



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

REACCIONES PARANOIDES DE LAS FIGURAS PARENTALES HACIA LA PSICOTERAPIA DEL
ADOLESCENTE

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

PRESENTA:
MARLEEN NALLELY GARCÍA GARCÍA

DIRECTORA:
MTRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO, UNAM FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA, UNAM FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. WENDY DE LAS MERCEDES LARA OLGUÍN, UNAM ESCUELA NACIONAL
PREPARATORIA

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA, UNAM FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY, UNAM FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad Universitaria, CD. MX.

MARZO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

¡Gracias!

A mis padres por sostenerme con amor y paciencia.

A mi hermano por acompañarme en este transitar de la vida e inspirarme.

A cada uno de mis profesores y compañeros de la maestría que tejieron una red de escucha y sostén.

A mis pacientes que me enseñan cada día a luchar por una vida mejor.

A mis grandes amigos y amigas que creen en mí.

A Conacyt por financiar mi estancia en la residencia.

A la UNAM por permitirme seguir creciendo académicamente.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	8
1. 1 PROCESOS TRANSFERENCIALES ENTRE PADRES DE ADOLESCENTES Y PSICOTERAPEUTAS.	8
1.1.1 Transferencia.....	9
1.1.2 Contratransferencia	12
1. 1. 3 Particularidades de la transferencia de los padres frente a la figura de la psicoterapeuta	13
1. 2. EL OTRO COMO UN LUGAR AMENAZANTE.	29
1. 2. 1 Díada madre-hijo.....	29
1. 2. 2 Patologías resultantes de la díada madre-hijo	31
1. 2.3 Rasgos paranoides ante la amenaza del otro.....	36
1. 2.4 Implicaciones en la clínica psicoanalítica con adolescentes.	38
1. 3 EL PAPEL DEL TERAPEUTA FRENTE A LOS PADRES DEL ADOLESCENTE: PRINCIPIOS DE TRABAJO.	39
1.3.1 Objetivos y formas de trabajo con los padres de adolescentes.....	39
1.3.2 Primeras entrevistas con los padres y formas de abordaje	39
1. 3. 3 Trabajo sobre las resistencias y la transferencia parental	41
1. 3. 4 Pero ¿Qué hago? Búsqueda de respuestas	42
1. 3. 5 Contratransferencia y sus implicaciones con los padres.....	43
CAPÍTULO 2. MÉTODO.....	48
2.1 Planteamiento del problema	48
Objetivo general:.....	51
Objetivos específicos:	51
Definición de categorías	52
Tipo de estudio	52
Instrumentos	53
Participantes.....	54
Procedimiento	55
Consideraciones éticas	56
CAPÍTULO 3. ESTUDIOS DE CASO	57

3.1 Caso Alicia	57
1. Ficha de identificación	57
2. Descripción de Alicia	57
3. Motivo de consulta	58
4. Entrevistas iniciales	58
5. Historia clínica	59
3.2 Caso Ignacio	63
1. Ficha de identificación	63
2. Descripción de Ignacio	63
3. Motivo de consulta	63
4. Entrevistas Iniciales	64
5. Historia Clínica	65
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	69
4.1 Rasgos paranoides y finalización prematura del tratamiento	69
4.1.1 Relación entre Alicia y su madre	69
4.1.2 Relación entre Ignacio y su madre	72
4.2 La organización defensiva y la finalización prematura del tratamiento	82
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	89
5.1 Procesos transferenciales y contratransferenciales caso Alicia	89
5.1.1 Transferencia y contratransferencia parental	92
5.2 Procesos transferenciales y contratransferenciales caso Ignacio	94
5.2.1 Transferencia y contratransferencia parental	97
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue examinar la relación que conlleva el desarrollo de una transferencia parental negativa hacia el espacio psicoterapéutico y la finalización prematura del tratamiento en los casos de Ignacio y Alicia. Para ello, se utilizó el método cualitativo de estudio de caso, con la técnica de análisis hermenéutico apoyado desde la teoría psicoanalítica. Los participantes fueron dos adolescentes: una mujer de 16 años y un varón de 13 años. Los resultados ofrecen evidencia de la relación entre la activación de las defensas paranoides en las madres de los adolescentes y el desarrollo de una transferencia negativa parental del orden de lo persecutorio, que conllevó a la pronta interrupción del tratamiento. Por lo que ofrecer un lugar de escucha a las madres así como el análisis de la propia contratransferencia pudo mitigar las ansiedades persecutorias en ellas.

Palabras clave: Transferencia, defensas paranoides, madres, adolescentes, contratransferencia.

INTRODUCCIÓN

Trabajar con adolescentes es un desafío, no sólo por la complejidad del desarrollo psíquico del propio adolescente, sino además por todo el entramado familiar del que es parte. Este andamiaje atravesará inevitablemente al adolescente y posiblemente al espacio terapéutico, que de no ser tomado en cuenta, puede suscitar un final abrupto en el trabajo psicoterapéutico y verse atacado desde el núcleo familiar.

Es por ello que abordar la historia familiar, especialmente la de los padres es de suma importancia para así explorar su mundo interno. Los padres no pueden saber lo que hacen pasar a sus hijos si no existe un cuestionamiento sobre lo que ellos mismos pasaron, sin esta reflexión, la intervención psicoterapéutica en adolescentes se torna complicada (Mathelin, 1994).

De modo que hay historias que se repiten de forma inconsciente tanto en padres como en hijos, lo que, al promover su expresión, escucha y reflexión ayudará a colocar a las figuras parentales del paciente en un lugar menos amenazante para ellos y para el espacio psicoterapéutico (Janin, 2013; Sigal de Rosenberg, 1995).

El presente documento tiene la intención de dar cuenta sobre esas viejas historias dolorosas que recorren las madres de dos adolescentes. Dichas historias se reactualizan no sólo con la adolescencia de sus hijos, sino con la presencia del proceso terapéutico y la carga de significados que representa la entrada de otro, el/la psicoterapeuta, a la relación mantenida con sus propios hijos. Para explorar este terreno desconocido se construyó el presente trabajo dividido en seis capítulos.

El primero describe una recopilación teórica sobre tres ejes principales: la transferencia y contratransferencia de las figuras parentales del adolescente y del/la terapeuta, así como un recorrido teórico sobre autoras como Margaret Mahler y Piera Aulagnier que pueden ayudar a pensar el funcionamiento psíquico de las madres para comprender la posible activación de defensas paranoides en el proceso terapéutico de adolescentes.

Posteriormente se construyeron dos capítulos relacionados al método y las historias clínicas de ambos pacientes para que el lector pueda comprender la travesía histórica en la

que los adolescentes han estado inmersos y que inevitablemente han hecho eco en su presente.

Enseguida, se explora con detenimiento y profundidad la díada madre-hijo/a, la activación de las defensas paranoides, la organización defensiva de las madres y su relación con la interrupción del tratamiento tanto para el caso de Ignacio como para el caso de Alicia.

Finalmente, se realizó un análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales que se construyeron tanto con el paciente como con sus padres, dando lugar a la conclusión de reflexiones que aportan a la comprensión del fenómeno.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. 1 PROCESOS TRANSFERENCIALES ENTRE PADRES DE ADOLESCENTES Y PSICOTERAPEUTAS.

“Transferencia es amor”

Jacques Lacan

“El amor de contratransferencia.

Un amor generoso: un poco pasado, pero nunca caduco.

Siempre lleno de regresión y de cierta distancia.”

Julia Kristeva

El psicoanálisis abre la posibilidad de hablar de ti mismo, de tu pasado, de tus temores, de lo reprimido y de lo deseado. El psicoanálisis ofrece la oportunidad de pensarnos desde otro lugar, desde la curiosidad, desde la interrogación. Las preguntas promueven la introspección y re-mueven fantasmas y viejos lugares donde el dolor tiene protagonismo.

Uno de los objetivos principales del psicoanálisis es traducir de lo inconsciente a lo consciente. Nuestro inconsciente alberga recuerdos, fantasías, representaciones que han quedado reprimidas ¿Por qué han sido reprimidas? La singularidad de cada uno de nosotros responderá a su manera esa pregunta, sin embargo, en términos generales, la represión actúa cuando se vive algo intolerable, inadecuado o incompatible para la consciencia, censura el contenido de la misma.

Así, la consciencia estará vigilante ante cualquier retorno de lo reprimido, lista para inhibir o deformar cualquier elemento proveniente del inconsciente. Unida a la represión, se encuentra la resistencia, cuya labor proveniente del Yo consiste en obstaculizar todo intento

del analista por adentrarse a lo reprimido, a lo inconsciente. Es justo en el espacio analítico que la resistencia necesita ser interpretada y elaborada para dar cabida a la ligazón de algunas representaciones-cosa a representaciones-palabra que emergen en ese momento dentro del proceso terapéutico. De esta manera, la resistencia utiliza a la transferencia, en la medida en que se actúa la repetición en vez de verbalizar el recuerdo (Freud, 1917; Greenson, 1976).

1.1.1 Transferencia

En palabras de Freud (1901), las transferencias:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico (p. 101).

En su escrito “Sobre la dinámica de la transferencia”, Freud (1912) agrega que cuando el sujeto se siente insatisfecho por la realidad volcará sus “representaciones-expectativa libidinosas” en nuevas personas, donde el paciente repetirá sin saber “sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos de carácter, sus síntomas” (p.153). Una de esas nuevas personas será el analista, donde la transferencia se intensificará y el paciente convertirá al analista en su objeto principal de sus impulsos reprimidos en lugar de hacer frente a los objetos originales.

Así, la transferencia apuntará a intentar realizar deseos y necesidades que no fueron satisfechos en el pasado, intentará controlar nuevos objetos y situaciones que sean adecuados para el sujeto “con la esperanza de llegar en esta ocasión a una solución satisfactoria de esas necesidades” (González y Rodríguez, 2008, p.332).

Greenson (1976) sostiene que la transferencia es un claro ejemplo del retorno de lo reprimido, debido a que en este proceso se vuelve a vivir un pasado rechazado, sumado a esto, Siquier (1995) escribe que “La transferencia es el concepto y el tiempo mismo del análisis, es a la vez motor y obstáculo” (p.52). Gracias a estas explicaciones se puede concebir a la transferencia potenciador y posibilitador del despliegue inconsciente y la cura analítica, o por el contrario como un obstaculizador de la misma.

En la 27ª conferencia, Freud (1917) expresa qué pasa cuando la transferencia se convierte en resistencia:

Es preciso prestarle atención y reconocer que modifica su relación con la cura bajo dos condiciones diferentes y contrapuestas: en primer lugar, cuando en calidad de inclinación tierna se ha hecho tan fuerte, ha dejado ver tan claramente los signos de su procedencia de la necesidad sexual, que no puede menos que suscitar una resistencia interior contra ella; y, en segundo lugar, cuando consiste en mociones hostiles en vez de mociones tiernas. Por regla general, los sentimientos hostiles salen a la luz más tarde que los tiernos, y detrás de ellos; en su simultánea presencia resultan un buen reflejo de la ambivalencia de sentimientos que rige en la mayoría de nuestros vínculos íntimos con otros seres humanos (Freud, 1917, p. 402).

Es así como Freud describe la transferencia positiva y la transferencia negativa, como elementos propios de todo trabajo analítico. La transferencia positiva, además de las mociones tiernas que menciona Freud, también se caracteriza de amor, enamoramiento, cariño, confianza, deseo, gusto, interés, devoción, admiración, pasión, ansia, anhelo o respeto. Asimismo, Greenson (1976) expresa que la idealización es otra variedad de la transferencia positiva, ya que “a veces resulta ser el retorno de la adoración al héroe de la fase de latencia, es un intento de preservar al analista de impulsos destructores primitivos” (p. 230).

Mientras que la transferencia negativa se caracteriza por sentimientos basados en el odio, enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, amargura, envidia, disgusto, desdén, fastidio, etc. Greenson (1976) comenta que otra forma de manifestación de este tipo de transferencia es el temor al analista, a través de miedo a la crítica o minimización del trabajo analítico.

La importancia que Freud hace de la transferencia marca el sostén teórico-clínico principal del trabajo psicoanalítico, ya que la transferencia, ya sea positiva o negativa, posibilitará profundizar en aspectos psíquicos del orden de lo inconsciente que permitan esclarecer la realidad del sujeto. Aunado a dichas aportaciones, Melanie Klein concibió la transferencia desde otro lugar, apoyándose fielmente de las descripciones y descubrimientos que Freud hizo al respecto. Para ella, la transferencia:

Se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios. Por esto tenemos que remontarnos una y otra vez en el análisis hacia las fluctuaciones entre los objetos amados y odiados, internos y externos, que dominan la primera infancia. Sólo podemos apreciar plenamente la interconexión entre las transferencias positivas y negativas si exploramos el primer interjuego entre el amor y el odio, el círculo vicioso de agresión, angustias, sentimientos de culpa y agresión incrementada, y también los aspectos diversos de los objetos hacia los cuales estas emociones y angustias en conflicto se dirigen (Klein, 1952, p. 5).

Como se puede observar, la forma de concebir la transferencia de Melanie Klein incorpora nuevos elementos de análisis, toma en cuenta las angustias y defensas más primitivas hacia sus objetos primitivos, que inevitablemente repetirá con la figura del analista. Hinshelwood (1989, en Nicoló, 2014) menciona que, desde este punto de vista, la transferencia es concebida no sólo de lo temporal (desde el pasado del paciente), sino también desde lo espacial, al externalizar la fantasía inconsciente del paciente en el presente, en su mundo interno.

De esta manera, entre más elementos se puedan incorporar a la concepción de transferencia, desde conceptualizaciones teóricas diferentes, más posibilidades existirán de comprender la psicodinamia vincular de los padres de los pacientes que llegan a consulta y sus posibles implicaciones. Antes de pasar a las características propias de esta transferencia, es de suma importancia analizar su contraparte, aquella vivida por el analista: la contratransferencia.

1.1.2 Contratransferencia

Freud concebía a la contratransferencia como un obstáculo en el tratamiento, la describe como la respuesta emocional del analista en función del analizado. Para él, la contratransferencia del analista debe de ser analizada y removida, para así impedir cualquier estancamiento del proceso terapéutico (Etchegoyen, 1985).

Con el paso del tiempo, el concepto de contratransferencia fue ampliándose, de sólo ser un obstáculo pasó a ser una herramienta de trabajo que podía ofrecer mucha información.

González y Rodríguez (2008) agregan que “se comenzó a ver como un fenómeno importante para que el analista comprendiese el significado oculto del material del paciente, mediante la inspección de sus propios sentimientos y asociaciones mientras escucha” (p. 347).

Laplanche y Pontalis (1996) la definen como el “Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (p. 84).¹

¹ Estos autores agregan que es importante tener en cuenta el concepto desde dos orientaciones, desde un punto de vista técnico y desde la misma delimitación del concepto. En la primera visión se distingue la prioridad del análisis personal del terapeuta para así sólo fomentar la proyección de la transferencia del paciente, además de la interpretación de la contratransferencia a partir del inconsciente del analista y finalmente, enfatiza la resonancia de inconsciente a inconsciente como una guía que permita una interpretación adecuada a partir de las propias reacciones contratransferenciales. En la segunda visión, con respecto a la delimitación del concepto, se limita a la contratransferencia de los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el

Al respecto de las reacciones contratransferenciales del psicoterapeuta, González y Rodríguez (2008) expresan que éstas ayudan al psicoterapeuta a decidir si atender o no a un determinado paciente. Sentir empatía y simpatía por el paciente, es decir, una contratransferencia positiva puede ser un buen indicador para saber si se responsabiliza del tratamiento, de lo contrario, si aparece una contratransferencia negativa, sería importante cuestionar la posibilidad de resolverse, o sí es parte de lo que el mismo paciente proyecta en los otros y que el psicoterapeuta pudo sentir su resonancia.

En conclusión, la transferencia y la contratransferencia son procesos inseparables, se vuelven una unidad funcional entre psicoterapeuta y paciente que permitirán el trabajo analítico, son ejes centrales de análisis psicoanalítico que fomentarán el despliegue del inconsciente y, por ende, su comprensión e interpretación resultan de vital importancia para promover el avance del tratamiento.

1. 1. 3 Particularidades de la transferencia de los padres frente a la figura de la psicoterapeuta

Los procesos transferenciales dentro de un trabajo psicoterapéutico son inevitables, como se ha observado, la transferencia-contratransferencia se vuelve imprescindible en el espacio con el otro, sostienen el vínculo paciente-psicoterapeuta y abren el camino de la interpretación para la cura analítica. Sin embargo, cuando a la consulta llegan niños y adolescentes ¿La transferencia-contratransferencia se produce sólo con ellos o es posible el despliegue de múltiples procesos transferenciales hacia aquellos adultos que acompañan al paciente?

Cuando los padres demandan una consulta proyectan sus imagos parentales en la figura del psicoterapeuta, sus mociones libidinales se vuelcan en otros a lo largo de su vida, y el psicoterapeuta de sus hijos no será la excepción.

analista, sin embargo, se considera vital tener en cuenta que la transferencia y contratransferencia se viven en el analista como en el analizado, pues se considera como una reacción frente al otro.

Mannoni (1973), Dinerstein (1987) y Elola (2015) mencionan que cuando los padres tienen una demanda, la transferencia ya está operando, dicha transferencia se le conoce de diferentes formas, algunos lo retoman como transferencia lateral, Käs llama transferencia central a aquella que se instaura en el psicoterapeuta desde el grupo familiar. Dinerstein (1987) lo lleva a la tríada psicoterapeuta-hijo-padres. Por su parte, Rojas (2004, en Elola, 2015) llama transferencia parental a la demanda de los padres donde sitúa al psicoterapeuta en una posición de saber y poder. Será esta última la que se retomará a lo largo de la exposición teórica.

Entonces ¿Qué hacer con esta transferencia parental? ¿Apartarla? ¿Ignorarla? ¿Escucharla? ¿Trabajarla? ¿Incluirla en el trabajo con el paciente? Es posible, que lidiar con esta transferencia complejice la situación transferencial analítica con el adolescente, saber qué hacer con ella implicará primero conocer lo que se juega en esa relación transferencial parental y que esconde la demanda de los padres hacia el psicoterapeuta.

1.1.3.1 El origen de la demanda de consulta ¿qué hay detrás del síntoma?

Como se mencionó anteriormente, los niños y los adolescentes nunca llegan solos a la consulta, ellos están precedidos por una dependencia real con uno o varios adultos, que son por lo general, quienes demandan la consulta.

Estos adultos, en su mayoría de las veces, padres del paciente, acuden a solicitar ayuda después de experimentar el fracaso, las desilusiones y el narcisismo herido. Dichas desilusiones emergen de todo aquello que depositaron en sus hijos, ese ideal del yo perdido (Cordié, 2004).

En el caso de los adolescentes, Cordié (2004) expresa puntualmente que:

Quando el niño se convierte en adolescente, se quejan de que no responde a sus expectativas: ya no lo reconocen; sus modos de hablar, sus gustos, sus comportamientos les resultan insoportables. Es preciso que vuelva al redil, que vuelva a ser el niño dócil que era antes (p. 223).

La demanda de los padres consistirá en recuperar esa ilusión perdida y retomar el control sobre su hijo. Demandarán resolución de síntomas, alguna intervención directa sobre ellos, con preguntas y enigmas sobre su inconsciente y el de sus hijos.

Siquier (1995) menciona que los padres y el hijo conciben al psicoterapeuta como aquél en el que se puede confiar, fortalecer sus querellas personales o alguien que se desea tome partido en su sufrimiento. Los adultos demandan resolver angustias, que muchas de las veces preocupan más a los padres, profesores, médicos y familiares que al mismo adolescente.

Cuando trabajamos con adolescentes, Janin (2013) y García (1995) sugieren que nos preguntemos en relación con la demanda: ¿Quiénes hablan? ¿De quién? ¿A quién? ¿Quién habla a través de ellos? ¿Y que de ellos habla? ¿Qué demandas no explícitas vehiculiza un pedido de atención?

La demanda consciente se vincula con uno o varios síntomas que producen cierto padecimiento emocional tanto al paciente adolescente como a quienes viven a su alrededor.

¿Qué es un síntoma? El síntoma es una solución de compromiso entre la realización del deseo inconsciente y lo insoportable que es para el yo tolerar esta realización. En otras ocasiones, el síntoma del paciente también puede aparecer en el lugar de algo que quedó bloqueado en el desenvolvimiento de sus relaciones inconscientes con sus propios padres. Los hijos, en muchos momentos, reactualizan conflictos reprimidos de sus padres (Sigal de Rosenberg, 1995). Es así, que Siquier (1995) condensa estas explicaciones en una sola frase: “El síntoma es algo a partir de lo cual es posible encontrar la palabra perdida o no dicha del discurso parental” (p. 53).

Esto no quiere decir que el síntoma se sostenga sólo por el discurso parental, sobre todo en la adolescencia donde la vida psíquica del sujeto demanda descolocar a los padres y buscar nuevas identificaciones que amplíen su mundo y cuestionen su existencia, sin embargo, es importante tomar en cuenta que los adolescentes están atravesados por la historia deseante de sus propios padres, sus frustraciones, sus expectativas incluso mucho antes de haber nacido, bien dice Siquier (1995) que “El niño nace al lenguaje antes que a la vida” (p. 54). Por lo que serán estas historias inscritas en el cuerpo del adolescente que podrán ser portadores de la voz de sus padres a través de síntomas y angustias.

En los primeros encuentros con los padres, es posible observar el funcionamiento psíquico de cada uno de ellos: las diferentes fantasías con respecto al hijo, el modo en que cada uno construyó una historia de ese hijo y las esperanzas y proyectos que cada uno sostiene, así como las expectativas con relación al tratamiento del adolescente (Janin, 2013).

Janin (2013) describe tres tipos de consulta de padres que usualmente buscan ayuda, es importante resaltar que con dicha clasificación no se pretende perder la particularidad de cada sujeto, sólo se suma a su comprensión.²

Es así, que detrás de una demanda y de un síntoma se encuentra el complejo campo de los deseos e historias de los padres, un entramado que tendrá que comprenderse para impedir que interrumpan el tratamiento o influyan de forma negativa sobre los avances de sus hijos (Janin, 2013).

² El primer grupo de padres que ella describe es la que responde a frases como “*es un desastre*”, “*No sabemos a quién salió así*”, “*No lo aguantamos más*”, Janin dice que en estos casos predomina un funcionamiento explosivo, colocan al hijo como causante del malestar familiar y demandan cambiarlo o acallarlo. El segundo tipo de consulta asocia frases como “*él no tiene problemas. La culpa la tienen los maestros que no tienen paciencia*”, es decir, que la problemática es atribuida a terceros, a alguien externo, los padres pueden llegar en plena desmentida, desmienten los conflictos de su hijo y de ellos mismos. El tercer tipo de consulta se refiere cuando los padres si pueden ver a su hijo como un sujeto sufriente, contradictorio, con conflictos y posibilidades. Los padres logran diferenciarse del hijo y a la vez ir viendo similitudes, e identificarse con él sin que esa identificación sea masiva.

Antes de llegar a diferentes planes de trabajo, es vital entender la dinámica de su transferencia, no sólo con el psicoterapeuta sino con sus propios hijos, misma que podrá dificultar el proceso psicoterapéutico analítico.

1. 1. 3. 2 Desplazamiento del síntoma parental

Sigal de Rosenberg (1995) sugiere que como psicoterapeutas psicoanalíticos de niños y adolescentes necesitamos preguntarnos cómo los fantasmas parentales se instalan en la conducción de la cura, cómo trabajar con las resistencias y conflictos de los padres que los orillan a interrumpir el tratamiento de su hijo. Una forma de resistencia en el tratamiento es el desplazamiento del síntoma parental actuados en su hijo. Esto puede observarse cuando la transferencia con el paciente se dificulta, sin que necesariamente se relacione con el mismo adolescente. La autora menciona que el síntoma puede aparecer en sustitución de un deseo reprimido y puede ser utilizado inconscientemente por los padres para pedir análisis, por lo que el psicoterapeuta necesita abrir un espacio para el inconsciente de estos padres e interpretárselo a ellos, no al adolescente. Dar un lugar a la escucha de los padres e interpretar el desplazamiento de su síntoma podría promover la búsqueda de ayuda individual de ellos mismos, facilitando el proceso de transferencia y cura analítica.

1. 1. 3. 3 Ilusiones perdidas y herida narcisista

Los padres del adolescente llegan con mucho sufrimiento, sintiendo que el mundo soñado se ha derrumbado, un mundo donde colocaron sus deseos y esperanzas y el golpe de realidad los ha embestido.

Janin (2013) comenta que en el vínculo de padres-hijos lo que muchas veces está en juego son los ideales del ideal del yo, los proyectos inconclusos:

Se espera que el hijo cumpla lo que los padres no pudieron hacer. Hay allí una idea de futuro. En otros lo que se espera es que el hijo cubra ya, en lo inmediato, el agujero dejado por la propia insatisfacción. Debe ser ya 'el niño maravilloso' (p. 26).

Todas estas expectativas depositadas en el hijo pueden ser tan predominantes, que a mayor sea la desmentida, mayor será el derrumbe que experimentarán los padres.

Esta autora agrega que es frecuente que en los motivos de consulta aparezca otra decepción: de los padres con relación a sí mismos. Han intentado diferenciarse de los propios padres, de no repetir sus errores y se han encontrado con lo temido. Esto puede resultar decepcionante debido a que consideran haberse convertido en lo que siempre negaron ser. Estos padres pueden experimentar mucho enojo al haber fallado al ideal de padre o madre, por haber traicionado un mandato o sentirse atrapados en una identificación rechazada (Janin, 2013).

Ante estas grandes decepciones, inevitablemente se desgarran una profunda herida narcisista, que los coloca en un lugar de miedo, vergüenza y enojo frente a ellos mismos y al psicoterapeuta. Klein (1932, en Gammill, 2003) mencionaba que a los padres les resulta penoso tener que expresar a detalle elementos de su vida familiar, su dinámica y sus dificultades debido a que temen ser culpabilizados en sus funciones parentales por un profesional que "le suponen un saber que los va a sancionar o a verificar todas las cosas malas que han hecho" (Blinder et al., 2017, p. 234).

Dicha herida narcisista puede ser un obstáculo para el tratamiento ya que podrían confirmar una "imagen de mala madre" sobre ellas mismas, esto como resultado de la marcada proyección sobre el psicoterapeuta como madre idealizada (Lejeune-Lauriat, 2003).

Por lo que Siquier (1995) expresa que la herida narcisista puede tolerarse, si estos padres cuentan con recursos para elaborar su sufrimiento y su insuficiencia, el tratamiento tiene mejor pronóstico y puede ser posible su cura.

1. 1. 3. 4 Identificaciones y reediciones: Viejos lugares.

Nasio (1999) tiene una particular forma de concebir a la identificación, él comparte:

“Hablar de la identificación de una persona a otra equivale pura y simplemente a hablar del amor. O, para decirlo más exactamente: identificarme con el otro, asimilarlo y dejarme asimilar por él es, ni más ni menos, amarlo.” (p. 104).

Amarlo significa incorporarlo a mí, incorporamos lo que nos gusta, lo que queremos tener en nosotros, “quiero ser el otro y quiero ser en el otro, pero no tengo conciencia de este deseo” (Nasio, 1999, p.101).

Estas identificaciones inconscientes nos constituyen, son parte de nuestro mundo psíquico. En el caso de los padres y las madres, pueden identificarse de diferentes maneras siendo algunas de ellas causantes de dificultades y resistencias en el tratamiento, mientras que otras pueden ser más constructivas para el proceso. Lejeune-Lauriat (2003) menciona que pueden existir tres posibles identificaciones:

- **Identificación de la madre con su hijo en situación analítica:** La madre vigilará para que el psicoterapeuta no perjudique en nada a su hijo. Controlará el tiempo de la sesión e incluso se violentará si durara algunos minutos menos de lo estipulado.
- **Identificación con el hijo ideal:** Como la terapia puede ser una herida narcisista para la madre, es posible que desee conservar para sí a su hijo ideal, al hijo idealizado que ella misma fue y cuyo duelo no quiere hacer, pues decide conservar la ilusión. Para ello, si los “molestos síntomas” de su hijo(a) llegan a desaparecer,

puede poner fin al tratamiento, para no seguir lidiando con la herida que abre el proceso terapéutico de su hijo(a).

- **Identificación de la madre con el psicoterapeuta en su función maternizante:** en un primer momento se puede dar la rivalidad, pero en un segundo momento, tenderá a identificarse con el psicoterapeuta en su relación con su hijo(a). Esta posición es más constructiva, reemplaza a la fusión, debido a que la introducción de la tercera persona (el analista) puede dar entrada a la simbolización y así comenzar procesos de identificación estructurante.

Otras formas de identificación que pueden obstruir o facilitar el proceso terapéutico derivan de los propios conflictos con la parentalidad.

Los padres cuando se reconocen como tal, según Palacio (2000) elaboran dos trabajos psicológicos: renunciar al lugar que como hijos ocupaban con sus padres y movilizar las identificaciones con sus propios padres a fin de poder asumir el rol de padres para su hijo.

Antes de explicar cuáles y como se dan los conflictos en la parentalidad, es importante hablar sobre la identificación proyectiva. Entre los fantasmas en los que se apoyan las relaciones entre padres e hijos, se encuentra predominantemente el complejo de Edipo. Las identificaciones proyectivas parentales sobre el hijo conllevan imágenes de objetos incestuosos, de objetos de rivalidad o bien de tipo superyoico, propios de la rivalidad edípica y relacionados con la sexualidad infantil del padre o la madre (Palacio, 2000).

Cuando los conflictos del pasado con los padres de los padres del adolescente no son graves, permiten que sus identificaciones proyectivas sean empáticas y se apoyen con las imágenes buenas de su pasado. El padre o la madre identifican proyectivamente a su hijo con imágenes de sus propios padres amados y con las del hijo amado por sus padres que sintió que fue.

En este tipo de conflictos, hay una buena elaboración de duelos del pasado. Los conflictos de tipo neurótico hay duelos mal resueltos, dichos duelos están relacionados con imágenes de los padres ideales, o de uno de ellos que les hubiera gustado tener. Estos padres identifican proyectivamente a su hijo con la imagen del hijo ideal que les hubiera gustado ser y se identifican introyectivamente con la imagen del padre o la madre ideal que les hubiera gustado tener.

Los de tipo masoquista, tienen cierta tendencia a identificarse de manera masoquista con imágenes de los padres maltratados que creen que tuvieron, estos padres albergan grandes sentimientos de culpa y tendencias depresivas, sus identificaciones proyectivas hacia sus hijos se volcarán en la imagen del hijo difícil que fue para sus padres.

Finalmente, hay conflictos de tipo narcisistas donde los padres identifican proyectivamente imágenes agresivas, conflictuales y persecutorias de forma masiva y deformada sobre su hijo. Estos padres se identifican con imágenes parentales distantes, limitadoras, rechazantes y agresivas. Estos padres se defienden de las emociones de pena, de nostalgia y de culpabilidad, de las pérdidas y las carencias de su pasado mediante mecanismos de defensa muy radicales como la escisión y la identificación proyectiva patológica (Palacio, 2000).

Este tipo de dificultades parentales se depositarán inevitablemente en el psicoterapeuta de su hijo, aquellos de tipo neurótico tenderán a idealizar al terapeuta, o los de tipo narcisista colocarán la figura del psicoterapeuta como alguien persecutorio y amenazante (Palacio, 2000). Cabe destacar que dichas clasificaciones no son totalitarias ni únicas, pues negaríamos el complejo entramado psíquico de cada uno de nosotros, sin embargo, puede resultar útil comprender las estructuras y conflictos psíquicos predominantes en los padres para prever el curso del tratamiento y el despliegue de su transferencia sobre el psicoterapeuta.

1. 1. 3. 5 De la figura del saber a la figura amenazante

Los padres del adolescente colocan en la figura del psicoterapeuta a un sujeto del saber, alguien profesional que tiene los conocimientos de resolver problemáticas relacionadas con su propia angustia y la de su hijo(a).

Laplanche y Pontalis (1996) mencionan que el psicoterapeuta puede posicionarse en el lugar del superyó, con todos los elementos propios de la instancia como un ideal colocado en el psicoterapeuta con funciones paternas y maternas lo suficientemente buenas, así como la facultad de sancionar, criticar o culpabilizar el accionar de los padres ante el adolescente.

Guillaume (2003) agrega que, durante las primeras entrevistas, el psicoterapeuta puede ocupar el lugar de los abuelos debido a que “el sufrimiento de los padres refleja una insuficiencia, e incluso un fallo, de sus imagos parentales en el equipamiento identificadorio” (p.514). Con ello se fortalece la herida narcisista que colocará a los padres en un lugar de vulnerabilidad, vergüenza, culpa y temor.

Ante estas proyecciones de los padres hacia el psicoterapeuta, éste último puede constituirse como perseguidor de los padres, especialmente de la madre, al respecto Lejeune-Lauriat (2003) explica que:

Esta vivencia paranoide, como todo efecto negativo de la transferencia, es una vivencia de dos contra uno, debe de ser entendida en una dinámica transferencial de los conflictos inconscientes: vivencia perseguidora de nivel edípico o vivencia más arcaica que devuelve a la madre la angustia y la culpabilidad de ser la mala madre ante el analista, la buena madre idealizada y con ello desnarcisizante. (p.546)

Dicha vivencia paranoide puede dificultar el transcurso del proceso terapéutico, así al psicoterapeuta se le posiciona de la figura del saber a la figura amenazante que castigará y criticará sus funciones estructurantes para con su adolescente.

Otra forma de vivenciar la amenaza es todo lo que implica para los padres el hecho de que su hijo(a) presente cambios a lo largo del proceso psicoterapéutico. Sigal de Rosenberg (1995) menciona que es importante que los padres acepten dichos cambios para que sus hijos puedan abandonar sus síntomas, si estos cambios lo viven como una amenaza excesiva, ya sea en cada uno de ellos en particular, o en su relación de pareja, no permitirán el transcurso de la cura, y se convertirá en un obstáculo para el tratamiento.

1. 1. 3. 6 Rivalidad de la madre en su función maternizante hacia el psicoterapeuta: celos, envidias y resistencias.

Los padres han colocado en el psicoterapeuta a la madre buena idealizada, es posible que despierte en ellos un sentimiento de rivalidad compuesto por reacciones de celos y envidia que busquen destruir el marco terapéutico.

Guillaume (2003) explica que la envidia no sólo cae en la figura del psicoterapeuta, sino también en el espacio psíquico al cual su hijo tiene acceso y ellos no, dicha envidia también está relacionada con el deseo de pertenencia grupal, esencial para la constitución de todo espacio familiar. Los padres pueden experimentar la sensación de un rapto, un arrancamiento de su hijo por parte del psicoterapeuta y así acrecentar los sentimientos de rivalidad y hostilidad.

Las reacciones de celos aparecen cuando los padres observan la construcción de la transferencia positiva de su hijo adolescente con el psicoterapeuta, promoviendo fantasías de amenaza del terapeuta de apoderarse de su hijo (Guillaume, 2003).

1. 1. 3. 7 Psicoterapeuta como castrador

Este punto está relacionado con la figura amenazante que se percibe del psicoterapeuta en relación con el vínculo padres-hijos. Especialmente, la díada madre-hijo.

Cordíe (2004) menciona que el psicoterapeuta representa el tercero que va a romper con una relación patógena dual y fusional, dicha relación, por lo general está constituida por la madre con su hijo.³

Ante este desafío, se le percibe al psicoterapeuta como castrador, ya que permite la separación del adolescente con las representaciones “imaginarias vinculadas con la filiación: fascinación, Odio-enamoramiento, identificaciones masivas, etc.” (Cordíe, 2004, p.223). Esta separación y castración harán posible la entrada al proceso simbólico del Nombre-del-Padre como función paterna.

Sin embargo, en la clínica con adolescentes se puede encontrar la dificultad de separación de la relación fusional entre madre-hijo, en estos casos, aparece lo que es una madre fálica indispueta a renunciar al lugar omnipotente y totalizante construido con su hijo.

Piera Aulagnier (1978, en Siquier, 1995) señala que la madre fálica es la que establece las reglas del juego y no acepta más ley que la suya, constituyendo esto una perversión de la ley. Ante dichas complicaciones, el tratamiento psicoterapéutico puede ser de suma dificultad pues amenaza el estatus de la madre y sus posibilidades fusionales, esto sucede con frecuencia en casos de psicosis infantil y adolescente. Sobre este tema se profundizará con más detalle en el próximo capítulo.

³ La autora sostiene que, a través del análisis, el adolescente saldrá poco a poco del sometimiento del deseo del Otro, que puede ser de la madre, del padre, o de la pareja, así mismo el adolescente desafiará las defensas de los padres y logrará asumirse como sujeto deseante, de objeto a su identificación ideal (ideal del yo) además de comenzar a reconocer la falta, la propia y la del Otro (Dinerstein, 1987).

1. 1. 3. 8 Los duelos de los padres

Desde antes de nacer el bebé, los padres crean una serie de fantasías, expectativas e ilusiones en torno a su hijo(a). Harán lo posible para que éste cumpla dichos deseos y mandatos. Sin embargo, la adolescencia marca un momento de la vida que implica pérdidas, reactualizaciones y reestructuraciones.

Los adolescentes buscarán la autonomía, intentarán desprenderse de sus padres, explorarán otras formas de identificarse y posibilitarán nuevas maneras de mirarse a través de otros espacios diferentes al de la mirada de los padres, des-idealizarán a sus figuras parentales, lo que les provocará dolor, pero, a su vez, motivación para buscar otros objetos identificatorios, con ello comenzarán los procesos de separación-individuación que incitarán en los padres sentimientos de pérdida y malestar.

Aberastury y Knobel (1971) mencionan que no sólo los adolescentes atraviesan por el duelo de perder a sus padres de la infancia, sino también los padres lo adolecen. Ellos deberán aceptar la pérdida de su pequeño hijo, así mismo, enfrentarán la caída de las imágenes idealizadas que sus propios hijos habían construido sobre ellos, en su edad infantil. Asumir dicha des-idealización podrá traer consigo heridas narcisistas en los padres que pudieran influir en el tratamiento psicoterapéutico.

Otro aspecto propio de la adolescencia es la llegada de los cambios físicos y genitales, lo que permitirá con mayor fuerza que los hijos se enfrenten a sus padres, se opongan a los deseos parentales u opten por cumplirlos, pero a su propia manera, peculiar y distinta a lo esperado. Dicha maduración física y genital de los adolescentes, pondrá en juego la posibilidad de concretar un crimen como el incesto o el parricidio, ante esto, Urribarri (2015) sugiere que los padres:

Tendrán que perder a su hijo incestuoso deseado y resignar dichos impulsos, lo que implica un duelo concomitante al realizado por su hijo. Este duelo se ve dificultado

en parte porque implica aceptar la vida genital del hijo, lo que hace que los padres pierdan una posición de privilegio en la familia, ya que anteriormente la genitalidad era monopolio de ellos (p.104).

Sumado a estas pérdidas que experimentan los padres, Urribarri (2015) menciona otras que profundizarán la herida narcisista y pondrán en juego todo el armado psíquico de su propia parentalidad. Una de estas pérdidas se deriva de la independencia del adolescente y la poca necesidad de sus padres para aspectos concretos como para el suministro narcisista, misma que ya puede ser proporcionada por sus pares y personas externas a su núcleo parental.

Otra pérdida de la que habla el autor se refiere a lo temporal y generacional. Ver crecer a sus hijos tanto físicamente como psíquicamente confrontará a los padres con su físico, que irremediamente lo relacionará con señales de envejecimiento, ya que mientras su hijo(a) adolescente despliega vida y deseo de cumplir múltiples proyectos, ellos como padres se replantean sus propios proyectos, inacabados, abandonados o ideales adolescentes traicionados por el deseo de otros.

A esto, se agregará que los padres experimentarán la pérdida de la generación de sus propios padres, lo que se verán aprisionados por dos movimientos: la juventud y vida de sus hijos adolescentes que los reconectará con su propia adolescencia y la posibilidad de envejecer y morir como sus padres. Aspectos de vida y muerte reconectados entre sí, que invitarán a los padres del adolescente a replantearse el curso de su vida y resignificar la postura que han tenido hacia la vida y la muerte.

Finalmente, Urribarri (2015) habla de la reacomodación de los lugares como cónyuges, es decir, lo que algunos psicólogos llaman el periodo de “nido vacío”. Esto es, que los padres re-abrirán la posibilidad de re-encontrarse con la pareja ya que su momento de vida conyugal fue relegada parcialmente para dar lugar a la parentalidad.

Todas estas pérdidas atravesadas por los padres, en ocasiones, pueden dificultar el transcurso del tratamiento analítico de su hijo(a) si no se le da una escucha a sus propios miedos y dolores producto de las desilusiones y pérdidas vividas por el crecimiento del paciente.

1. 1. 3. 9 Los obstáculos de la intervención de los padres al proceso terapéutico: implicaciones.

A lo largo del presente capítulo se ha expuesto las diferentes reacciones que presentan los padres de los pacientes adolescentes frente al psicoterapeuta.

La inevitable transferencia parental que se despliega sobre el terapeuta los hará experimentar desde heridas narcisistas por los ideales colocados en ellos mismos y en sus hijos, identificaciones con el psicoterapeuta y con sus propios hijos que promueven o detienen el proceso terapéutico, celos, temores, culpas, duelos, actualizaciones de su propia adolescencia hasta poner en juego sus propias y viejas historias de repetición con el psicoterapeuta.

Demandar una ayuda para su hijo o hija adolescente los confrontará inevitablemente con su propio inconsciente que se pondrá en marcha para develar que hay detrás del síntoma de sus hijos y si sus deseos inconscientes sostienen dicho malestar.

Verse confrontados con estos fantasmas a lo largo del tratamiento de su hijo abrirá heridas narcisistas, Siquier (1995) y Green (2003) mencionan que si los padres pueden tolerar suficientemente bien la herida narcisista, el tratamiento podrá continuar, si por el contrario, ellos no soportan que su hijo salga de una posición fija porque sostiene una problemática de los padres, si su necesidad y deseos inconscientes apuntan a tener un hijo portador de síntomas, el tratamiento comenzará a presentar dificultades y harán de forma inconsciente actuaciones para sabotear el proceso terapéutico.

Además de las dificultades anteriores, el sexo del psicoterapeuta y el lugar donde se ubique el consultorio influyen sobre la transferencia parental. Gammill (2003) menciona que el sexo del psicoterapeuta suele ser importante debido a que si es mujer, la madre puede temerla como imágenes maternas dispuestas a acusarlas de ser una mala madre, e incluso puede desear que fracase con su hija o hijo, humillarla como madre y quitarle a su adolescente.

Aunado a lo anterior, Gammill (2003) ha detectado que la transferencia suele ser más intensa cuando el terapeuta labora en un consultorio privado que aquel que labora en una institución pública, debido a que en la primera solo se cuenta con una única imagen del psicoterapeuta, mientras que en el segundo, la transferencia se amplía al personal que labora ahí y acceden con mayor facilidad referencias a otros profesionales.

Hasta aquí se ha expuesto de forma breve algunos de los obstáculos que repercuten en el transcurso del proceso psicoterapéutico de los adolescentes, sin embargo, una de esas dificultades merece especial atención: la relación fusional madre-hijo, debido a que en numerosas ocasiones se convierte en una gran tropiezo que de no entenderla e integrarla como parte del despliegue transferencial pudiera precipitar la interrupción prematura del tratamiento.

1. 2. EL OTRO COMO UN LUGAR AMENAZANTE.

*“Tú sabes, más o menos, lo que tus amigos van a hacer.
También sabes, más o menos, lo que tus enemigos van a hacer.
Pero los extraños no son amigos ni enemigos: simplemente son otros.
Sólo generan incertidumbre total. Y a nadie le gusta la incertidumbre.”*

Zygmunt Bauman

En el apartado anterior se describieron de forma general algunos aspectos transferenciales parentales que trastocan la clínica del adolescente, así como la naturaleza de su impacto sobre el espacio analítico.

Una de las constantes dificultades que se encuentran en la clínica es la compleja díada madre-hijo. Si bien, es tomada en cuenta para el entendimiento del mundo interno del paciente adolescente, en ocasiones, no es suficiente con sólo comprenderla, sino que se hace necesario integrarla, señalarla e interpretarla para facilitar el proceso analítico en los jóvenes. Antes de abordar las diferentes dificultades y alcances a los que un terapeuta de adolescentes se enfrenta, es importante comprender la naturaleza de este vínculo que se desarrolla entre madre e hijo/a.

1. 2. 1 Díada madre-hijo

El vínculo madre-hijo es una relación que interesa a todo estudioso del psicoanálisis, en esta díada se ponen en juego muchos aspectos vitales que darán lugar a un funcionamiento psíquico particular en el sujeto.

Dicha relación asimétrica entre madre e hijo está caracterizada por una mutua interacción y reciprocidad. En un primer momento, ellos constituyen una unidad indivisible y simbiótica. El bebé se percibe como un ser vulnerable a merced del cuidado del otro, lo necesita para vivir y existir.

Uno de los teóricos importantes que estudió este vínculo temprano entre madre e hijo/a fue Winnicott. Este autor enfatiza en la presencia de un ambiente mayormente conformado por la madre que ayudará a desarrollar los procesos psíquicos y madurativos del niño. Dicho ambiente no sería posible sin el sostén de un tercero, por ejemplo, del padre que pueda contener a la madre en esta interacción con el bebé.

Las funciones más importantes que necesita cumplir la madre son tres: “holding”, “handling” y la presentación del objeto.

La primera alude al sostén emocional que la madre le da al bebé ante las angustias intensas vividas por éste, así como a las emociones agradables que pueda experimentar. La segunda función se refiere a los cuidados específicos que el niño necesita del orden de lo corporal, es decir, que la madre pueda tener la capacidad de hablarle al bebé sobre sus sensaciones corporales y sus estados de ánimo, estos cuidados ayudarán a que el bebé se habite a sí mismo y se sienta integrado. Finalmente la tercera función apunta a la capacidad de las madres por crearle una ilusión al niño a través de la presentación del objeto, este puede ser el pecho, lo interesante de esta función es que dicha introducción del objeto necesitará estar en sintonía con la necesidad del bebé para que este pueda sentir que lo creó, es decir, dar cuenta de su omnipotencia (Winnicott, 1971).

Desde esta teoría, el papel de la madre juega un lugar muy importante en el desarrollo del funcionamiento psíquico del niño. La función materna que ejercerá sobre el bebé consistirá en estar sincronizada y atenta a las necesidades de su hijo/a, lo que se le conoce como ser una “madre suficientemente buena”, con estas cualidades maternas se apunta a que el niño pueda elaborar un verdadero self, atravesando de la no integración a la integración.

Sin embargo, la clínica ha enseñado que no siempre se ejecutan de esta manera los primeros cuidados infantiles, dejando a su paso grandes estragos y sufrimiento psíquico.

1. 2. 2 Patologías resultantes de la díada madre-hijo

¿Qué pasa cuando los cuidados primarios han fracasado?, o por el contrario, ¿Han sido excesivos? ¿Cómo se percibe el vínculo madre-hijo y qué repercusiones tendrá para este último?

Winnicott menciona que cuando la madre no puede cumplir su función de sostén, surge una angustia impensable, donde sus principales consecuencias se pueden ver en la fragmentación, en la vivencia de una caída sin fin, en la sensación de elevación a alturas infinitas y en la carencia de relación con el propio cuerpo, lo que en realidad constituyen las angustias psicóticas (Nasio, 1994).

Stutman (2004) menciona que Gaddini y Taylor, quienes son seguidoras de Winnicott, crearon el concepto de “objetos precursores”(Stutman, 2004), a las que describen como aquellos que facilitan la función materna, donde el niño los usa y de los que dispone inicialmente para que cumplan funciones apaciguadoras de las angustias impensables, sin embargo, han encontrado que hay madres que no permiten el surgimiento de estos objetos, debido a que solo desean que el bebé interactúe con los objetos que ellas ofrecen por miedo a ser desplazadas o sustituidas, ya que parecen no soportar que exista algo distinto a ellas.

Dicha intolerancia a la diferencia, así como a la separación lo han podido estudiar diferentes psicoanalistas, entre ellas Margaret Mahler y Piera Aulagnier, quienes argumentan que esta incapacidad de aceptar la otredad, la angustia ante el nacimiento de un sujeto diferenciado de ellas puede devenir en patologías graves como la psicosis.

1.2. 2. 1 Margaret Mahler y la psicosis simbiótica

Margaret Mahler fue una psicoanalista que se interesó por el desarrollo infantil y los padecimientos psicóticos de los niños. Ella sostenía que estos infantes habían llegado a ese punto debido a una dificultad en la separación emocional de la simbiosis con la madre. Mahler explicaba que el niño debía pasar por diferentes fases de desarrollo que son vitales para la construcción psíquica del infante: autismo normal, simbiosis normal y separación-individuación.

En la primera fase, el bebé no logra diferenciar sus satisfacciones internas de las externas, no ha podido reconocer al objeto externo que le ayuda a satisfacer sus necesidades. Será gracias al proceso de maternación que el bebé podrá libidinizar sus sentidos y lograr así un contacto con el ambiente que le rodea, esto dará paso a la simbiosis normal. En la segunda fase, gracias al sostén adecuado que la madre le otorga al bebé, logra construir una unidad madre-hijo, es aquí donde el niño se percibe fusionado con la madre, como una única unidad, dando lugar a la indiferenciación entre ambos, así las excitaciones desagradables son proyectadas hacia el exterior de la unidad simbiótica. En la fase de separación-individuación, el niño necesita realizar dos procesos simultáneos, por un lado, separarse de su madre con quien ha mantenido una fusión simbiótica y, por el otro lado, adquirir y asumir sus propias características individuales. Será en esta etapa que surgirá el sentimiento de identidad propia de una persona quien reconocerá su diferencia con los otros y su propia particularidad. No obstante, esta fase resulta fundamental para la génesis de funcionamientos psicóticos, ella lo llama “psicosis simbiótica”, que se refiere a una fijación o regresión a la etapa de simbiosis normal, estos niños comienzan su recorrido hacia la fase de separación-individuación, pero parecen experimentar una intensa angustia de separación así como un yo muy vulnerable ante cualquier frustración menor. Mahler menciona que esto dependerá de cómo se haya construido la fusión simbiótica, ya que se considera una base sólida de confianza que ayudará al niño a separarse adecuadamente. Lo ideal en este periodo es que la madre tenga la disponibilidad de aceptar la autonomía del niño. Bleichmar y Leiberman (1997) agregan que es posible que a la madre le resulte difícil encontrar una distancia apropiada entre su hijo y ella, vivirá preguntándose cuando podrá dejarlo explorar con independencia y cuando

necesitará de su presencia ante escenarios que puedan causarle mucha angustia, por su parte, los niños también experimentarán crisis de acercamiento, donde se debatirán sobre estar cerca y fusionarse con la madre o a temer ser absorbidos por ella. Un momento crucial en el que es posible observar estas dificultades en la separación, sucede en los primeros momentos de la etapa edípica, ya que implica dar cabida a un tercero que pueda romper con esa simbiosis, no obstante, el niño teme fragmentarse ante la separación y responde con pánico ante dicho escenario, usando mecanismos de defensa que le permitan de forma ilusoria regresar a la fusión con la madre, así el niño no se organiza en torno a la relación con su madre como objeto externo de amor, sino que además la tratará como si fuera parte de su yo. De esta manera, esta simbiosis patológica podría tener otras perturbaciones como la folie a deux, los sentimientos de desrealización y despersonalización de sí mismo y de los otros así como una personalidad “como sí” (Pine, 1979, en Bleichmar y Leiberman, 1997).

1. 2.2.2 Piera Aulagnier y su aportación a la comprensión de la díada madre-hijo

Piera Aulagnier fue una psicoanalista interesada en la comprensión de las estructuras psicóticas dando luz al origen de las mismas, ella da una mirada diferente a la madre de lo que otros psicoanalistas pudieron expresar. Para ella, la madre ocupa un lugar primordial en la construcción del psiquismo del niño. La madre será quien interpretará al niño de todo lo que le ocurre para ayudarlo a metabolizar, esta interpretación será violenta pero estructural, la autora lo llama violencia primaria, en ella “la madre le habla al niño y habla del niño” (Ragatke, 2006).

Pero ¿Cómo ocurre ese proceso de encuentro entre ambos?

Piera Aulagnier (1994, p. 335) llama encuentro inaugural, al “encuentro entre el yo y un espacio corporal, fuente de placer y sufrimiento”. En este encuentro, cuando el afecto es displacentero, la madre podrá darle significado al infans (como lo llama antes de ser niño), para que éste pueda metabolizar todo aquello de lo que recibe de la madre. En este proceso,

la autora crea el concepto de pictograma, que se refiere a la representación de la experiencia inaugural de placer que condensa sentidos dejando marcas del proceso psíquico. Rosagro (2019, p. 52) agrega que “El pictograma sería un espacio o funcionamiento de signos perceptivos, huellas motrices o imágenes mnémicas que no van a llegar nunca a la conciencia, una figura que representa a lo innombrable”. Si en este pictograma prevalece el placer, promoverá una sensación de integración psicosomática y ligadura si, por el contrario, predomina el displacer, ya sea por exceso, ausencia o defecto del objeto, se inscribe un pictograma de rechazo, donde hay desligadura y desmantelamiento.

En este encuentro, el discurso materno será de suma importancia para la construcción del psiquismo del infans, Aulagnier comenta que “A través (del discurso materno) la madre anticipa a ese niño que va a nacer. No sólo lo anticipa, sino que lo pre inviste durante la espera” (Rother de Hornstein & Córdoba, 1986). Este discurso promueve la identificación del Yo, dicho proceso identificatorio tendrá lugar desde lo más originario del sujeto. Hornstein (1991, p. 6) agrega que “Si bien las primeras identificaciones son provistas por la madre, el yo es también una instancia identificante y no sólo un títere del discurso materno.”, esto es, que al Yo se le otorgará un carácter constructivo, activo y de historiador incansable.

En este trabajo de historización, Castoriadis-Aulagnier (2007, p. 198) menciona que “el Yo interroga la causa originaria de la experiencia de placer y de displacer”, agrega que si esto no pudiera tener sentido, entonces no tendría sentido su propia existencia.

A esa existencia, atañe el deseo de la pareja parental que el nacimiento del niño cause placer. Por lo que Piera hablará de la existencia de diferentes deseos: deseo de madre y deseo de hijo. En la primera se refiere a “la negación de un deseo de engendrar, considerado como el poder de dar origen a una vida y a un ser nuevo” (Castoriadis-Aulagnier, 2007, p. 310), agrega que habrá un deseo de revivir, de forma incestuosa, la relación primaria con la madre como una forma de repetir ese momento vivido en un pasado lejano por su propia madre. En esta misma línea, la autora habla de un “no deseo de un deseo” o de un “no deseo de un placer”, es decir, que ni la procreación, ni el embarazo se viven como fuente de placer.

La madre no catectiza de forma positiva el nacimiento de algo nuevo y diferente, Castoriadis-Aulagnier (2007, p. 203) menciona: “En estas mujeres puede existir lo que llamamos un deseo de maternidad, que es la negación de un deseo de hijo”. En cambio, en un deseo de hijo, hay un deseo de otro, de alguien diferente a la madre.

En el caso de pacientes psicóticos, este origen del deseo parece estar en blanco, es decir, no pueden testimoniar ningún deseo que los haga sentir un ser peculiar. Aulagnier menciona que el infans podrá sentir sus efectos en el modo y la forma de las respuestas que le da su madre, agrega “en el momento de su encuentro con lo exterior a la psique predominará toda representación relacionada con el rechazo, con la nada, con el odio” (Castoriadis-Aulagnier, 2007, p.204), este será el pictograma del rechazo.

Con respecto al padre, la autora menciona que “ella no expropia al padre, sino, directamente al niño” (Castoriadis-Aulagnier, 2007, p.204), esto es, que será al niño al que le negará su existencia como alguien diferente, único y original. A la madre le provocará displacer todo lo que le pudiera recordar la participación del padre, ella le reconoce su intervención en la procreación, pero no el deseo del mismo, no un deseo compartido.

En resumen, en esta relación madre-hijo descrita, hay tres elementos importantes que darán lugar a perturbaciones psíquicas graves; en primer lugar, la causa y el origen del niño no es ni el deseo de la pareja, ni deseo de hijo; en segundo lugar, el encuentro inaugural que ha tenido el infans con la madre ha sido de sufrimiento y displacer, y finalmente, el encuentro con el discurso materno donde se niega que “el displacer forma parte de la vivencia del sujeto, o (...) que impone un comentario acerca de él que priva de sentido a esa experiencia” (Castoriadis-Aulagnier, 2007, p. 207). Será así como la relación madre-hijo se vivirá como una obligación o una necesidad, más no un vínculo de placer.

1. 2.3 Rasgos paranoides ante la amenaza del otro.

Ante las vicisitudes descritas en la relación madre-hijo, se puede comprender que entre mayor sea la intensidad en la fusión que se preserve entre los dos miembros de esta díada, más marcadas serán las expresiones paranoides en estos sujetos. Pero ¿Qué son los rasgos paranoides y como se expresan en el sujeto?

El estudio de la paranoia, propia y formalmente desde el psicoanálisis, comenzó con Sigmund Freud. Su estudio fue encaminado en la vertiente de la psicosis, donde describía que el paranoico utilizaba de forma masiva y abusiva el mecanismo de la proyección. El sujeto paranoico, en vez de reprocharse a sí mismo su participación en las situaciones traumáticas por ejemplo, como el obsesivo, lo deniega y reprocha a los otros, es así que los demás se convierten en amenazantes. Lo que viene de afuera, se puede desautorizar, en cambio, lo que proviene de adentro no queda más que asumirlo (Freud, 1895).

Posteriormente, la concepción de Freud se amplió a lo largo de su trayectoria, llegando así a concebir el carácter paranoico como la expresión defensiva de una fantasía de deseo homosexual inconsciente, donde frente a este avance de libido homosexual se reacciona con un delirio de persecución, de grandeza, de celos, etc. (Freud, 1911)

Por su parte, Melanie Klein, creó el concepto de posición esquizoparanoide, como “una modalidad de las relaciones de objeto específica de los cuatro primeros meses, pero que puede volver a encontrarse en la infancia y en el adulto” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 278)

Para Melanie Klein, el yo del bebé necesita organizar el caos que percibe a su alrededor, en su mundo externo, para lograrlo recurrirá a la escisión, la cual es una defensa que ayudará a organizar las experiencias y de esta manera pueda emerger el yo. La escisión

hace referencia a la división del objeto en malo y en bueno, dicha escisión predomina en la posición esquizoparanoide. Ante los instintos de muerte que contiene el yo, éste los proyecta en un objeto externo, para así convertirlo en un objeto perseguidor, mientras que también proyecta los instintos de vida (libido) sobre el objeto creando el objeto Ideal. Ante dicha escisión, el yo necesita mantener alejado el objeto ideal del objeto persecutorio y para lograrlo, recurrirá a la idealización, la cual se puede concebir como una defensa contra las pulsiones destructoras del objeto perseguidor (Hinshelwood, 2005).

Este objeto perseguidor, generará ansiedades paranoides, que suelen reaparecer a lo largo de nuestra vida, ante escenarios donde la desconfianza y el temor al daño pueden prevalecer.

En resumen, tanto la paranoia como la posición esquizoparanoide se refieren a dos conceptos totalmente distintos, sin embargo, comparten ciertas características como es el uso de la proyección sobre el objeto externo, concibiéndolo como otro amenazante y aniquilante. Estos rasgos no sólo se presentan en pacientes graves, sino que aparecen en todos, como formas de adaptación a la realidad. McWilliams (2011, en Ramos, 2014) menciona que su expresión dependerá del nivel de funcionamiento en el que se encuentre la persona (psicótico, neurótico o borderline).⁴

⁴ En un paciente psicótico, los aspectos intolerables del yo son proyectados de forma masiva al exterior, instaurándose la convicción absoluta de que todo está afuera, formando parte de la realidad externa. Aquellos que se ubican en un nivel de organización borderline logran que los sentimientos que proyectan lleguen a ser verdaderamente sentidos por las personas con las que interactúan. Éste es el fenómeno de identificación proyectiva. Finalmente, aquellos que se sitúan en un funcionamiento neurótico, una parte de su yo puede ser capaz de observar que una parte de sus propios contenidos internos ha sido proyectado hacia el exterior, lo que posibilitará su posterior trabajo de elaboración (Ramos, 2014).

1. 2.4 Implicaciones en la clínica psicoanalítica con adolescentes.

Ante un escenario como la díada patológica que se pudiera sostener entre madre e hijo/a, se abre la posibilidad de que ellos activen sus rasgos paranoides en presencia de un tercero que pudiera obstaculizar su relación simbiótica y fusionada. Por lo que el trabajo terapéutico con niños y adolescentes se torna más complejo de abordar, sin embargo, el avance analítico no se logrará sin la ayuda de los padres, especialmente de esta madre que pudiera vivirse perseguida por la representación de la psicoterapeuta, precipitando así la interrupción del tratamiento.

Estas madres generalmente no se cuestionan, no se encuentran atravesadas por la castración y por ende niegan la terceridad. Rosagro (2019) comenta que cuando se realizan historias clínicas es común observar que hay una concordancia entre lo que piensa la madre y el hijo, como si compartieran un mismo discurso, que en realidad, sólo es la madre quien habla pues no tolera un pensamiento diferente. Estas madres, pueden hacer sentir al psicoterapeuta reacciones emocionales intensas, que son resultado de la identificación proyectiva, así ante aquellas madres hostiles, el terapeuta puede sentir intensamente el miedo original y la amenaza que siente ante esta terceridad (Ramos, 2014).

Sea cual sea el escenario al que nos enfrentemos como psicoterapeutas de adolescentes, para que el tratamiento pueda tener continuidad, es preciso contar con padres que estén dispuestos a contener a sus hijos en los momentos más angustiantes, que sean capaces de soportar sus regresiones transitorias, que estén dispuestos a aceptar a su hijo como un otro, diferente de lo que ellos han construido, capaces de tolerar sin envidias destructivas sus mejorías y cambios.

1. 3 EL PAPEL DEL TERAPEUTA FRENTE A LOS PADRES DEL ADOLESCENTE: PRINCIPIOS DE TRABAJO.

*“Si usted quiere que su adolescente cambie
¡Cambie la mirada que usted tiene de él!”*

Juan David Nasio

En los apartados anteriores se han analizado tanto los elementos psíquicos que se despliegan en la transferencia parental hacia la figura del/ la psicoterapeuta, como la perturbación en la díada madre-hijo que pueden obstaculizar el proceso analítico del adolescente; en este apartado se pretende abordar lo que pasa del otro lado del campo de trabajo: el papel del terapeuta y sus implicaciones a nivel contratransferencial hacia los padres, procurando pensar siempre en el paciente adolescente, quien es el protagonista del tratamiento.

1.3.1 Objetivos y formas de trabajo con los padres de adolescentes.

Una de las principales tareas del psicoanálisis es apuntar a la diferenciación y separación del sujeto del deseo del Otro y de sus representantes, que se asuma como un sujeto deseante, reconozca su falta y la del Otro. En la clínica con adolescentes, esto se complejiza debido a que no llegan solos, sino atravesados por las pasiones y el deseo de sus padres. En un primer momento, Kupfer (1995) dice que nos encontramos con los padres imaginarios quienes son los que se dedican a la tarea de explicar, de confundir haciendo creer al psicoterapeuta de la génesis de los comportamientos de sus hijos como la ausencia del padre, o la sobreprotección de la madre. Serán estos padres quienes nos mostrarán formas de comprender la dinámica psíquica del motivo de consulta del adolescente.

1.3.2 Primeras entrevistas con los padres y formas de abordaje

Siquier (1995) menciona que los encuentros con los padres permitirán saber cómo y dónde ubican a ese hijo: “cuanto los gratifica, cuánto los desilusiona, cuánto lo aman o lo odian,

cuánto ese hijo es un testigo incómodo o necesario de sus propias insuficiencias” (p. 54). Por su parte, Janin (2013) sugiere que sean los padres quienes armen el curso de la entrevista, posibilitando un espacio de libre asociación donde se dé la oportunidad de desplegar el discurso de los padres sin imposiciones del psicoterapeuta. Así, es posible que aparezcan temas como la relación de pareja, sus propias historias de adolescencia, sus expectativas y sus dificultades como padres y por separado, esta forma de aparición del material por parte de los padres mostrará que angustias predominan en sus pensamientos e influyen de forma profunda en la vinculación con su hijo y su síntoma.⁵ Janin (2013) enfatiza que “en la medida en que se sientan escuchados, contenidos y sostenidos por otro, podrán ir armando un lugar, un espacio psíquico para su hijo” (p. 25).

Concebir a los padres como consultantes, como sujetos con sus propios deseos, identificaciones y repeticiones fomentará una transferencia positiva que logre colaborar con el trabajo analítico del adolescente. Si los percibimos como informantes o testigos objetivos del comportamiento del paciente, nos quedamos sordos a lo que transmite su inconsciente y construimos una imagen deformada del adolescente que viene con ellos.

Los elementos psíquicos vitales para explorar con los padres estarán relacionados con la historia de cada uno de ellos, la historia como pareja, las representaciones que sostienen de sí mismos y de sus hijos y las fantasías que albergan sobre la maternidad y la paternidad (Janin, 2013).

⁵ La autora agrega que también resultará de vital importancia observar cómo se presentan los padres, si pueden o no percibir el sufrimiento de su hijo, si están enojados o angustiados, si enfatizan en lo que siente el adolescente o lo que su comportamiento causa en los demás, ya que marcarán la forma en cómo abordarlos, por ejemplo, si su discurso y funcionamiento es predominantemente narcisista será importante darles primero un lugar a ellos, ubicarlos como sujetos escindidos (Janin, 2013)

1. 3. 3 Trabajo sobre las resistencias y la transferencia parental

Por más que se desee y se intente alejar a los padres del proceso psicoterapéutico de sus hijos adolescentes, la transferencia parental ya está operando sobre el terapeuta, por lo que es una parte sumamente importante de integrar y procesar como parte del tratamiento con el adolescente, siempre respetando el espacio autónomo y propio del paciente.

No sólo se trabajan las resistencias maternas o paternas, sino también aspectos vinculados a la relación del hijo con la sexualidad y el Edipo de los padres. Sigal de Rosenberg (1995) propone aclararlo desde el contrato terapéutico, donde los padres se sientan comprometidos con el proceso y que éste generará cambios imprevisibles en el campo psíquico familiar. Explicar que posibles cambios podrán observar en la transferencia de su hijo con la psicoterapeuta, el despliegue del campo psíquico en el espacio analítico, las dificultades que pudieran surgir de vez en cuando en el tratamiento o las alteraciones propias del desarrollo adolescente pueden contribuir a contener la angustia de los padres y comprometerse con el proceso terapéutico.

Von Hug-Hellmuth (1921, en Gammill, 2003) proponía ayudar a los padres a comprender el aspecto principal de la transferencia positiva, cómo ésta se presenta y sus características, tranquilizaba a los padres comentándoles que al final recuperarían los sentimientos de su hijo hacia ellos, con esto, pensaba que si se reducía en gran medida su angustia, el tratamiento podría seguir un curso apuntando a la cura combatiendo los sentimientos de rivalidad y envidia que pudieran presentarse en los padres del hijo atendido.

Green (2003) argumenta que a pesar de que el terapeuta reconozca las implicaciones transferenciales y contratransferenciales con los padres, ellos no son objetos de interpretación como lo sería en una psicoterapia individual. Sin embargo, es importante revisar el caso por caso, donde un señalamiento o interpretación muy explícita pudiera resultar pertinente y con ello, combatiría las resistencias y saboteos al tratamiento.

Janin (2013) retoma que a través de la escucha de los padres se posibilitan ciertos caminos: “desprendimiento de fijaciones pulsionales, apertura del narcisismo, asunción de la propia palabra, delimitación yo-no yo, entre otros” (p. 56). Por su parte, Cordié (2004) agrega que los padres pueden ser llevados a reconsiderar la naturaleza de la relación que mantienen con sus propios padres y a descubrir que repiten vivencias con sus hijos. Es así como escuchar su inconsciente significa también permitir una re-simbolización del lugar que el hijo y el síntoma ocupan en la historia de los padres y en la subjetividad del adolescente (Sigal de Rosenberg, 1995).

1. 3. 4 Pero ¿Qué hago? Búsqueda de respuestas

A pesar de los intentos por generar un espacio de escucha a los padres, para sostener y contener su angustia, es probable que demanden alguna respuesta rápida, sugerencia o receta que puedan llevar a cabo y así sentirse seguros ante la incertidumbre del curso que pueda tomar el tratamiento de su hijo. Janin (2013) y Blinder et al. (2017) sostienen que, el psicoterapeuta necesita renunciar a un lugar de maestro, juez o aquel que conoce los secretos de una crianza ideal. Renunciar al lugar de sujeto de saber que le han colocado los padres ayudará a generar un espacio en que ante la pregunta ¿Qué hacer? Los padres sean capaces de poner en palabras sus temores, identificaciones e ideales para que la compulsión a la repetición dé lugar a la creación.

Pero ¿Que implicaría ceder a la demanda de los padres? Además de no practicar psicoanálisis, Janin (2013) menciona que, si se les dan respuestas rápidas a los padres, se promueve un vínculo de “cómo sí”, es decir, un vínculo de mandatos conscientes que dejarán a padres de mentira quienes harán lo elaborado por otro, obturando así el espacio de reflexión y escucha de lo que le está pasando a su hijo y a ellos mismos.

Y no responder en absoluto a la demanda ¿tiene implicaciones?

Al respecto, Blinder et. al. (2017) comentan que:

Puede ser perjudicial y puede promover actuaciones de los padres, posiblemente en muchos casos al sentirse abandonados por el profesional al que están consultando, desde esta posición, las sugerencias que el analista puede dar a los padres no hacen más que promover en ellos un sentimiento de inferioridad respecto a él, mientras que contratransferencialmente el analista se coloca en un lugar de competidor inconsciente con estos padres, comenzando una lucha silenciosa para ver quién sabe hacerlo mejor, quien es mejor padre, incrementando así los sentimientos de envidia tanto por parte de los padres como del propio analista (p. 239, 240)

1. 3. 5 Contratransferencia y sus implicaciones con los padres

Un aspecto importante por analizar es la contratransferencia del terapeuta. Dentro de la metapsicología de la contratransferencia, es necesario recordar que el paciente es objeto del terapeuta, objeto sobre el que va a poner fantasías y una realidad de curación (González y Rodríguez, 2008).

Ante esta realidad de curación, el psicoterapeuta puede utilizar la contratransferencia como una herramienta fiable de análisis del inconsciente del paciente y su psicodinamia. Sin embargo, la contratransferencia también puede ayudar al terapeuta como faro y guía para explorar sus propias resistencias que junto con una supervisión y análisis personal ayudarán a distinguir lo que es propio del psicoterapeuta de lo que es resonancia contratransferencial en función del paciente.

Un hecho frecuente entre los psicoterapeutas jóvenes que se dedican a la clínica del adolescente es la resistencia de ver a los padres en entrevistas, así como otorgarles un espacio de escucha a estos padres que ya han hecho transferencia con el terapeuta.

Blinder et. Al. (2017) mencionan que hay psicoterapeutas que se resisten a interactuar con los padres del adolescente debido a que se apoyan en marcos teóricos que justifican su actuación, sin embargo, estas justificaciones manifiestas sólo encubren la evitación del despliegue y cruce de múltiples transferencias en el tratamiento, mismas que parecen no querer afrontar.

El psicoterapeuta siente una gran dificultad para conservar en su mente todos los elementos de la situación de transferencia, debido a que no sólo es la transferencia con el adolescente, sino también la que se ha desplegado entre los miembros de la familia que acompaña al paciente. La dificultad radica en mantener la escucha emocional abierta sin tomar partido.⁶

Otra dificultad que tiene el psicoterapeuta de adolescentes, y que se ha mencionado en otros apartados, es la demanda que los padres exigen al terapeuta. De acuerdo con Siquier (1995) esto se ve complicado cuando el psicoterapeuta de su hijo es joven. Los padres tienden a tratar a los psicoterapeutas como sus propios hijos adolescentes, intentando tomar el control del espacio terapéutico, mientras que, por parte de los psicoterapeutas, cuanto más se sienten hijos de sus propios padres, más tenderán a identificarse con el adolescente o a establecer alianzas conscientes o inconscientes que los lleve al fracaso terapéutico. Trabajar con adolescentes, inevitablemente remueve aspectos de la propia historia del psicoterapeuta, que si bien son situaciones que necesitará trabajar en su propio análisis, la tendencia a identificarse con el adolescente puede ser mayor.

Otro obstáculo que el terapeuta de adolescentes necesita tomar en cuenta es la inclusión del padre en las entrevistas. Es altamente frecuente, que, al momento de entrevistar

⁶ Es en muchas ocasiones, que el psicoterapeuta puede sentirse tentado a tomar partido por el niño o el adolescente al mostrar una tendencia de protegerlo, más si el paciente se muestra vulnerable; este autor menciona que su origen de estas tendencias radica en el anhelo del psicoterapeuta de poseer al paciente o en el deseo de demostrarse a sí mismo que sería mejor madre/padre que el que ya tiene (Gammill,2003)

a los padres, generalmente llegue la madre con el adolescente, los motivos pueden encaminarse a la dificultad de horarios de trabajo del padre, ausencia real del mismo o que es la madre quien excluye la participación del padre intentando que el psicoterapeuta haga lo mismo. Gammill (2003) sugiere que es importante que el padre participe en la mayor medida posible en todas las entrevistas con los padres, de no ser así el psicoterapeuta necesitaría preguntarse ¿qué está sucediendo con su contratransferencia si entra en complicidad con la madre?

Ante dichos obstáculos, la complejidad del funcionamiento psíquico de los padres, su situación demandante hacia los terapeutas, la presión que pueden ejercer sobre ellos, así como las vicisitudes experimentadas con el mismo paciente adolescente, pueden generar en el psicoterapeuta una contratransferencia global inconsciente negativa y desear sin saberlo, la finalización del tratamiento.

La actitud demandante de los padres y los pacientes necesitan entenderse desde su necesidad de evacuar su sufrimiento psíquico a su manera, si el psicoterapeuta no logra comprender la forma de procesamiento emocional del adolescente y sus progenitores, corre el riesgo de actuar la contratransferencia y desear que el tratamiento acabe lo más pronto posible (Gammill, 2003).

Cuando el padre o la madre nos anuncia la interrupción del tratamiento, Gammill (2013) sostiene que el terapeuta se siente herido en su narcisismo, rechazado y despreciado, sobre todo cuando la interrupción del tratamiento surge en un momento en el que el adolescente está haciendo importantes progresos en su análisis. También se experimenta lástima y frustración por el paciente que no pudo terminar su tratamiento, así como una tendencia a fantasear con un contraataque justificado contra los padres.⁷

⁷ Este autor agrega que, con frecuencia, el psicoterapeuta presenta bastantes asociaciones relacionadas al material del paciente y de sus padres, intentando entender si no comprendió su dinámica psíquica o si dejó de ver ciertos aspectos importantes en el discurso de los padres que no tomó en cuenta. Estas querellas generan

Cuando los psicoterapeutas son jóvenes, pueden experimentar profundas heridas narcisistas ante estas interrupciones injustificables del tratamiento. Los jóvenes psicoterapeutas pueden sufrir también cuando los padres asestan y cuestionan con gran agresividad su labor terapéutica. Por lo que Grammill (2013) sugiere que la supervisión y la guía de un experto analista podrá ser de bastante ayuda para que los psicoterapeutas jóvenes comprendan lo complejo de la situación, lo que se juega en un tratamiento donde los padres tienen un lugar destacado aún y que coloca en el adolescente en un lugar de dependencia real, a la cual necesita tomar en cuenta ante cualquier tratamiento con ellos. Este autor comparte que hay psicoterapeutas jóvenes que no consiguen comprender dichas dificultades y abandonan la profesión o desarrollan defensas de carácter que impide tener un buen contacto con los adolescentes y con los padres, fomentando así, la aparición de transferencias parentales negativas.

Finalmente, Gammill (2013) enfatiza la importancia de la intuición contratransferencial para guiarnos ante situaciones oscuras como cuando hay crisis en las relaciones con los padres ante los cambios “positivos“ que presentan sus hijos gracias al proceso analítico, o las crisis de los padres en su transferencia sobre el terapeuta, o en los cambios operados en las partes infantiles y adolescentes de los padres alojados por identificación proyectiva con el hijo, ante dichas situaciones que pueden no tener claridad ante el terapeuta, recurrir a la intuición contratransferencial, a las observaciones pertinentes de las palabras y actos de los padres y en el material del adolescente ayudarán a comprender de forma eficaz el funcionamiento del paciente y las angustias de los padres ante el proceso analítico.

culpa, desde esta posición, el terapeuta se cuestionará su labor profesional, o reflexionará si se trata de una culpabilidad neurótica propia del psicoterapeuta que deberá ser aclarada en su propio espacio analítico o si los padres necesitaban hacerlo sentir culpable para liberarse de su propia culpa. Son preguntas y reflexiones que generan en el terapeuta grandes enigmas al intentar comprender donde fue la falla al tratamiento analítico (Gammil, 2013)

A modo de conclusión, podemos observar que los procesos transferenciales entre los padres y el psicoterapeuta operan de forma bidireccional, por un lado bajo demandas, expectativas y búsqueda de soluciones inmediatas por parte de los padres, y por el otro lado, un psicoterapeuta que bajo la presión de estas demandas pudiera actuar la contratransferencia posibilitando un fracaso en el tratamiento, es así que analizar y trabajar en lo que implica el despliegue de estos procesos transferenciales, podrá hacer la diferencia para que un tratamiento se encamine en una vía exitosa.

CAPÍTULO 2. MÉTODO

2.1 Planteamiento del problema

El objetivo del presente apartado es describir los casos clínicos de dos adolescentes que fueron atendidos durante la residencia de psicoterapia para adolescentes. Es necesaria esta descripción para posteriormente analizarlos bajo la mirada teórica revisada anteriormente.

Caso 1: Ignacio es un adolescente de 13 años, cuyo motivo de consulta inicial fue dificultad en el rendimiento académico.

Dentro de los antecedentes de riesgo existe un intento suicida a los seis años, pensamientos suicidas, sufría episodios de bullying en la primaria, presentaba signos de desnutrición y pensamiento concreto. La pobre función parental y las condiciones emocionales y socioeconómicas en las que vivía el paciente agudizaron la sintomatología.

Los objetivos del tratamiento consistieron en hacer función de maternaje para metabolizar las emociones experimentadas por Ignacio y que pudiera registrar, integrar y nombrar lo que sentía.

Quien se encargaba tanto de las actividades académicas como consultas médicas y psicológicas era el padre del menor, por lo que se señaló la importancia de involucrar a la madre en las entrevistas. Después de algunas semanas, la madre del paciente acudió a la cita y se mostró sumamente agresiva con la terapeuta, argumentando lo siguiente: *“hagas lo que hagas, jamás vas a tener la confianza de mi hijo, él solo confía en mí”*, así mismo llegó a amenazarla: *“aquí serás alguien, pero allá afuera no eres nadie, y si le haces algo a mi hijo, te rompo tu madre”*. Se intentó disminuir los rasgos paranoicos y persecutorios de la madre al mostrar empatía, se le explicó el proceso de la terapia analítica y sus implicaciones, así

como la importancia de su participación. Después de esa sesión, la madre no volvió a asistir más a pesar de que se invitó a ambos padres a buscar un espacio personal para revisar sus conflictos individuales y promover el avance del proceso terapéutico de una forma más integrada. Por su parte, el padre se mostraba invasivo con el proceso analítico de su hijo, constantemente hablaba de sí mismo y de las cosas nuevas que aprendía sobre la crianza de sus hijos como formas de impresionar a la psicoterapeuta, en ocasiones mostraba angustia y demandaba espacios de apoyo para recibir ayuda grupal, invalidando el espacio y los progresos de su hijo, además se mostraba seductor con la terapeuta. Él la halagaba constantemente, intentaba preguntar aspectos personales e incluso llegó a ofrecer regalos. Ante las negaciones y las constantes veces que se encuadraba el tratamiento con el padre, este se mostró hostil, así como demandante, solicitaba la aparición de cambios significativos de forma inmediata.

Después de seis meses de tratamiento, el padre decide poner fin al proceso terapéutico, una de las razones principales fue que “no veía cambios”, que ya no había quien pudiera llevarlo y que pensaba en llevarlo mejor al programa Pilares.

Caso 2: Alicia es una adolescente de 16 años cuyo motivo de consulta inicial fue fobia de contacto.

Durante las entrevistas de valoración, la madre intentó formar alianza con la psicoterapeuta, controlar el espacio y los horarios, intentaba saber sus aspectos personales y demandaba consejos para llevar una relación menos conflictiva con su hija, descargaba en las sesiones sus deseos no cumplidos sobre Alicia y mostraba una fuerte identificación con ella. A lo largo del tratamiento se vio a la madre en espacios individuales para retomar aspectos de su función materna como desencadenante de los miedos sobre la sexualidad de Alicia, incitándola a pensar su feminidad y propios temores en un espacio diferente al de su hija, sin embargo, la sugerencia fue ignorada en varias ocasiones.

Después de siete meses de tratamiento, debido a los horarios escolares de la joven (argumento de la madre), Alicia ya no podía asistir a psicoterapia. La madre refería que Alicia deseaba ver a la psicoterapeuta porque según ella *“Estoy sintiendo muchas cosas, sólo Marleen podría ayudarme a saber que me está pasando”* a lo que la madre respondía *“¿Qué tiene que decirte a ti que no puede decirme a mí?”*. Agregaba comentarios como *“Ella siempre quiere venir aquí, no sé qué le dices”*, en algunos momentos le comentaba a su hija *“vamos a ver a tu psicóloga”* minimizando el trabajo terapéutico. Así mismo, la madre argumentaba que debido a que Alicia ingresó a una preparatoria de la UNAM, ya la veía mejor, aunque reconocía que los temores nocturnos de Alicia y su dificultad para dormir persistían, pese a ello, su madre expresaba que no sabía por qué debía seguir yendo a terapia (cabe destacar, que estudiar en la UNAM, fue deseo de la madre), por lo que intentó mover el encuadre en muchas ocasiones argumentando: *“¿Podrías ver a Alicia, un viernes sí y un viernes no? Es que ya socializa más, eso me pone feliz, ya se va los viernes con sus amigos.”*. A pesar de ello, la paciente había considerado la posibilidad de seguir yendo a la clínica, aunque fuera en un horario diferente, su demanda seguía latente. Sin embargo, en la última ocasión, la madre canceló la cita y argumentó que ya no tenía tiempo de llevar a su hija, se pidió una sesión de cierre y la madre ya no respondió.

Ante la presentación general de ambos casos, puedo pensar cómo a pesar de los progresivos avances de sus hijos traducidos en una inclinación a expresar y apalabrar sus temores y emociones, la tendencia a reflexionar sus propios enigmas para así asumir su propio deseo y su iniciativa de continuar con su proceso analítico, los padres mostraron resistencia hacia el tratamiento pese a que se ofreció un espacio de escucha para sus angustias. Es probable que todo el entramado psíquico de los padres se haya visto confrontado o las expectativas, temores, identificaciones y reactualizaciones depositadas sobre el espacio analítico pudieran precipitar la interrupción del tratamiento. Específicamente, la organización defensiva de las madres tales como las defensas paranoides pudieron desarrollarse al verse amenazadas en su estatus de madres totales frente a su hijo/a y así desencadenar una serie de movimientos que pusieran fin al proceso psicoterapéutico.

A partir de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles fueron las defensas paranoides de las madres en relación con la transferencia hacia la figura de la terapeuta en dos adolescentes que interrumpieron abruptamente su tratamiento?

Objetivo general:

Examinar la relación que conlleva la transferencia parental negativa hacia el espacio psicoterapéutico y la finalización prematura del tratamiento en el caso de Ignacio y Alicia.

Objetivos específicos:

1. Analizar las defensas paranoides en la madre de Ignacio y en la madre de Alicia como resultado del trabajo psicoterapéutico.
2. Analizar el impacto de las defensas paranoides de las madres de Ignacio y Alicia sobre la interrupción del proceso psicoterapéutico.
3. Describir la organización defensiva de las madres de Ignacio y Alicia que dificultaron el proceso psicoterapéutico.
4. Describir los alcances y limitaciones terapéuticos en los adolescentes como resultado del trabajo psicoterapéutico elaborado.
5. Analizar la transferencia parental negativa de los padres de Ignacio y Alicia sobre el espacio psicoterapéutico y la figura de la psicoterapeuta

Definición de categorías

A partir del marco conceptual propuesto, así como de la formulación de la pregunta de investigación y el objetivo se construyeron las siguientes categorías deductivas con la finalidad de focalizar la investigación:

Transferencia parental: Demanda consciente e inconsciente de los padres donde sitúa a la figura de la psicoterapeuta en una posición de saber y poder.

Defensas paranoides: Vivencia persecuidora como efecto negativo de la transferencia parental, a nivel edípico o vivencia más arcaica que devuelve a la madre la angustia y la culpabilidad de ser la mala madre ante el psicoterapeuta, la buena madre idealizada y con ello desnarcisizante (Lejeune-Lauriat, 2003, p. 546)

Organización defensiva: Mecanismos de defensa que operan mayormente en el sujeto.

Finalización prematura de tratamiento: Interrupción del tratamiento por parte de los padres, sin que el adolescente haya logrado completamente construir un sostén interno que le permita mantenerse menos angustiado.

Tipo de estudio

En el presente trabajo se ha recurrido a la *metodología cualitativa*, ya que ayuda a comprender los conceptos de donde parten las personas para construir su subjetividad, visualiza al sujeto desde contextos y situaciones particulares y se interesa por la comprensión de su mundo interno.

Desde esta metodología, se retomó el *estudio de caso*, que de acuerdo a López (2013, p. 10) “es la investigación empírica de un fenómeno del cual se desea aprender dentro de su contexto real cotidiano.”; además este tipo de estudio se enfoca en las particularidades individuales con una preocupación por la teoría. En el presente trabajo se apoyará sobre la teoría psicoanalítica.

La técnica de análisis de este trabajo se apoya en la *hermenéutica*. El análisis hermenéutico es la interpretación de la interpretación del sujeto, es decir, que a través de textos (hablados o escritos) se puede comprender la polisemia del discurso del sujeto, lo que hay detrás de lo hablado, ir más allá de lo superficial (Beauchot, s. a.)

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recabar la información fueron *la entrevista a profundidad y la psicoterapia psicoanalítica*. La primera es entendida como aquellos “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y el informante, encuentros dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes de sus experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1986, en Quecedo y Castaño, 2002). Esto es, que en cada encuentro se intentaba comprender el mundo interno del paciente para pensar juntos sobre su significado personal y particular.

Mientras que la psicoterapia psicoanalítica se define como “una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 324). Por su parte, Kernberg (2001) agrega que el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es reorganizar parcialmente la estructura psíquica traducida en cambios sintomáticos significativos, lo que diferirá totalmente de un psicoanálisis clásico que mantiene otra forma de trabajo. Se eligió este tipo de psicoterapia por las condiciones sociales, económicas y temporales de los pacientes, así como las condiciones formativas de la psicoterapeuta.

Participantes

Un adolescente varón de 13 años y una mujer adolescente de 16 años de edad, quienes acudieron al centro de atención psicológica para recibir apoyo.

El motivo de consulta manifiesto del primer adolescente fue presentar dificultades en su rendimiento escolar. Sus profesores se habían mostrado preocupados y sugirieron a su padre la búsqueda de psicoterapia. El motivo latente apuntaba a una depresión profunda detonándose a partir de la muerte de su abuelo paterno, con quien desarrolló un vínculo afectivo muy cercano, en ese entonces Ignacio tenía cinco años. El paciente narraba que nadie le explicó lo que sucedió con su abuelo, él falleció a causa de cáncer e Ignacio no supo de su situación hasta después. Él lo refiere como una pérdida muy importante. Tanto él como sus padres coinciden en que sus problemáticas emocionales comenzaron a partir de ese momento.

El motivo de consulta manifiesto de la segunda paciente fue experimentar fobia de contacto, presentando agudas crisis de ansiedad ante el más mínimo contacto con los otros. Como motivo latente la paciente ha desarrollado profundos temores hacia la sexualidad debido a las identificaciones con las mujeres de su familia, quienes han sufrido de abusos sexuales por parte de familiares cercanos. La familia paterna y materna de Alicia han padecido situaciones de incesto que generaron en la paciente el desarrollo de defensas fóbicas hacia el contacto, construyendo fantasías en torno al no crecimiento psíquico ni físico que la llevarían a crear y sostener su ser-mujer. La madre de la paciente fue abusada sexualmente por un tío durante tres años; cuando Alicia tenía ocho años, su madre le confesó el abuso como una forma de protegerla de ese tío. Por su parte, la abuela materna también fue abusada por un familiar cercano, así mismo su hermano mayor de la paciente fue abusado por un primo paterno.

Procedimiento

Ambos pacientes llegaron al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad. En dicho centro se siguen una serie de pasos administrativos que consisten de manera general en tres fases: primer contacto, fase de evaluación y fase de tratamiento.

Es en esta última fase donde se tuvo la oportunidad de conocer a los pacientes. Es importante señalar, que en cada fase hay psicoterapeutas diferentes, en su mayoría estudiantes de licenciatura de Psicología, quienes realizan sus prácticas profesionales con los pacientes del centro. Este periodo de evaluación a cargo de los estudiantes de la carrera puede durar semanas e incluso meses, lo que muchas de las veces agota al adolescente y a sus padres. Es frente a este panorama que en la fase de la asignación de terapeuta para comenzar un tratamiento nos encontramos a unos padres y un adolescente agotados, confundidos y desesperados, por lo que es fundamental empatizar con su sentir en estos primeros encuentros.

A pesar de que los estudiantes de Licenciatura desarrollaron un expediente escrito de sus observaciones durante el proceso de valoración, como psicoterapeutas psicoanalíticos es importante profundizar y preguntar a los pacientes su motivo de consulta, ya que la manera en que se presente, el ritmo de sus asociaciones y la forma en la que aparece su discurso nos dan indicadores valiosos del mundo interno del paciente así como de la dinámica familiar sostenida.

Después de un promedio de dos a tres sesiones de entrevistas, se dedica una sesión de devolución en donde se citan tanto a padres como al paciente para dar una impresión general de su situación, explicamos el posible motivo latente de su consulta y las implicaciones de ello. La finalidad de esta sesión es generar (si es que no hay) una demanda real por parte del paciente adolescente a través de la posible comprensión de sus propios síntomas, así como ofrecer un lugar de escucha a los padres si ellos se sienten angustiados o confundidos con

respecto al tratamiento de su hijo. Finalmente, tanto con padres como con el adolescente, se establece el encuadre, esto es, el marco que sostendrá el proceso terapéutico, en él se tratan aspectos referentes al pago de las sesiones, frecuencia de las mismas, horarios, límite de ausencias y modo de trabajo.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002), los servicios ofrecidos, como terapeuta, emergían de un cuerpo de conocimientos sustentado por la formación y supervisión que sostuvo el trabajo analítico. Así mismo, el análisis personal fue fundamental para sostener el trabajo psicoterapéutico con los pacientes. Se les comunicó a los pacientes aspectos de confidencialidad en el tratamiento, así como en la posible presentación de sus datos encubiertos con seudónimos para cuidar el anonimato de los pacientes. Otro aspecto ético del presente trabajo es la firma del consentimiento informado donde estaban de acuerdo en que su información podría ser utilizada para fines de investigación y estudio. Por otra parte, se documentó todo lo que se trabajó en sesiones con los adolescentes, para asegurar la responsabilidad y cumplir con los requisitos de la institución.

CAPÍTULO 3. ESTUDIOS DE CASO

3.1 Caso Alicia

1. Ficha de identificación

Nombre: Alicia

Edad: 16 años

Sexo: Mujer

Escolaridad: Primer año de preparatoria

Lugar de residencia: Ciudad de México

Ocupación: Estudiante

2. Descripción de Alicia

La paciente es una joven delgada, de tez blanca, con ligera expresión de cansancio y ojeras. Su forma de vestir es con ropa holgada, masculina y usualmente cubre todo su cuerpo a pesar de que haya un clima caluroso. Con respecto al estado mental de la paciente, cuenta con una adecuada percepción de los sentidos, sin alucinaciones ni delirios. Su pensamiento y lenguaje es organizado y lógico, su capacidad intelectual es adecuada a su edad, cuenta con un alto nivel de abstracción, análisis y profundización, amplio vocabulario, juicio adecuado y alto conocimiento cultural, mismo que se valoró en el discurso emitido por la paciente. El curso del pensamiento es acelerado, debido a la angustia manifestada en las sesiones de entrevista. Conforme avanzó el tratamiento, la velocidad en su discurso disminuyó. Adecuada orientación en el lugar y en el espacio. Presenta ciertos movimientos estereotipados con sus manos, por ejemplo jugar con sus dedos o apretarlos, esto cuando se muestra ansiosa ante algún tema relacionado a emociones y sexualidad.

3. Motivo de consulta

Alicia pide ser atendida, debido a que experimenta síntomas de ansiedad como sudoración, taquicardia, temblor en las manos y dolor en el pecho debido al contacto físico. Ella no tolera la convivencia con sus pares ni observar que otras personas se besen, se toquen o se abracen. La aversión al contacto la ha llevado a aislarse y no tener muchas amistades, además intenta estar limpia la mayor parte del tiempo a pesar de que no haya tocado algo. Ella refiere empezar a sentir estas molestias desde los 11 años sin motivo aparente, además expresa sentir asco por las personas, sobre todo hombres que puedan tocarla o abrazarla.

4. Entrevistas iniciales

Alicia llegó al centro psicológico, en octubre del 2018, junto con su madre Abigail. Se realizaron cuatro entrevistas, donde tres de ellas fueron con la paciente, y una con la madre. A continuación, se explicará de forma breve, el contenido de las mismas.

En el primer encuentro, entraron al consultorio Alicia y su madre, la paciente vestía de forma holgada y casual, mientras que la madre lucía muy preocupada por su imagen personal, esto es, presencia de maquillaje, ropa juvenil y elegante. Quien habló primero fue la señora Abigail, ella pidió que la llamara “Abi”, preguntó aspectos personales de la psicoterapeuta como el posgrado que estudiaba, su trayectoria académica y su gusto por el trabajo con los adolescentes. Enseguida, expresó con molestia los síntomas de su hija, argumentando no saber la causa de sus acciones, ella llevó una lista por escrito sobre aquellas características de Alicia que no podía tolerar. Se le solicitó a la madre que saliera, para así escuchar la demanda de la paciente, quien expresó su motivo de consulta así como las emociones relacionadas a ello.

En los siguientes dos encuentros, se exploró junto con la paciente, algunos aspectos de su vida académica, familiar y personal para así dar cuenta de su historia,

que se expondrá en el siguiente apartado. Posteriormente, se realizó una entrevista con la madre, quien expresó su preocupación por la situación de su hija, así como proporcionó algunos datos sobre el embarazo y primeros años de la paciente, su propia vida familiar y las fantasías en torno al tratamiento. Finalmente, se dedicó una sesión de devolución a ambas, se acordó el encuadre y se comenzó a trabajar. Cabe destacar que, a lo largo del tratamiento, se vio a la madre tres o cuatro veces para darle un espacio de escucha a sus demandas, así como explorar algunos elementos en torno a la historia familiar. Sólo en una ocasión, se citó al padre, debido a las dificultades laborales de su horario.

El tratamiento de Alicia duró 30 sesiones, una vez por semana.

5. Historia clínica

Familia:

A continuación se muestra el familiograma de la paciente:

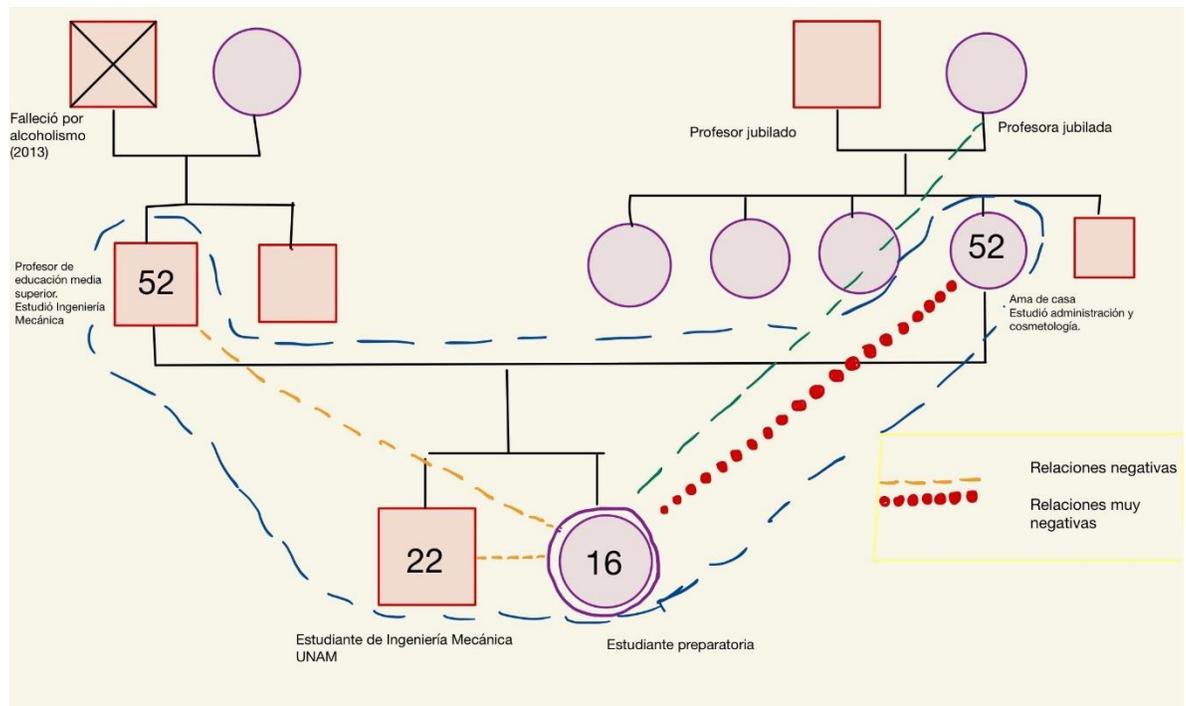


Figura 1. Familiograma de Alicia

Como se puede apreciar en la Figura 1, la paciente vive con ambos padres y su hermano. La relación que Alicia lleva con su madre es conflictiva, ella la percibe como persecutoria, invasiva y poco interesada en sus cosas, así como una persona que la presiona a crecer, debido a que la obliga a asistir a fiestas y vestirse de forma más femenina para que sea agradable a los chicos de su edad, mientras que la relación con el padre es distante, lo describe como “machista de closet” así como explosivo y poco tolerante, siente asco si él la toca. Finalmente la relación con su hermano es complicada, se vive en competencia con él además de referir que en algún momento de su infancia (ocho años) la golpeaba y no le daba de comer cuando estaba bajo su cuidado. En general, la paciente refiere no sentirse cómoda ni en confianza con ninguno de sus familiares directos, en cambio, con quien sí comparte mayor afinidad es con la abuela materna y una tía hermana de su mamá llamada Carolina. Es importante mencionar la relación que sostiene la madre de Alicia con sus propios padres, ya que a partir de ello se podrá entender mejor la aparición de defensas paranoides. La señora Abigail describe a su papá como agresivo y celoso y a su madre como sumisa e inteligente. Por parte de la familia del padre, él describe a sus padres como fuertes y sobreprotectores, además de reconocer alcoholismo en su padre, quien había fallecido en el 2013.

Antecedentes del embarazo.

Los padres de Alicia se casaron cuando tenían 29 años, de inmediato Abigail quedó embarazada, nace su primer hijo, ambos padres reconocen que tenían peleas de pareja frecuentes al grado de ejercer violencia física y verbal, el padre relata que un día hablando con su propio padre decidió cambiar y no seguir más la provocación a pelear de la Sra. Abigail, lo que aparentemente les funcionó, así que decidieron tener a Alicia, la paciente. Ambos padres refieren haber deseado el nacimiento de sus hijos. En los primeros años de vida de la paciente, la madre estudió Cosmetología y abrió una clínica cerca de su casa, donde trabajaba y, a la vez, criaba a sus hijos, mientras que el padre siempre se ha dedicado a la docencia. Alicia nace de un embarazo normal de nueve meses, no presenta problemática alguna en sus primeros meses de vida.

Historia personal

A los cuatro años, Alicia ingresó a preescolar, posteriormente, a la edad de seis años ingresó a la primaria, debido a una situación de acoso escolar la paciente fue cambiada de escuela a la edad de ocho años, específicamente a una escuela religiosa. En esa época, la paciente refirió haber tenido dificultades para relacionarse, expresó sentirse sola, aislada y rechazada, así mismo, recordó que algunas veces padecía de enuresis, gastritis y vómitos. Su transcurso por la escuela fue destacado, ya que obtenía altas calificaciones y la reconocían por su labor académica. A los 11 años comenzó a tener síntomas de ansiedad sin motivo aparente que se fueron agudizando conforme pasó el tiempo, terminó su educación primaria a los 12 años.

Posteriormente, entró a la educación secundaria, terminó de forma regular sus estudios. A la edad de 15 años presentó el examen para ingresar a la preparatoria, sin embargo, no logró alcanzar el número suficiente de aciertos por lo que se quedó en casa un año, la paciente tomó un curso de preparación para el examen que le ayudó a ingresar a la preparatoria. El tratamiento se llevó a cabo durante ese año sin estudios.

Antecedentes sexuales:

La llegada de la menstruación ocurrió a los 10 años. Comparte que nunca ha tenido una pareja ni relaciones sexuales, reportó en varias ocasiones decidir ser asexual y morir “virgen”, además ha expresado en otros momentos sentir miedo a crecer, debido a los peligros que puede conllevar dicho crecimiento, como por ejemplo ser abusada, ser acosada, no poder adaptarse a las exigencias de la sociedad, temer que se enteren de su virginidad, que le hagan daño, etc. Un dato sumamente relevante es que a los ocho años, su madre le confesó que fue abusada sexualmente por un tío (cuyo nombre es el mismo que el del hermano de la paciente) un abuso que duró tres años (de siete hasta los 10 años), además se enteró que su abuela materna también fue abusada por un familiar muy cercano, así mismo ha construido la

sospecha de que una de sus primas pudo haber sido violentada sexualmente por su propio padre y en algunas ocasiones ha expresado la fantasía de si ella pudo haber sido también abusada sexualmente y haberlo reprimido. Por su parte, la madre de la paciente expresó tener la sospecha de que su hijo pudo haber sido abusado por un primo mayor paterno, por lo que, desde ese evento, intentan evitar contacto alguno con la familia paterna de Alicia.

La relación con su cuerpo es ambigua, se viste de forma holgada escondiendo su figura corporal, expresa odiarlo y confesó haber tenido algunos episodios bulímicos a la edad de 14 años.

Datos relevantes:

Un evento significativo que ocurrió durante el transcurso del tratamiento fue que la madre de la paciente se peleó con una vecina, debido a que la señora Abgail divulgó unos videos donde se encontraba la vecina besando a un joven de la colonia, hecho que despertó en la mujer involucrada sentimientos de rabia; ambas terminaron en el Ministerio Público. Después de este evento, vivieron con amenazas algunas semanas. Esta situación lo presencié Alicia, dejándole estados de angustia y temor.

3.2 Caso Ignacio

1. Ficha de identificación

Nombre: Ignacio

Edad: 13 años

Sexo: Hombre

Lugar de residencia: Ciudad de México

Ocupación: Estudiante de primer año de secundaria

2. Descripción de Ignacio

El paciente es un joven alto, muy delgado, con tez morena, presenta signos de desnutrición, así como ojeras y una rinitis aguda al inicio del tratamiento. Ignacio solía llegar al consultorio con su uniforme de la secundaria, se veía desaliñado y cansado, en muchas ocasiones se encontraba dormido en la sala de espera. Su estado mental era adecuado, estaba ubicado en tiempo y lugar de forma apropiada. Su pensamiento y lenguaje eran concretos y limitados, con un pobre nivel de análisis, abstracción y nivel de conocimientos culturales.

3. Motivo de consulta

El paciente mostraba dificultades en su rendimiento escolar, había reprobado tres materias y en la escuela solicitaban que el menor estuviera en un proceso psicoterapéutico. El motivo latente apuntaba a una depresión profunda detonándose a partir de la muerte de su abuelo paterno, con quien desarrolló un vínculo afectivo muy cercano, en ese entonces Ignacio tenía 5 años. El paciente narra que nadie le explicó lo que sucedió con su abuelo, él falleció a causa de cáncer e Ignacio no supo de su situación hasta después. Él lo refiere como una pérdida muy importante. Tanto él como sus padres coinciden en que sus problemáticas emocionales comenzaron a partir de ese momento.

4. Entrevistas Iniciales

Sus profesores se habían mostrado preocupados por la situación escolar de Ignacio, y sugirieron en primer momento, que una trabajadora social pudiera evaluar al menor. En este encuentro, se presentó un altercado entre la madre y la especialista, debido a que la trabajadora social le sugería derivarlo a psiquiatría por una sospecha de depresión e intento suicida. Esta consigna se dictaminó como obligatorio para que el menor pudiera continuar con sus estudios en la escuela. El padre de Ignacio (señor Alfonso) llevó al menor al hospital psiquiátrico Juan Navarro donde le diagnosticaron depresión y le sugirieron internarlo. Ambos se asustaron debido a las fantasías que construyeron en torno a un hospital psiquiátrico (estar encerrado y amarrado en un cuarto blanco) por lo que optaron acudir al centro psicológico. A este lugar llegaron a finales de Octubre de 2018, donde estuvieron dos meses en evaluación psicológica por alumnos de licenciatura de la misma Facultad. Los resultados de su evaluación apuntaban a descartar daño neurológico, obtuvo un CI normal, y en la parte de personalidad, tras la aplicación de pruebas proyectivas se describieron dificultades familiares y emocionales. Posteriormente se derivó a la maestría de psicoterapia para adolescentes.

El primer encuentro con él, empezó a principios de Enero de 2019, el tratamiento tuvo una duración de 26 sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana. Se realizaron tres entrevistas, la primera con el padre y el paciente, la segunda con Ignacio, y la tercera sólo con el señor Alfonso. A continuación se expondrá de forma general, el contenido de las mismas:

El primer contacto con ellos, fue a través de una llamada telefónica que se realizó para acordar con los padres de Ignacio algún horario de consulta. En esa ocasión, respondió a la llamada la madre de Ignacio (Graciela), aludiendo que ella no estaba a cargo de todo aquello que tuviera que ver con consultas tanto médicas como psicológicas, que el encargado de ello, era su esposo Alfonso, y que llamara más tarde para comunicarse con él. Posteriormente, se logró localizar al padre y se acordó una reunión.

En esa primera entrevista, llegaron el padre y el paciente. Ignacio llegó con una fuerte rinitis alérgica y casi no habló en toda la reunión. El padre explicó la experiencia que había tenido con otros especialistas debido a una problemática de TDAH que había padecido su hijo mayor. Así mismo, Alfonso desplazó el motivo de consulta de su hijo, para hablar de sí mismo y sus problemas familiares. Se solicitó un momento a solas con Ignacio, para poder escuchar su demanda y con dificultad comentó saber el motivo de su asistencia a psicoterapia, aunque expresó que no sentía nada al respecto.

En la segunda sesión de entrevista, se exploró con Ignacio su propia historia de vida. Expresó sentir cansancio aunque durmiera sus horas adecuadas, así como flojera de hacer actividades, habló de su familia y la relación que mantenía con cada uno de ellos, así como algunos episodios significativos en la primaria.

En la tercera entrevista, se citó al padre para así acceder a algunos datos sobre el origen del paciente, en esa ocasión expresó elementos de la historia de la madre, de pareja, de los años de infancia de Ignacio y del proceso profesional que atravesaron antes de llegar al centro. Finalmente, se les dio una sesión de devolución, se estableció el encuadre y se consideró fundamental verlo dos veces por semana.

5. Historia Clínica

Familia:

A continuación se muestra el familiograma del paciente:

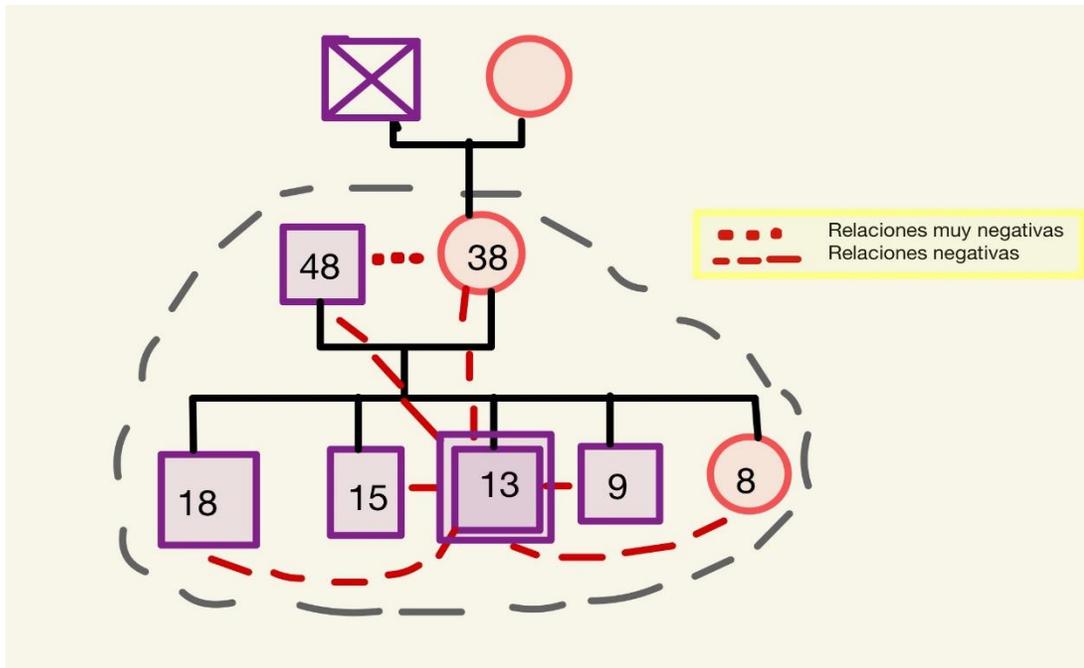


Figura 2. Familiograma de Ignacio

Como se puede apreciar en la figura 2, Ignacio vive con sus cuatro hermanos y ambos padres. Su relación con ellos es distante y conflictiva. Su única vinculación afectiva ha sido con sus animales, él se conecta emocionalmente con las necesidades de sus dos conejas y su perrita, Ignacio describe a su madre como “bipolar”, además de que se la pasaba durmiendo desde hace un par de años que comenzó a trabajar por las noches de seguridad en un centro comercial. Por su parte, describe a su padre como una persona que explota fácilmente, pero a la vez que lo apoya en tareas. El señor Alfonso forma parte de un comité vecinal, se dedica reunir personas para acudir a eventos políticos, así como avisar sobre programas sociales de un partido político para el que trabaja.

Historia familiar:

La madre tiene una historia de abandono, violencia y vulnerabilidad en situación de calle vivida en su infancia, información que fue proporcionada por el padre, debido a que no se pudo acceder más a la madre. Él relata que cuando Graciela era pequeña, de una edad aproximada de 4 años, presencié cómo su madre apuñalaba a su padre durante una discusión, dicha situación hizo que se fueran a vivir a casa del abuelo materno de Graciela, persona a la que consideraba muy importante en su vida. Cuando ella tenía 8 años, su abuelo falleció,

meses después, debido a la violencia familiar que padecía, se sale de casa y vive en la calle. Años después conoce al señor Alfonso. Ignacio argumenta que no tiene idea del origen de su madre, ni de él mismo, comenta que nadie cuenta sobre su vida y no sabe muchas cosas sobre ellos.

Historia académica:

En la parte académica, Ignacio refiere haber sufrido episodios de bullying en la primaria, recuerda que a los 8 años le pedían dinero y lo amarraban a un árbol para lastimarlo. En una ocasión, los compañeros que lo molestaban, pretendían introducirle un lápiz en el ano, hecho que fue interrumpido gracias a su hermano que descubrió la situación, posteriormente, su mamá habló con los directivos de la escuela para aclarar la situación, el paciente refiere haberse sentido seguro y protegido en ese momento. Fue en esta misma edad que desarrolló rinitis alérgica, misma que se ha tratado a lo largo de los años.

Datos relevantes:

La madre había intentado suicidarse en su juventud, había acudido con diferentes psicólogos en el sector público quienes la medicaron y diagnosticaron con depresión, ella consideraba que no había funcionado, se mostraba renuente al trabajo profesional de la salud mental y devaluaba todo intento de aquel terapeuta que intentara apoyar.

Ignacio vive junto con su familia en un edificio de tres niveles, en los diferentes pisos viven integrantes de la familia paterna, entre ellos, tíos y primos. Ignacio refiere que sus tíos son alcohólicos y constantemente hay peleas entre ellos. En uno de esos departamentos, vivía el abuelo paterno, quien fue una persona muy significativa para Ignacio, sin embargo, a la edad de 5 años su abuelo fallece a causa del cáncer. Este evento afectó demasiado al paciente, ya que él lo percibía como un papá muy cariñoso. A los 6 años intentó suicidarse al atarse una corbata al cuello y aventarse de un mueble alto, en ese momento, la madre logra rescatarlo. Sin embargo, el paciente refirió que en esos años tenía de forma constante

pensamientos suicidas, además recuerda que lloraba mucho por su abuelo, y dejó de hacerlo cuando tenía entre 9 y 10 años.

La familia de Ignacio es de bajos recursos. Uno de sus recuerdos más significativos fue que a la edad de 10 años, no tenían que comer y dormían en el suelo, a veces les regalaban comida. Esta situación duró algunas semanas, sin embargo reconoce el esfuerzo que ha hecho su padre por sacarlo adelante.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Rasgos paranoides y finalización prematura del tratamiento.

Antes de analizar los rasgos paranoides que se activaron en las madres de Ignacio y Alicia, es importante examinar la díada madre-hijo/a de cada uno de los pacientes para así dar cuenta del surgimiento de temores y dificultades tanto inconscientes como conscientes que atentaron con el tratamiento de psicoterapia psicoanalítica del adolescente.

Cómo se ha expuesto a lo largo de la historia clínica, se encuentran dos adolescentes: Ignacio y Alicia, el primero atraviesa el periodo de pubertad y la segunda se encuentra inmersa en una etapa propiamente adolescente. Ambos guardan su propia particularidad y su peculiar sufrimiento psíquico, sin embargo comparten un aspecto muy importante: ambos parecen sentirse atrapados en una relación materna voraz, ambivalente, permeada de necesidad, dependencia y también de confusión. Kestenberg (1999, en Flechner, 2013) menciona que “todo se prepara en la infancia y se juega en la adolescencia” ¿Qué se habrá preparado en la infancia de estos dos jóvenes y cómo se pusieron a prueba esos recursos? Para ello, es necesario recurrir a la díada madre-hijo.

4.1.1 Relación entre Alicia y su madre

Se comenzará por la exploración de la relación entre Alicia y su madre Abigail. Mahler (1975) menciona que todo sujeto necesita atravesar diferentes fases, entre ellas se encuentra el proceso de separación-individuación que ayuda a que el sujeto se construya diferenciado de esa unidad simbiótica compartida con la madre, así (la creación de una identificación propia) como la edificación de una identidad propia. En dicha simbiosis, es fundamental que se prepare al bebé para su ingreso a la siguiente fase de separación-individuación, de no ser

así, se pondrán en juego diferentes aspectos que promuevan situaciones de angustia, inseguridad, dificultades en la identidad y perturbaciones en las relaciones, etcétera.⁸

Ante la imposibilidad de mirar al adolescente como un ser diferente a la madre, se moviliza el vínculo cómo si fuera una unidad sin límites claros entre un miembro y otro ¿Dónde empieza uno y donde acaba el otro? La señora Abigail y Alicia parecen vivirse mayormente indiferenciadas, la madre revive su propia adolescencia frente a la adolescencia de su hija, actuando como si a través de la paciente pudiera reactualizar esos momentos. La madre dice: “*Quiero que asista a fiestas, que conviva, que use falda y que tenga novio, que sea una joven normal*”. Parece que hay una madre que proyecta y deposita de forma masiva sobre su hija sus propios deseos e ideales.

Los adolescentes confrontan a sus padres con su propia adolescencia, muchas veces dicha confrontación los lleva a reactualizar esa etapa, como bien lo retrata la película Belleza Americana (Urribarri, 2015). En esa misma entrevista, se le preguntó a la madre sobre su propia adolescencia, ella continuó: “*Yo era muy noviera, tuve relaciones muy precoces, a los 15 años*”. Alicia tenía 15 años en el momento que comenzó su tratamiento, dato que invita a pensar que de forma inconsciente la madre empujaba a Alicia para que repitiera su misma historia, lo que da la impresión de que la señora Abigail no puede diferenciarse completamente de la paciente, no reconoce su alteridad.

En la misma línea, cuando Alicia vive acoso escolar en la primaria, hay una respuesta infantil por parte de su madre frente a este escenario. La madre refiere: “*Humillé a la mamá*

⁸ Este proceso no sólo compete al niño, Aberastury y Knobel (1971) explican que esta necesidad de separarse y diferenciarse de la identificación familiar es característico de la adolescencia, en ella, los jóvenes se sentirán empujados por construirse diferenciados de sus padres y a su vez angustiados y temerosos de encararse ante un mundo de incertidumbre y nuevos retos, se debatirán entre la cercanía y el distanciamiento, y para que esta separación e individuación sea posible, necesitan a unos padres que acepten que sus hijos son seres diferentes a ellos, con un mundo interno propio y con grandes deseos, que muchas veces son contradictorios a los suyos. Esto parece no suceder tanto en el vínculo de Alicia y su madre Abigail como en el de Ignacio y su madre Graciela.

y a la niña frente a todos”, esto hace pensar que la madre se vive identificada de forma masiva con la hija, puesto que se comportó como si fuera ella la agraviada de la situación, al agredir a una niña de la edad de su hija.

Sumado a esto, durante el tratamiento ocurrió un evento donde la madre se vio envuelta en una disputa con la vecina debido a la difusión de un video donde la señora Abigail la acusaba de infiel, ya que *“besó a un joven de la edad de mi hijo”*, hecho que terminó en el Ministerio Público. La policía al preguntarle a la madre la razón de sus actuaciones, respondió: *“No lo hago por mí, lo hago por mi hija, ella ha sido afectada”*, por un lado, estos fragmentos pueden sostener la hipótesis sobre la difuminación del contorno entre ella y su hija, al hacer uso de la proyección excesiva depositando en la paciente su malestar; por otro lado, pareciera que la madre proyectó sobre la mujer algunos deseos incestuosos hacia su hijo, como lo expuesto en Freud (1895): *“Lo que viene de afuera, se puede desautorizar, en cambio, lo que proviene de adentro no queda más que asumirlo”*, y asumir la responsabilidad de sus propios deseos y actuaciones parece una tarea difícil para esta madre.

Otra evidencia más sobre esta posible indiferenciación con la paciente es cuando Alicia no se quedó en la UNAM, mismo deseo que pertenecía más a su madre que a ella misma, la paciente compartió: *“Mi mamá empezó a llorar cuando vio los resultados”* ¿Qué se habrá jugado ahí?

Probablemente el ideal perdido de la madre y las expectativas depositadas en ese examen, que parecen haber afectado más a la señora que a la hija. Ante esta dificultad de diferenciarse de Alicia, la madre deposita en ella no sólo sus ideales del yo sino también sus temores más profundos relacionados con la sexualidad, ya que a la misma edad en la que ella vivió abuso por parte del tío, le confiesa a la paciente su propio abuso sexual, tal parece que esta madre reactualiza de forma inconsciente sus aspectos traumáticos que han llevado a Alicia a colocarse en un lugar temido y amenazante debido a la identificación con su madre.

Hasta aquí se puede observar que la señora Abigail se ha identificado con su hija de forma masiva, Janin (2013) menciona que los padres pueden identificarse con sus hijos y descubrir similitudes pero a la vez, pueden ver a un hijo como un sujeto contradictorio, sufriente, con conflictos y posibilidades, de lo contrario, se llevan a cabo identificaciones masivas. Con respecto a esto, la señora Abigail expresó en una entrevista: *“Mi hija es deseada, aunque quería identificarme con alguien”* ¿Será que en esa identificación se juega más un deseo de madre que un deseo de hija?

Piera Aulagnier (2007) habla de la existencia de diferentes deseos: deseo de madre y deseo de hijo. La diferencia fundamental entre ambos es el deseo de un otro, mismo que no se vive en el deseo de maternidad, ya que existe la imposibilidad de apreciar al hijo como un sujeto particular y ajeno a ella.

4.1.2 Relación entre Ignacio y su madre.

En el segundo caso, se encuentra un paciente muy joven, donde se puede observar de primera instancia, que existe una madre con grandes dificultades para sostener a Ignacio, parece que no se encuentra en consonancia con sus necesidades y que aparentemente se muestra ausente de todo aquello que tiene que ver con él. Esto se puede apreciar desde el primer contacto con ella, al expresar que quien se ocupaba mayormente de su hijo, era el señor Alfonso, su marido. Cuando se piensa en simbiosis, es común relacionarlo con una madre absorbente, invasiva, sobreprotectora y envolvente, sin embargo, la simbiosis no sólo se refiere a la cercanía física excesiva de la madre al hijo, sino también a una vivencia de unidad y fusión psíquica con el otro así como la negación de un deseo de hijo que anula la posibilidad y la disponibilidad de aceptar la autonomía y diferencia del otro.

La madre de Ignacio (Graciela) aparecía en la escena cuando sentía amenazado su vínculo con su hijo ¿Qué podría amenazarlo?

Bleichmar y Leiberman (1997) mencionan que las dificultades para separarse de esta unidad simbiótica aparecen en la etapa edípica, justo cuando hay un tercero que pueda romper con esa díada y transformarla en tríada. Evidencia de ello es cuando la señora Graciela se mostraba hostil ante la directora, la trabajadora social y la psicóloga, debido a que estas figuras representaban esa amenaza de romper la relación totalizante entre ambos. Es paradójico, debido a que de forma explícita, Graciela expresa no querer formar parte del proceso educativo ni emocional de su hijo, pero Ignacio sólo puede tener sentido para la madre en función de si se encuentra amenazado el vínculo con él.

Pareciera así que la madre no tolera que nadie más pueda mal-tratarlo o mirarlo, sino es ella. Si Ignacio no cumple la demanda y el anhelo materno, no es importante, por lo que la mirada que la señora Graciela le devuelve a Ignacio es de un objeto extensión de ella. Con esto se retoma el concepto de madre fálica de Piera Aulagnier (1994) quien señala a una mujer donde ella misma es la ley, donde no conoce ni comprende la Ley.

En ellas impera el deseo de completud por medio de sus propios hijos, es así como miran al hijo como una extensión narcisista de ellas mismas. En cambio, la madre que atravesó la castración, logra desplazar el deseo de tener el falo por el de tener un hijo, lo que implica un tercero (Hornstein, 2018).

En este caso, la señora Graciela parece estar “encima” de todo el mundo, intentando poner sus propias reglas del juego. Ignacio comentó en una ocasión: *“El otro día le dijo a la directora que tenía que apoyarme solo a mí, a veces se pasa de exigente”*, así mismo cuando la trabajadora social le expresó su preocupación sobre Ignacio y su incompreensión sobre su deficiente desempeño escolar, la madre respondió *“A mi hijo no lo comparas con nadie, si se intenta suicidar de nuevo será tu culpa”*, finalmente, en el primer y único encuentro que tuvo con la terapeuta, la madre expresó *“aquí serás alguien, pero allá afuera no eres nadie, y si le haces algo a mi hijo, te rompo tu madre”*.

Estos fragmentos denotan a una madre que impera y se asume la ley misma, que reacciona de forma hostil y paranoica ante la amenaza de rapto de su hijo. Además se puede apreciar el uso de la identificación proyectiva donde expulsa de forma masiva todo aquello que le persigue, colocando en el otro la intención de daño.

Pero ¿Cómo viven los pacientes adolescentes a estas madres?

Los sentimientos que compartieron tanto Alicia como Ignacio fueron la sensación de desvalimiento, despojo, asfixia e invasión. Alicia explicaba que no sólo en lo real necesitaba un espacio, mismo que no era respetado por su madre, ya que ésta entraba con llave a su habitación, sino que además describía una sensación de invasión psíquica y de despojo. Respecto a ello, la paciente mencionó: *“No tengo espacio, nada es mío (...) tengo un peluche de oveja, duermo con ella, cuando está enojada me dice ‘¿te gustaría que lo destrozara?’ Desaparecería, son sus cosas”*, en esta extracción de su discurso se puede apreciar una joven que ha construido una imagen de una madre enorme y poderosa, capaz de desaparecerla y destruirla sino se somete a su deseo; en otra ocasión al hablar de su gata, compartía: *“Mi mamá quiere dormirla (...) mi gata se quiere salir, pero la pueden lastimar, tengo miedo”*, en este fragmento, Alicia parece hablar de ella misma, de sus deseos por salir de esa simbiosis mortífera, sin embargo, escapar de su madre le supone un gran riesgo, temor y amenaza.

Alicia también parece tener sentimientos de indefensión, comenta: *“La autoridad son ellos, no importa lo que yo diga, da lo mismo”*, estas palabras dan cuenta de la sensación de impotencia e imposibilidad de pelear y de luchar. Con respecto a ello, Janin (2010) habla de estos jóvenes que se entregan al abandono de toda lucha y que dan una vuelta sobre sí de toda agresión. En ellos alberga una sensación de vacío y de desinterés, Alicia expresaba de forma continua *“Soy un parásito. Yo no soy nada”*, mientras que Ignacio compartía *“siento el mundo enorme”*, *“Nunca siento nada”*.

Asimismo, uno de los deseos de Ignacio era ser un pájaro, porque “*son libres y vuelan de un lado a otro*”, además expresó: “*En mi cumpleaños es el único día que siento puedo elegir*”, como se puede apreciar en estos pequeños fragmentos que comparten los pacientes, ambos coinciden en tener una sensación de desvalimiento, vulnerabilidad, limitación e indefensión, como si estar frente a estas madres fálicas les imposibilitara su propia existencia sintiéndose “nada”.

Hornstein (2018) menciona que el Yo se constituye en el espacio de la relación con el otro, en dicha interacción se construye el narcisismo, y viceversa, hablar de narcisismo es hablar de vínculos. Este autor enfatiza que las principales funciones que cumplen los otros son la vitalidad, el sentimiento de seguridad y protección, la neutralización de angustias, la compensación de déficits, la consistencia yoica y el sostén de la autoestima. Ante vínculos confusos, agresivos e invasivos, parece que tanto en Alicia como en Ignacio, los sentimientos de indefensión, de inseguridad, de la “nada” como expresión de lo mortífero y de escaso sostén yoico prevalecen con frecuencia en ellos.

Otra característica principal en Alicia, pero sobretodo en Ignacio, es la incertidumbre ante un futuro atemorizante. Piera Aulagnier (2007) menciona que las madres fálicas no libidinizan un plan a futuro del hijo, ya que ellas suelen no encontrar placer, por lo tanto, es posible encontrar niños con imposibilidad de significar su propio placer/displacer, quienes sólo actuarán para darle placer a la madre. Ambos pacientes expresan: “*Me voy a morir, dejé de ver mi futuro (...) no quiero avanzar, no quiero estudiar en ninguna parte, siempre estarán insatisfechos, he pensado en formas de cómo morir, aventarme y hacerme puré*” (Alicia), estas palabras corresponden a una sesión que se llevó a cabo unas semanas antes de su examen a la preparatoria, lo que representaba una oportunidad de separarse de su madre y comenzar a diferenciarse. Un año atrás, ella actuó defensivamente y reprobó el examen, debido a que tenía miedo de avanzar y de crecer, por lo que terminó un año conviviendo con su madre en casa, adherida a ella de nuevo.

Por su parte, Ignacio refería “*No me imagino nada de mi futuro*”, no había ni deseo de estudiar, ni de trabajar, parecía solo satisfacer deseos de otros ¿Cómo dar el gran salto hacia la separación si no hay nadie del otro lado? ¿Cómo existir cuando no se les devuelve una mirada que defina su autonomía y diferencia?

Con respecto a los intentos de separación que contemplaban tanto Alicia como Ignacio, encontramos que la primera creía que la única forma de separarse de su madre, era a través de su propia muerte real y psíquica, ella compartía: “*Suicidarme porque siento que no controlo mi vida, al menos eso va a ser mi elección*”, por su parte, Ignacio había construido su único lazo afectivo con sus animales, los controlaba porque sabía que no lo iban a abandonar, además de intentar elaborar a través del juego su sensación de desvalimiento “*Me gusta jugar como si fuera Goku, hacer muchas cosas, sentirme poderoso, tener el poder*”, de esta forma, él intentaba construir espacios propios donde mamá no pudiera acceder, abandonarlo ni controlarlo.

Sin embargo, tanto Ignacio como Alicia también encontraron en el desinterés una salida ante el sufrimiento prolongado e insoportable, aunque esto les costara el empobrecimiento de sus relaciones y de sí mismos. Hornstein (2018) menciona que cuando se invierte al otro, se reviven las angustias de separación, ante el terror de perderse en el otro, mantienen una cierta distancia con desconfianza, aunque el precio sea demasiado alto.

Finalmente, se considera importante analizar las fantasías de origen de ambos, porque puede dar luz a la gravedad de sus patologías, así como ofrecer mayor información sobre la relación madre-hijo/a, ya que entre más borrosa sea la historia del yo sobre su origen, más endeble es la estructura psíquica y más patológica pudiera ser la díada.

Alicia expresaba creer lo siguiente: “*Soy la intención de sanar una relación. Odio esa idea, me usó como ‘Voy a tener un hijo para que me tome en serio’*”, mientras que Ignacio

compartía lo siguiente: *“Escuché que mi mamá dijo que no quería tener hijos”*, así mismo, desconoció la vida de su madre, señalando que para él era un *“misterio”*.

Aulagnier (2007) menciona que el Yo interroga la causa originaria de la experiencia de placer y displacer, sino tiene sentido, entonces no tendría sentido su propia existencia. En Alicia, su propia existencia parece estar menos endeble que el de Ignacio, sin embargo, ella tiene la fantasía de que fue parte de un evento por lo que los padres tuvieron que casarse, se vive como una moneda de cambio, un objeto que es usado para otros fines que no es el producto del amor.

Mientras que el origen de Ignacio es percibido borroso y de rechazo, así como un origen desdibujado de la madre, una historia a la que no puede acceder y dar sentido a su existencia. Es importante recordar que la historia que transmite el padre de la madre remite a un asesinato perpetrado por la abuela materna del paciente, lo que obligó a su madre a irse de la casa de la abuela. Aulagnier (2007) refiere que a esa existencia esta precedido por un deseo parental, donde se vive el nacimiento del niño como causante de placer, producto de algo amoroso; ante esto Ignacio expresa: *“Ella nunca lo quiso y utilizó a mi papá para salirse de la casa, no se aman, siempre pelean”* ¿Con qué elementos podría Ignacio empezar a construir sentido a su existencia si el chico dice desconocer la historia de su madre y la de él mismo?

Hasta ahora, se puede observar que las madres de los pacientes parecen compartir ciertos rasgos: posicionarse como una madre fálica, con la imposibilidad de aceptar la autonomía psíquica de sus hijos como un otro diferenciado, con serias dificultades en el proceso de separación e individuación, y mayormente indiferenciadas con los pacientes, por su parte, tanto Alicia como Ignacio comparten la sensación de vivirse aplastados, aprisionados, sin un futuro libidinizado y con intentos por historizarse y separarse de esa relación simbiótica, pero con grandes temores de enfrentarse a un mundo inmenso. Así también, se considera que la fusión entre ambos miembros de la díada es diferente entre un

paciente y otro, lo que permitirá que el tratamiento sea boicoteado en mayor o menor intensidad.

El psicoterapeuta representa el tercero que va a romper con una relación patógena dual y fusional, lo que puede colocar al terapeuta como castrador ya que posibilita la separación del adolescente con las representaciones imaginarias vinculadas con la filiación. El resultado de esta castración es la entrada a la simbolización (Cordié, 2004).

Tanto en el caso de Alicia como en el caso de Ignacio, la terceridad que pudiera llevar a cabo el corte entre ambos se ve desdibujada. El padre de Ignacio (Alfonso) parece no ejercer una función paterna, es una persona que vive a su mujer como a una madre, él se piensa como un adolescente seductor que pretendía llamar la atención de la psicoterapeuta con regalos y halagos, muestra de ello, es la tendencia de invadir el espacio analítico del paciente con sus propios logros, historia y necesidades ajenas a las de su hijo, transferencialmente parecía intentar obtener el reconocimiento y aceptación de una madre, pero por el otro lado, deseaba tener una aceptación sexual.

A su vez, en la entrevista con ambos padres, tampoco figuró Alfonso en la sesión, puesto quien habló más fue la señora Graciela, este encuentro fue importante ya que como señalé en la historia clínica, en la primera entrevista invisibiliza al padre. Mientras que en el caso de Alicia, hay un padre diferente, pero que parece no entrar en escena ante las demandas invasivas de la señora Abigail. En una ocasión, la paciente comentaba: *“Conmigo mi papá no habla, mamá me cuenta la vida de otros”*, cómo si la única forma de dar cuenta del mundo fuera a través del discurso materno y no pudiera entrar un tercero a hablarle desde un lugar diferente. En la entrevista con ambos padres, la madre de Alicia fue quien expuso a mayor detalle y energía la situación emocional de la paciente, mientras que el padre sólo aportaba pequeños detalles.

Si en ambas situaciones no figura el padre, puede comprenderse que se activen las defensas paranoides frente a la entrada de un tercero que amenace su estatus de totalidad y dominancia. Siquier (1995) menciona que estas madres fálicas están indispuestas a renunciar al lugar omnipotente construido con su hijo, porque devienen en grandes obstáculos para el transcurso del tratamiento.

Por su parte, Lejeune-Lauriat (2003) explica que estas vivencias paranoides se pueden experimentar como una vivencia más arcaica que devuelve a la madre la angustia y la culpabilidad de ser mala madre ante la psicoterapeuta, lo que pudiera resultar en algo desnarcisizante. Esto se relaciona con lo que menciona Guillaume (2003) con la aparición de posibles sentimientos de rivalidad y hostilidad ante la sensación de rapto y arrancamiento de su hijo por parte del terapeuta, además ellas pueden experimentar celos cuando observan que la terapeuta y su hijo/a han construido una transferencia positiva.

En el caso de la señora Abigail, la forma de obstaculizar el tratamiento consistió en realizar actuaciones sutiles como el movimiento del encuadre y los olvidos de sesión, así como actividades programadas justo a la hora de la sesión de Alicia. Unas semanas anteriores al anuncio de la finalización prematura del tratamiento de su hija, ella expresó a través de una llamada telefónica, que la paciente le había comentado lo siguiente: *“Estoy sintiendo muchas cosas, sólo Marleen podría ayudarme a saber que me está pasando”*, lo que posteriormente planteó la siguiente pregunta: *“¿Qué tiene que decirte a ti que no puede decirme a mí?”* La declaración de la hija provocó la suspensión abrupta del tratamiento por parte de la madre. Aquí se puede observar, tanto la hostilidad y rivalidad con la terapeuta a quien la hija refería preferir para contarle sus cosas como en cualquier proceso terapéutico.

Por su parte, la señora Graciela expresó de forma más explícita su hostilidad y angustia frente al espacio analítico. Ella comentó: *“No confía en nadie, sólo en mí. Ahorita no me va a dejar para que confíe en ti.”* En este pequeño extracto de su discurso se puede observar que el temor y su angustia paranoide por perder a su hijo, se mostró de forma más

evidente, además se puede entrever que al posicionarse como la única persona en la que el paciente puede confiar, se respalda la hipótesis sobre el lugar totalizante que ha construido con Ignacio.

La reacción paranoide de la señora Graciela se expresó en amenazar con golpear a la terapeuta si *“algo le pasaba a su hijo”*, contratransferencialmente, esta escena despertó en la terapeuta temor, Ramos (2014) menciona que estas reacciones emocionales intensas pueden ser resultado de la identificación proyectiva, así ante aquellas madres donde aparecen hostiles, el terapeuta puede sentir intensamente el miedo original y la amenaza que siente ante esta terceridad. El contenido de los procesos transferenciales se abordará con mayor profundidad en el próximo capítulo.

McWilliams (2011, en Ramos, 2014) menciona que las personas que reaccionan de manera paranoide constantemente, suelen ser sujetos con una historia de agresiones y sufrimientos, donde han repetido en muchas ocasiones, situaciones de dominación y humillación. Sus objetos internos pueden estar dañados, debido a que se encuentran inmersos en una gran confusión entre las intenciones y conductas de sus cuidadores principales y en la incertidumbre de si poder o no confiar en ellos, por lo que la confianza en el otro se encuentra dañada.

En el caso de la señora Graciela, se observó de manera más marcada la desconfianza y son más expresivas las reacciones paranoides que en la señora Abigail. Por la poca información que se pudo obtener sobre la historia de vida de la madre de Ignacio, se sabe que cuando ella tenía 4 años, presencié cómo su madre apuñalaba a su padre, posteriormente perdió a la única figura que ella consideraba importante que fue su abuelo materno cuando tenía 7 años y se escapó de casa para vivir en la calle algunos años más. Esta versión de su historia fue confirmada por el paciente, quien en una ocasión comentó que lo había escuchado en una discusión con su papá. De entrada, se puede observar una actuación destructiva de parte de la persona en la que ella confiaba, así como la imposibilidad de ser contenida e

integrada en su angustia ¿Cómo confiar en las personas, cuando los cuidadores primarios han fallado en esa labor? Y sobre todo de una forma atroz y terrorífica.

Por su parte, la madre de Alicia, compartió que la relación con sus propios padres había sido muy agresiva, recuerda que su padre la golpeaba en la infancia, además de celarla mucho, lo recuerda como un hombre posesivo y a su madre como una mujer sumisa que le decía que “*su padre era primero*”. En una entrevista, ella compartió “*Odié a mi papá muchos años, me pegó hasta la secundaria*”, además es importante recordar que durante años sufrió de abuso sexual por parte del tío materno.

De nuevo, en esta historia de la madre de Alicia se dejan entrever las fallas de sus objetos primarios, quienes parecían negar la violencia y el abuso, así como un padre amenazante y agresivo que dejaba en ella grandes sensaciones de humillación y vergüenza. Sumado a esto, Palacios (2000) agrega que los padres que tienen conflictos de tipo narcisista suelen identificarse con imágenes parentales distantes, limitadoras, rechazantes y agresivas. La manera de defenderse de esas emociones de culpabilidad, nostalgia y humillación son a través de mecanismos de defensa como la identificación proyectiva. Por ende, depositaran en la figura de la terapeuta a alguien amenazante y persecutorio.

Finalmente, los alcances terapéuticos que se lograron con Alicia e Ignacio pudieron además potenciar las defensas paranoides de estas madres, por su parte Alicia comenzaba a cuestionarse la masculinidad amenazante que se había construido en casa, mientras que Ignacio parecía empezar a confiar en un espacio de constancia y seguridad. A esto, Sigal de Rosenberg (1995) argumenta que si los padres viven sus cambios como una amenaza excesiva, es posible que pueda convertirse en un obstáculo para el tratamiento, por lo que insiste el autor que es importante que los padres acepten los cambios para que de esta manera sus hijos puedan abandonar sus síntomas.

A lo largo de este apartado se ha podido pensar que detrás de estas reacciones paranoides en las madres de los adolescentes, hay diferentes elementos que parecen evidenciar su aparición, desde lo amenazante que pudiera resultar para ellas la entrada de la terceridad en la relación fusional que comparten con sus hijos, la sensación de rivalidad y raptó, algunos avances del tratamiento hasta la influencia de una historia de sufrimiento que las atraviesa.

Por otro lado, resultó imprescindible revisar con un poco más de detenimiento la díada madre-hijo/a para así comprender mejor la intensidad de las reacciones paranoides, que como bien se pudo observar, en la madre de Ignacio fueron más notorias que en el caso de la madre de Alicia, las cuales se presentaron de forma menos explícitas con diferentes actuaciones que llevaron a poner fin al tratamiento. Sin embargo, es importante analizar algunos otros elementos que suman a la comprensión del supuesto, dichos aspectos apuntan hacia la organización defensiva de las madres.

4.2 La organización defensiva y la finalización prematura del tratamiento.

La pregunta que se plantea es ¿Qué aspectos de la transferencia de los padres hacia la terapeuta y el espacio psicoterapéutico de Ignacio y Alicia pudieron impactar de manera negativa para que interrumpieran de forma temprana el tratamiento?

Hasta ahora se ha analizado la relación madre-hijo(a) y cómo esa díada que se torna en algunos aspectos perturbadora, puede activar reacciones paranoides frente al proceso terapéutico que atraviesa su hijo/a, sin embargo, también se suman otros aspectos que pudieran fortalecer esas defensas paranoides, entre ellas se encuentran la manera en la que puede funcionar su psiquismo de forma defensiva, tanto con el tratamiento del paciente como sobre la figura del terapeuta.

Estos aspectos comprenden las identificaciones proyectivas masivas, las proyecciones, las desmentidas y los discursos compartidos entre madres e hijos, además de enunciar algunas dificultades en la identificación y el narcisismo.

Retomemos los aspectos principales de la identificación y el narcisismo. Nasio (1999) menciona que la identificación es incorporar al otro, un querer ser el otro y querer ser en el otro. Este proceso identificatorio permite la constitución psíquica del sujeto, y edifican una identidad. Cabe mencionar, que en la identificación no sólo implica un único vínculo sino diversos vínculos significativos, sin embargo, en este análisis se intenta comprender uno de los lazos más importantes para los pacientes: con su madre. Winnicott enfatiza lo que es una madre suficientemente buena, quien es aquella que procura crear un espacio transicional, así como un adentro y un afuera, que de acuerdo con Hornstein (2018) permitirán una historia narcisista y una historia identificatoria. Esto es, que la madre provee al niño tanto de identificaciones como de narcisismo, es decir, ella lo va narcisizando ya sea de forma positiva o negativa. El proceso identificatorio en Alicia e Ignacio se ha visto atascado debido a la dificultad de renunciar a aquellas representaciones identificatorias de los primeros años, a no esclarecer la diferencia entre el trayecto identificatorio y las elecciones de objeto. Además, esta renuncia se ve afectada por las dificultades que posee la madre de aceptar la alteridad en sus hijos. Hornstein (2018, p. 759) menciona que la alteridad “es la condición de los vínculos no demasiado impregnados por el narcisismo”, dicha condición se atrofia en ambos casos, donde la confusión impera en la mayoría de las veces entre la díada madre-hijo(a), llegando a pensarse en algunas ocasiones cómo una extensión de ellas mismas.

Como parte del mundo defensivo de las madres, podemos encontrar el uso de la proyección, la escisión y la identificación proyectiva de forma masiva. El uso de mecanismos de defensa tiene como objetivo neutralizar o evitar todo displacer. Hornstein (2018) enfatiza que la proyección implica esa indiscriminación Yo-no Yo, así como una tendencia a excluir el espacio psíquico interno, estas características se aprecian de forma constante entre las relaciones madre-hijo de ambos pacientes. Así mismo, el autor llama “expulsiones en el acto”

a las estrategias defensivas que se expulsan ya sea en el cuerpo o en el otro, a este último es lo que caracteriza a la identificación proyectiva.

En la identificación proyectiva, puede haber diferentes finalidades como: quitarse de encima una parte desagradable de uno mismo, una posesión voraz del objeto o vaciamiento y control del objeto (Segal, 1979). Cuando son masivas, se refieren a que el sujeto parece haberse “convertido” en el objeto. Su uso excesivo puede llevar a la confusión y pérdida de un sentido firme del self (Sodré, 2012). La señora Graciela y la señora Abigail depositaban en los demás, aspectos malos y persecutorios, por ejemplo, la madre de Alicia en alguna ocasión al referirse a su hija, mencionaba *“ella me odia, ella cree que soy estúpida”*, así mismo, la señora Graciela lo hace evidente cuando coloca en aquel tercero aspectos persecutorios de daño y posesión: *“No debes confiar en nadie”*.

Se considera la posibilidad de indiferenciación entre las madres y sus hijos, quienes no han alcanzado a verlos como sujetos diferentes con sus propios sufrimientos. Esta simbiosis es de diversas tonalidades en cada historia, en la relación de madre-hija entre la señora Abigail y Alicia, hay identificaciones masivas una a la otra donde se observa una confusión entre ambas ¿Quién incorpora a quién? ¿Dónde se delimita el borde entre el sujeto y el objeto?

La historia de la señora Abigail está llena de abusos y actos incestuosos dentro de la familia, donde el otro es amenazante, sobre todo hombres que no conocen los límites familiares. Cuando la madre decide compartírselo a su hija su experiencia, ella comentaba: *“Le conté a Alicia lo de mi abuso cuando ella tenía 8 años, para liberarme”*, aquí se puede observar que la madre decide quitarse de encima el asco, el temor y la angustia de vivir la sexualidad proyectándola en Alicia, quien de forma identificatoria lo apropia como suyo. En estas confusiones de identidad sucede algo muy particular que es la creación de un discurso compartido.

En una entrevista, la madre de la paciente comentó: *“Ahí donde vivimos hay mucho secuestro, son como Alicia las víctimas”*, en este fragmento podemos ver el temor por sufrir un ataque, proyectado sobre la hija, mientras que en una sesión, Alicia refirió: *“Nadie se salva de los feminicidios, me identifico con el perfil”*, en estas palabras se puede observar que la paciente parece compartir el discurso de la madre, asumiéndose como una posible víctima de un ataque sexual, que fortalece aún más la sensación de vulnerabilidad y angustia ante la sexualidad. Rosagro (2019) comenta que cuando se realizan historias clínicas es común observar que hay una concordancia entre lo que piensa la madre y el hijo, como si compartieran un mismo discurso, que en realidad, sólo es la madre quien habla pues no tolera un pensamiento diferente.

Por su parte, las experiencias traumáticas de la madre de Ignacio, dieron lugar a la percepción de un mundo devorador y amenazante; siguiendo la línea sobre la dificultad de diferenciarse entre ambos miembros de la díada, Mahler (1979) menciona que *“las excitaciones desagradables son proyectadas hacia el exterior de la unidad simbiótica”*, esta proyección consistía en considerar al otro como un lugar lleno de ambigüedad, amenaza y de poca constancia que impedía que Ignacio pudiera formar lazos con otros objetos que no fuera sólo la madre; al igual que en Alicia.

Ignacio mantenía un discurso similar al de la madre sobre la confianza. En este tema, tanto ella como su hijo mencionaban *“no confiar en nadie”*. Al proyectar al exterior las sensaciones y estímulos desagradables, los objetos externos a la díada pueden convertirse en persecutorios, ejemplo de ello son los especialistas que han intentado intervenir en la vida académica y psíquica del paciente, quienes se perciben persecutorios y con intenciones de daño.

Estas identificaciones con los hijos se pueden transferir al espacio analítico, Lejeune-Lauriat (2003) menciona que estas madres intentan vigilar a la terapeuta, controlar los tiempos de sesión o todo aquello que tiene que ver con su hijo como si fueran propios. En

esta posible indiferenciación, la madre de Ignacio exigía atención, cuidados y una abierta desconfianza hacia los profesionales que se preocupaban por el paciente, como si de ella misma se tratase.

Como se explicó en el apartado anterior, estas madres se intentan proteger de sensaciones de culpa, vulnerabilidad y humillación vividas en su infancia, y será a través de la hostilidad y la agresividad que coloquen en la figura de la terapeuta aspectos amenazantes y persecutorios.

Al tomar en cuenta este panorama, se puede pensar que asumir la posibilidad de buscar ayuda profesional para tratar sus aspectos patológicos conllevaría una gran herida narcisista que de acuerdo a la constitución psíquica de estas madres fálicas y totalizantes, esta posibilidad se reduce al mínimo.

En el caso de la madre de Alicia, cuando se le expresó en una sesión sobre la posibilidad de buscar un espacio diferente al de su hija para pensarse sobre las situaciones tan dolorosas y traumáticas de su infancia relacionadas con la sexualidad, ella expresó con suma energía y enojo que: *“Yo he tomado muchas terapias con respecto a lo que le pasó a mi hijo, a mí, ya saqué mis traumas”*, posteriormente, en ese mismo encuentro agregó: *“Mucho cuidado con contradecirla (Alicia), se enoja”*, lo que deja entrever aspectos transferenciales relacionados a su propio enojo y a la advertencia que lanzó hacia la figura de terapeuta, por haber propuesto la posibilidad de buscar ayuda.

Cabe mencionar que esa reunión con la madre fue la última que se tuvo, finalmente, ella ya no regresó más con su hija. Lo que hace pensar que fue uno de los muchos elementos que pudieron potenciar la finalización prematura del tratamiento, pues ella al sentirse herida y cuestionada sobre su función materna, prefiere evitar el espacio psicoterapéutico y llevarse a su hija que asumir un espacio diferente para repensar sus

actuaciones y experiencias traumáticas no elaboradas. Siquier (1995) y Green (2003) mencionan que si los padres pueden tolerar suficientemente bien la herida narcisista, el tratamiento podrá continuar, de lo contrario, se convierte en un obstáculo sobre el tratamiento.

Por su parte, también se le propuso a la madre de Ignacio un espacio terapéutico diferente al de su hijo, debido a que su presencia era sumamente importante para la evolución del proceso terapéutico, a esto ella argumentaba: *“Los psicólogos no sirven, te citan, te preguntan cosas y no te dicen nada en concreto, ya estoy harta de tanto psicólogo, me canso, me da coraje”*, en esa devaluación que la madre realiza hacia la figura de la terapeuta, ella intenta defenderse de las emociones de desamparo y terror que puede generarle la preocupación genuina de un otro.

Estas emociones terroríficas posiblemente hacen referencia a su propia historia de vida llena de desamparo y vulnerabilidad, que sustenta la idea de Palacios (2000) sobre la identificación con figuras parentales distantes y limitadoras que serán depositadas sobre la terapeuta y reactualizarán viejas historias de maltrato.

Finalmente, otro factor que se suma a la finalización del tratamiento es la desmentida, Janin (2013) menciona que hay padres que llegan en plena desmentida ante la problemática de su hijo, adjudicando la responsabilidad a terceros, tales como profesores o especialistas en vez de asumir el sufrimiento psíquico particular de su hijo y/o de la familia.

El padre de Ignacio, en la primera entrevista comentó que los profesores exageraban y que no ayudaban a la educación de su hijo, que no entendía porque lo derivaban a la búsqueda de especialistas, agregó: *“Desde los 8 años lo noto cansado, casi no le da hambre, en realidad me gusta que sea tranquilo y pasivo (...) una vez, Iván dijo jugando que quería quitarse la vida”*, cuando el padre expresó estas palabras, parecía que había una

desmentida de la realidad, con una escisión hacia el sufrimiento de su hijo, donde el cansancio y sus dificultades de vivir se tradujeran como pasividad y tranquilidad.

La última ocasión que se realizó una entrevista con el padre, él demandaba ver cambios de forma inmediata, se exploró la fantasía y expectativas de cura y manifestó: *“Esperaría que Ignacio saque sus cuadernos y empiece a hacer cosas, que me diga ‘papá ya hice la tarea’”*, así que se señaló si alguna vez se había preguntado sobre el deseo de su hijo y sus emociones en torno al proceso terapéutico, por lo que se vio confrontado, ya que no había podido tomar en cuenta la voz de Ignacio y lo que este quería. Dos sesiones después se llevó a su hijo, bajo el argumento que tenía problemas con su esposa por ir al centro.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Se abordará en este capítulo de primer momento, los procesos transferenciales que se construyeron entre los pacientes y la psicoterapeuta, así como las limitaciones y alcances del trabajo terapéutico. Posteriormente, se explorará y analizará la transferencia parental que se desplegó sobre el tratamiento, así como las actuaciones contratransferenciales que pudieron llevar a la finalización prematura del proceso terapéutico.

5.1 Procesos transferenciales y contratransferenciales caso Alicia

El trabajo con Alicia fue intenso y muy interesante en muchos aspectos. Ella solía tener una gran capacidad de análisis y llevar material al espacio terapéutico para así pensarse. Solía llevar libros y hablar de documentales sobre las relaciones humanas, mismas que mostraban su curiosidad y deseos por cuestionar y entender la forma de vincularse con el otro.

Las primeras sesiones fueron llenadas con angustia que eran expresadas en una verborrea de evacuación. Por mi parte, intentaba organizar su discurso para comprenderla mejor, sin embargo, en la supervisión pude dar cuenta sobre mi necesidad de ordenarla y reorganizarla, por lo que posteriormente dejé que la sesión fluyera y señalaba o interpretaba en los momentos que consideraba adecuados.

Durante las primeras semanas, debido a su síntoma expuesto en la historia clínica, ella solía saludarme de lejos, conforme fueron pasando las sesiones comenzó a saludarme de mano, y finalmente, en el último encuentro que tuvimos, me saludó de beso. Expresión que me pareció sorprendente dada las condiciones en las que llegó.

El trabajo terapéutico se llevó a cabo en dos líneas, la primera consistía en cuestionar las identificaciones que promovían los temores sobre la sexualidad y el ser mujer; la segunda línea, sostenía el fortalecimiento de su yo para no sabotear de nuevo su ingreso a la preparatoria, ya que había descubierto a lo largo del proceso terapéutico que había boicoteado esa oportunidad porque representaba la separación de los padres y por ende la obligaba a crecer, mismo hecho que deseaba y amenazaba a la vez.

Dentro de los alcances del tratamiento, ella logró exponer sus fantasías sobre el abuso sexual y sus grandes temores sobre ser mujer. Después de 6 meses de tratamiento, ella pudo apalabrar los temores en torno al crecimiento, su significado, además de cuestionar la posibilidad de realizar actuaciones que pudieran dificultar su proceso de separación-individuación. A través de ese cuestionamiento, pudo sentirse un poco más segura de sus habilidades y no bloquearse en el proceso de examen, así mismo comenzaba a cuestionarse la masculinidad y la feminidad que le resultaban tan amenazantes.

En agosto de 2019, después de vacaciones, solo hubo oportunidad de tener dos sesiones más, antes de que finalizara el tratamiento de forma abrupta. En una de esas sesiones comentó *“He tenido buenas experiencias (en la preparatoria), encontré niños educados que jamás me hubiera imaginado, me ayudan, me dejan pasar, no todos son malos”*.

Parecía que podría abrirse una nueva posibilidad de explorar otras formas de relacionarse y cuestionar las imágenes amenazantes que tenía sobre los hombres. Finalmente, disminuyeron los síntomas de ansiedad, aunque persistían otros síntomas que considero son parte de mis limitaciones en el trabajo terapéutico.

Aspectos como el insomnio, miedo a la oscuridad y posibles trastornos de alimentación no llegaron a explorarse a profundidad.

La transferencia que Alicia desarrolló hacia el espacio terapéutico fue positiva, se mantuvo constante a lo largo del tratamiento, llegaba con material para trabajar y parecía tomar en cuenta lo que reflexionábamos. Algunas veces, ella agradecía la escucha y la manera en la que yo recordaba los detalles de sus sesiones.

En una ocasión, antes de salir de vacaciones anotó en una hoja un término psiquiátrico japonés (Hikikomori) que consideraba que ella padecía. Después del periodo vacacional, lo retomamos y pareció sorprendida de que hubiera dedicado tiempo a investigarlo, aludiendo que *“de seguro usted tiene cosas más importantes que hacer”*, dato que interpreté en la forma en la que ella se percibía y se relacionaba desde ese lugar. Un día antes de su examen de ingreso a la preparatoria llamó angustiada y preocupada por la ejecución de su examen, lo cual se exploró en relación con sus temores y fantasías.

La madre expresó que en esa ocasión, después de la llamada, la paciente se quedó dormida con el teléfono, comportamiento que me resultó significativo debido a que me parecía que Alicia investía el vínculo de sostén y apoyo. Así mismo reconocía estados de ánimo en mi persona fuera de lo habitual, debido a un problema personal que atravesé durante mi estancia en la maestría, a esta situación ella realizó el siguiente comentario: *“Agradezco que a pesar de que tenga problemas esté aquí”*, lo que me generó conflicto y duda sobre mi quehacer profesional al no poder ocultar mi malestar y que ella pudiera reconocerlo, además dudé si continuar o no atendiendo pacientes en esos momentos. Finalmente, su transferencia fue de tipo maternal, buscaba mi aprobación a sus diferentes formas de pensar, así como deseaba en ocasiones que tomara partida por sus querellas.

De forma contratransferencial, me conmovía su soledad y las formas en las que intentaba diferenciarse de sus padres, así como ganas de protegerla de la voracidad de su madre. En algún punto me identifiqué con ella en algunos aspectos de su historia que se vieron impregnadas en tomar partido de forma inconsciente por ella, dichas identificaciones se vieron cuestionadas en mi supervisión, lo cual llevé al análisis personal para revisar qué

aspectos de su historia removían la mía. Es posible que esta identificación inconsciente haya promovido una posición persecutoria hacia la madre que acentuaran aún más sus reacciones paranoides.

5.1.1 Transferencia y contratransferencia parental

Considero que, en un primer momento la transferencia parental que se desplegó fue ambivalente, ya que por una parte ella me colocaba en una figura de saber a la que le demandaba consejos y una cura rápida. En una ocasión, la madre de Alicia intentó regalarme unas galletas a la salida de la sesión con su hija, le dio unas galletas a ella y otras a mí, las cuales rechacé. Contratransferencialmente sentí como si fuera una hija más de la señora, a esto Siquier (1995) menciona que los padres tienden a tratar a los terapeutas como sus propios hijos adolescentes cuando estos son jóvenes, lo que intentarán tomar el control del espacio terapéutico.

Posteriormente, conforme avanzaba el tratamiento, ella se mostró más controladora del espacio y demandante con el tratamiento. La vi tres o cuatro ocasiones a lo largo del proceso terapéutico, en donde buscaba darle un espacio de escucha y comprender su propia historia, sin embargo, estos encuentros solían ser demandantes de una pronta respuesta, a lo que yo le explicaba que era un proceso a trabajar. Considero que la madre de Alicia necesitaba de alguna forma invadir el espacio terapéutico tal y como invadía el cuarto de su hija, ya que esto representaba un espacio propio de la paciente, ajeno a la madre.

Después de que Alicia presentó el examen y se quedó en su primera opción, la madre me llamó para preguntarme si aún era necesario que su hija asistiera a tratamiento, pues ya no le veía caso dado que ella ya se había quedado en la escuela, hecho que celebraba y que apuntaba a satisfacer su propio deseo sin alcanzar a ver las diferentes problemáticas que atravesaba su hija, por lo que le pedí que nos reuniéramos de nuevo para hablar sobre Alicia, pero sobre todo de la importancia de que ella pudiera tomar un espacio diferente para

pensarse dado que veía que la señora Abigail era muy invasiva y parecía no haber elaborado algunos hechos traumáticos, por lo que ante mis señalamientos, considero que la transferencia se tornó negativa y persecutoria, misma que se evidenció en actuaciones como olvido de sesiones, llegar tarde a las consultas, colocar citas del dentista u otras ocupaciones en el espacio de Alicia, incluso llegar a pedir que pudiera ver a su hija un viernes sí y otro no, debido a que veía que la paciente ya convivía con más amigos y la madre quería fortalecer esa conducta, por lo que siempre me mostré abierta a flexibilizar el encuadre con respecto a horarios ya que Alicia seguía muy interesada en continuar con la terapia. Finalmente, la madre me escribió para decirme que ya no podrían seguir asistiendo debido a que el horario de su hija se complicaba. Solicité una sesión de cierre y no volví a tener respuesta.

De forma contratransferencial, esta interrupción significó una herida narcisista debido a que experimenté frustración por no haber permitido aunque sea una sesión de cierre con Alicia, a pesar de que la paciente también lo solicitaba. Consideraba que estaba atravesando una etapa muy importante con grandes cambios y que podía significar una gran posibilidad de separación-individuación de la paciente.

Dicha frustración también la experimenté cuando la madre intentaba mover el encuadre y poner sus propias reglas. Al inicio del proceso terapéutico me sentía demandada por dar una pronta respuesta a sus peticiones, además me sentí devaluada casi al final del tratamiento, cuando expresó que no veía cambios, sólo que Alicia había quedado en la preparatoria. En algunos momentos, sentía enojo por la insensibilidad de la madre hacia las necesidades de su hija. Considero que pude haber actuado la contratransferencia cuando le solicité que buscara un espacio propio a sus demandas, tal vez la manera en la que se lo pude haber planteado dejó entrever mis sensaciones contratransferenciales.

Dentro de los alcances, pienso que se pudo plantear en algunas sesiones la influencia de su vida y sus angustias no resueltas en el plano sexual sobre las angustias depositadas de forma inconsciente en Alicia, así como la necesidad de que pudiera pensarse en un espacio

diferente a la de su hija, si bien, fueron rechazados los señalamientos ya que pudo representar una amenaza a su relación simbiótica con su hija, por lo menos se pudo apalabrar en el espacio analítico.

Dentro de mis limitaciones, considero que me posicioné en complicidad con la madre de Alicia, al anular al padre y no volverlo a citar en entrevistas posteriores, Gammill (2003) sugiere que es importante que el padre participe en la mayor medida posible en todas las entrevistas con los padres ¿Cómo promover la entrada de la terceridad, si yo misma anulaba la entrada al padre? Por otra parte, considero que mi propia identificación inconsciente con Alicia y la manera en la que formé una alianza en la que posiblemente hacía sentir a la madre juzgada o perseguida, pudo haber influido de forma negativa para la finalización del tratamiento.

5.2 Procesos transferenciales y contratransferenciales caso Ignacio

En el caso de Ignacio se identificó que no tenía una demanda explícita de estar en tratamiento, esto suele suceder cuando son referidos por parte de la escuela, y estar en psicoterapia se vuelve una condición para continuar con los estudios, tal como sucedió en el caso de Ignacio.

De primer momento, los objetivos fueron generar en el paciente una demanda propia, construir un vínculo de confianza así como empezar a trabajar desde lo más concreto, metabolizando lo que experimentaba en el cuerpo y nombrar lo que sentía. El primer día que nos conocimos llegó con una fuerte rinitis alérgica que lo hacía parecer aún más enfermo, prácticamente no habló en toda la sesión y la primera impresión que me dio fue de abandono. Así continuó algunas sesiones más. Posteriormente, la alergia cedió mientras avanzaba el tratamiento, por lo que puedo pensar que su sistema protector se pudo activar frente a la presencia de un escenario nuevo y amenazante, sin embargo, tal vez el vínculo transferencial pudo haber ayudado a que le generara un poco más de confianza.

Solía haber sesiones donde él podía recordar y hablar de cuestiones muy dolorosas como los episodios de acoso escolar en la primaria, la muerte de alguno de sus animales, la muerte de su abuelo y el miedo a morir, sin embargo, eran muy poco frecuentes. La mayoría de las sesiones estuvieron inmersas de “vacío” de contenido manifiesto, incluso podía llegar a dormir o “acurrucarse” en el sillón como un niño pequeño. En esas sesiones, solía decirme ante mis preguntas sobre emociones como “*nada, no siento nada*”, “*no hice nada*”, “*no tengo nada de qué hablar*”, esa ausencia de afectos, de contenido, de sí mismo podían ser sesiones completas, en la que el silencio podía ser eterno. Hornstein (2018) menciona que cuando hay afectaciones en el pensamiento, de tipo concreto es común que presente dificultades para elaborar su historización, diferenciar el objeto fantaseado del real y la tramitación de afectos, características que yo veía en Ignacio.

En un par de ocasiones, utilicé el dibujo, sin embargo solo fue como un medio para que describiera el lugar donde vivía, en el cual dibujó un edificio de tres pisos y a través de la ilustración él me explicaba experiencias que había vivido. Cuando teníamos esas sesiones donde expresaba sus temores, refería sus emociones de forma fragmentada “*siento un 50% de enojo y un 50% de tristeza*”, lo que me hacía pensar en cómo debía de mirarse a sí mismo, con temor a fragmentarse sin poder ser contenido. En otra sesión, él llevó un sueño, algo que me sorprendió dada las características de su pensamiento concreto. En el sueño se dejaba entrever sus más grandes temores a morir y ser abandonado. Solía decirme “*me duele la panza*” justo después de expresar esos temores, y lo que procuraba hacer era traducirle sus sensaciones: “*eso que sientes puede ser miedo, es comprensible sentirte así después de haber vivido algo como eso...*”. De acuerdo con Piera Aulagnier (1994, en Hornstein, 2018) la madre es portavoz ya que comenta las expresiones del niño y lo sociohistórico. Por lo que a ello apuntaba el tratamiento, a metabolizar lo que él experimentaba como desconocido y en realizar una función materna para construir un espacio de confianza y un sujeto más integrado, para posteriormente pensar y elaborar.

Pienso que su transferencia fue ambivalente, por un lado, Ignacio parecía mostrarse dudoso de la constancia de mi presencia si él no hablaba, podía llegar hostil sin hablar en las

sesiones y en ocasiones expresar que podría estar realizando tarea en vez de estar en terapia. Por otro lado, mostraba confianza en expresar sus temores y recuerdos dolorosos, compartir momentos que pasaba con sus animales y lo mucho que significaban para él. En una ocasión, nadie podía llevarlo al centro, y él llegó solo, hecho que despertó en mí preocupación por lo que tuve que recordarle tanto a él como a su padre que siempre debía estar acompañado por un adulto.

De manera contratransferencial, me conmovía su vulnerabilidad, lo veía frágil y solitario, despertaba en mí deseos de protegerlo, me preocupaba la falta de sostén en el que se encontraba ya que parecía como si no pudiera contar con alguien cercano para construir una red de apoyo. En ocasiones dudé del pronóstico del adolescente, debido a que los padres parecían estar muy ajenos a las necesidades de Ignacio, así como la edad tan temprana en la que se encontraba el paciente. También me conmovía su situación económica de escasos recursos y las dificultades por las que atravesaban. En un inicio, esta situación me impidió pensar el caso, mismas observaciones que fueron señaladas en supervisión. Finalmente, también sentía desesperación cuando había esas sesiones “vacías” y desesperanza al trabajo analítico debido a que sentía que no lograba trabajar nada, sin embargo, el supervisor de la clínica me cuestionó sobre mis fantasías de cura así como las situaciones adversas por las que atravesaba el paciente que lo tornaban más complicado. Pienso que parte de esa desesperanza y desesperación podía sentir las él hacia su propia vida, proyectando en mí esas sensaciones desagradables.

Dentro de los pocos alcances que tuvo el proceso terapéutico de Ignacio fue que pudo apalabrar experiencias traumáticas así como la construcción de un espacio diferente en donde podía confiar lo que sentía gracias a la constancia de objeto de la situación analítica. El que supiera que yo no me iba a ir a pesar de sus silencios e indisposiciones para trabajar, pareció ayudar a construir un espacio de confianza.

Con respecto a los límites del proceso terapéutico, considero que al no usar juegos ni materiales para su edad, limitó explorar a profundidad diferentes conflictivas de su psique, fue sólo al final que usé el dibujo como apoyo para la descripción de un tema, sin embargo, considero que fue demasiado tarde. Otras dificultades que encuentro es que mi función materna y la conmoción por su vulnerabilidad, me llevaron a querer proteger al paciente y eso pudo promover dificultades en el despliegue de la transferencia parental, llegando a ser negativa.

5.2.1 Transferencia y contratransferencia parental

Desde el primer momento que llamé a la casa de Ignacio para concretar una cita, sentí que lidiar con los padres sería muy complicado, sin embargo, persistí. Cuando la madre de Ignacio me comenta que todo lo relacionado a su hijo lo trataba su esposo, pude dar cuenta de la relación distante que podría tener con Ignacio, y la ausencia emocional en la vida del paciente. Cuando conocí al señor Alfonso, en entrevistas posteriores, pude percibir su transferencia erotizada, ya que intentaba ofrecerme regalos, saber de mi vida personal, halagar mi aspecto físico o invadir el espacio analítico de su hijo para hablar de sus propios aprendizajes sobre la psicología y cómo ser padre. Al final de las sesiones con su hijo, intentaba detenerme en el pasillo para explicarme situaciones escolares y médicas de Ignacio, por lo que le asignaba otro horario diferente al de su hijo. Tuve que poner límites a estas situaciones y reencuadrar constantemente para intentar ubicar al señor Alfredo en el lugar de padre, respetando el espacio analítico de su hijo. Posterior a esto, el padre se mostró hostil y demandante así mismo intentaba ocupar el espacio psicoterapéutico para exigir resultados o aportar con nuevas demandas escolares y pedir que esto se trabajara con Ignacio.

Consideré de suma importancia reunirme también con la madre, a pesar de sus negativas, pues así además de conocerla, podría ocupar su lugar de madre. En esa reunión, la señora Graciela se mostró sumamente agresiva y hostil, así como devaluatoria de la labor psicoterapéutica y mostró una gran desconfianza hacia lo que yo representaba para ella: una amenaza de apoderarme de su hijo. El resultado fue que se desplegó una transferencia

negativa de tipo persecutoria. A pesar de que en esa ocasión intenté validar sus emociones y así mitigar la sensación de persecución, la situación empeoró y llegó a amenazarme. Posteriormente, aunque se le ofreció un lugar de escucha con otra terapeuta de la residencia, la madre nunca volvió a asistir, sin embargo, parecía tener influencia sobre el proceso terapéutico, ya que el padre del paciente, comentó al final del tratamiento que ya no quería tener más problemas con su pareja por asistir al centro. Dato que despertó en mí sorpresa y también duda sobre la veracidad de esa información.

De forma contratransferencial hacia la madre de Ignacio sentí temor y ansiedad cuando la conocí, debido a su actitud hostil y provocadora en la que llegó. Así mismo, cuando me amenazó experimenté miedo. Consideré necesario pedirle a otra compañera de la generación avanzada que pudiera trabajar con ella en caso de que decidiera regresar. Por mi parte, gracias al cuestionamiento realizado en mi supervisión sobre qué de la locura de la madre me atemorizaba, pude llevarlo a mi análisis personal para así lograr pensar mejor al paciente y su dinámica familiar.

Con respecto al padre, sentía frustración, incomodidad y enojo ante su insistencia de invadir los espacios terapéuticos de su hijo, así mismo cuando anunció el final del tratamiento, le señalé que parecía anteponer sus propios deseos y expectativas a los de su hijo, así como la anulación de Ignacio al no tomarlo en cuenta para tomar la decisión sobre la interrupción del tratamiento, mismos señalamientos que consideré fueron directos y fríos, actuando así mi contratransferencia.

Dentro de las limitaciones que considero se experimentaron durante este proceso terapéutico fue desarrollé transferencia materna al advertir el maltrato e indiferencia de los padres y actuar la contratransferencia con su padre. También considero que no reencuadré las veces suficientes para colocar al padre en su función paterna y no como un sujeto fusionado con las necesidades de su hijo peleando por un espacio analítico.

A modo de cierre, al escribir este apartado y analizar los procesos transferenciales experimentados tanto con hijos como con sus padres, puedo dar cuenta de mi actitud maternal hacia los adolescentes, intentando ser una madre suficientemente buena con ellos, al respecto Blinder et Al. (2017) menciona que contratransferencialmente el terapeuta se coloca en un lugar de competidor inconsciente con estos padres, comenzando una lucha silenciosa para ver quién sabe hacerlo mejor, incrementando así los sentimientos de envidia tanto por parte de los padres como del propio terapeuta. Así mismo, Gammill (2003) comenta que la dificultad radica en mantener la escucha emocional abierta sin tomar partido. Es en este último punto, que reconozco mi limitación y error al descubrirme tomando partido por algunas querellas de los pacientes, mismo que sin la supervisión adecuada y el análisis personal, no hubiera podido reconocer.

Por otro lado, puedo dar cuenta de que ante estas madres donde su discurso es narcisista y no pueden dar cabida al discurso de su hijo, Janin (2013) menciona que es importante darles primero un lugar a ellos, ubicarlos como sujetos escindidos, ya que “en la medida en que se sientan escuchados, contenidos y sostenidos por otro, podrán ir armando un lugar, un espacio psíquico para su hijo”. (p. 25). Aspecto que no logré realizar del todo debido a que al principio los contemplé como informantes pero no como sujetos con su propio sufrimiento psíquico. Me encontraba en la disyuntiva de empezar a trabajar con el adolescente o dar primero un lugar a los padres.

Finalmente, cuando los padres pusieron fin al tratamiento cuestioné bastante mi labor profesional, Gammill (2013) menciona que estas interrupciones generan en el terapeuta heridas narcisistas, mismas que necesité entender al repasar las últimas sesiones para dar cuenta de mis errores o falta de escucha tanto de los padres como del adolescente, estas querellas me han motivado a realizar una tesis al respecto, para así poder compartir errores que de forma inconsciente precipiten la finalización del tratamiento y ayuden a otros profesionales a identificarlos.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

El trabajo con los padres de los adolescentes es un tema que abre grandes incógnitas, por un lado, ¿es preferible mantenerlos cerca para evitar que se lleven a sus hijos?, o por el otro ¿Será mejor no dar cuenta de ellos porque pueden obstaculizar el tratamiento? o mejor aún, ¿Será que a través de ellos se pueda conocer y comprender mejor la psicodinamia de nuestro paciente, al darles un lugar de escucha y revisar sus angustias? ¿Cuándo y cómo será pertinente elaborar una interpretación o señalamiento a los padres sin que esto afecte o influya en la finalización del tratamiento? ¿Qué aspectos del proceso transferencial y contratransferencial se jugaron para que las madres se sintieran perseguidas? Estos cuestionamientos suelen ser construidas por aquellos terapeutas de adolescentes donde inevitablemente, ya hay una transferencia parental operando sobre nosotros.

A lo largo de este trabajo se intentó explorar y describir que elementos hay detrás de una transferencia parental negativa, al grado de que se torne persecutoria, así mismo se pudo pensar cómo la relación simbiótica madre-hijo/a es un factor que agudiza las reacciones paranoides en las madres de los adolescentes, además de enfatizar en la importancia de la contratransferencia como un aspecto relevante para el fortalecimiento de esas reacciones persecutorias.

Dar cuenta de lo que implica trabajar con los padres suele ser un gran desafío ya que no sólo se despliega la transferencia-contratransferencia hacia el paciente, sino inevitablemente también se despliegan múltiples transferencias con la familia del menor, mismas que movilizarán diferentes aspectos como cuestionar el propio quehacer profesional y revisar aspectos personales que no se han resuelto.

Dedicarse a la psicoterapia de adolescentes requiere trabajar y elaborar no sólo la propia adolescencia sino además el lugar de hijo con respecto a nuestros padres, porque estas viejas historias se verán removidas en el despliegue de estas múltiples transferencias.

Es por ello, que muchos psicoterapeutas pueden evitar el contacto con los padres refugiándose en la idea de que su marco teórico no se lo permite o minimizando la importancia de su papel en el tratamiento, desmintiendo la realidad de que el paciente adolescente está atravesado por la propia historia de sus padres, y que si no tomamos en cuenta este hecho, se corre el riesgo de quedar atrapados en un lugar estancado sin comprender los elementos inconsciente que lo sostienen.

Es por ello que se ha expuesto este trabajo para nombrar y apalabrar lo que no se dice de la psicoterapia de adolescentes, sobre los errores en los que se puede caer de forma inconsciente y de los diferentes aspectos que no se toman en cuenta cuando detrás del síntoma del adolescente se encuentra toda una red de deseos y mandatos familiares que lo dejan atrapado en un lugar de estancamiento, lo cual influye en el avance del proceso de terapéutico.

Es relevante recordar que si no se ofrece un lugar a estos padres y a estas madres, se sostiene su escucha y se le da un espacio de contención a sus angustias parentales, estas figuras atentarán con el tratamiento en cualquier momento, por todo el cúmulo de fantasías inconscientes que se remueven con el proceso de tratamiento de su hijo/a.

Podemos encontrarnos con padres y madres que de forma manifiesta expresan su preocupación por sus hijos y sus “deseos” de que ellos puedan crecer y estar bien, sin embargo, en la clínica psicoanalítica con adolescentes se puede observar que detrás de esa preocupación, se esconden deseos inconscientes de preservar la sintomatología de sus hijos porque eso implicaría la mantención de las satisfacciones de sus propios deseos maternos: Renunciar a ese lugar totalizante construido con el hijo, parece el punto medular de estas madres que no pueden reconocer la particularidad del adolescente y se empeñan en obstaculizar cualquier escenario que no sea afín a sus deseos narcisistas.

Encontrar a estas madres abre la pregunta de ¿Cómo tratarlas sin que se vivan perseguidas ni heridas?

Lo que de nuevo se retoma y enfatiza la idea de construir un lugar de escucha para ellas, para que poco a poco ellas puedan darle un lugar psíquico a su hijo/a.

Otro aspecto importante a repensar, es que vivimos en un país donde se erige un templo totalizante a la madre, pues ya diría al respecto Santiago Ramírez (1970) que tenemos mucha madre y poco padre, debido a que el padre se ha visto anulado y confundido por acceder a su lugar paterno, mientras que estas madres totalizantes depositan en los hijos la única salida a su sufrimiento y carencias, mismas que se viven dueñas de ellos, llegando a percibirse como una sola unidad simbiotizada sin la posibilidad a la diferencia.

Es en este escenario que toca a las instituciones, la escuela, la psicología, la cultura hacer un corte a estas familias pegoteadas para fomentar la separación e individuación de las personas cuestionando las formas de relacionarse con el otro. Las madres mexicanas necesitan repensar el lugar cultural e histórico que ha dejado un legado de abusos y humillaciones donde la seguridad que ofrece un hijo puede llevarla a fusionarse con este para así dar sentido a su existencia, pero no por un deseo de alguien diferente, sino por ella misma, por un deseo de extensión narcisista que promueven diferentes patologías de la que somos testigos en la actualidad.

Finalmente, se considera que es importante cuestionar de forma constante la práctica profesional para reflexionar sobre los errores cometidos y los alcances logrados para poder partir de un terreno fértil de aprendizaje constante que apunte al bienestar del adolescente sin recortarlo de una dinámica familiar que lo atraviesa inherentemente. La dificultad y el reto para los que nos dedicamos a la práctica clínica es mantener la neutralización, y esto se logra

con la supervisión, el análisis personal, la formación teórica y la investigación. Es así que este trabajo intenta colocar preguntas donde antes había silencios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. & Knobel M. (1971) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Aulagnier, P. (1994) *Un intérprete en busca de sentido*. México: Siglo XXI
- Beuchot, M. (s.a.) *Perfiles esenciales de la hermenéutica: hermenéutica analógica*. <https://www.ensayistas.org/critica/teoria/beuchot/>
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (1997) *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Blinder, C.; Knobel, J. & Siquier M. (2017) *Nuevas aportaciones a la clínica psicoanalítica con niños*. Editorial Síntesis.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2007) *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cordié, A. (2004) *Doctor: ¿Por qué nuestro hijo tiene problemas?* Nueva Visión.
- Dinerstein, A. (1987) *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?* Lugar Editorial
- Elola, C. (2015) *Transferencia con padres en la clínica psicoanalítica en niños* (Tesis de Maestría) Facultad de Psicología Universidad de la República de Uruguay.
- Etchegoyen, G. (1985) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu Editores.
- Flechner, S. (2013) Violencia materna. En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea) (117). Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311702.pdf>
- Freud, S. (1895) *Manuscrito H. Paranoia*. En *Obras Completas Tomo I*. Amorrortu Editores

- Freud, S. (1901) *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Obras Completas Tomo VII. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1911) *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*. En Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores
- Freud, S. (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores
- Freud, S. (1914) *Recordar, repetir y reelaborar*. En Obras Completas Tomo XII. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917) *27ª conferencia. La transferencia*. En Obras Completas Tomo XVI. Amorrortu Editores
- Gammill, J. (2003) *Contratransferencia hacia los padres*. En C. Geissmann & D. Houze (Ed.) *Psicoterapias del niño y del adolescente* (p.549-571). Editorial Síntesis.
- García, G. (1995) *Prólogo*. En A. Sigal de Rosenberg (Ed.), *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños* (p. 8-18). Lugar Editorial
- González J. & Rodríguez, M. (2008) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Editorial Plaza y Valdes
- Green, V. (2003) *El trabajo con los padres*. En C. Geissmann & D. Houze (Ed.) *Psicoterapias del niño y del adolescente* (p.574-586). Editorial Síntesis.
- Greenson, R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Editorial Siglo Veintiuno
- Guillaume, J. (2003) *Los padres, el niño y el psicoanalista*. En C. Geissmann & D. Houze (Ed.) *Psicoterapias del niño y del adolescente* (p.511-528). Editorial Síntesis.
- Hinshelwood, R. (2005) *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hornstein, L. (1991) *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós
- Hornstein, L. (2018) *Ser analista hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- Janin, B. (2010) Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (50) Recuperado de <https://www.seypna.com/articulos/patologias-graves-adolescencia/>
- Janin, B. (2013) *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Noveduc
- Kernberg, O. (2001) Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. En *Revista de Psicoanálisis APdeBA*. Vol. 23, p. 1-27
- Klein, M. (1952) *Los orígenes de la transferencia*. <http://www.psicoanalisis.org/klein/index2.htm>
- Kupfer, M. (1995) *Los padres en la clínica con niños neuróticos y psicóticos*. En A. Sigal de Rosenberg (Ed.), *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños* (p. 109-123). Lugar Editorial
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. México: Paidós.
- Lejeune-Lauriat, E. (2003) *Sobre la intervención de los padres y la transferencia*. En C. Geissmann & D. Houze (Ed.) *Psicoterapias del niño y del adolescente* (p. 529-547). Editorial Síntesis.
- López, W. (2013) El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. En *Educere*. Enero. <https://www.redalyc.org>
- Mahler, M.; Pine, F. y Bergman, A. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar
- Mannoni, M. (1973) *La primera entrevista con el Psicoanalista*. Gedisa.
- Mathelin, C. (1994) *Clínica psicoanalítica con niños. Uvas verdes y dentera*. Buenos Aires: Nueva visión.

- Nasio, J. (1999) *El placer de leer a Freud*. Editorial Gedisa
- Nasio, J. (1994) *Introducción a la obra de Winnicott, Dolto, Lacan*. Barcelona: Gedisa
- Nasio, J. (2013) *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós
- Nicoló, A. (2014) *Psicoanálisis y familia*. Herder.
- Nin, A. (1981) *La seducción del minotauro*. Barcelona: Grijalbo
- Palacio, F. (2000) *Las psicoterapias padres-hijos*. En C. Geissmann & D. Houzel (Ed.) *El niño, sus padres y el psicoanalista* (p.863-878) Editorial Síntesis
- Quecedo, R. & Castaño, C. (2002) *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. En *Revista de Psicodidáctica*. Vol. 14, pp. 5-39.
- Ramírez, S. (1970) *El mexicano, psicología de sus motivaciones*, México: Ed. Pax-México.
- Ramos, J. (2014) Personalidades paranoides (McWilliams, N. Diagnóstico psicoanalítico. Comprendiendo la estructura de personalidad en el proceso clínico). En *Revista Aperturas psicoanalíticas*. No. 047. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=858>
- Ragatke, S. (2006) *Imagen Corporal: Manipulación. Violencia*. En *Revista Topia de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Abril. <https://www.topia.com>
- Rosagro, F. (2019) *Apuntes psicoanalíticos sobre la psicosis: una mirada desde Piera Aulagnier*. <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com>
- Rother de Hornstein, M. & Córdoba, L. (1986) *Entrevista a la doctora Piera Aulagnier*. Buenos Aires. <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero1/aulagnier1.htm>
- Segal, H. (1979) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós

- Sigal de Rosenberg, A. (1995) *La constitución del sujeto y el lugar de los padres en psicoanálisis de niños*. En A. Sigal de Rosenberg (Ed.), *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños* (p. 19-49). Lugar Editorial
- Siquier, M. (1995) *La difícil articulación padres-hijos en el psicoanálisis con niños*. En A. Sigal de Rosenberg (Ed.), *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños* (p. 51-79). Lugar Editorial
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Sodré, I. (2012) ¿Quién es quien? Apuntes sobre las identificaciones patológicas. En *Temas de psicoanálisis*, no. 3. <https://www.temasdepsicoanalisis.org>
- Stutman, A. (2004) Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre. En *Revista del Centro Psicoanalítico Madrid*, Vol. 5. <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-5/algunos-aportes-de-winnicott-para-la-reflexion-en-torno-al-rol-de-la-madre/>
- Urribarri, R. (2015) *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa