articulación discursiva*. <https://www.topia.com.ar/articulos/la-construcci%C3%B3n-imaginara-de-la-discapacidad-una-excusa-para-una-articulaci%C3%B3n-discursiva>.
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP] (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Spagnuolo, Ana (2000) *Acerca del Narcisismo*, recuperado el 05 de Julio de 2020 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/acerca_del_narcisismo.pdf.
- Temboury Molina, M.C. (2009). Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*, 11(16), 127-142. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002&lng=es&tlng=es.
- Tubert, J. (2006). *El cuerpo y el psicoanálisis*. Editores de Textos Mexicanos.
- Uriarte, C. (2010, 26 septiembre). *La Resignificación de las Identificaciones en la Adolescencia*. <http://www.fepal.org/nuevo/images/stories/clara-uriarte.pdf>.

- Vidal, M. V. E., y Victoria, M. (1999). Los enunciados interrogativos: Aspectos semánticos y pragmáticos. Bosque, I. y Demonte, V. (Eds.) *Gramática descriptiva de la lengua española: entre la oración y el discurso–morfología*, 3, 3929-3992.
- Viniegra, L. (2014). El reduccionismo científico y el control de las conciencias: Parte I. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(4), 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2014.05.001>.
- Vujicic, Nick. (2020, 16 de junio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 06:17, junio 23, 2020 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Nick_Vujicic&oldid=126986243.
- Winnicott, D. W. (1981). *El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Laia.
- Winnicott, D. W. (2011) El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, 1965 en *Exploraciones psicoanalíticas*. Paidós.
- Winnicott, D. W., Piatigorsky, J., y Rodriguez, J. (2012). *La naturaleza humana*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (2013). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (Third edition). https://www.worldcat.org/title/introducing-qualitative-research-in-psychology/oclc/829055594&referer=brief_result
- Yeomans, F., Clarkin, J. F., y Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Yorke, C. (1980). Some comments on the psychoanalytic treatment of patients with physical disabilities. *Int. J. Psychoanal.*, (61) 187-193.