



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

DOLOR-ES. UN CASO DE DEPRESIÓN ADOLESCENTE

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

PRESENTA:  
**ROSAMARÍA MAGALI DÍAZ ALVAREZ**

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES

MTRA. ANA LOURDES ROJO TELLEZ SOLÍS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM  
DRA. EVA ESPARZA MEZA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM  
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2023



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

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo I Vínculos ambivalentes .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Vínculos de apego y seguridad .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Vínculos ambivalentes: el odio y el amor .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Efectos psíquicos de los vínculos ambivalentes .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo II Variante del síndrome de la madre muerta .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 La madre suficientemente buena .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 La variante de madre muerta: estar sin estar, mirar sin mirar .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo III Lo transgeneracional psíquico.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 El papel de lo psíquicamente heredado .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 La familia, la transmisión y lo patológico .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo IV Depresión adolescente.....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 La adolescencia .....</b>	<b>34</b>
<b>4.2 El adolescente deprimido: los procesos de narcisización y libidinización .....</b>	<b>36</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>41</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>41</b>
<b>Supuesto.....</b>	<b>47</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>47</b>
Objetivo General .....	47

Objetivos específicos.....	47
<b>Definición de categorías .....</b>	<b>48</b>
<b>Tipo de estudio .....</b>	<b>49</b>
<b>Participantes .....</b>	<b>51</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>51</b>
<b>Procedimiento .....</b>	<b>52</b>
<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>53</b>
<b>HISTORIA CLÍNICA.....</b>	<b>55</b>
<b>Ficha de identificación .....</b>	<b>55</b>
<b>Motivo de consulta.....</b>	<b>56</b>
<b>Familiograma .....</b>	<b>57</b>
<b>El entorno .....</b>	<b>58</b>
<b>Los Orígenes.....</b>	<b>58</b>
<b>Dolor-es. Su arribo y paso en la vida .....</b>	<b>61</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>Depresión con lo transgeneracional .....</b>	<b>66</b>
<b>Depresión y variante de madre muerta en la madre de Dolores.....</b>	<b>70</b>
<b>Depresión y vínculos ambivalentes .....</b>	<b>72</b>
<b>Depresión Dolor-es .....</b>	<b>76</b>
<b>ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....</b>	<b>83</b>
<b>Transferencia .....</b>	<b>83</b>
<b>Contratransferencia .....</b>	<b>84</b>
<b>Alcances .....</b>	<b>85</b>
<b>Limitaciones .....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>89</b>

Dedicatoria

**Axel Eduardo Ruíz López (1981-2021)**

A ti Bicho, que me diste el privilegio de conocerte y amarte, por los 12 años de amistad que surgieron en esta maestría y que se fortalecieron con amor, respeto, complicidad, trabajo, camaradería, compañía, comprensión y compasión, este grado va por los dos, mi corazón y amor hasta donde quiera que estés.



## RESUMEN

El trabajo versa sobre la presentación de un caso atendido durante la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes, en la Universidad Nacional Autónoma de México. El tratamiento de la paciente duró en total 5 años, sin embargo sólo se presentará el trabajo de un año y medio en el que se tuvieron 104 sesiones, a partir del quinto mes de tratamiento empezamos a vernos dos veces por semana y en el sexto mes inició el tratamiento medicamentoso con un psiquiatra, el trabajo se centra en comprender la influencia e impacto de lo transgeneracional en su vida, lo que implica una madre que tuvo primero un diagnóstico de depresión y después de esquizofrenia y el de un abuelo con esquizofrenia, ello tiene un impacto en la conformación psíquica así como el vínculo que sus figuras parentales establecieron con ella y el impacto del maternaje de una madre que aunque presente se encuentra ausente y no logra conectarse emocionalmente con su hija, una madre con una variante del síndrome de la madre muerta, la interacción de todas esas variables dan como resultado un proceso de depresión mayor en una adolescente de 17 años, que cuando acude a pedir ayuda cursaba el bachillerato y refirió como motivo de consulta problemas en casa y deseos de suicidarse desde que tenía 7 años. Al concluir el tratamiento la paciente estaba terminando la licenciatura y a punto de ser mamá, no volvió a querer quitarse la vida ni a intentarlo.

Palabras clave: adolescente, vínculo, maternaje, depresión.

## **ABSTRACT**

This paper is about the presentation of a case worked during the master's degree in Psychotherapy for Adolescents, at the Universidad Nacional Autónoma de México. The patient's treatment lasts a total of 5 years, however only the work of a year and a half will be presented here, in which 104 sessions were had, from the fifth month of treatment we began to see each other twice a week and in the sixth month began drug treatment with a psychiatrist, the work focuses on understanding the influence and impact of the transgenerational in her life, which implies a mother who first had a diagnosis of depression and after one of schizophrenia, and a grandfather with schizophrenia, it has an impact on the psychic conformation as well as the bond that her parental figures established with her and the impact of the mothering of a mother who, although present, is absent and cannot connect emotionally with her daughter, a mother with a variant of dead mother syndrome, the interaction of all those variables result in a process of major depression in a 17-year-old adolescent, when she went to ask for help was in high school and referred to as a reason for treatment she has suffered from problems at home and wishes to commit suicide since she was 7 years old. At the end of the treatment, the patient was finishing her degree and almost a mom, she did not want to kill herself or try again.

Keywords: adolescent, bonding, mothering, depression

## INTRODUCCIÓN

A continuación, se presentará un caso clínico con el que se trabajó durante la estancia en la Residencia para Adolescentes, el entendimiento de todos y cada uno de los pacientes resulta complejo pues implica la reflexión sobre lo acontecido durante y después del proceso. Algunos de los elementos fundamentales para el objetivo incluyen dar a conocer a la paciente, la forma en que fue pensada y los parámetros teóricos que a ello dieron forma.

Para la realización de dicha labor aparece en primer plano un apartado teórico que tiene la finalidad de clarificar y presentar las propuestas en torno a los temas en cuestión, que ayudan a entender lo que la paciente vivió y cómo es que se estructuró psíquicamente; a partir de lo que se mostró en el consultorio, junto a las vicisitudes y complejidades para no ajustar a la paciente a la teoría, sino a encontrar un apoyo en la teoría para intentar su comprensión a mayor profundidad.

Después aparece un ejercicio de entendimiento de los distintos factores que se ponen en juego antes y durante su existencia, cómo es que eso que preexiste a su llegada al mundo, es decir, las dinámicas, la locura, los patrones familiares, se ponen en marcha y permean su vida, su formación y convergen para ser parte de su andamiaje al constituirse sujeto, que es asequible a partir de lo que queda al descubierto y reactivado en la adolescencia a raíz, tal vez, del movimiento que dicha etapa de vida crea *per se*.

Al llegar a la sede de las prácticas de la residencia había una libreta llena de pacientes que por meses no habían recibido atención, los compañeros que estábamos designados a este centro, decidimos llamar a todos los que en ella se encontraban anotados esperando aún se encontraran interesados en entrar a un proceso psicoterapéutico, dentro de esa lista estaba

ella, mi paciente, fue el caso más complejo e interesante con que me encontré en la formación, me sentía confundida y con ganas de aprender más para poder entender lo que le pasa y tal vez poder ayudarla, la nombro en el trabajo **Dolor-es**, por supuesto este nombre es inventado, es la emoción más recurrente que encontré en ella y que resonaba cuando presenté la viñeta en distintas clases, tiene una historia llena de mucho dolor acumulado, llegó siendo dolor, **Es-Dolor**.

La formación recibida es psicoanalítica, y es, por supuesto, la óptica desde la cual se piensa y elabora el documento. Desde la perspectiva freudiana se plantea que la psique de un individuo se apuntala, modela y se ve influida por las experiencias corporales y por las interacciones con el entorno, que en un primer momento se refieren predominantemente a aquella figura que realiza el rol materno. Cabe mencionar que la constitución psíquica se encuentra enmarcada también por las expectativas, fantasías, deseos y conflictos previos depositados en torno y sobre el sujeto. Ya que el proceso de narcisización se inscribe a partir de aquello no realizado por los padres, es decir sus deseos, aquello inscrito queda en el registro de lo negativo, que al ser inconsciente va a tender a ser actuado por el paciente causándole conflictos, incluso en el proceso de pensar y de pensarse, es decir de simbolizar y se manifestara por la compulsión a la repetición.

Como menciona Kaës (2006a) el grupo, familia, nuestros ancestros, forman una red o matriz en la que se coloca todo aquello que da forma, inviste, da cuenta de lo que hemos de ubicar como aceptado o valioso, prohibido, proporciona investiduras, cuidados, protección, es la referencia y delimita los límites y roles de cada uno.

Es decir, que la calidad del maternaje, la manera en cómo una persona es pulsada, la forma en que representa e interpreta esas representaciones se encuentran siguiendo una línea en cuanto a la transmisión que va de generación en generación, esto es lo transgeneracional. Siguiendo sobre esta línea de pensamiento no sólo René Kaës, sino también otros autores trabajan esta perspectiva, como la Dra. Castoriadis-Aulagnier (1975) que hace hincapié en la transmisión de síntomas, el establecimiento de las relaciones objetales y en la importancia y correlación que existe entre la estructuración psíquica y la intersubjetividad para la formación del individuo. Tal compendio de ideas y propuestas abundan sobre la complejidad en la estructuración psíquica y cómo desde mucho tiempo antes de ser siquiera concebidos se va delineando un marco dentro del cual iremos conformando y desarrollando la estructura psíquica de cada sujeto. En el caso específico de la paciente el vínculo ambivalente, el maternaje de una madre que no estaba disponible emocionalmente, distante, fría, muerta, un padre ausente y en lo transgeneracional (depresión y esquizofrenia) son los factores que participaron en que se manifestara la depresión (ideación suicida, intento suicida) identificada en Dolor-es, que se podía observar en la forma en qué se relacionaba, la manera en cómo se ve a sí misma, así como en sus interacciones con su entorno circundante.

Dolor-es tenía 17 años, cursaba el quinto semestre del bachillerato cuando busco ayuda psicológica, era soltera, vivía con sus padres, nació luego de dos abortos espontáneos y un diagnóstico de infertilidad dado a su madre, no fue planeada ni deseada. El motivo de consulta manifestado fue que a los 7 años se enteró de que su papá tenía otra familia, desde entonces estaba muy triste y se quiso suicidar desde ese momento y hasta los 16 años. Su familia estaba compuesta por mamá, papá y un hermano 13 años mayor que ella, producto de una relación anterior de su mamá. Comentó que su mamá fue diagnosticada con depresión

cuando ella tenía 11 años y con esquizofrenia dos años después, su abuelo materno además de estar enfermo de la tiroides también tenía un diagnóstico de esquizofrenia. Su mamá tuvo dos crisis fuertes, en ambas tuvieron que internarla; en la primera sólo dormía, comía y dormía, la segunda vez el medicamento no fue tan agresivo y podía hacer “sus cosas”, ver la televisión y comer. Su padre manejaba un taxi, antes de ello tenía dos trabajos, Dolor-es sólo lo veía los domingos, con él mantenía una relación distante luego de enterarse de que tenía otra familia, lo describió como pasivo, no se defendía ni cuando su mamá lo agredía. Con su mamá tenía una relación distante, se sentía desconfiada de ella, la describió como muy gritona y opuesta a su padre. Sus padres siempre habían tenido una relación conflictiva, por lo menos es la información que le contaron. La relación con su hermano era muy estrecha, hasta que ella tenía 11 años aproximadamente y él inició una relación más formal, desde entonces se alejó ella, lo refirió como celoso y posesivo, en ese entonces se dejaron de hablar por 6 meses porque ella inició una relación con un chico mayor que ella. Cuando era pequeña quien se encargaba de cuidarla era su abuelita materna, estaba todo el día con ella y con su abuelo, hasta que su mamá pasaba por ella, Dolor-es ayudaba a cuidar a su abuelo que fue enfermando poco a poco. En relación con la ideación suicida y los intentos de suicidio empezaron cuando se enteró a los 7 años de la otra familia de su padre, a los 13 años fue el segundo, a los 14 el tercero, a los 15 el cuarto y a los 16 el quinto. Ya con 17 años se despertaba diario por la madrugada, refirió que desde la secundaria dejó de salir por las tardes y dormía o veía televisión, a esta edad notó que la escuela le resultaba más difícil, no lograba concentrarse, además sentía mucha ansiedad.

## MARCO TEÓRICO

### Capítulo I Vínculos ambivalentes

#### 1.1 Vínculos de apego y seguridad

Como menciona Bowlby (2003) es vital mantener una relación estable y permanente con una madre amorosa (o con aquella figura que realice el rol de maternaje). Ya desde 1955 el Ministerio de Educación de Gran Bretaña (citado en Bowlby, 2003, p.16) menciona que “las influencias formativas son las que el niño experimenta antes de ingresar en la escuela, adoptando ciertas actitudes que afectarán decisivamente la totalidad de su posterior desarrollo”, es decir, los primeros años de vida e incluso la historia previa a su cocepción.

Cuando el recién nacido llega a un hogar donde es provisto de amor primero por su madre y luego por su padre, dice Bowlby (2003, p.23) “crecerá sin un ansia libidinal y sin una propensión demasiado intensa al odio”, una tarea fundamental de los padres es aceptar y sostener las expresiones de amor y odio que emiten sus hijos, creando un ambiente de tolerancia con la intención de que desarrolle el autocontrol.

Por su parte Fonagy (1999) explica que cuando las conductas de apego del infante humano (que se observa en conductas tales como la búsqueda de la proximidad, sonrisa y colgarse) son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener, calmar), y estas respuestas refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular. El yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y lo malo del ambiente (Winnicott, 2007), dicho yo auxiliar le da poder y estabilidad al psiquismo.

Poco a poco en el proceso del desarrollo, el niño comienza a explorar su mundo, las interacciones con su madre tienen un ritmo autónomo, la madre deberá ser sensible a este ritmo para ajustarse a él, conforme esta interacción fluye se crea un diálogo entre ellos y por tanto una conexión, se requiere para este proceso que la madre tenga la disposición intuitiva para ser guiada por su bebé, es decir, que el ritmo lo marque él (Bowlby, 1995).

Es fundamental que en la crianza de los niños ambos padres provean una base segura que permita tanto al niño como al adolescente salir a explorar el mundo y regresar con la certeza de que será provisto de amor y serán satisfechas sus necesidades básicas, donde los progenitores se muestren dispuestos y accesibles a prestar apoyo y ayuda en caso de requerirse, pero sin intervenir activamente, en tales casos sí los padres fomentan la autonomía, se muestran sensibles y accesibles cuando se recurre a ellos los hijos serán más estables emocionalmente (Bowlby, 1995).

A los padres o sustitutos de estos, se recurre en busca de protección, cuidado y apoyo, cuando un individuo se siente seguro, se incrementa la probabilidad de que explore lejos de la figura de apego, no importa la edad, esta pauta de apego depende del modo en que los padres lo tratan y reaccionan a él. En el apego seguro el sujeto confía en que sus progenitores serán accesibles, sensibles y que le van a ayudar en caso de que lo requiera, mucho influye en este proceso que la madre durante los primeros años se muestre amorosa y sensible cuando su hijo busca protección y consuelo.

La madre que se muestra atenta y sensible al desempeño de su hijo y responde a los éxitos y dificultades de modo servicial y alentador promueve el establecimiento de una base segura (Bowlby, 1995), en este sentido los padres que ofrecen empatía, sensibilidad y entablan

conversaciones significativas con sus hijos en las que muestran sus capacidades reflexivas sobre temas interpersonales, contribuyen al establecimiento de una base segura (Marrone, 2001).

Gojman-De-Millán, et al. (2018) definen el apego como un concepto relacional que hace referencia a la conexión emocional entre el infante y el cuidador, que fungirá como figura de apego, dependerá pues de las interacciones, su duración y calidad, tales diferencias dependen de las capacidades y habilidades del cuidador o cuidadora, de su capacidad para entender y responder a las necesidades y señales del bebé, sobre todo durante el primer año de vida, estas variaciones dejarán huella y formarán parte del funcionamiento posterior de la persona.

De acuerdo con Marrone (2001), tanto niños como adolescentes se encuentran inmersos en grupos o sistemas interpersonales, que van más allá de la díada con la madre o la tríada con el padre, en cualquier experiencia en ese contexto familiar tendrá un impacto significativo en cada uno de sus miembros, retomado el concepto propuesto por Byng-Hall (1985) *guiones familiares*, explica que estos se pondrán en marcha en situaciones particulares, a manera de secuencias interaccionales.

Una historia de apego seguro interiorizado permite a los niños comprender mejor los aspectos emocionales de los puntos de vista de los otros (Laible y Thompson, 1998 citados en Gojman-De-Millán, et al., 2018), aquellos con una historia segura piensan que si se esmeran tendrán éxito, los niños pequeños están siendo entrenados en regulación emocional dentro de la relación de apego (Sroufe, 1996 citados en Gojman-De-Millán, et al., 2018), cuando se trata a un infante como valioso podrá desarrollar una autoestima alta, y cuando se le permita experimentar la efectividad en la relación con el otro podrá sentir autoconfianza.

Por tanto “la autoestima alta deriva naturalmente de haber sido tratado como valioso. La autoconfianza tiene sus raíces no en haber sido empujado tempranamente hacia la independencia, sino en experimentar la efectividad dentro de la relación” (Gojman-De-Millán, et al., 2018, p.30), una forma de apego seguro.

## **1.2 Vínculos ambivalentes: el odio y el amor**

De acuerdo con Galán (2010) la clasificación de los tipos de apego hecha por Ainsworth se divide en tres: apego seguro, apego evitativo y apego resistente-ambivalente. En el apego resistente-ambivalente al someter al niño a una serie de separaciones y reencuentros con su figura de apego, algunos niños no se alejaban de la madre, protestaban enérgicamente por la separación, y no llegaban a calmarse en el reencuentro.

Como es sabido la ambivalencia acompaña al individuo a lo largo de su vida, en los casos que se ha tenido un curso favorable el infante desarrollará la capacidad para darse cuenta de esa contradicción interna a la vez que podrá dirigirlos y controlarlos, pudiendo lidiar con la ansiedad y culpa que de ello surge. Asimismo, Laplanche y Pontalis (2021) plantean que “la ambivalencia es la presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio”, mientras que la ambivalencia de acuerdo con Winnicott (2007) se da cuando “el bebé se ha vuelto capaz de combinar la experiencia erótica y agresiva, en relación con el mismo objeto” (p. 97), en tanto que Bowlby (2003) menciona que “uno de los principales efectos de la separación madre-hijo es la intensificación del conflicto de ambivalencia” (p.27), así el impacto y presencia de la

ambivalencia dependerá de la forma de confrontarla, manejarla o lidiar con ella, y se verá influida por el tipo de apego que se haya establecido, en caso de tener un desarrollo poco favorecido, los impulsos contradictorios le resultarán abrumadores, será incapaz de controlarlos y/o manejarlos, lo cual se hará acompañar de ansiedad aguda respecto a las personas a las que ama y temerá el castigo que imagina tendrá. En algunos casos el miedo al castigo podría manifestarse en actos hostiles que el niño podría estar utilizando como medio de defensa ante un posible ataque, respecto a la culpa la manifestación puede ser una exigencia compulsiva de amor y seguridad, al no ser satisfechas se incrementa el odio y la culpa.

Las madres de los niños con apego ambivalente controlan de forma esporádica el estado de su bebé, cuando responden a sus requerimientos lo hacen de forma tardía o inadecuada (Bowlby, 1995), por su cuenta Méndez Tapia & González Bravo(2002) comentan que los niños ambivalentes o resistentes presentan llanto cuando hay separación de la madre y no se calman a su retorno, los describen como difíciles de consolar.

Es importante tener en cuenta que el niño puede mostrar un tipo de apego diferenciado según el progenitor de que se trate y en concordancia con el apego establecido con cada uno, un ejemplo sería: apego evitativo con la madre y seguro con el padre, ello en función de sus interacciones (Galán, 2010).

Las mujeres cuya infancia fue perturbada suelen entablar con sus hijos una menor interacción con sus bebés, en distintos estudios se reportó que estas madres provenían de historias de violencia física y/o emocional, conforme crecen esperan poco o nada de amor o apoyo (Bowlby, 1995).

Cuando se ha establecido un apego ansioso resistente o ambivalente, el niño se encuentra inseguro de si su progenitor será accesible o sensible, no sabe si le ayudará o no cuando lo requiera, ante la separación se muestra ansioso, tiende a aferrarse y explora el mundo de forma ansiosa, a veces el progenitor se muestra accesible y colaborador, pero no siempre, en ocasiones utilizan amenazas de abandono como medio de control. Las madres de estos niños suelen dar respuestas inoportunas y poco provechosas, prestan poca atención a lo que el niño hace y/o siente, en ocasiones pueden desalentar o rechazar sus intentos de conseguir ayuda y aliento (Bowlby, 1995). El apego resistente-ambivalente es el resultado de un cuidado inconsistente, azaroso, negligente o caótico (Egeland, et al. 1983 citados en Gojman-De-Millán, et al., 2018).

Respecto a las personas que tienden a establecer relaciones ansiosas y ambivalentes Bowlby (1980) planteó que las personas que experimentaron interrupciones en la continuidad de la relación con sus padres manifestado como un rechazo parcial e intermitente, es probable que establezcan relaciones ansiosas y ambivalentes, que se cimentan en la vivencia infantil de un niño que espera amor y cuidado, al tiempo que teme ser ignorado o abandonado nuevamente, por tanto sus demandas son de atención, afecto, compañía y la rabia aumenta cuando sus necesidades no son satisfechas, los elementos centrales tienen que ver con la discontinuidad en las relaciones padres – bebé y la repulsa.

### **1.3 Efectos psíquicos de los vínculos ambivalentes**

Un niño que ha establecido un apego ansioso resistente o ambivalente, es propenso a las quejas y el aferramiento, son descritos como niños que buscan de forma excesiva tener la atención de su entorno, suelen estar tensos, son impulsivos y se frustran fácilmente, se pueden

mostrar pasivos o incapaces (Sroufe, 1983, citado en Bowlby 1995), la presencia del cuidador/a o los intentos de calmarlo fracasan en reasegurarlos, la ansiedad del infante y la rabia parecen impedir que obtengan alivio con la proximidad del cuidador/a (Fonagy, 1999). Incluso el cuerpo del bebé debe ser nutrido a través de intercambios con el objeto, cuando esto no se da de forma adecuada se manifiestan dificultades en los procesos de simbolización que posibilitarán hacerle frente a la separación y el duelo, también impactan los procesos identificatorios y la elaboración edípica (Hernández, 2013).

Los niños con apego ambivalente, a los 6 años, se muestran inseguros, tristes y temerosos, alternan intimidad con hostilidad, a veces de forma sutil y a veces abiertamente, algunas personas reportan que tienen conductas artificiales, se les nota expectantes anticipando la respuesta negativa de sus padres e intentan congraciarse mostrándose astutos o encantadores (Main y Cassidy citados en Bowlby 1995).

Cezar (2018) menciona que en los vínculos familiares se presenta la posibilidad de promover el desarrollo de la subjetividad o bien perturbarla, por ejemplo, una familia en la que se sostiene una simbiosis patológica o bien, aquella en que el lazo narcisista es lo que los sostiene unidos, en estos casos no existe una diferenciación, se mantienen en adherencia. Los miembros de estas familias suelen tener dificultades para tramitar las exigencias pulsionales y de la realidad, lo que repercute en la función antitóxica y la producción de una coraza antiestímulo. Entonces, tales individuos se estructuran sobre defensas como: la desestimación del afecto, la desestimación de la realidad y/o de la instancia paterna y la desmentida están expuestos a riesgos (Maldavsky, 1996).

El contexto dónde el bebé es concebido, criado e investido tendrá un impacto directo, como se ha venido mencionando, en la estructuración de la psique, en las identificaciones y la forma en que deviene sujeto, lo intrasubjetivo e intersubjetivo se ponen en juego para dar lugar a la forma de estar en el mundo del individuo.

Desde la perspectiva de Bowlby (2007) la figura de apego y el ser son complementarios y mutuamente confirmadores, cuando se trata de hijos no deseados, es posible que este sentimiento se extienda y esencialmente la persona se sienta no deseada por nadie.

Tales patrones y estructuras se verán sostenidas en el vínculo, derivado de la cualidad y calidad del mismo, la constante interacción que se perpetua con el pasar del desarrollo dejará un surco que dará forma a las futuras relaciones del sujeto, es decir, de acuerdo con Marrone (2001) la figura de apego va de activar a frustrar las conductas de apego del bebé, lo que da como resultado que el sujeto establezca relaciones en las que predomine la ambivalencia y establezcan vínculos adhesivos con explosiones frecuentes de rabia. En otros casos puede pensarse en que los pacientes deprimidos tenían una visión más triste del mundo y menores expectativas de sus figuras de apego, lo cual explicaría la asociación entre depresión y una idealización disminuida de los padres (Fonagy, et al., 1996 citado en Méndez Tapia & González Bravo, 2002) derivado de la especificidad del vínculo con las figuras parentales y su impacto en la estructuración psíquica del sujeto.

## **Capítulo II Variante del síndrome de la madre muerta**

## **2.1 La madre suficientemente buena**

Bowlby (1954) daba suma importancia al calor, intimidad y relación entre la madre y el recién nacido, desde que nace y durante sus primeros años de vida, en esta interacción ambos encuentran satisfacción y goce, estableciendo con ello la relevancia de la relación entre el bebé y la madre, o bien quién funge como figura de maternaje.

Tanto Freud como Winnicott, al igual que otros autores coinciden en que el infante y el cuidado materno forman una unidad, una buena madre o en términos winnicottianos una madre suficientemente buena es aquella que logra calmar al bebé en el rango del tiempo que para él es soportable (Martínez, 2016). El acto alimentario y los cuidados maternos, no se refieren únicamente a la interacción boca-pecho, ni a la circulación del alimento por el organismo. La experiencia alimentaria y los cuidados en general son fundantes para el psiquismo, siempre bajo la perspectiva de la sobredeterminación, por lo que constituyen un sistema de entrelazamientos en red (Grassi, A. s/a).

Quién funja como figura de afecto es necesario que además de ser accesible para el bebé se encuentre posibilitada a responder de forma adecuada y congruente, ante una situación de miedo por ejemplo, se requiere que esté dispuesta a proteger y consolar, sólo de esta manera tal figura estará a disposición del sujeto (Bowlby, 2007).

Para comprender quién y cómo funciona el apego, es fundamental retomar los tres postulados de Bowlby (2007) respecto a ello, a continuación se presenta un breve resumen de sus postulados:

1.- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que, por una razón u otra, no alberga idéntico grado de confianza.

2.- La confianza en la disponibilidad de las figuras de afecto, o la falta de ella, se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez (infancia y adolescencia), y que, sean cuales fueren las expectativas desarrolladas durante esos años, tienden a subsistir sin mayores cambios durante el resto de la existencia.

3.- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego forjadas por distintos individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Entonces entendamos que el apego se constituye a partir de la interacción, y los atributos de esta irán perfilando tanto el tipo de apego como la estructura del sujeto, la forma de maternaje será definitoria en este proceso.

Winnicott (2007) define a la madre suficientemente buena como aquella que es capaz de satisfacer la omnipotencia del infante y le da sentido una y otra vez, no así la madre que no es suficientemente buena, en repetidas ocasiones falla y no es capaz de satisfacer al bebé, reemplaza el gesto del bebé por el propio y el bebé termina sometido a él, y le otorgará sentido.

En este proceso en el que se da el maternaje y se construye el apego, intervienen todos los sentidos, cada uno alertado y puesto en marcha con cada interacción, con quien cumpla con los cuidados del recién nacido. Específicamente en el amamantamiento la dialéctica entre las subjetividades y el psiquismo de ambas partes se activa y tiene efectos tanto en la madre (o quién se desempeñe como figura materna) como en el bebé. Este proceso no es un proceso

intelectual o racional, existe una orientación biológica que la empuja hacia su bebé, su devoción por él la lleva proveerle los cuidados necesarios (Martínez, 2016).

Los detalles de este proceso son fundamentales, cómo lo abraza o lo carga, la forma de hablarle, de acariciarlo, es decir, todo aquello que va invirtiendo al *pedacito de carne*, ello incluye las fantasías que se depositan en él, este proceso se inicia incluso antes de la concepción, continua hacia el nacimiento y poco a poco se engrosan estas fantasías, se depositan en él ideales, sueños no cumplidos, y se le comienza a hacer partícipe de su lugar en la estirpe. Una madre suficientemente buena podrá regular sus tiempos en favor del bebé, la conexión establecida con el bebé le proveerá el conocimiento de lo que le pasa a su hijo y las lecturas que de ello haga podrán proveerle al crío la calma que necesita (Abello & Liberman 2017).

Winnicott da gran importancia a la existencia de un ambiente facilitador, más que a la perfección, las tendencias heredadas se encuentran a priori, como menciona Martínez (2016) si el contexto, ambiente, es suficientemente bueno, es decir, promueve, facilita, provisiona que sea viable que se desarrolle el sujeto seguirá el camino a la realización.

Parte importante de la satisfacción de las necesidades del bebé recaen en la capacidad de empatía de la madre o figura materna que esté a su cuidado, pues de esa figura depende la cualidad, calidad y temporalidad en que las necesidades del bebé son satisfechas. El cuidado parental satisfactorio se divide en tres etapas que se superponen: la primera es sostén, en la segunda la madre y el niño viven juntos y la figura del padre no aparece en escena, en tanto que, en la tercera etapa padre, madre e infante viven juntos, a través de los cuidados que

provee la figura materna el yo que en este momento se encuentra no integrado, con los cuidados que provee la figura materna se va estructurando e integrando (Winnicott, 2007).

El desarrollo de un niño es producto de la herencia, de un proceso de maduración y de las experiencias que va viviendo a lo largo de su vida dentro de un medio favorable, en estos casos la madre se encuentra volcada a satisfacer las necesidades del bebé, a entender su llanto, a leer sus necesidades, a traducirle el mundo y presentárselo de forma tal que pueda ir adaptándose y entendiendo el medio circundante mediante el aparato de pensar.

Es decir, que los cimientos de la salud mental debe ponerlos la madre o quién realiza el maternaje, es quién podrá entonces entender las necesidades del bebé, no es perfección sino una adaptación suficientemente buena, e implica un proceso de identificación temporal que permite esta comunión, para ello la madre debe estar protegida de la realidad externa, para Winnicott (2006) la madre no debe ser proclive a una preocupación mórbida, es necesario que esté sana durante el embarazo y el maternaje. Cuando no es viable este proceso, cuando no puede estar en disposición la madre porque no cuenta con una red de apoyo o sus condiciones psíquicas no se lo permitan se presenta un espacio entre la madre y el bebé, no se concibe entonces como una madre suficientemente buena.

## **2.2 La variante de madre muerta: estar sin estar, mirar sin mirar**

Bowlby (2007) hace referencia a la figura materna, se entiende como aquella persona hacia la cual el niño dirige de preferencia su conducta de apego; por madre sustituta, cualquier otra persona hacia la cual el pequeño se muestra temporariamente dispuesto a dirigir su conducta. Una madre puede hallarse presente desde el punto de vista físico, pero emocionalmente permanecer ausente, está a medias para su hijo, ello puede deberse a muchas circunstancias

por ejemplo: depresión, rechazo, preocupación por otros problemas, situación que tendrá un impacto en el maternaje.

De forma contraria a la madre suficientemente buena existe la madre muerta, al hablar de la madre muerta desde la perspectiva de Green (2005) hay que hacer hincapié en que se habla de una imago materna instaurada en el psiquismo del hijo como resultado de una depresión en la madre, esto coloca a la figura materna como lejana, desdibujada, cuasi inerte, el hijo es quién la vive como si estuviera muerta por la ausencia y distancia que se crea entre ellos, no es una muerte física.

En el complejo de la madre muerta, la madre se encuentra inmersa en una profunda tristeza, es notoria su ausencia y desinterés por su hijo, la madre desinvieste al hijo que sin previo aviso queda desprovisto del amor de mamá, ha perdido su amor de golpe, la marca que queda es un trauma narcisista en el hijo, es común que los hijos intenten lidiar con la angustia y surgen como signos de ello: insomnio, agitación y terrores nocturnos, Green (2005) explica que “la madre por alguna razón, se ha deprimido...la tristeza de la madre y la disminución de su interés por el hijo se sitúan en el primer plano” (p. 216).

Derivado de este proceso el yo pone en marcha una serie de defensas ante tal situación, primero desinvieste al objeto materno y se identifica con esa madre que parece muerta, que está ausente, al no poder poner su agresividad sobre la madre responsabilizará al padre, lo que da paso a un odio secundario, en el que pretenderá dominar y lastimar al objeto para obtener venganza. Green (2005) explica que se instaura una renuencia a amar, estos son los cimientos de las identificaciones histéricas, se disocia ternura y sensualidad.

El niño depende de las variaciones de humor de la madre, en lo sucesivo canalizará sus esfuerzos a anticipar o adivinar. Situación que lo dejará en un estado de incertidumbre y vacío. Cuando Bowlby (1954) se refiere a la privación materna acota que este fenómeno abarca un cúmulo de situaciones, y menciona que en esa privación la figura materna es incapaz de proveerle el amoroso cuidado que requiere el infante, la privación materna, produce en él un exceso de ansiedad.

El complejo de la madre muerta según Bautista (2016) “Green lo define como un imago construido en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna que transformó brutalmente el objeto vivo fuente de vitalidad del hijo en una figura lejana, átona, cuasi inanimada”.

Los sujetos que han vivido con una madre muerta en vida, que está ausente, remiten una serie de fallas y fracasos en la vida amorosa y/o profesional, se viven como no deseados por nadie desde la perspectiva de Bowlby y siguiendo a Green (2005), ante esta situación, la problemática narcisista se coloca en primer lugar, el sentimiento de impotencia es evidente y se manifiesta en la incapacidad para salir de un conflicto, para amar, para explotar las propias capacidades y lograr objetivos, de acuerdo con Green (2005) los pacientes en la primera consulta expresan su fracaso en lo amoroso y lo profesional.

## Capítulo III Lo transgeneracional psíquico

### 3.1 El papel de lo psíquicamente heredado

La conformación psíquica de un sujeto comienza desde que es concebido en la mente de los padres, influido cada uno por su propia historia; que se vierte en el imaginario construido por la comunión, el contexto al que pertenecen y lo no elaborado tanto en lo individual como en lo familiar. Todo ello si bien no determina la vida del nuevo integrante, se podría pensar que, si la encausa y matiza, el sujeto no llega sobre una tabula rasa, existen surcos previos que delimitan su paso, y se muestra su influencia en el desarrollo de este, pues sobre él recaen los sueños irrealizados, las represiones y renunciamentos que se arraigaran en la intersubjetividad, es aquí donde se pone en marcha lo transgeneracional.

Al hablar de la transmisión de la vida psíquica Freud en *Tótem y tabú* menciona “lo que has heredado de tus padres, adquiérela para poseerlo” (Goethe citado en Freud 1913 [1912-13]/1994, p.159), todo sujeto se encuentra ante una disyuntiva permanente; pues como comenta Kaës (2006a, p.15) el sujeto se encuentra dividido, ser para sí mismo y ser un eslabón en esa cadena-familia a la que pertenece. Se pone pues en juego la intrasubjetividad, aquello que constituye al sujeto desde lo interno y la intersubjetividad, que se refiere la relación entre subjetividad y lo externo al individuo. El sujeto del grupo se constituye como sujeto del Inconciente debido a la forma en que funciona el propio inconciente en lo intrapsíquico y lo impuesto en términos de trabajo psíquico a través de lo intersubjetivo dependiendo de los grupos a los que se encuentra ligado.

La función del aparato psíquico grupal es mediar entre la psique individual y la grupal, lo similar y lo dispar, entre lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo. Kaës (2006a) menciona que los organizadores psíquicos del grupo están constituidos por los principios, los procesos y las formas asociadas de la realidad psíquica inconciente que operan en la ensambladura, la ligazón, la integración y la transformación de los elementos componentes de un grupo. Donde los organizadores, son los responsables de la formación particular de la realidad psíquica de la unidad grupal, además de jugar un papel en el arreglo, en el desarrollo de los vínculos grupales y en la relación de cada sujeto con el grupo, e incluso, el narcisismo del sujeto se entrelaza a la generación que lo antecede, pareciera apuntalarse, es ahí donde se da la transmisión al infans de los deseos irrealizados de los padres.

En palabras de Celnikier (2007), siempre se ha creído que se heredan los genes de padres y abuelos de forma inalterada sin importar las experiencias de vida, pero en la actualidad se conoce que los factores externos en los que vivieron también pueden afectar a los descendientes, la influencia del entorno y vínculos tempranos (familia - sociedad) son factores que propician un desarrollo saludable o vulnerable. Dentro de los factores epigenéticos se contempla también el comportamiento, es decir que la singularidad con la que es afrontado un evento o situación particular no dependerá de las predisposiciones genéticas sino de la apreciación emocional y cognitiva que genera el estímulo, dependiendo de asociaciones vividas que se vinculan íntimamente con el entorno en que se vive y el cual influye inevitablemente, como lo expone Dubourdieu (2014).

Experiencias vinculares que promuevan bienestar, confianza y seguridad se traducen en experiencias de placer y bienestar, en el caso inverso surgirá insatisfacción y estrés emergiendo estados de ansiedad y depresión, las experiencias de los primeros años en

conjunto con las tendencias genéticas inciden en el remodelamiento neuronal (Dubourdieu, 2014). Entonces un sujeto es el resultado de la biología, el ambioma en el que se cría, la capacidad mental y psíquica, aunado a la suma de experiencias que dependen de factores genéticos, epigenéticos y ambientales (Bonetto, 2018).

Somos constituidos en y por el deseo de otro, de más de uno que nos precede, la cuestión de la trasmisión en psicoanálisis es “la formación del inconciente y de los efectos de subjetividad que anudados a la intersubjetividad derivan de él” (Kaës, 2006a, p.16). Esto implica que, al llegar a este mundo, a una familia, el sexo, la historia familiar, la prehistoria de cada uno se ha venido acumulando mucho antes de siquiera ser concebidos, es decir que provenimos de un conjunto intersubjetivo del cual somos herederos de deseos, fantasías, represiones, renunciamentos, fantasías e historias.

Desde esta perspectiva el grupo precede al *infans*, existe antes que el sujeto y lo sostiene a su llegada, le provee cuidados y las investiduras, predispone signos de reconocimiento, asigna lugares, presenta objetos, ofrece medios de protección y ataque, señala parámetros de conducta, límites y enuncia prohibiciones. La familia en la que el individuo es recibido, crece con y por el deseo de ese conjunto, que desde tiempo atrás lo soñó, enunció, imaginó e invistió de deseo y al llegar a este mundo lo pulsa, lo marca, lo crea, lo pega a la vida.

La vida psíquica de todo niño/a, como lo expresa Tisseron (1997), se cimienta en la vida de sus padres y a través de ellos por la de sus descendientes, en esta dinámica se realiza la transmisión (prefiere usar el término influencia) que en gran parte no es de forma consciente, es decir, provenimos de un conjunto intersubjetivo del cual somos herederos de deseos, represiones, renunciamentos, fantasías e historias

La transmisión psíquica se relaciona según Granjon (1994) con el mito de progreso, evolución y continuidad, entre y a través de las generaciones, transmisión es transferir, pasar algo que es recibido y apropiado por otro el cual queda ligado a quién se lo transmitió, entonces el sujeto adquiere por imposición este algo (pensamientos, afectos, historias) que lo hace singular. La transmisión psíquica intergeneracional es un trabajo de ligaduras y transformaciones que sitúa a cada generación y cada sujeto en una cadena, en la que se crea su propia subjetividad, forma su historia y se convierte dueño de su herencia. Una generación, señala la autora, necesita otra que la antecede, y a su vez, instaurar una nueva generación para que siga persistiendo.

Freud (1913 [1912-13]/1994) habla de una psique colectiva (de masas) que da continuidad a la transmisión psíquica, “si los procesos psíquicos no se continuarán de una generación a la siguiente, si cada quien debiera adquirir de nuevo toda su postura frente a la vida, no existiría en este ámbito ningún progreso ni desarrollo alguno” (p.159); comenta que todo proceso deja una huella, aunque se intente borrar, por lo que ninguna generación puede ocultar a la siguiente las vivencias que lo marcaron.

Estudios realizados por Abraham y Torok (1961-1975) permiten diferenciar los conceptos de transmisión trans e intergeneracional, la primera se daría en generaciones sin contacto directo, abuelos e incluso ancestros no conocidos pero que marcaron la psique de los padres, son: secretos, eventos no hablados, mientras que la segunda se produciría entre dos generaciones con contacto directo, es decir, de padre a hijo, en este caso las transmisiones son pensadas y habladas, son costumbres familiares, habilidades, manera de ser (en Tisseron, 1997).

La transmisión se organiza a partir de lo negativo, de lo que falla y falta, ya decía Freud (1914 citado en Kaës, 2006a, p. 24) que “el niño se apuntala sobre lo que le falta a la realización de los sueños de deseo de los padres”, y Kaës (1985 citado en Kaës, 2006a) agrega que también lo que no ha advenido, aquello que no está inscrito o carece de representación tiene impacto y permea en la transmisión, mientras que Tisseron (1997) hace hincapié en que los hijos son los herederos de las prohibiciones, inhibiciones y deseos irrealizados. De ahí la importancia de hacer una revisión de la familia, como grupo de acompañamiento y sostén, formadora de estructura psíquica.

### **3.2 La familia, la transmisión y lo patológico**

Se entiende por familia a individuos unidos por el sentimiento de pertenecer a un grupo, que han aceptado renunciar parcialmente a regir sus comportamientos y pensamientos según una dinámica psíquica propia, aceptando entonces ligar sus intereses, materiales y psíquicos al grupo que identifican como familia (Tisseron, 1997).

Lo transgeneracional comprende aquella información inconsciente que el clan familiar transmite a toda su progenie para que un conflicto silenciado en la familia se pueda resolver en generaciones posteriores.

La patología de la transmisión “es sostenida en el proceso psíquico del sujeto singular y en el proceso psíquico del conjunto intersubjetivo” (Kaës, 2006a, p.27), es decir, tanto el sujeto como las ligazones establecidas sostendrán este proceso y es el grupo familiar el espacio originario de la intersubjetividad, es por ello que Tisseron (1997) asevera que los hijos a través de la herencia psíquica reciben la herencia de superar lo que quedó en el inconsciente de ancestros, incluidos sus padres.

Kaës (2009) retomando la transmisión generacional habla del sujeto como servidor, beneficiario y heredero que se va formando en los vínculos y alianzas de pertenencia, así como también en los grupos dónde se constituye y es parte constitutiva, siendo el sujeto un sujeto del vínculo, por lo que denomina “vínculo a la realidad psíquica específica inconsciente construida por el encuentro de dos o varios sujetos” (Kaës, 2009, p. 11). Para Kaës (1998) lo medular en a transmisión, es la identificación, lo que se transmite entre los espacios psíquicos va desde configuraciones de objetos, por ejemplo: afectos, fantasías o representaciones, eso que se transmite es aquello que no se contiene, como la culpa, enfermedades y vergüenza, lo reprimido no sólo lo negativo, sino aquello que asegura el mantenimiento de los vínculos intersubjetivos: ideales, mecanismos de defensa, identificaciones, pensamientos de certezas, dudas.

Las influencias transgeneracionales propuestas por Abraham y Torok (1961-1975 citados en Kaës, 2016a p.14) se refieren a que los abuelos o ancestros que han marcado el funcionamiento psíquico de los padres impactará el de los hijos, esto es que los hijos de los padres que aún tienen traumatismos no elaborados pueden desarrollar dificultades de pensamiento, aprendizaje o temores fóbicos, obsesivos o inmotivados (Abraham y Torok 1973, Slywan 1978, Tisseron 1990 citados en Tisseron, 1997).

Las situaciones traumáticas han sido consideradas desde la óptica de distintos autores, Freud (1926 [1925]/1996) al referirse a situación traumática establece una relación en la que el yo es afectado por situaciones externas y experiencias internas, donde ubica como “traumática a una situación de desvalimiento vivenciada...la angustia es entonces por una parte expectativa del trauma, y por la otra, una repetición amenguada de él ... esta nace como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto” (Freud, 1926 [1925]/1996, pp.155, 158).

Balint (1982) explica que un mal ajuste entre el bebé y sus cuidadores dan pauta para una situación traumática y hace referencia a que el origen de la falta básica puede deberse a una aguda discrepancia entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se le brindaron, la calidad de los cuidados que se le brindaron pudieron ser insuficientes, deficientes, fortuitos o brindados con una actitud demasiado ansiosa, sobreprotector, áspera, rígida, groseramente incoherente, inoportuna, sobreestimulante o sencillamente incomprensiva o indiferente

Por su parte Bion (1962) hace referencia a la función de rêverie que describe el estado materno caracterizado por una receptividad calmada donde la madre puede asimilar y procesar o metabolizar la angustia del bebé regresándole la información procesada a la vez que le proporciona consuelo y calma, de esta forma ayuda a que los estados inmanejables se hagan manejables y pueda finalmente autorregularlos (Lebow, 2013).

En los casos en que el infante ha tenido un encuentro cercano con la psicosis parental, se le ubica como un evento traumatizante en sí mismo, pues imputa al niño a una violencia y sufrimiento que le demandan un esfuerzo de interpretación que no es fácil sostener (Enriquez, 1986).

Podemos ver entonces que el funcionamiento psíquico se encuentra influido por los conflictos comunes de la especie, por los acontecimientos específicos de la vida del sujeto y por las huellas y conflictos que marcaron la vida de los padres, abuelos, colaterales y amigos. Para Tisseron (1997) existen diversos momentos difíciles en la vida de todo sujeto que tienen influencia y repercuten en el entramado de la vida psíquica del individuo, dichas influencias comienzan desde el estado fetal donde los ruidos y las formas vocales así como los movimientos del cuerpo de la madre marcan al bebé que está por nacer, otro momento incluye las relaciones primarias que el bebé tiene con su entorno, a través de la forma en que la madre

lo carga, acuna, alimenta, es así que se van comunicando modelos de la personalidad ulterior del niño, aquí resultan de gran importancia las identificaciones que el niño hace con sus padres o con otros miembros de su entorno familiar, cabe mencionar que el niño puede identificarse con los deseos conscientes o inconscientes lo que favorece a la repetición entre generaciones de elecciones amorosas, profesionales, de rasgos de carácter, personalidad e incluso pasatiempos (Tisseron, 1997).

La forma primordial de establecer lazos afectivos es a través de la identificación, que además es un proceso básico para la estructuración del sujeto y su personalidad. Dentro de las bondades de la identificación podemos nombrar que es una forma de las más arcaicas por medio de la cual el sujeto es capaz de obtener la satisfacción sus necesidades biológicas y psíquicas, también funge como una herramienta que promueve los procesos de aprendizaje y forma las bases de los ideales del yo (Grinberg, 1985 citado en Del Valle Laguna, 2014).

Para Urribarri (1992) las identificaciones son moldeadas por el vínculo intersubjetivo, para ambos lados, se da una identificación recíproca, una forma de circularidad. Widlöcher (1992) postula que la identificación implica llevar a cabo un movimiento de apropiación y conexión con una comunidad que existe en el inconsciente. Posee una meta inconsciente y se encuentra definida por la temática de la fantasía inconsciente, trabajo psíquico que se desprende del proceso primario en el cual queda representada la meta perseguida. La elección de objeto pasa a identificación cuando se da la apropiación de las cualidades del objeto, otra forma de ello es el síntoma, en el que por identificación se recupera el vínculo con la persona amada (Kaës, 2006). Y ahí se pone de manifiesto la transmisión transgeneracional.

## Capítulo IV Depresión adolescente

### 4.1 La adolescencia

Para comprender los pormenores de la adolescencia es importante entender que se encuentra antecedida por un periodo de latencia, durante tal periodo se da el predominio de lo sublimatorio, podemos dar cuenta de la configuración dinámica, la reorganización operativa y el balance intersistémico (Urribarri, 1999) será necesario pues, entender que es un proceso donde se desarrollen y adquieran nuevas capacidades intelectuales, en el que el niño cuenta con el apoyo en primer término del desarrollo biológico y en segundo del espacio escolar que le ayuda al proceso de represión y a la creación o encuentro de opciones diversas, abre el camino a la sublimación.

Parte fundamental de las adquisiciones en este periodo serán que el sistema defensivo será mucho más fino, la distancia entre el yo y el ello se hará mayor, el fortalecimiento del yo para controlar sus tendencias regresivas se incrementarán los objetos internalizados, será notoria la ampliación de actividades y capacidades, así como de su mundo relacional y una expansión de su capacidad simbólica de pensamiento y expresividad (Urribarri, 2002).

Durante el periodo de la pubertad y la adolescencia, el sujeto pasa por una serie de procesos que implican un desarmado de lo previo, teniendo como finalidad la reorganización y reestructuración de todo lo conformado hasta el momento, razón por la cual en la adolescencia se ponen en juego las identificaciones.

De acuerdo con Marcelli (1992) la diada “madre-hijo” se identifica en un proceso circular, en un juego mimético interactivo e inconsciente, las puntuaciones de esas secuencias interactivas constituirán la trama de la identidad, que retendrá posteriormente las

identificaciones que podrán apuntalarse sobre imitaciones concientes de rol. Por ello Mijolla (1984 citado en Marcelli, 1992) menciona que la identificación es la toma de conciencia de un comportamiento mimético.

Para Marcelli (1992) las representaciones aluden a un proceso de relación de objeto que pone en relación una parte (o el todo) de sí y una parte (o el todo) del objeto, entonces, la identificación secundaria es considerada como una representación de relación de objeto enmarcada por una imitación inconsciente primaria, que a falta de marco se vuelven flotantes y erráticas sin inscripción en el cuerpo, dichas representaciones fragmentadas y fragmentarias se asemejan más a una introyección que a una escena imaginaria interiorizada (Widlöcher, 1979 citado en Marcelli 1992).

Paradójicamente el adolescente debe conducir dos procesos simultáneamente (Erlich, 1986), que aparentemente van en sentido opuesto, el proceso de separación–individuación y el proceso identificatorio, durante este proceso el adolescente tiene una intensa necesidad de imitar con la finalidad de contener o enmarcar sus representaciones y transformarlas en identificaciones utilizables por el inconsciente.

Lo propio de la adolescencia es conjugar de manera específica dos corrientes que hasta entonces podían caminar separadamente de la vida pulsional con los objetos propios y la de la autonomía del individuo, dicha conjugación tiene por efecto exacerbar y conflictuar la apetencia objetal. Apetencia por los objetos propios para satisfacer las necesidades pulsionales, que podrían calificarse de narcisistas, lo que sería susceptible de asegurar la completud del sujeto, reforzar su identidad y colmar sus faltas. Todo este movimiento causa cambios emocionales y representa un reto lidiar, traducir, discernir y sostener el cúmulo emocional.

## **4.2 El adolescente deprimido: los procesos de narcisización y libidinización**

Bleichmar (2008) estipula que la depresión tiene como antecedente la pérdida de objeto, retoma la idea de Freud respecto a la insatisfacción del anhelo que se concentra en una persona muerta, y describe como anhelo a una meta que es inalcanzable, un deseo de algo, y de ello existe una representación en el psiquismo.

Al nacer el bebé está constituido por procesos instintivos, conforme la diada se desarrolla y se crea una huella mnésica donde el instinto es pervertido y vuelto pulsión por el afecto y cuidados que recibe de la figura materna, se establece la pulsión y el deseo. El bebé ahora desea además de una cosa, ser el objeto de deseo de otro, ser deseado por ese otro, para lograrlo se termina deseando lo que el otro desea, entonces el deseo es el deseo del otro y para ello el bebé deberá obtener reconocimiento, amor y aprobación del otro. Entonces los deseos de ese otro se convierten en ideales que el sujeto aspirará a satisfacer, dará forma al superyó que será capaz de amar o reprobado al sujeto, por ello Freud (1914/1996, p. 95) establece que “la dependencia respecto del objeto amado tiene el efecto de rebajarlo, el que está enamorado está humillado. El que ama ha sacrificado un fragmento de su narcisismo y sólo puede restituirse a trueque de ser amado”.

El otro es el que da valor, el niño por ejemplo, se identifica con la imagen que viene del otro y pasa a valorarse

“el niño por la dependencia con respecto a su objeto de amor se identifica con esa imagen valorada que viene del otro y pasa a valorarse” (Bleichmar, 2008, p.46), la representación que de ahí surge, es decir la representación que hace de “sí mismo es capaz de influir en las funciones psíquicas y corporales” (Bleichmar, 2008, p.50), por ello la identidad se sostiene

en la aceptación por parte del otro, por tanto se explica que la presencia del otro es fundamental para el mantenimiento y las sucesivas transformaciones del Yo representación.

Bleichmar (2008) menciona que los hijos de padres melancólicos presentan una imagen de sí mismos carente de valor, situación que refuerza la construcción del Yo representación desvalorizado por la identificación con el Yo representación de los padres, lo mismo pasa cuando el sujeto se constituye con padres desvalorizantes, pues lo ven a partir de sus proyecciones como incapaz y rechazado, imagen que el hijo asume como propia. Por ende, eso que el niño capta del otro es lo que marcará la representación que se haga de sí mismo, que, en el caso de los adolescentes deprimidos, la mirada del otro delimitará el desarrollo de la imagen que tenga de sí.

La construcción de una representación desvalorizada de sí empujará a desencadenar una depresión narcisista, tanto la identificación con figuras desvalorizadas como el asumir la devaluación por su parte tiene el mismo efecto. En la depresión narcisista, fungen como factores predisponentes todos aquellos factores que tienden a crear un elevado ideal narcisista, un ideal del yo inalcanzable, sustentado en los deseos de los padres, recordemos que como dice Bleichmar (2008) la identidad se construye en la dialéctica de la identificación con la imagen del otro, en la autoagresión el yo es tomado un objeto de odio. Entonces la representación que el niño se haga de sí mismo a partir de estos factores será la de alguien melancólico o desvalorizado.

La identidad, identificaciones y vínculos se ponen en juego al llegar a la adolescencia, como comenta Gutton (2008), para un adolescente lo que se pone en juego es ser un niño y ya no

ser más un niño, ser adolescente y ya no ser niño, la adolescencia es pues un espacio liminal dónde a la vez es y no es.

Respecto al suicidio, Gutton (2008) remarca que es una conducta grave en los adolescentes, señala que el sólo hecho del intento ya resulta sustancioso y de gran importancia para ser tomado en cuenta dejando de lado las especificidades, en cuánto a técnica, instrumentos o cantidad de medicamentos ingeridos.

“La posibilidad de un suicidio, es disparada siempre por alguien que es el más cercano al propio adolescente” (Gutton, 2008, p. 14). Pareciera ser que el adolescente que queda sometido al doble vínculo en la relación con los padres se encuentra atrapado en una solución imposible y predecible; esto es, queda imposibilitado a elegir, pues la elección que haga será errónea y aún puede ser descalificado por dicha elección, finalmente queda atrapado. Algunas ideas suicidas, protegen de ideas suicidas más peligrosas.

En la clínica del suicidio se presentan la depresión y la conducta entrelazadas, pues existe un vacío de pensamiento, al que Gutton (2008) llama *morosité* (sin representación), en este momento se presenta una invasión a dos vías; por un lado lo psíquico que se encuentra vacío y por el otro la genitalidad que hace su aparición; lo cual posibilita que el adolescente con toda la excitación que contiene sea el perfecto receptáculo de las conductas suicidas, con lo que se posibilitan las autoagresiones y/o mutilaciones: piercing, quemarse, cutting.

Respecto a las autoagresiones Zaragoza (2017) explica que las autolesiones son provocadas intencionalmente en el propio cuerpo sin finalidad suicida. Se les denomina Non Suicidal Self Injury (NSSI) y aquí se engloban lo que se conoce como cutting (self-cutting), quemaduras, golpes, arrancarse el cabello, arañazos, pellizcos, punciones y cualquier otro

comportamiento anómalo ejercido sobre sí, observados frecuentemente en adolescentes con síndromes depresivos o trastornos de la alimentación. Este tipo de autolesión pone de manifiesto a través de la comunicación no verbal, aquello que no se puede verbalizar y se pone en el cuerpo, muchas veces es angustia o sentimiento de rabia, ira, tristeza, soledad, rencor y dolor psíquico (Klonsky, 2007).

Ferreira et al. (2012), identificaron en su investigación algunas de las funciones de la conducta autolesiva, entre ellas se encuentran: la búsqueda de placer, la eliminación de sentimientos negativos, la supresión de imágenes o recuerdos dolorosos, la búsqueda de un estado de entumecimiento, autocastigo, evitación del colegio o el trabajo o la evasión de relaciones personales. Por su parte Albores et al. (2014) a raíz de su investigación mencionan que el método más utilizado para autolesionarse por parte de las chicas es el de corte en la piel, pareciera según sus resultados que las féminas presentan mayor preocupación y deseo de detener las autolesiones, aunque manifiestan una incapacidad para controlarlo, esta forma de autolesionarse tiene como función la de autorregulación y afrontamiento de emociones en circunstancias que les resultan difíciles o complicadas de sostener. En esta misma línea de investigación y siguiendo a Hernández (2013) pareciera que el adolescente se autoagrede con la intención de dominar la emergencia pulsional que no es capaz de elaborar psíquicamente. En el DSM 5 se considera a la autolesión no suicida como una conducta en la que el sujeto se inflige con toda intención lesiones corporales superficiales que producen sangrado, hematomas o dolor, dichas lesiones cumplen con la expectativa de que la lesión sólo produce un daño físico leve o moderado. Tal lesión tiene la finalidad de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, o para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014).

En lo tocante a los intentos de suicidio, Freud (1931/1996, p. 249) plantea que:

Ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro, el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior.

Es importante entender que el suicidio tiene múltiples acepciones, Para Barón (2000) el suicidio es aquel comportamiento que busca y encuentra una solución para un problema existencial en atentar contra la propia vida, desde la perspectiva de este autor el intento de suicidio en el adolescente es la forma en que el joven expresa la necesidad de cambio y de finiquitar una situación, terminar con lo que siente, es decir, es una forma de procesar o elaborar aquello que está viviendo y es la forma que encuentra de lidiar con ello. Entre las características de la familia en un estudio realizado por Mourni (1991 citado en Barón 2000) menciona que existe un significativo índice de conflictos entre los padres de los adolescentes, en específico la separación de los padres y la ausencia de una figura de autoridad parental.

Como se ha visto hasta aquí la historia de la familia, los usos y costumbres, las patologías en la historia familiar permean como elementos de lo transgeneracional que se juegan en la intersubjetividad, aunado a ello encontramos las cualidades del maternaje y las peculiaridades de los vínculos y cómo estos impactan y estructuran la vida psíquica de un sujeto, mostrando sus efectos durante la adolescencia a través de conductas autolesivas y/o intentos de suicidio enmarcadas por una depresión adolescente.

## MÉTODO

### Planteamiento del problema

La presentación de este caso versa sobre una chica que con 17 años acudió a pedir ayuda al centro comunitario de su localidad, es fundamental tener presente que la constitución de un sujeto se encuentra permeada por el contexto, las experiencias de vida, la cualidad y calidad de sus vínculos y las características de la familia, tanto nuclear como extensa, todos estos factores se entretajan para dar forma a la psique del sujeto.

Para comenzar relataré un poco sobre Dolor-es y cómo se presenta en la primera entrevista, es una chica de aproximadamente 1.60 metros, de complexión delgada, con formas femeninas bien delineadas y enmarcadas por ropa ajustada, utiliza un escote pronunciado que deja entrever su brassiere, la ropa combina con la pequeña bolsa de mano, trae el cabello recogido en una coleta. La expresión de su cara es adusta, incluso se mantiene con los labios fruncidos, al sentarse se permanece con la pierna cruzada más de la mitad de la sesión sin cambiar de postura, habla casi sin hacer pausas, tan sólo para tomar aire y proseguir el soliloquio, al mencionar su motivo de consulta rompe en llanto que detiene luego de un par de minutos, conforme relata lo sucedido y hacia el final de la sesión su semblante se relaja.

Parte importante de la presentación de este caso se relaciona con la cualidad y calidad de los vínculos que Dolor-es ha establecido, el primer recuerdo de Dolor-es la remite a uno de los vínculos más significativos que tiene “estaba con mi abuelito José María (papá de su mamá), me mecía en un columpio de fierro en la azotea de la casa, cuando me bajaba del columpio me sentaba a verlo limpiar su herramienta”, desde muy pequeña pasaba casi todo el día en compañía de sus abuelos maternos. Ambos padres trabajaban cuando era pequeña, quién se

encargaba de cuidarla era su abuela materna (Lina) igual que como hizo con su medio hermano (Polo), estaba todo el día con ella y con su abuelo, hasta que su mamá pasaba por ella luego del trabajo, su abuelo ya estaba enfermo y ella era quién lo cuidaba por las tardes, tarea que se incrementó conforme el tiempo pasaba pues su salud siguió deteriorándose.

Desde pequeña comenzó a cooperar con las tareas del hogar para ayudarle a su abuelita, su abuelo estaba enfermo, para este momento ya contaba con un diagnóstico de esquizofrenia, cuando tenía 9 años su abuelo solía hablarle de un señor que veía, al parecer una alucinación, tiempo después cuando enfermó otra vez y quedó en cama debido a una embolia, ella se volvió su cuidadora mientras estaba en casa de su abuela. También era la encargada de mantener limpia y en orden la recámara de su hermano, atenderlo y servirle si así lo requería.

La relación con su padre se volvió distante luego de enterarse a los 7 años de que tenía otra familia, la vivencia de la paciente es que para su papá en orden de jerarquía estaba su trabajo, la televisión y después ella, cuando estaba en casa no interactuaban, lo describe como pasivo, no se defiende ni cuando su mamá lo agrede verbal o físicamente.

Con su mamá tiene una relación distante, se siente desconfiada de ella, pues todo lo que le cuenta se lo platica a su papá, tanto su hermano como su mamá revisan su habitación y su celular. La describe como muy gritona y opuesta a su padre.

Con Polo, su hermano, su relación era muy estrecha, él la consentía en todo lo que quería, ella lo acompañaba a ver a sus novias, siempre estaban juntos hasta que él inició su última relación, desde entonces se empezó a alejar de ella, lo refiere como celoso y posesivo, se dejaron de hablar por 6 meses porque ella inició una relación con un chico más grande, uno

o dos años menor que Polo, la explicación de Dolor-es es que se ponía celoso de que estuvieran todo el tiempo juntos.

El maternaje de una madre inaccesible, fría, distante, que parece muerta emocionalmente ha sido un factor importante en la constitución psíquica de Dolor-es, la madre de Dolor-es en realidad no planeó ninguno de sus embarazos, a los 17 años quedó embarazada y sin contar con el apoyo del que era su novio ni de su familia decidió seguir con el embarazo, fue expulsada de la casa materna y pudo regresar tiempo después condicionada a pagar con trabajo doméstico su estancia y alimentos, su hijo (Polo) se quedó en la casa materna cuando ella se mudó con el padre de Dolor-es.

Antes de embarazarse de Dolor-es tuvo dos abortos espontáneos, uno a los dos meses y medio y el segundo a los tres meses de embarazo, los médicos le habían comentado a María José (madre de Dolor-es) que ya no podía tener hijos, por tanto, no creyeron que debían cuidarse o utilizar algún método anticonceptivo, no esperaba quedar embarazada, entonces nació Dolor-es, una hija no planeada, ni deseada. La relación y respuesta de María José a Dolor-es se limitaba a alimentarla y cambiarla cuando estaba con ella, no había muestras afectivas físicas ni verbales, la mayor parte del tiempo lo pasaba lejos de ella, trabajando, la bebé quedaba al cuidado de Lina (abuela, madre de María José), Dolor-es describió a su madre como distante desde que tiene memoria, no afectiva, cercana ni cariñosa, no habla con ella más que para recibir instrucciones, siempre se ha sentido sola.

Cuando Dolor-es tenía alrededor de 9 años su mamá empezó a tener problemas de salud, tuvo un par de crisis, en estos periodos lloraba, agredía, gritaba, en una ocasión le torció la mano a Dolor-es, en ambas ocasiones fue internada en un hospital psiquiátrico. De acuerdo con el

informe del médico tuvo una depresión de tercer grado que se complicó y culminó en esquizofrenia, tomaba risperidona y carbamazepina antes de eso tomó clonazepam y diazepam.

En la historia de Dolor-es tanto la familia paterna como la materna han dejado marca en su devenir como persona, por ello es importante conocer a estos estos personajes y su interacción con ella.

Su abuelo paterno murió en un accidente a los 22 años, por tanto, el padre de Dolor-es creció en la orfandad paterna, años después su abuela paterna (Roberta) estableció una nueva relación de pareja, esta segunda pareja, Pedro, murió cuando Dolor-es tenía 12 años.

Ahora la presentación de la familia materna, con quienes convive la mayor parte del tiempo Dolor-es, José María (abuelo materno), es alcohólico, comenzó a enfermarse a los 57 años, tenía alucinaciones visuales, años más tarde le diagnosticaron esquizofrenia, cuando Dolor-es tenía 7 años le dio una embolia y desde entonces está en cama. Lina (abuela materna) tuvo con él 5 hijos, 4 mujeres y un varón.

Dolor-es refiere que su tío Marco, hermano de su mamá, fue diagnosticado como depresivo, asiste a psicoterapia y al psiquiatra al igual que su hijo y Mónica, hermana de su mamá, que llora y duerme la mayor parte del día, no sale de su casa, sin embargo, no ha buscado ayuda profesional, Dolor-es la describe como depresiva por la similitud entre su conducta con la de su mamá y la de ella misma.

Para Dolor-es el suceso más fuerte se dio cuando tenía 7 años, en ese momento su papá le confesó que tenía otra familia, es decir, otra mujer y otro hijo, recuerda que se enojó mucho y que sólo le hablaba lo mínimo indispensable. En ese momento recuerda que “quería cortarse

las venas” (sic pac), tomó una navaja de su padre para rasurar, pero se detuvo porque pensaba en qué pasaría con su abuelita Lina y su hermano. De ahí en adelante se desencadenan una serie de intentos de suicidio (sic pac), a los 10 años recuerda que se vestía sexy, con ropa de chica más grande, llamativa, en ese año empezó a menstruar, fue un 24 de diciembre. Cuando tenía 10 u 11 años su mamá tuvo la primera crisis y fue internada, la diagnosticaron como depresiva, al salir del hospital Dolor-es fue quien la cuidaba por las tardes, estaban solas en la casa. A los 13 años, su mamá tuvo su segunda crisis, la diagnosticaron como esquizofrénica, a esta edad Dolor-es ya se maquillaba para ir a la escuela, en ese entonces su papá trabajaba en un laboratorio, por lo que había muchos medicamentos en casa, tomó unas pastillas las ingirió y vomitó. A los 14 años se sentía no vista y ni tomada en cuenta, estando en la escuela se iba a tomar unas pastillas de su mamá, pero un amigo la vio y la detuvo. Ya teniendo 16 años se tomó 15 pastillas de diazepam estando en la escuela y un amigo la hizo vomitar, únicamente se tragó 4 de las pastillas, solo de este último suceso tienen conocimiento sus padres, en las ocasiones anteriores no se dieron cuenta ni se enteraron de nada.

Su vida en general ha estado enmarcada por un ambiente caótico, caracterizado por enfermedades mentales, interrupciones y discontinuidades psíquicas y físicas, incluso en lo académico, el preescolar y la primaria las cursó en escuelas particulares, la situación económica de la familia no permitió que siguiera en esta línea, en la primaria tenía buenas notas, en secundaria fue cuando empezó a bajar su desempeño académico, no le gustaba el ambiente académico de la escuela pública, entre el primer y segundo año que fue cuando su mamá estuvo hospitalizada y sus calificaciones descendieron considerablemente, recuerda

que solía estar distraída y siempre platicando en clase. En el bachillerato cada semestre reprobó dos materias en promedio.

Dolor-es fue notado cambios en su conducta, desde pequeña le gustaba leer y escribir, cuando cumplió 13 años empezó a darle todo flojera (sic pac) y poco a poco lo fue dejando de lado, para comenzar a dormir todas las tardes. Ahora refiere que le gusta tejer, recientemente empezó a leer otra vez por cuenta propia, ha intentado realizar actividades deportivas.

Ya con 17 años empezó a notar que se despertaba en la madrugada y se volvía a dormir (alteraciones del sueño), desde que entró a la secundaria en las tardes no sale y ve televisión o se queda dormida, comenzó a verse como: distraída, olvidadiza, irritable, apática, aburrida, con sueño todo el día, sentía mucha ansiedad y comía sin tener hambre, sus calificaciones estaban a la baja, así como su aprendizaje, proceso que se ha ido incrementando.

Siguiendo toda su historia es claro el vínculo de amor y odio, ambivalente, que mantiene con cada miembro de su familia, la problemática mental de su mamá comienza mucho tiempo antes de que ella arribe al mundo y se mantiene en gestación en segundo plano para ponerse de manifiesto cuando Dolor-es tiene alrededor de 9 años, los abortos previos de su mamá no fueron elaborados y su llegada al mundo quedó bajo su influjo, la esquizofrenia de su abuelo y su madre aunada a la convivencia con los familiares depresivos dan contexto y sustento a cuestionar si es posible que ¿el vínculo ambivalente que sostiene con las figuras parentales, el maternaje de una madre inaccesible, fría, distante que parece muerta emocionalmente, y la depresión y esquizofrenia transgeneracional son los factores que participaron en que se manifestara la depresión (ideación suicida, intento suicida) identificada en Dolor-es?.

## **Supuesto**

La depresión identificada en Dolor-es, la ambivalencia con la que establece relaciones, el que se vea a sí misma como tonta, incapaz y poco valiosa, así como las interacciones someras y volátiles que establece con su entorno, se encuentran matizadas por lo transgeneracional, es decir, la depresión familiar y la esquizofrenia, manifestándose en ello el impacto de una madre inaccesible, fría, distante que parece muerta emocionalmente y un vínculo ambivalente con sus figuras parentales que desencadenan en ella intentos e ideación suicida para culminar en depresión.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Comprender cómo sus vínculos ambivalentes conflictivos con las figuras parentales, el maternaje de una madre inaccesible, fría, distante que parece muerta emocionalmente, la depresión y esquizofrenia transgeneracional participaron en que Dolor-es manifestara una depresión mayor.

### **Objetivos específicos**

1. Explicar la relación entre el vínculo ambivalente de Dolor-es con las distintas figuras parentales y su depresión.
2. Comprender el impacto de la depresión y esquizofrenia transgeneracional de la familia de Dolores en su sintomatología depresiva.
3. Comprender la relación entre el maternaje de una madre madre inaccesible, fría, distante que parece muerta emocionalmente presente en la madre de Dolores y su sintomatología depresiva.

### **Definición de categorías**

Depresión: la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido, todas las facetas de la vida pueden verse afectadas (MacKinnon & Michels, 1973).

Transgeneracional: La herencia arcaica del hombre no incluye solamente disposiciones sino también contenidos, huellas mnémicas referidas a lo vivido por generaciones anteriores (Freud, 1939). Las influencias transgeneracionales se producen a través de la sucesión entre generaciones, es decir, los contenidos de los hijos pueden estar marcados por el funcionamiento psíquico de los abuelos o ancestros, aunque no los hayan conocido pero que han tenido influencia sobre sus padres (Tisseron, 1997).

Vínculo ambivalente: se refiere al apego ansioso resistente-ambivalente en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando

lo necesite, tiene una tendencia a la separación ansiosa, propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante explorar el mundo, el progenitor en ocasiones se muestra colaborador y accesible en otras no y suele hacer amenazas de abandono como medio de control (Bowlby, 1995).

Maternaje de una madre muerta: La madre muerta es una madre que sigue viva, pero que está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida (Green, 2005). En este caso se habla de una variante de madre muerta, es decir, una madre inaccesible, fría, distante que parece muerta emocionalmente.

### **Tipo de estudio**

Este trabajo se cimenta metodológicamente en un estudio con un enfoque cualitativo, pues lo que resulta relevante en esta experiencia es la comprensión a profundidad del caso que se presentará y fundamentalmente del fenómeno psicológico que padece la paciente, la herramienta de investigación seleccionada es un estudio de caso debido a que se busca el completo entendimiento de la naturaleza, circunstancias, contexto y características de este (Sampieri, Collado & Lucio, 2003). Como comenta Nasio (2013) desde la perspectiva psicoanalítica un caso hace referencia al relato que hace el analista-terapeuta de una experiencia en particular en la que puede dar cuenta del proceso que se llevó a cabo, con la finalidad de profundizar en el conocimiento y entendimiento por medio del análisis y discusión de este.

Para el procesamiento de la información se requiere contar con herramientas específicas con el propósito de lograr su entendimiento y dilucidación, siendo el psicoanálisis el marco teórico y contextual que da forma y engloba la visión metodológica y conceptual de los procedimientos realizados, se utilizarán, por tanto, el análisis de contenido y la hermenéutica como herramientas para la interpretación y elucidación de los contenidos analizados en las sesiones psicoterapéuticas.

Entonces, el análisis de contenido es en su vertiente cualitativa, una propuesta analítica intermedia menos sujeta a los supuestos naturalistas de investigación (Cáceres, 2003), las metas a lograr con el uso de esta técnica son: denotar tanto el contenido manifiesto, como el latente de los datos analizados, (Bardin, 1996; Krippendorff, 1990; Mayring, 2000 citados en Cáceres, 2003); reelaborar los datos brutos y englobarlos por categorías de similar sentido (Miles & Huberman 1994 en Buendía, 1994 citados en Cáceres, 2003), dicho análisis se encuentra permeado por el marco referencial del investigador así como la determinación de los objetivos de análisis, esta técnica logra un nivel interpretativo con el marco teórico, de él se genera un metatexto (Moraima Campos & Auxiliadora Mújica, 2008).

Mientras que con la hermenéutica, lo que se pretende es comprender la individualidad del hablante o del autor (Martínez Miguélez, 2002), esta técnica se ocupa del significado, como una sensibilidad que puede estar presente o ausente en un proceder o en un recuento de esa acción (Packer, 1985), entendiendo que el proceso de intelección en sí mismo hace referencia a la acción en procura de la inteligibilidad, de develar o esclarecer, al adoptar este acercamiento a la acción humana, esencialmente tratamos la acción como si tuviera una estructura semántica y “textual”. (Packer, 1985).

Todo con la finalidad de entender y esclarecer de manera clara, precisa y profunda la depresión de una adolescente que se hace acompañar de ideación e intentos de suicidio desde su infancia.

### **Participantes**

La paciente contaba con 17 años al iniciar el tratamiento, cursaba el segundo año de bachillerato. Al llamar al centro comunitario “Julián Mc Gregor” para pedir consulta refirió como motivo de consulta “problemas en casa”, al cuestionarla sobre su motivo de consulta en la primera sesión comentó “mi papá tiene otra familia, me enteré cuando tenía 7 años y me quise suicidar” (sic pac).

### **Instrumentos**

Para llevar a cabo el tratamiento se utilizó la entrevista psicológica que tiene como finalidad evaluar la psique del consultante, pretende ver cómo funciona un individuo, más allá de lo que dice, se indaga lo que el entrevistado no sabe (Etchegoyen, 1999). Específicamente en la entrevista con adolescentes se hacen variaciones que ayudan al éxito del tratamiento, al mismo tiempo que resulta de suma importancia ser claros y precisos tanto en las intervenciones como en el encuadre (González, D. citado en Rossi [comp.], 2010).

Pasado el proceso de entrevistas el proceso se sostuvo en la psicoterapia analítica, que Laplanche y Pontalis (2021) definen como el proceso de psicoterapia que se basa en los

principios técnicos y teóricos del psicoanálisis, sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.

De acuerdo con Fiorini (1999)

Los desarrollos teóricos de Freud y continuadores constituyen un insustituible cuerpo de conceptos e hipótesis esenciales para la comprensión del comportamiento humano. En cuanto psicología y psicopatología dinámica, el psicoanálisis es una escuela obligada para todo intento de aproximación psicoterapéutica, cualesquiera sean sus variantes técnicas (p.193).

### **Procedimiento**

Parte fundamental de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes radica en que los alumnos desarrollemos habilidades y pongamos en práctica los conocimientos adquiridos por medio de la clínica, es por ello que realizamos prácticas en distintas instancias de la universidad, en lo particular, este caso se llevó a cabo en un inicio dentro del Centro Comunitario Julián Mac Gregor, donde los pacientes deben llamar o asistir para agendar cita, Dolor-es asistió por primera vez al centro a mediados de ese año, durante 2 meses aproximadamente, por cuestiones de salud abandonó el tratamiento, y al volver a pedir cita se le asignó conmigo ese mismo año.

La perspectiva desde la cual el caso fue abordado es psicoanalítica, las primeras sesiones se utilizaron para recopilar datos de la paciente con la intención de evaluar si era posible efectuar un trabajo psicoterapéutico y conocer las particularidades del caso.

El trabajo con Dolor-es que se presentará tuvo una duración de 1 año 6 meses, en total se tuvieron 104 sesiones efectivas, durante este periodo se tomaron vacaciones y días de asueto determinados por la institución, aunque el tratamiento completo tuvo una duración de cinco años. Cuando teníamos 5 meses trabajando juntas, el tratamiento se modificó y nos veíamos dos veces por semana, una consulta la tomaba en el Centro Comunitario y la otra en mi consultorio particular. Cuando tenía 6 meses de tratamiento psicoterapéutico inició el tratamiento farmacológico con un psiquiatra.

A lo largo de todo el trabajo se fue conformando la historia clínica; sin embargo, durante las primeras 5 sesiones se recopilaron datos de su desarrollo y se indagó en torno al motivo de consulta que refirió al pedir el servicio en el Centro Comunitario.

El encuadre implicaba en un principio, vernos una vez por semana, en el mismo consultorio y en el mismo horario, que ella se comprometiera a decir todo aquello que pasara por su mente, la confidencialidad estaba delimitada y sería perturbada en caso de que su vida fuese puesta en peligro, por lineamientos de la institución su mamá y ella firmaron una responsiva del tratamiento y su mamá dio por escrito la autorización para que ella asistiera.

A lo largo del reporte se presenta el trabajo realizado con Dolor-es durante un periodo de un año seis meses, más adelante presentaré detalles de su partida y el cierre, los nombres y por menores que pudieran revelar la identidad de la paciente fueron modificados con la intención de salvaguardar su identidad.

### **Consideraciones éticas**

Dentro de la normativa del centro comunitario Julián Mac Gregor y de acuerdo con el código ético manifestado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), se cumplió con las normativas establecidas en los artículos: 118 que indica que el psicólogo debe obtener un consentimiento informado apropiado a la terapia y en correlación con el artículo 124 en caso de ser menores de edad se obtiene consentimiento de quién funja como padre o tutor, en el caso de Dolor-es se obtuvo el consentimiento firmado desde la primera cita por la paciente y su madre; respecto a la confidencialidad en el artículo 68 se estipula que la información confidencial se debe disfrazar cuando se hace una presentación científica o académica, de modo tal que sea preservada su identidad, por lo cual los nombres y algunos detalles identitarios fueron suprimidos del texto, asimismo en conformidad con el artículo 134 que establece que la información confidencial puede ser compartida con fines de supervisión y con el artículo 136 que establece el informar al paciente sobre compartir la información con fines académicos, ambos rubos se cumplen pues la paciente fue informada y autorizó el uso de su proceso psicoterapéutico para esos fines, la supervisión y la presentación de su caso al finalizar la maestría y como parte de mi proceso de graduación.

## HISTORIA CLÍNICA

### Ficha de identificación

Nombre: Dolor-es

Edad 17 años

Grado escolar: quinto semestre

Escolaridad: Bachillerato

Sexo: Femenino

Lugar de origen: México, D.F.

Ocupación: Estudiante

Vive con sus padres

Dolor-es es una chica de aproximadamente 1.60 metros, de complexión delgada, con formas femeninas bien delineadas y enmarcadas por ropa ajustada, utiliza un escote pronunciado que deja entrever su brassiere, la ropa combina con la pequeña bolsa de mano, trae el cabello recogido en una coleta. La expresión de su cara es adusta, incluso frunce los labios.

Al sentarse se mantiene con la pierna cruzada más de la mitad de la sesión sin cambiar de postura, habla casi sin hacer pausas, tan sólo para tomar aire y proseguir el soliloquio. Al mencionar su motivo de consulta rompe en llanto que detiene luego de un par de minutos, luego cambia como si no hubiera pasado nada, en ocasiones ríe al hablar de situaciones dolorosas.

Su lenguaje es fluido, el vocabulario es común y coloquial, sin manifestar palabras altisonantes, habla con cierta rapidez a lo largo de toda la entrevista. Conforme relata lo sucedido y hacia el final de la sesión su semblante se relaja.

Es importante resaltar que es ella quien llama al Centro Comunitario para solicitar ayuda, refiere con facilidad las conductas, eventos y situaciones que le causan conflicto, durante esta sesión verbaliza “sé que estoy mal y necesito ayuda” (sic pac).

### **Motivo de consulta**

Dolor-es es atendida por primera vez en el Centro Comunitario alrededor de mayo por otro psicólogo, estuvo algunos meses con él, tuvo un absceso amigdalino y dejó de asistir, volvió a llamar al Centro para pedir cita y es cuando yo la recibo en noviembre del mismo año.

Asiste acompañada de su mamá que se queda en la sala de espera, al preguntarle por su motivo de consulta refiere “mi papá tiene otra familia, me enteré cuando tenía 7 años y me quise suicidar” (sic pac).

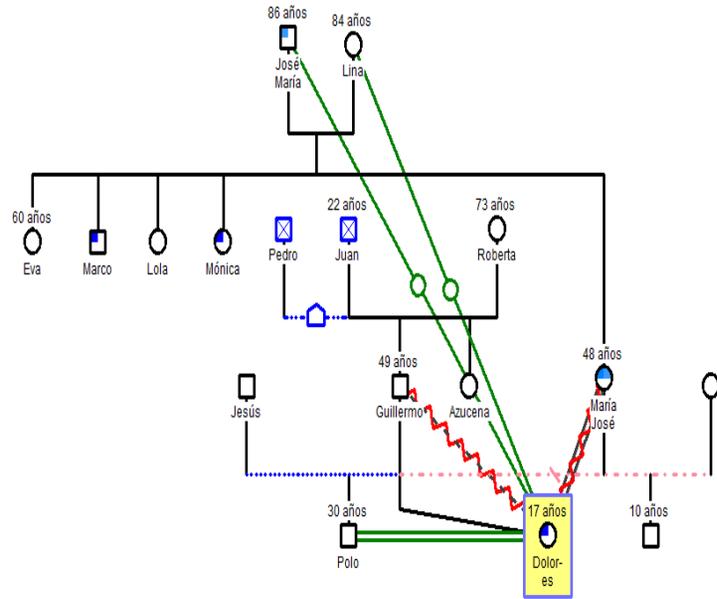
La sesión tuvo una duración de una hora, en el encuadre se estableció que las sesiones duraban 50 minutos, debía presentarse puntual y pagar a la secretaria, la confidencialidad se mantendría y sólo sería rota en caso de que ella atentara contra su vida, su mamá entró al consultorio para firmar los documentos que el Centro Comunitario exige a manera de autorización para los menores edad, se acordó que la asistencia sería una vez por semana el mismo día y en el mismo consultorio dónde yo estaría esperándola.

Colores denotando adicciones y condiciones médicas

- Alcoholismo
- Depresión
- Esquizofrenia

Leyendas de relaciones emocionales

Amistad / Cercana	Distante-Hostil
Amor	Cercano-Hostil



Familiograma

## **El entorno**

Dolor-es vive en una zona urbana, inserta en la delegación Coyoacán, colonia que fue fundada por migrantes de otras comunidades de la ciudad y de otros estados, conocida como los pedregales de Coyoacán, alrededor de los años cincuenta del siglo XX, esta población fue protagonista y partícipe de la lucha por regularizar los terrenos e instalar los servicios básicos, situación que parece influir en el sentimiento de arraigo que manifiestan los miembros de dicha comunidad.

Una práctica común es dividir el terreno de acuerdo con el número de hijos; con la finalidad de que cada uno pueda vivir ahí con su nueva familia. La religión que profesa la mayoría es la católica.

## **Los Orígenes**

### LA FAMILIA PATERNA

Roberta (abuela paterna), 73 años, su primer esposo Juan (abuelo paterno); padre de sus hijos murió a los 22 años, trabajaba como mecánico. La mitología familiar dice que Juan “se llevaba” pesado con sus compañeros de trabajo y al estar sobre un tinaco lo aventaron y se lastimó, luego de ese accidente murió. Juan había hecho negocios con un amigo para comprar un terreno, a su muerte, el amigo con quién hizo el trato eliminó la deuda y cedió el terreno a los deudos. La familia de Juan apoyó económicamente a Roberta (abuela paterna) y a sus

hijos, al cabo de un tiempo Roberta se dedicó a hacer ropa y venderla para sostenerse económicamente.

Tiempo después, Roberta se casó con Pedro que padeció Parkinson, su consumo de alcohol se incrementó conforme avanzaba en edad; era alcohólico igual que Juan, dejó de tomar y murió en 2004, a su muerte Roberta se enteró que estaba casado con otra mujer.

Guillermo (padre de Dolor-es) 49 años, es el hijo mayor; quedó huérfano a los 8 años aproximadamente, unos años después comenzó a trabajar en el taller dónde su padre laboraba, al mismo tiempo estudiaba y dejó inconcluso el bachillerato. Actualmente es chofer, antes trabajó como bibliotecario en una universidad y como mecánico por las tardes, sólo descansaba los domingos.

Su hermana dos años menor que él, Azucena (tía paterna), tiene 3 hijos, el mayor y la menor de sus hijos son del mismo papá, no así la hija la segunda hija, quién es producto de un amorío que se dio durante una separación de la pareja.

## LA FAMILIA MATERNA

José María (abuelo materno) de 86 años, originario de Puebla, cuando llegó a la ciudad de México vendía imágenes de Cristo de madera, tiempo después comenzó a dedicarse a la carpintería; era alcohólico, se enfermó a los 57 años, hablaba con gente inexistente, es decir, tenía alucinaciones. Años más tarde le diagnosticaron esquizofrenia, en pasados un par de años le dio una embolia y desde entonces está en cama.

Lina (abuela materna) 84 años, originaria del Estado de México; vino a la Ciudad de México a trabajar cuando tenía 10 años limpiando casas.

De la unión con José María nacieron: Eva de 60 años, casada y con 3 hijos; Marco, casado, con un hijo; Lola, casada y con 4 hijos; Mónica casada y tiene 2 hijos. La hija menor de Lina y José María es María José, madre de Dolor-es y Polo.

Dolor-es refiere que su tío Marco, fue diagnosticado como depresivo, asiste a psicoterapia y al psiquiatra, al igual que su hijo. Mónica, según refiere la paciente, llora, duerme la mayor parte del día, no sale de su casa, sin embargo, no ha buscado a ningún especialista. Dolor-es piensa que está deprimida porque presenta la misma sintomatología que ella y su mamá.

María José (madre de Dolor-es) tiene 48 años, desde la primaria hasta la secundaria tuvo a Jesús como amigo, momento en que se hicieron novios, producto de esa relación nació Polo cuando ella tenía 18 años. María José no sabía que estaba embarazada, pensaba que estaba “empachada”, al enterarse sus padres se enojaron, su madre la golpeó y su padre la corrió de la casa.

Los padres de Jesús no permitieron que la relación continuara y le pidieron que abortara, al decidir no hacerlo la relación terminó de manera definitiva. Actualmente se siguen viendo pues viven en la misma colonia; aunque no mantienen relación alguna.

Una tía de María José, hermana de su padre la recibió en su casa; a cambio de hospedaje y alimentación María José hacía las labores domésticas de la casa. Tiempo después le fue permitido regresar a la casa familiar, dónde se dedicaba a cuidar a su hijo y a los hijos de Lola (su hermana).

Años después conoció a Guillermo, y se casaron, Polo nunca vivió con ellos, Lina fue quien lo crio. Actualmente María José se dedica a la venta de gelatinas que ella elabora.

Polo (medio hermano de Dolor-es) tiene una relación de pareja desde hace 7 años y viven juntos desde hace 6 años, él trabaja como vendedor en una tienda departamental, ella se dedica al hogar.

### **Dolor-es. Su arribo y paso en la vida**

EN CASA...

El matrimonio entre Guillermo y María José siempre ha sido conflictivo, siendo novios peleaban todo el tiempo; aun así, decidieron casarse (sic pac).

Dolor-es; no fue una hija planeada; luego de Polo su madre tuvo 2 abortos espontáneos, uno a los dos meses y medio de gestación y el segundo a los tres meses de embarazo, los médicos le habían comentado a María que ya no podía tener hijos, por lo que la llegada de Dolor-es fue sorpresiva e inesperada.

Desde sus primeros meses estuvo al cuidado de su abuela materna Lina, pues ambos padres trabajaban. Lina estaba todo el día con ella y con su abuelo José María, hasta que su mamá pasaba por ella luego del trabajo por la tarde noche, en ese entonces su abuelo ya estaba enfermo, tenía alucinaciones, y ella era quién lo cuidaba por las tardes.

La relación con ambos padres siempre fue distante (sic pac), tenían poca comunicación, no hacían actividades juntos y tampoco les hablaba de sus pensamientos o emociones, su

hermano y su abuelo fungieron como figura parental en ocasiones y Lina como figura materna.

Cuando tenía 7 años su papá le confesó que tenía otra familia; es decir otra mujer y un hijo, recuerda que se enojó mucho y que sólo le hablaba lo mínimo indispensable. La relación con su padre se volvió distante luego de enterarse de ello, la vivencia de Dolor-es respecto a su relación con él, es que para su papá en orden de jerarquía está primero su trabajo, la televisión y después ella, cuando se encuentran en casa no interactúan; lo describe como pasivo, no se defiende ni cuando su mamá lo agrade. En ese año quería cortarse las venas y tomó una navaja para afeitarse de su padre, pero se detuvo porque pensaba en que pasaría con su abuelita Lina y su hermano.

A los 10 años recuerda que se vestía “sexy”, con ropa de adolescente, llamativa, en ese año empezó a menstruar, fue un 24 de diciembre, respecto al tema jamás existió una conversación con su mamá meses después es cuando su mamá tuvo la primera crisis y fue internada, le diagnosticaron depresión. Al salir del hospital Dolor-es se encargó de su cuidado por las tardes cuando regresaba de la escuela, es este periodo María José no hablaba, sólo se despertaba para tomar sus medicamentos, comía y se volvía a dormir. En esta época su abuelo José María dejó de reconocerla, debido al deterioro de su salud.

A los 13 años ya se maquillaba para ir a la secundaria, durante este periodo su papá trabajaba en un laboratorio, por lo que había muchos medicamentos en casa; tomó unas pastillas las ingirió y las vomitó porque era mucho medicamento. En este año María José tuvo una segunda crisis, en esta ocasión la diagnosticaron como esquizofrénica; al salir del hospital

Dolor-es la cuidaba, a diferencia de la crisis anterior María José pasaba más tiempo despierta viendo la televisión, aunque seguía sin hablar ni interactuar con su hija.

Al siguiente año, teniendo 14 años, se sentía no vista ni tomada en cuenta, estando en la escuela se iba a tomar unas pastillas de su mamá, pero un amigo la vio y la detuvo.

Cuando tenía 16 años, se tomó 15 pastillas de diazepam estando en la escuela y un amigo la hizo vomitar, sólo se tragó 4 de las pastillas. En las ocasiones anteriores sus padres no se dieron cuenta ni se enteraron de nada, su mamá si supo de este evento por una amiga de Dolor-es y constantemente comentaba el suceso con amistades y vecinos, situación que hacía que Dolor-es sintiera vergüenza.

Con su mamá tiene una relación distante, se siente desconfiada de ella, pues todo lo que le cuenta se lo platica a su papá, tanto Polo como su mamá revisan su habitación o su celular. La describe como muy gritona y opuesta a su padre.

La relación con Polo, su hermano, era muy estrecha, él la consentía en todo lo que quería, ella lo acompañaba a ver a sus novias, siempre estaban juntos hasta que él inició su última relación, desde entonces se empezó a alejar de ella, lo refiere como celoso y posesivo, se dejaron de hablar por 6 meses porque ella inició una relación con chico más grande y a su hermano no le agradaba.

## VIDA ESCOLAR

Respecto al ámbito académico, el preescolar y la primaria las cursó en escuelas particulares la situación económica de la familia no permitió que siguiera en esta línea; en la primaria

tenía buenas notas, 8 en promedio, no le representaba una dificultad la escuela; en secundaria fue cuando empezó a tener dificultades, cuando su mamá estuvo hospitalizada, sus calificaciones descendieron considerablemente, recuerda que solía estar distraída y siempre platicando en clase.

Quiso entrar a la preparatoria de la UNAM, sin embargo, se quedó en Bachilleres, al ingresar al tratamiento cursaba el cuarto semestre, en promedio cada semestre ha reprobado dos materias. Apenas comienza a afianzar la idea de estudiar una licenciatura, en su familia nadie lo ha hecho.

#### VIDA SEXUAL

Inició su vida sexual alrededor de los 16 años, utilizaron condón, su madre no habló sobre relaciones coitales con ella; lo que sabe es lo que ha visto en la escuela. Fue al ginecólogo con una amiga porque su novio de entonces le dijo que fuera, él tenía 23 años. Refiere que estuvo bien la experiencia pero que el sexo no es algo que le fascine, el placer fue mínimo, se refiere a sus relaciones sexuales como placenteras en general.

Con su último novio, al cabo de dos meses de relación comenzaron a jugar, comenta que se siente excitada cuando él se enoja o se pone celoso, dos semanas después tuvieron relaciones por primera vez. Luego de un par de semanas del primer encuentro sexual y en los 8 meses subsiguientes estuvieron juntos 9 veces aproximadamente, él ingresó a una universidad en provincia y al cabo de unos meses la relación terminó.

#### INTERESES Y PASATIEMPOS

Desde pequeña le gustaba leer y escribir, cuando cumplió 13 años empezó a darle todo flojera y poco a poco lo fue dejando de lado, para comenzar a dormir todas las tardes. Ahora refiere que le gusta tejer, hace un mes empezó a leer otra vez por cuenta propia, frecuentemente intenta realizar actividades físicas, lo hace un par de semanas y luego las deja.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Un ejercicio fundamental al trabajar con un caso radica en elaborar, metabolizar la información del paciente junto con la teoría existente que ayudará a encontrar intelecciones sobre los diversos temas y darán guía y sostén a nuestro proceder dentro del espacio terapéutico.

### **Depresión con lo transgeneracional**

Al cuestionar a Dolor-es sobre su primer recuerdo comentó “estaba con mi abuelito José María, me mecía en un columpio de fierro en la azotea de la casa, cuando me bajaba del columpio me sentaba a verlo limpiar su herramienta”, esa memoria, recuerda, fue alrededor de los 3 o 4 años de edad, tanto su abuelo como su abuela materna Lina la cuidaron desde muy pequeña, José María en ese entonces le contaba del nahual, que se robaba a las niñas. Tanto los sistemas de creencias como las expectativas, reglas, límites y patrones conductuales se encuentran permeadas por las interacciones con aquellos con quienes nos vinculamos, somos constituidos en y por el deseo de otro, de más de uno que nos precede, la cuestión de la trasmisión en psicoanálisis es “la formación del inconciente y de los efectos de subjetividad que anudados a la intersubjetividad derivan de él” (Kaës, 2006, p. 16).

Dolor-es cometa que cuando ella tenía un año su abuelo sufrió una embolia “no dejó de caminar ni nada, íbamos juntos a misa, cuando tenía 6 años empezó a usar bastón, hace algunos años aún caminaba un poco, pero al año empezó a usar silla de ruedas” durante esos

años vio en muchas ocasiones como José María hablaba con gente inexistente “Mi abuelo veía a un señor con sombrero, yo creo que se acordaba de los señores con dinero para los que hacía muebles o cuando vendía sus cristos” (sic pac).

A continuación, presento un extracto de una sesión a los 11 meses de tratamiento

Dolor-es: Cuando me metía a bañar me daba miedo que fuera a salir ESO (IT) por la regadera (película que vio con sus papás cuando tenía 4 años aproximadamente)

Dolor-es: A veces siento miradas, (tenía la sensación de que la veían en la sala de su casa)

Magali: Dime más

Dolor-es: La presencia de algo, la energía de cuando una persona está contigo...de niña veía personitas que se arrastraban en el suelo, boca abajo...

Magali: ¿Qué edad tenías?

Dolor-es: 5 años

Magali: ¿Cómo eran?

Dolores: Siluetas, amarillos o anaranjados

Magali: ¿Se lo has comentado a alguien?

Dolor-es: Se lo comenté a mi papá, me preguntó si me hacían algo y le dije que no, mi mamá decía que estoy loca

Magali: ¿Te acuerdas de algo más?

Dolor-es: Siempre iban hacia mí, en la cocina y en la sala los veía, al llegar a mi desaparecían. Una vez soldados bajaban del techo y se me metían por el pecho, a veces los agarraba y los soltaba en el aire

Magali: ¿Con qué relacionas los muñecos que se arrastran?

Dolor-es: Cuando veo un viejito en la calle lloro, podrían ser mis abuelos o yo

Magali: ¿Qué relación tienen?

Dolor-es: No sé

En este material podemos dar cuenta del impacto y la influencia que tiene la convivencia en la psique, en los casos en que el infante ha tenido un encuentro cercano con la psicosis parental, se le ubica como un evento traumatizante en sí mismo, ya que “impone al niño a una violencia y sufrimiento que exigen un esfuerzo de interpretación no siempre fácil de sostener” (Enriquez, 1986, p. 101) para Dolor-es no era viable entender a qué se debía ni qué pasaba, sabía que su abuelo era esquizofrénico porque se decía en la familia pero no lo entendía y llegó a comentar que aunque le gustaba mucho pasar tiempo con él, “a veces le daba miedo”.

La transmisión se organiza a partir de lo negativo, de lo que falla y falta, ya decía Freud (1914 citado en Kaës, 2006a) que “el niño se apuntala sobre lo que le falta a la realización de los sueños de deseo de los padres”, y Kaës (1985 citado en Kaës, 2006a) agrega que también lo que no ha advenido, aquello que no está inscrito o carece de representación tiene impacto y permea en la transmisión, mientras que Tisseron (1997, p. 14) hace hincapié en que “los

padres consideran a sus hijos herederos de sus deseos irrealizados a la vez que de sus propias inhibiciones y prohibiciones”.

Eso que falta, eso que está mal inscrito se manifiesta en los tíos de Dolor-es Marco y Mónica, hijos de José María y Lina, respecto a ello comenta “mi tío Marco tiene diagnóstico de depresión, va al psiquiatra y al psicólogo y su hijo también tiene depresión, mi tía Mónica llora, duerme y no sale, no se atiende”, la patología de la transmisión “es sostenida en el proceso psíquico del sujeto singular y en el proceso psíquico del conjunto intersubjetivo” (Kaës, 2006a), es decir, tanto el sujeto como las ligazones establecidas sostendrán este proceso y es el grupo familiar el espacio originario de la intersubjetividad, es por ello que “las herencias psíquicas transmiten a los hijos la carga de superar cuestiones que quedaron en suspenso en el inconsciente de sus padres y ancestros” (Tisseron, 1997, p. 13). De ahí que sea una familia inmersa en la depresión y esquizofrenia.

Las influencias transgeneracionales propuestas por Abraham y Torok (1961-1975 citados en Kaës, 2016a) se refieren a que “los contenidos psíquicos de los hijos pueden estar marcados por el funcionamiento psíquico de los abuelos o ancestros que han marcado la vida psíquica de sus padres”. Así fue con el hijo de Marco que presenta signos y síntomas de depresión y con Dolor-es que al canalizarla al psiquiatra fue diagnosticada con depresión mayor y con todo y ello abuela Lina, papás y tíos sugieren a Dolor-es no asistir a psicoterapia ni al psiquiatra.

## **Depresión y variante de madre muerta en la madre de Dolores**

María José madre de Dolor-es se embarazó de Polo y pasaron más de 15 años cuando volvió a embarazarse, tuvo dos abortos naturales, y los médicos dijeron que no podía quedar embarazada, tanto a ella como a Guillermo les causó mucha tristeza y se resignaron a no ser padres, hasta que un día llegó Dolor-es, el embarazo fue complicado al igual que el nacimiento. De acuerdo con lo relatado por Dolor-es su mamá siempre peleaba con sus padres y hermanos, y luego con Guillermo, tenía cambios de humor y era rara, según le han contado, no fue hasta que Dolor-es tenía 11 años cuando tuvo su primera crisis y fue ella, su hija quién la llevó al médico y luego se encargó de cuidarla.

Al parecer su madre vivió durante alrededor de 41 años sin un diagnóstico, ni tratamiento, lo que es muy probable haya influido en la calidad de la diada establecida con Dolor-es, es decir, en el relato de la paciente era una madre ausente en lo afectivo, ambivalente y poco asertiva en la lectura que hacía de las necesidades de la bebé, aunque la abuela participó como otra figura materna, era una mujer ocupada de otros nietos y pendiente de su esposo enfermo, lo que le impedía estar de tiempo completo con Dolor-es, aunque resulta imposible saber a ciencia cierta cómo se dio dicho proceso, es viable inferir que “la pérdida de amor y el fracaso dejaron como secuela un daño permanente del sentimiento de sí, en calidad de cicatriz narcisista, que, coinciden con lo que dice Marcinowski (1918), es el más poderoso aporte al frecuente sentimiento de inferioridad de los neuróticos” (Freud,1995), tal herida narcisista deja huella y se manifiesta a lo largo de la vida de los sujetos, por ejemplo en el caso de Dolor-es se muestra en su constante búsqueda de aquel vínculo primordial, expectativa que deposita en todas sus relaciones, amorosas y/o amistosas, dónde anhela ser la única y la más

importante, al no lograrlo inicia un descenso anímico, se vive poco valiosa y se siente perdida, “ya no soy Dolor-es”.

María José quedó emocionalmente marcada por los abortos, pues en ese entonces buscaba ser madre y mientras asumía que no podría hacerlo quedó embarazada, a manera de hipótesis podríamos pensar que el nacimiento y el proceso de maternaje de Dolor-es donde debieron haber intervenido todos los sentidos, cada uno alertado y puesto en marcha con cada interacción, específicamente en el amamantamiento la dialéctica entre las subjetividades y el psiquismo de ambas partes se activa y tiene efectos tanto en la madre (figura materna) como en el bebé, de acuerdo a las verbalizaciones de Dolor-es podemos inferir el carácter cambiante de su mamá y a veces rechazante, “mamá no quería jugar conmigo, siempre estaba con Polo, a la fecha no me abraza”. Desde muy pequeña solía dejarla desde muy temprano en casa de su mamá para irse a trabajar.

Cuando Dolor-es tenía 11 años y estaba en la primaria, su mamá tenía cambios de humor frecuentes, peleaba mucho con su papá, un día estando en casa su mamá estaba muy enojada, gritaba, jaloneo a Dolor-es y le lastimó el brazo, esa fue su primer crisis, el diagnóstico que le dieron en el Psiquiátrico fue depresión, María José dormía, comía y dormía, quién se encargaba de cuidarla y de la casa era Dolor-es en esta sesión comentó “Dolor-es no existió por año y medio” tanto en su nacimiento como en este momento en que iniciaba la pubertad y se reactivan todos los conflictos no resueltos, Dolor-es se enfrenta con la enfermedad su mamá y se ve haciendo el rol de cuidadora, ama de casa, estudiante, hija, a partir de aquí sus calificaciones comenzaron a descender. La segunda crisis de María José se dio cuando Dolor-es tenía alrededor de 13 años, también fue ella quien se encargó de los cuidados de su mamá,

comentó “fue mejor, el medicamento no la dejaba dormida, mamá veía televisión, comía y hacía sus cosas” en esta ocasión la diagnosticaron con esquizofrenia.

Al hablar de las crisis Dolor-es refirió que existía un patrón, cuando su mamá estaba en crisis se reía y los agredía, a ella o a su papá, aunque Dolor-es no tiene recuerdos ni relatos específicos de cuando era bebé podemos pensar en retrospectiva que su mamá proveía unos días cuidados y otros no, que iba y venía, es decir la investía y luego desinvestía, sin tiempos determinados, la marca que queda es un trauma narcisista en el hijo, es común que los hijos intenten lidiar con la angustia y surgen como signos de ello el insomnio, agitación, terrores nocturnos, que Dolor-es refería como ese miedo a que el payaso de “eso” apareciera o que la observaban en casa.

El Yo no se queda impávido, establece algunos mecanismos para defenderse y salvaguardarse (Green, 2005) una de estas formas es generar un odio secundario, que pone en marcha deseos de incorporación regresiva y posiciones anales sádicas, teniendo como objetivo la dominación del objeto, lastimarlo y obtener venganza, Dolor-es comentó “cuando puedo me vengo de mamá no tomándola en cuenta” en distintas ocasiones expresaba el rencor, enojo que sentía por la falta de amor de su mamá.

### **Depresión y vínculos ambivalentes**

En este apartado se revisarán las relaciones más significativas de Dolor-es, Marrone (2001) menciona que tanto niños como adolescentes se encuentran inmersos en grupos o sistemas interpersonales, que van más allá de la díada con la madre o la tríada con el padre, y que

cualquier experiencia en ese contexto familiar tendrá un impacto significativo en cada uno de sus miembros.

Lina, su abuela ha sido muy importante en su vida, incluso la llama mamá, pues la cuidaba cuando era niña junto con sus primos, recurre a ella cuando su mamá hace algo “acusó a mi mamá con mi mamá Lina para que la regañe”, para este momento la imagen de su abuela era la de una mujer llena de amor y apoyo, luego de algunos meses en tratamiento su abuela ya no estaba de acuerdo en que tomara medicamento, fuera a terapia o siguiera estudiando “mi mamá Lina me reclamó que no cuenta conmigo”, como si tampoco quisiera que se fuera de la red familiar.

María José corrobora la tesis de Bowlby (1995) en la que plantea que las mujeres cuya infancia fue perturbada suelen entablar con sus hijos una menor interacción con sus bebés, estas madres provienen de historias de violencia física y/o emocional, conforme crecen esperan poco o nada de amor o apoyo, a Polo y a Dolor-es los cuidó y crío Lina, poco en realidad es lo que María José interactuaba con sus hijos, tampoco sabía cómo, cuando se enteró que Dolor-es en la escuela se tomó unos pastillas y quería suicidarse le contó Coral la mejor amiga de Dolor-es sin consultarle, lo que el primer psicólogo del Centro Comunitario le comentó sobre el proceso de Dolor-es lo comentaba con otras personas de su familia, Dolor-es se escondía para hacer cosas y no le comentaba nada para evitar que más personas se enteraran, María José le pedía confianza y después la traicionaba esto incrementaba la ansiedad en Dolor-es, lo mismo pasaba con sus cambios de humor, unos días estaba muy accesible y abierta, otros triste, otros enojada e indispuesta, se enojaba con facilidad y era mejor para Dolor-es alejarse y mantenerse en su habitación.

Una característica de las madres que promueven el vínculo ambivalente es que dan respuestas inoportunas y poco provechosas, prestan poca atención a lo que el niño hace y/o siente, en ocasiones pueden desalentar o rechazar sus intentos de conseguir ayuda y aliento, que se refleja en estas verbalizaciones “no me regañan cuando deben, sus regaños suelen ser fuera de lugar y por situaciones menos graves que por aquellas que si deberían hacerlo”, de niña solía ahorrar lo que le daban de domingo y sus papás le pedían dinero prestado que no le pagaban, en la segunda fase del tratamiento María José le comentó a Dolor-es que apenas entrara a trabajar debía darle una de las dos quincenas de su trabajo.

Cuando Polo iba ir a casa de Dolor-es, su mamá cocinaba para él y ella no podía tomar nada porque era para su hermano, en casa de Lina dónde vivía Polo primero debían atender y servir a los varones, es claro como los guiones familiares se ponen en marcha en situaciones particulares, a manera de secuencias interaccionales (Byng-Hall,1985), las mujeres van después de los varones, Lina, María José y Dolor-es se movían en la misma línea, servir.

“El fin primero y más inmediato del examen de realidad no es hallar en la percepción objetiva un objeto que corresponda a lo representado, sino reencontrarlo, convencerse de que todavía está ahí” (Freud,1925/1996, p. 255), que explica porque en repetidas ocasiones en las sesiones comentaba que su mamá no hacía nada por ella, al cabo de un tiempo refirió que se encargaba de lavar su ropa, al mencionarlo y cuestionarla sobre el hecho, ella respondió con un monosílabo, asumiendo que si hacía algunas cosas, dejaba ver un gran esfuerzo por mantener la imagen de la madre ausente y despreocupada.

Respecto a la relación con el padre, que fue descrita como distante y agresiva, podemos pensar que se da ¿una repetición de la ligazón con la madre?, “la intensa dependencia de la

mujer respecto de su padre no es sino la heredera de una igualmente intensa ligazón-madre” (Freud, 1931/1994, p. 229), entonces probablemente lo es, ya que “el vínculo madre fue el originario, sobre él se edificó la ligazón-padre, y ahora en el matrimonio sale a la luz desde la represión lo originario” (Freud, 1931/1994, p. 232), en sus relaciones amorosas es dónde se repiten una vez más las agresiones vividas anteriormente, es decir, una compulsión a la repetición, mejor dolor constante que afrontar el dolor que está en el imaginario que sería mortal, se refiere a contactar con las emociones entorno a la falta de atención, distancia emocional y descuido que vivió por parte sus cuidadores primarios, a la vez que se corrobora la ausencia paterna, o tal vez la debilidad de la imagen del padre, puesto que la figura del padre es creada por la madre, aunado a ello Dolor-es lo veía poco, siempre estaba trabajando. Cuando Dolor-es tenía 7 años en una pelea en casa su papá le llama y le dice que tiene otra familia, Dolor-es responsabilizó a la otra mujer del hecho, con ello sin darse cuenta repetía el patrón familiar de exonerar a los hombres de responsabilidades, su mamá lo hacía con ella, cuando peleaba con Polo no importaba el motivo, ella debía pedirle perdón.

Las respuestas inadecuadas y a destiempo no solo las provee una de las figuras parentales, muchas veces hay un continuo o no, en este caso lo hay, su padre se mostraba constantemente agresivo hacia ella y en otros momentos la apoyaba, pero Guillermo al igual que María José eran impredecibles, un día Lina se puso mal y Dolor-es la llevó al hospital, Guillermo estaba seguro de que mentía, se refería a uno de sus novios como “el piojoso-andrajoso” devaluando con ello su decisión de andar con él, el día de la primer cita de Dolor-es con el psiquiatra la llevó pero se quedó en el auto, como iba también María José comentó “las dos están locas, ya la van a drogar”, le negaba permisos para salir y una hora antes de los eventos le decía

que podía ir, así en términos generales era el día a día, no sabía qué podía esperar, vivía en la incertidumbre y siempre a la expectativa.

Con Polo, su hermano la relación estaba al parecer condicionada a que cumpliera con sus expectativas y siguiera sus normas, a veces era muy amoroso y complaciente, le compraba regalos y la llevaba con sus novias, ella en retribución mantenía su habitación limpia. Estando en la secundaria Polo le compró un celular y cada vez que lo veía le pedía que se lo diera para revisarlo y leer sus conversaciones, también le revisaba la recámara para cuidarla y que no hiciera cosas inadecuadas, esto terminó más o menos en la misma época en que su mamá tiene la primera crisis, en ese momento él empieza un noviazgo con la que después se convirtió en su concubina, desde ese momento hubo un distanciamiento entre ellos. Dolor-es refirió en varias ocasiones que él había intentado y amenazado con golpearla, la relación que tenían también resultaba poco predecible, si ella se sometía las cosas funcionaban pero si no era así y él estaba de mal humor había problemas, él representaba para ella una figura de autoridad, tanto por el trato que recibía de su abuela como de su madre, eran frecuentes los comentarios de descalificación que hacía sobre sus elecciones, como estar en tratamiento o querer estudiar, incluso le ofreció comprar el examen de la UNAM para que entrara, porque desde su óptica era seguro que no lo lograría, estas devaluaciones las recibía muy frecuentemente por parte de toda la familia.

## **Depresión Dolor-es**

Como hemos venido observando la historia de Dolor-es está llena de eventos y situaciones que no le ayudaron a desarrollar las tareas de cada etapa, por ejemplo en el periodo de latencia que es el tiempo para que se desarrollen y adquieran nuevas capacidades intelectuales, supuestamente el niño cuenta con el apoyo en primer término del desarrollo biológico y en segundo del espacio escolar que ayuda al proceso de represión y a la creación o encuentro de opciones diversas, lo que da pie a la sublimación. En el caso de Dolor-es este proceso se vio interrumpido por la noticia de la otra familia de su papá, las alucinaciones visuales que tenía, el cuidar a su abuelo y a su mamá durante la primera crisis. En este periodo tuvo una serie de mascotas que acabó perdiendo “a mis 5 años lobita, comió algo y la sacrificaron, cuando tenía 6 años mi gato se escapó, entre los 8 y 9 años tenía dos cocker , uno se murió, “el último de la camada siempre sale defectuoso” (también se refería a sí misma), unos años después envenenaron a Punky, entre los 12 y 13 años tenía a Randy, un rottweiler, lo regalaron, Manuel me regaló un labrador, Estrellita, y la regalaron” su abuelo se fue desdibujando, se encontraba muy sola en este periodo y sin recursos ni guía o acompañamiento para lidiar con lo que pasaba, y conforme seguía creciendo y su mundo psíquico que requería reorganizarse se hacía cada vez más complicado, se sentía abrumada y sin posibilidades de salir, el adolescente debe conducir dos procesos simultáneamente (Erlich, 1986), que aparentemente van en sentido opuesto, el proceso de separación–individuación y el proceso identificadorio, durante este proceso el adolescente tiene una intensa necesidad de imitar con la finalidad de contener o enmarcar sus representaciones y transformarlas en identificaciones utilizables por el inconsciente.

Cuando ocurrió la segunda crisis de su mamá ella ya estaba en la secundaria, su mamá estuvo internada un tiempo, en ese momento ella regresaba a casa y estaba sola, la visión de sí misma

era “soy muy huevona desde la secundaria, mamá estaba internada, mi primer novio me engañó, reprobé dos materias y me deprimí mucho”, los elementos se seguían juntando y ella no podía traducirlos, solo notaba como poco a poco se iba aislando, a los 13 años es cuando toma pastillas en casa, no las toleró su estómago y vomitó, sus papás no se dieron cuenta, a los 14 lo volvió a intentar en la escuela pero un amigo la detuvo y ni siquiera las ingirió, en tercero de secundaria mientras su mamá estaba internada lo volvió a pensar, y a los 16 años se tomó 15 pastillas de diazepam en la escuela, un amigo la vio y la obligó a vomitar, solo se tragó 4. La falta de sueño, de interés, la apatía, el desgano, la tristeza cada vez eran más fuertes y sus ganas de seguir iban disminuyendo. El suicidio es una conducta grave en los adolescentes, el sólo hecho del intento ya resulta sustancioso y de gran importancia para ser tomado en cuenta dejando de lado las especificidades, en cuánto a técnica, instrumentos o cantidad de medicamentos ingeridos (Gutton, 2008).

Desde que inició el proceso refería problemas de sueño, sin embargo se fueron incrementando, comenzó a despertarse en la madrugada y se volvía a dormir, desde la secundaria en las tardes no salía, veía televisión o se quedaba dormida, a los 17 años se empezó a notar más distraída, olvidadiza, irritable, apática, aburrida, con sueño todo el día, sentía mucha ansiedad y comía sin tener hambre, “la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. En el melancólico se muestra una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo” (Freud, 1917 [1915]/1996, pp. 242-243).

En lo tocante a los intentos de suicidio, Freud (1917 [1915]/1996, p. 249) plantea que “ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro, el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior”, es decir, que el destino de la pulsión es la vuelta hacia la propia persona, donde los intentos que ha realizado son infructuosos y apenas asequibles pues se encuentran matizados por los rasgos histéricos de la paciente, son una manera de poner fuera la agresión y enojo que tiene hacia sus padres, ya que los autoreproches hacia sí misma son también dirigidos hacia el otro (su madre), la falta de fortaleza yoica y de recursos psíquicos es lo que dificulta el poder ponerlos en palabras antes de actuarlos.

La depresión se presenta con la conducta entrelazada, existe un vacío de pensamiento, al que Gutton (2008) llama *morosité* (sin representación), en este momento se presenta una invasión a dos vías; por un lado lo psíquico que se encuentra vacío y por el otro la genitalidad que hace su aparición; lo cual posibilita que el adolescente con toda la excitación que contiene sea el perfecto receptáculo de las conductas suicidas, con lo que se posibilitan las autoagresiones y/o mutilaciones: piercing, quemarse, cutting, “en la secundaria me cortaba, utilizaba mis uñas, el compás, cúter, agujas, un pin, solía hacerlo en mi recámara por la noche, me se sentía muy triste, me arrancaba también pellejitos y costras”.

Ya con 18 años y con 6 meses en proceso empezó el tratamiento psiquiátrico, al no ver cambios después de dos semanas dejó el medicamento, comenzó a llegar tarde a las sesiones y canceló una sesión. Todas estas actuaciones las entiendo como manifestaciones resistenciales, que en algún lugar pretenden “interrumpir la cura incompleta, los neuróticos

saben procurarse de nuevo la impresión de desaire, fuerzan al médico a dirigirles palabras duras y a conducirse fríamente con ellos” (Freud, 1920/1996, p.21), estas manifestaciones se encuentran relacionadas con las identificaciones, tales son parciales y se hacen con rasgos de los objetos, podría pensar que una de las identificaciones está puesta en la falta de autocuidado de la madre, que Dolor-es repite al dejar de tomar el medicamento, incluso su mamá le comentó que no se tomara el medicamento “no te va a pasar nada, no te lo tomes, te va a hacer daño”, lo entiendo también como una forma de negación, “se ve cómo la función intelectual se separa aquí del proceso afectivo” (Freud, 1925/1996, p. 253), tomar el medicamento le produce mucho miedo y refiere que no tomarlo es “evitar un momento que no quiero pasar” como si de forma mágica fueran a desaparecer los síntomas que tiene, por ello comentó “si no lo hablo, no existe”, una vez más el pensamiento mágico con el que creció aparece.

“La dependencia respecto del objeto amado tiene el efecto de rebajarlo, el que está enamorado está humillado. El que ama ha sacrificado un fragmento de su narcisismo y sólo puede restituirselo a trueque de ser amado” (Freud, 1914/1996, p.95). Situación que ella no ha vivido, es decir la restitución de esa parte depositada en el otro, es cómo si se enganchara con personas con las que no logra la reciprocidad necesaria para recuperar el narcisismo depositado y de ahí que se dejen entrever rasgos depresivos y su tendencia a la dependencia, buscando en cada interacción un poco de ese amor anhelado.

Algunas ideas suicidas, protegen de ideas suicidas más peligrosas, Dolor-es solía dormir con un cuchillo bajo la almohada, eso la hacía sentirse segura y protegida, podía defenderse o matarse, la primera vez que lo hizo tenía 7 años, fue después de enterarse de la otra familia

de su papá, la segunda vez cuando su mamá tuvo la segunda crisis y terminó con Manuel (novio con quién inició su vida sexual).

A los 8 meses de tratamiento Dolor-es se había movido de lugar, podría pensarse que se posicionó en el lugar de su madre, con Jaime, su novio de ese entonces, depositaba en él las agresiones, siendo ella quien las propiciaba y las ejecutaba “jugando”, en una ocasión le pidió tiempo, le quiso pegar y cuando él se protegió, y ella se golpeó lo responsabilizó de la agresión, proceso que se explica junto con las identificaciones que salen a luz durante la adolescencia, es decir con mamá y las agresiones que había relatado ejercía.

La herida narcisista acompaña al sujeto a lo largo de su vida, y se manifiesta en diversas ocasiones, “la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 248), lo cual podría explicar la sensación de vacuidad y desolación que vivió Dolor-es tras la ruptura con Manuel y explica por qué cuando Jaime, ya siendo su novio se fue a provincia a presentar un examen, ella se sentía desesperanzada y abandonada, a la vez deseaba que Jaime aprobara y reprobara el examen, la ambivalencia todo el tiempo se presentaba en sus relaciones.

Con 19 años cumplidos, tuvimos la última sesión de la primera parte del tratamiento, al preguntarle por qué ya no quería asistir verbalizó “no lo hago por coraje de que no me quedé en la UNAM, no siento esa necesidad de seguir estando bien” la depresión seguía con ella pero su renuencia fue mayor, hicimos un cierre para que pudiera recuperar los avances que había tenido y los aspectos a los que debía estar atenta, antes de terminar le comenté que el espacio siempre estaría abierto para ella si alguna vez quería regresar, a pesar de la mejora el

trabajo no alcanzó para que no interrumpiera el tratamiento, regresó 10 meses después, ya estaba inscrita en una universidad particular.

## ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

### Transferencia

Antes de que yo recibiera a Dolor-es, estuvo un par de meses con otro psicólogo del Centro Comunitario, él solía hablar con María José sobre las cosas que le comentaba Dolor-es en consulta, y su mamá las comentaba con la familia, esto lo repitió durante el tiempo que estuvo con él, se mostraba desconfiada y temerosa de que yo pudiera ventilar sus intimidades y que nuevamente fuera expuesta por su mamá.

Luego de seis meses de tratamiento le dio mi número a su mejor amiga para que fuera a terapia conmigo, al preguntarle sobre sus motivos la respuesta fue que “para ella había sido útil asistir, aunque tenía miedo de que yo me enojara por haber compartido mis datos”, era como ir midiendo y probando si en realidad estaría para ella, estaba muy pendiente de mis reacciones, en junio de ese mismo año me habló de tu y casi llora, se puso muy nerviosas, me comentó que “era un falta de respeto, que le daba miedo lo que yo fuera a pensar, que podía romper la confianza, la comunicación, la paciencia, que sentía mucha pena”.

Casi al año de tratamiento llevó un sueño a sesión, pongo solo un extracto “... de lejos escuché su voz doctora, y le decía que tuviera cuidado que todos los pacientes estaban fuera de sus celdas, la metía conmigo a la celda y atoraba la puerta para que no pudieran hacernos daño, usted sacaba su teléfono y le llamaba a alguien para avisar y que arreglaran todo” Al pedirle asociaciones, entre las varias que dio comentó:

Dolor-es: Usted es quién me ayuda cuando me pongo mal, quién me puede apoyar en momentos críticos

Magali: ¿Qué más estás depositando en la imagen de tu terapeuta?

Dolor-es: Gratitude, al estar yo con ella la podría salvar (hace referencia al momento en que mete a su terapeuta a la celda con ella).

Durante el tratamiento se mostraba desconfiada y temerosa, su ambivalencia se hacía presente todo el tiempo, parecía incrédula de que alguien pudiera estar para ella.

### **Contratransferencia**

En un principio me causaba mucha curiosidad saber más sobre sus intentos de suicidio, su forma de vestir colorida y escotada me causaba confusión pues apenas entraba al consultorio lloraba mucho, por momentos me confundía y me era difícil seguir su historia, a veces me sentía con mucho cansancio y pesadez al terminar la sesión.

Conforme fui conociendo más de su historia me producía mucha ternura y compasión escuchar todo lo que había vivido, me sorprendía que era muy correcta y educada para hablar en la sesión, me daba la sensación de que buscaba mi aprobación y afecto.

El pago de la consulta le costaba mucho trabajo hacerlo, sobre todo cuando su papá le dejaba de dar dinero porque no quería que fuera y menos dos veces por semana, a mí me daban ganas de no cobrarle la consulta que tomaba en mi consultorio y que pagaba directamente en el Centro Comunitario, vendió colchas, entró a una tanda, después aprendió a hacer gelatinas con su mamá para poder venderlas al mismo tiempo que vendía calcetines y plumas en la escuela para pagar su pasaje y la consulta, así los 5 años que estuvo en tratamiento.

Me desesperaba que no seguía el tratamiento al pie de la letra, iba al psiquiatra y dejaba el medicamento, volvía a ir y el ciclo se repetía, me enojaba que no dimensionara las complicaciones que vendrían, pensaba en su abuelo y su mamá y sentía miedo de no tener los recursos psíquicos ni las técnicas para acompañarla y sostenerla, cada sesión me esforzaba porque sintiera y viera que estaba ahí con ella.

### **Alcances**

Dentro del encuadre se encontraba romper la confidencialidad si su vida corría peligro, sin embargo no me pareció prudente plantearlo de esa forma por la experiencia que tuvo meses antes en el Centro Comunitario, por lo que le propuse que en caso de necesitar hablar con su mamá yo le comentaría a ella primero sobre qué tema y que le diría, para que ella lo autorizara incluso podría ella estar presente, eso ayudó a que pudiera abrirse e ir contando lo que pensaba y sentía sin el temor de que yo fuera a compartir sus pensamientos y vivencias.

La relación con su mamá mejoró, sentía menos rencor y odio, en ocasiones le ofrecía ayudarla con la venta de gelatinas y poco después le pidió que le enseñara para que juntas pudieran vender más.

Durante los casi 5 años de tratamiento solo llamó el día que se cortó la mano, fue un 25 de diciembre, en el primer periodo vacacional que le di, tenía mi número y sabía que si tenía una emergencia podía comunicarse conmigo, así lo hizo, fue la primera vez que pidió ayuda en el momento en que pensó en hacerse daño, situación que fortaleció el vínculo y la hizo sentirse importante.

Por cuestiones de espacio y horarios, al verla dos veces por semana una vez la veía en el Centro Comunitario y otra vez en mi consultorio, en el Centro Comunitario teníamos un escritorio en medio de nosotras y en mi consultorio no, aunque al principio se ponía nerviosa poco a poco fue pudiendo lidiar con hablar de frente y afrontar los temas sin esconderse o protegerse, al poco tiempo de asistir ahí comentó que nunca pensó que ella pudiera estar en un lugar así, se refería además del espacio físico, al trato que recibía desde la recepción, este tipo de detalles le ayudaron a sentirse valiosa y merecedora de respeto y afecto.

La relación que establecimos le ayudó a proyectar en mi sueños e ideales, su forma de vestir cambio se mostraba menos excéntrica, ya no utilizaba la ropa para llamar la atención, dejó de asumirse como tonta e incapaz, quería y pensaba que podía crecer, estudiar, viajar y ser una mujer independiente, se planteó ser la primera en la familia con estudios universitarios y así lo hizo.

Cada vez hablaba un poco más con su papá, interactuaba con él cuando la llevaba a la universidad y se preguntaban sobre su día, conforme avanzaba en la licenciatura su papá le preguntaba su opinión sobre algunas problemáticas de la casa y sobre cómo proceder legalmente cuando Roberta (abuela paterna de Dolor-es) murió.

La relación con su hermano dejó de ser tan violenta, ella ya no lo permitía, le ponía límites y no se callaba ante sus insultos, ya le exigía respeto para ella, su mamá y su abuela.

Cuando el tratamiento terminó se encontraba próxima a cumplir 23 años, estaba a un mes de terminar la licenciatura, su embarazo se complicó, el médico indicó reposo absoluto, por tanto dejó de asistir.

## **Limitaciones**

En un diciembre tuve que darle vacaciones porque en supervisión así se me dio la instrucción, el protocolo lo indicaba y por formar parte de la institución debía seguir las normas, yo la veía frágil y me parecía que no debía, seguí las instrucciones y el 25 me llamó llorando, diciéndome que se acababa de cortar la mano con unas tijeras que se sentía muy angustiada y sola, sólo la contuve vía telefónica, y ambas esperamos a volver del periodo vacacional para poder volver trabajar.

Al verla en mi consultorio debía tomar dos transportes para llegar y dos para regresar, sus recursos económicos eran escasos, pero por la normativa ella debía seguir pagando las consultas en el Centro Comunitario, el gasto económico era importante para una chica de su edad sin recursos propios ni apoyo económico de sus padres de forma permanente.

Cuando hicimos el cierre del proceso, de la primera parte, estaba muy enojada por no haberse quedado en la UNAM, yo era una representación de la institución, presentó el examen en dos ocasiones y lo reprobó, esto me lo comentó cuando regresó a tratamiento un año después.

Luego de dos años de la segunda parte del tratamiento, estaba mejorando en la universidad, el medicamento ya lo tomaba con la regularidad necesaria, se sentía más estable y en casa la relación con sus padres era menos caótica, soñaba con trabajar y viajar, sin embargo quedó embarazada, no sabía si seguir con el embarazo decía que no quería pero no sabía qué hacer, le pedí que hablara con el psiquiatra para saber que procedía con el medicamento y tuvo que suspenderlo hasta que decidiera que iba a hacer, se enfermó y faltó una semana, a la siguiente semana yo me enfermé y tampoco pudimos tener las sesiones, es decir, perdimos 4 citas,

cuando nos volvimos a ver su pareja y ella habían hablado y él le prometió casarse, ella aceptó y decidió no interrumpir el embarazo.

## CONCLUSIONES

Como es sabido la adolescencia es un periodo complejo, se encuentra lleno de vicisitudes, que tanto padres como el propio adolescente deben sortear, no es una tarea fácil ni para la cual la mayoría se prepare. Es el examen que los padres enfrentan y dónde se ponen de manifiesto los aciertos y los huecos que quedaron al aire en la infancia.

Todo aquello que se encuentra mal colocado sufrirá el impacto que acompaña la turbulencia hormonal y psíquica que se vive, la historia que precede de las generaciones anteriores por supuesto tiene un impacto, ninguno estamos libres de ello, la diferencia radica en los recursos y herramientas psíquicas que tenemos y podemos desarrollar.

Esto va desde tener relaciones de pareja bien cimentadas, crear un entorno que permita el crecimiento, maduración y expresión emocional, conocer las motivaciones de la reproducción y las expectativas, no para evitarlas pues no es viable, sino para poder lidiar con ellas de mejor manera y ejercer con más recursos la parentalidad, que tendrá un impacto directo en la formación y estructuración de los hijos.

El maternaje, no importa quién lo ejerza, sino la calidad de éste, proveer de cuidados y vincularse con el bebé resulta fundamental para que inicie su desarrollo con un mejor bagaje, la lectura de las necesidades y la satisfacción adecuada sentará las bases de un adulto con mejores recursos psíquicos, con menos huecos. La red de apoyo que cobija al nuevo ser podrá apoyar en tales labores, la nueva visión de *laissez fair* parece no ser adecuada ni funcionar, es real que la adaptación y los ajustes a la posmodernidad son necesarios para la supervivencia lo cual no significa que soltar sin supervisar a nuestros jóvenes sea adecuado.

La adolescencia está llena de cambios que se vinieron cocinando desde la etapa de latencia, el individuo venía recopilando herramientas, la calidad y cantidad dependen del contexto y los vínculos que ha establecido con ellos, labor de los padres o las figuras a cargo antes y durante. En la pubertad y la adolescencia se ponen en juego procesos hormonales, biológicos y psíquicos que descontrolan, complejizan y confunden a los jóvenes, la guía y acompañamiento es responsabilidad de los adultos, el procesamiento y metabolización de las experiencias que se viven aún están bajo la tutela de los adultos que muchas veces por falta de tales herramientas dejan de lado al adolescente y abortan la misión, situación que incrementa, afirma y fortalece las problemáticas a las que él o la joven en cuestión se enfrentarán.

La depresión que vemos en esta etapa no surge de un día a otro, se nutre de las experiencias que va teniendo el adolescente, de la indiferencia, de la falta de comprensión y empatía, de la no metabolización de las emociones que se muestran avasalladoras, del sentimiento de soledad e inadecuación que se sostiene en un autoconcepto endeble, en un narcisismo herido, en la pérdida del propio cuerpo, de la certeza y continuidad del pensamiento y del ser.

Y desde el lado profesional nos toca establecer encuadres adecuados para cada paciente, acompañar, entender, traducir y ayudarle a reparar lo roto, a pensar lo no pensado, a procesar aquello que quedó atorado, sostener las agresiones al vínculo y ofrendar claridad y constancia.

## BIBLIOGRAFÍA

(2000). *Transferencia. La dialéctica de lo intrapsíquico versus lo intersubjetivo*. Recuperado de [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_3950.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3950.pdf)

Balint, M. (1982). *La Falta Básica: Aspectos Terapéuticos de la regresión*. Barcelona, España: Paidós.

Bleichmar, H. (2008). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Oficina Sanitaria Panamericana.

Bowlby, J. (1995). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (4ª ed.). Madrid, España: Ediciones Morata

Bowlby, J. (2007). *La separación afectiva*. Paidós.

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, II(1), 55–82. Recuperado de <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>

Cárcamo Vásquez, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 23, 204–216. Recuperado de <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26081/27386>

Del Valle Laguna, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. Recuperado 9 noviembre, 2019, de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2014/01/28/transmision-transgeneracional-y-situaciones-traumaticas/>

Enriquez, M. (1986). El delirio en herencia. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 97-129). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Etchegoyen, R. H. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (5ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista con niños y adolescentes*. España: Síntesis

Faimberg, H. (1985). El telescopaje [encaje] de las generaciones (Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones). En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 75-96). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Fernández Chaves, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (96), 35–53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

Fiorini, H. (1999). *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Madrid, España: Nueva Visión.

Fonagy, P. (1999, 13 mayo). *Figuras significativas: Teoría del apego*. Recuperado 5 octubre, 2019, de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.4.pdf>

Freud, S. (1913[1912-13]/1994). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 13, pp.1-164). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1914/1996). Introducción del narcisismo. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 21, pp. 67-98). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1917 [1915]/1996). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 14, pp. 235-255). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1920/1994). Más allá del principio de placer. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 13, pp. 1-62). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1923/1996). EL yo y el ello. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 19, pp. 1-66). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1925/1996). La negación. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 21, pp.251-257). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1926 [1925]/1996). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 20, pp. 71-164). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1931/1994). Sobre la sexualidad Femenina. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 21, pp.223-244). Argentina: Amorrortu

Freud, S. (1950 [1895]/1994). Proyecto de psicología. En J. Strachey (Ed. & Trad.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 1, pp. 323-446). Argentina: Amorrortu

Grassi, A. (s.f.). *De lo Originario a lo Originante*. Recuperado 15 noviembre, 2018, de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/056\\_adolescencia2/material/fichas/lo\\_originario.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/056_adolescencia2/material/fichas/lo_originario.pdf)

Green, A. (2005). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Gojman-De-Millán, S., Herreman, C., Sroufe, L. A., Cortés, L. G., González, P., Pérez, V., & Sánchez, G. (2018). *La teoría del apego*. Fondo de Cultura Económica.

Gutton, P. (2008). *Depresión y suicidio en la adolescencia*. Seminario

Hornstein, L. (1991). Piera Aulagnier: sus cuestiones fundamentales. En L. Hornstein, P. Aulagnier, M. Pelento, A. Green, M. Rother, H. Biachi et al. (Eds.), *Cuerpo, historia, interpretación* (pp. 11- 109). Argentina: Paidós.

Jeammet, (1992). Lo que se pone en juego: las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 41-58.

Kaës, R. (2006a). Introducción. El sujeto de la herencia. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 13-29). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Kaës, R. (2006b). Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J. Baranes, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 31-74). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Ciudad de México, México: Paidós.

Lebow, M. (2013, diciembre). *Bion Vocabulary*. Recuperado 30 junio, 2015, de <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2013/10/M.Lebow-Class-Assignment.pdf>

MacKinnon, R., & Michels, R. (1973). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Ciudad de México, México: Interamericana.

Marcelli, D. (1992). Imitación + representación = identificación?. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 59-75.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid, España: Psimática.

Martínez Miguélez, M. (2002). Hermenéutica y Análisis del discurso como método de investigación social. *Revista Paradigma*, 23(1), 1–13. Recuperado de <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/paradigma/article/view/3049/1442>

Moraima Campos, M., & Auxiliadora Mújica, L. (2008). El análisis de contenido: Una forma de abordaje metodológico. *Laurus. Revista de Educación*, 14(27), 129–144. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111892008>

Nasio, J. D. (2013). *Los más Famosos Casos de Psicosis* (4ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Nussbaum, S. (2018, 13 julio). *Identificaciones alienantes y repetición. Una contribución acerca de la transmisión transgeneracional*. Recuperado 16 noviembre, 2018, de <http://www.psicoanalisisapdeba.org/descriptores/adolescencia/identificaciones-alienantes-y-repeticion-una-contribucion-acerca-de-la-transmision-transgeneracional/>

Paciuk, S. (2008). *De intrapsíquico a intersubjetivo*. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810715.pdf>

Packer, M. (1985). *La investigación hermenéutica en el estudio de la conducta humana*. Psicología Cultural. Recuperado de <http://www.psicologiacultural.org/Pdfs/Traducciones/La%20investigacion%20hermeneutica.pdf>

Rossi, L. (2010). *Entrevista, historia clínica, patología frecuente*. México: Editores de Textos Mexicanos.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético Del Psicólogo* (4ª ed.). CDMX, México: Trillas.

Tisseron, S. (1997). Introducción. *El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones*. En S. Tisseron, M. Torok, N. Rand, C. Nachin, P. Hachet & J. Rouchy, *El psiquismo ante la prueba de generaciones* (pp. 11-33). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Urribarri, R. (1992). Acerca de la identificación. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 26–32.

Urribarri, R. (1999, 1 julio). *Descorriendo el velo sobre el trabajo de la latencia*. Recuperado 15 octubre, 2017, de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/descorriendo-el-velo-sobre-el-trabajo-de-la-latencia-urribarri.pdf>

Urribarri, R. (2002). *Consideraciones teórico-clínicas sobre las patologías severas en la adolescencia*. Recuperado 8 mayo, 2017, de <http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/urribarri.pdf>

Weba, A. (1999). *Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales.*

Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/werba.pdf>

Wildlöcher, D. (1992). Para abrir un debate sobre la identificación. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 33–40.

Winnicott, D. W. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Argentina: Lumen/Horné.

Winnicott, D. W. (1996). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.

Winnicott, D. W. (2007). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.