



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

**“UN CASO DE NEURODERMATITIS: APARICIÓN, EVOLUCIÓN E
IMPLICACIONES PSIQUICAS”**

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

PRESENTA:

JENNIFER ABRIL ESTÉVEZ GARCÍA

DIRECTORA:

DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL:

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.
DRA. MAGDA CAMPILLO LABRANDERO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.
DRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.
MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. AGOSTO 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.

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
Capítulo I. El síntoma psicosomático	6
1.1 La relación madre-hija discontinua e inestable en la conformación del síntoma psicosomático	9
1.2 Las enfermedades psicosomáticas: neurodermatitis	14
Capítulo II. El complejo de Edipo masculino y femenino	19
2.1 El sepultamiento del complejo de Edipo	25
2.2 La relación edípica perversa	28
Capítulo III. Los síntomas conversivos.....	33
3.1 Mecanismo de la histeria.....	37
3.2 El beneficio primario y secundario de los síntomas.....	42
Capítulo IV Historia clínica	46
4.1 Ficha de datos generales	46
4.2 Motivo de consulta.....	46
4.3 Impresión personal.....	46
4.4 Historia personal	47
4.5 Historia familiar	50
Familiograma	54
Método	55
Planteamiento del problema.....	55
Objetivo general	59
Objetivos específicos.....	59
Supuesto.....	60
Definición de categorías.....	60

Tipo de estudio	61
Instrumentos	62
Participantes	63
Procedimiento	63
Consideraciones éticas	63
Resultados y discusión	65
Los brotes de neurodermatitis en Ana	65
El síntoma psicósomático de neurodermatitis en Ana y la relación madre-hija discontinua e inestable	72
La neurodermatitis y el complejo de Edipo en Ana	77
Vicisitudes en la sexualidad de Ana	85
Capítulo VII. Análisis de los procesos transferenciales y contra transferenciales ...	94
Capítulo VIII. Alcances del proceso terapéutico	100
Capítulo IX. Limitaciones del proceso terapéutico	104
Capítulo X. Conclusiones	106
Referencias bibliográficas.....	111

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo.

En primer lugar deseo agradecer a mi familia, a mis abuelos Margarita y Carlos por ser una base firme sobre la cual sostenerme y construirme, llevo su amor y sabiduría. A mis padres Imara y Patricio por tanta dedicación y sacrificios que han sido fundamentales para formar la persona que soy. A mi hermana Suylen por ser una fuente de inspiración y ternura que me impulsa en mi camino.

También quiero agradecerle a John por el amor, la comprensión y la confianza depositadas en mí, que gran fortuna poder compartir contigo otra etapa de mi vida. A mis mascotas Lily, Salomón y Maddy por su compañía y cariño incondicional que me levanta el ánimo diariamente.

Deseo expresar mi gratitud hacia mi directora de tesis la Dra. Dení por su guía experta y su apoyo continuo a lo largo de este proceso. A mi revisora y profesora la Dra. Eva por su valiosa contribución en mi formación durante la maestría. A mi supervisora de práctica clínica la Dra. Ana Lourdes, por llevarme de la mano con mucha empatía y calidez en mi proceso de aprendizaje con los pacientes.

A todos mis profesores de la maestría, Dra. Magda, Mtro. Vicente, Dra. Rosa, Dra. Janett Dr. Omar, Dr. Guarner, Dra. Luz Maria, Dra. María Luisa, Dra, Martha, Dra. Ana María por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias recolectadas a través de los años, mi más grande admiración hacia la pasión con la que desempeñan su labor.

A mis compañeros del posgrado por sus contribuciones, discusiones y perspectivas tan enriquecedoras que fueron elementales durante mi formación, su compañía hizo muy amena mi experiencia de aprendizaje. A Zuleima por brindarme su amistad y compartir conmigo de manera académica, profesional y personal, te quiero amiga.

Un especial agradecimiento a mis pacientes por permitirme acompañarles durante sus procesos terapéuticos, son una parte fundamental de mi desarrollo profesional y personal.

Por último agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme continuar mis estudios desde el bachillerato hasta el posgrado en sus aulas, por proporcionarme tantos recursos a través de sus becas, programas de estudio y actividades extracurriculares. Y a la Facultad de Psicología por acogerme estos dos años de formación.

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito abordar desde una metodología de estudio de caso y desde una perspectiva psicoanalítica el surgimiento, evolución e implicaciones del síntoma de neurodermatitis en Ana, una mujer de 25 años que inició un proceso psicoterapéutico. Durante las sesiones se identificó que si bien este padecimiento puede tener un origen genético, desde su aparición ha estado íntimamente relacionado en su estructuración psíquica y su aparato psíquico se ha servido de él para diversos objetivos. Se sitúa su surgimiento antes del primer año de vida, en una relación madre-hija inestable y en un ambiente permeado de los conflictos personales y de pareja de los padres, lo que pudo contribuir a que se estableciera como un síntoma psicósomático. Más adelante en el complejo de Edipo también pasó a conformarse como un síntoma histérico que respondiera a los deseos hostiles y amorosos hacia los padres, los cuales subsisten parcialmente reprimidos en su adultez, que le dificultan el desarrollo y expresión de una sexualidad genital satisfactoria.

Palabras clave: *síntoma de neurodermatitis, relación madre-hija inestable, síntoma psicósomático, síntoma histérico, complejo de Edipo, sexualidad genital.*

Abstract

The purpose of this paper is to approach, from a case study methodology and from a psychoanalytic perspective, the emergence, evolution, and implications of the neurodermatitis symptom in Ana, a 25-year-old woman who began a psychotherapeutic process. During the sessions it was identified that although this condition may have a genetic origin, since its appearance it has been closely related in its psychic structure and its psychic apparatus has used it for various purposes. Its appearance is situated before the first year of life, in an unstable mother-daughter relationship and in an environment permeated by the parents' personal and couple conflicts, which could have contributed to its establishment as a psychosomatic symptom. Later on, in the Oedipus complex, it also began to take shape as a hysterical symptom that responded to hostile and loving desires towards parents, which remain partially repressed in their adulthood, making it difficult for them to develop and express satisfactory genital sexuality.

Keywords: *neurodermatitis symptom, unstable mother-daughter relationship, psychosomatic symptom, hysterical symptom, Edipus complex, genital sexuality.*

Introducción

La neurodermatitis es un padecimiento de la piel que generalmente se suele presentar en los primeros años de vida y que si bien puede ser transmitida de forma genética hay otros factores asociados en su aparición e intensidad de los brotes, uno de los principales aspectos es el emocional. Ana una joven de 25 años solicita el servicio terapéutico a causa de malestar emocional, comenta que se estresa y enoja fácilmente, además de que llega a sentirse triste constantemente, menciona padecer dermatitis desde los primeros meses de vida y relaciona estas emociones con los intensos brotes de dermatitis que ha llegado a presentar en los últimos meses.

El propósito de este trabajo es analizar el caso clínico de Ana desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como base lo relatado por la paciente y lo observado durante las sesiones de trabajo terapéutico que se llevaron a cabo a lo largo de año y medio, ubicando al síntoma de neurodermatitis y su relación con el aparato psíquico como un punto primordial a comprender y desarrollar en las siguientes páginas.

El marco teórico se ubicará en los primeros tres capítulos de este trabajo, en el capítulo uno se abordará lo referente al síntoma psicossomático y su surgimiento, así como a la relación madre-hija discontinua e inestable en los primeros años de vida del bebé y su influencia en la conformación de dicho síntoma, además se hablará acerca de las enfermedades que se consideran psicossomáticas profundizando en la neurodermatitis describiendo en qué consiste, como suele manifestarse y cómo se anuda con los aspectos psíquicos del sujeto.

En el segundo capítulo se desarrollará el complejo de Edipo tanto masculino como femenino en el cual se hacen presentes los deseos incestuosos y hostiles hacia los objetos primarios, es decir los padres, comprendiendo los procesos que tienen lugar durante esta etapa, así mismo se abordará el sepultamiento del complejo y se ahondará en el escenario en el cual no se logra renunciar adecuadamente, subsistiendo en el inconsciente en etapas

posteriores como lo es la adultez, lo que sería entendido como el mantenimiento de una relación edípica perversa con los padres.

Mientras que en el tercer capítulo se hablará acerca de los síntomas conversivos, haciendo un esbozo sobre la historia de la histeria y de las principales investigaciones que se llevaron a cabo en torno a ella, para situar el contexto en el cual tuvieron lugar los desarrollos teóricos de Freud, además se describirá la estructura histérica y sus principales mecanismos en la formación de síntomas como son la conversión y la identificación.

En el cuarto capítulo se presenta la historia clínica de la paciente que se desglosa en los siguientes elementos, la ficha de identificación, el motivo de consulta, la impresión personal, la historia personal, la historia familiar y el familiograma.

En el quinto capítulo se encuentra el método del trabajo que incluye el planteamiento del problema, el objetivo general, los objetivos específicos, el supuesto, las categorías, el tipo de estudio, los instrumentos, el procedimiento y las consideraciones éticas del mismo.

En el sexto capítulo se hallan los resultados y la discusión del análisis del caso, donde se aborda el padecimiento de neurodermatitis en Ana y su instauración como síntoma psicossomático dentro de una relación madre-hija discontinua e inestable que se produjo cuando la paciente era una bebé como consecuencia de las dificultades personales y de pareja por las que estaban atravesando sus padres. Más adelante se describe el complejo de Edipo en la paciente y cómo este se ha mantenido a través de los años, debido en parte a una dinámica intersubjetiva entre ella y sus padres, así como las características de los vínculos que ha ido estableciendo matizados de dependencia, intenso apego, sometimiento, miedo al rechazo y al abandono. Al final de este apartado se enuncian las implicaciones que lo anterior ha tenido sobre su sexualidad, la cual se enfrenta con diversas dificultades para poder ser expresada de manera adulta y satisfactoria.

En cuanto al séptimo, octavo y noveno capítulo se localizaran los aspectos referentes al proceso terapéutico, iniciando por el análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales que se dieron durante las sesiones, posteriormente se hablará

sobre los alcances del proceso terapéutico y por último de sus limitaciones. Para finalizar las conclusiones de este trabajo se hallaran en el décimo capítulo.

Marco Teórico

Capítulo I. El síntoma psicosomático

Si bien Freud no abordó la enfermedad psicosomática como un problema específico dentro de su obra, es importante reconocerlo como el precursor, ya que él introduce el estudio de los factores psicológicos para entender los fenómenos presentes en una enfermedad. A través de los estudios que realiza sobre la histeria comienza a encontrar una interrelación entre los fenómenos psíquicos y los biológicos, creando modelos teóricos que ayuden en la comprensión de la subjetividad humana y su interacción con factores de índole biológica y sociocultural.

Es así que gracias a que Freud se interesa en el trabajo con pacientes denominadas “histéricas” es decir, que presentaban afecciones físicas sin aparentes daños orgánicos, se empiezan a vislumbrar los procesos que subyacen a dichos estados patológicos, llegando a la formulación del edificio teórico del psicoanálisis desde donde se miran a estas afecciones como manifestaciones de las alteraciones funcionales del aparato anímico (Freud, 1940 [1938]).

En esta misma línea Freud (1917 [1916-17]) define al síntoma como:

Actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos; pueden traer como consecuencia un extraordinario empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible y, por tanto, su parálisis para todas las tareas importantes de la vida. (p. 326)

El autor puntualiza que desde esta perspectiva, en todas las personas se presentan las condiciones para la formación de síntomas, es decir, para enfermar de neurosis y agrega que “la terapia analítica hinca más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han

nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos". (1917 [1916-17], p. 410).

De acuerdo con Otero y Rodado (2004), dentro del estudio psicoanalítico de las enfermedades psicosomáticas se derivan diversos enfoques, entre ellos se hallan las perspectivas de autores cercanos al pensamiento kleiniano, la escuela de Chicago, la Escuela Psicosomática de Paris, entre otros.

A continuación se hará un breve esbozo de las teorizaciones que se han hecho desde dichos enfoques considerando lo descrito por Korovsky (1990), Otero y Rodado (2004):

La Escuela de Chicago retoma las nociones referentes a las neurosis actuales de Freud, Fenichel y Alexander entre otros autores como Dunbar, Deutsch, Weiss, English, Cobb y Grinker consideran que los afectos inconscientes contribuyen en la formación de los síntomas psicosomáticos cuando hay presencia de un estancamiento libidinal, las tensiones emocionales no pueden expresarse, así que la energía se mantiene retenida dentro del organismo de forma crónica, lo que provoca que el sistema visceral neurovegetativo sea la sede de descarga predilecta, empero eso no implica que los síntomas tengan necesariamente una significación simbólica, marcando distancia de los síntomas conversivos histéricos.

Así mismo Alexander, French y Pollock (1968 citados por Kimball, 1970) afirman que la etiología vendría dada por la conjunción de varios elementos como los psicológicos, la vulnerabilidad constitucional del órgano que es afectado, la naturaleza del conflicto psíquico y la situación ambiental.

Por su parte, la escuela francesa tiene como principales representantes a Fain, M'Uzan, David y Marty quienes entienden a la clínica psicosomática como una disciplina independiente a otras, por ejemplo, del psicoanálisis. Desde este abordaje se hace un análisis dialéctico de las relaciones que el individuo mantiene a nivel psíquico, biológico, histórico y social tanto con él mismo como con los demás para brindar panoramas más coherentes y objetivos en los fenómenos de somatización.

Así mismo Marty (1992) establece diferencias fundamentales entre los síntomas conversivos y psicósomáticos, descartando un sentido simbólico de estos últimos y pensando las funciones mentales desde los conceptos opuestos de organización y desorganización, por lo tanto las enfermedades somáticas se entienden como una desorganización derivada de una construcción incompleta del aparato psíquico que origina lo que se denomina “pensamiento operatorio” que está caracterizado por una carencia de representaciones y afectos que generan que la patología se situó en el plano de lo somático.

Por su parte la Escuela rioplatense tiene como representantes a Garma, Pichón Rivière, Cárcamo, Rancovsky y Korovsky (1990), éste último autor concibe a la enfermedad como un lenguaje vinculado a la historia del sujeto que se expresa en lo orgánico desde un significado específico.

Finalmente se retomaran a otros autores contemporáneos que también se han dedicado al estudio de la psicósomática y que han hecho aportaciones distintivas como Fernández (1997) que destaca la relación que existe entre las reacciones psicósomáticas y el narcicismo en los aportes de distintos autores como Aulagnier, Winnicott, Liberman, Bleger, etc., donde hay un retiro de investidura libidinal narcisista ante una experiencia de pérdida, es así que se encontraría comprometida tanto la organización como la función del narcicismo del sujeto.

El médico y psicoanalista Ulnik (2000) coincide con dichas afirmaciones mencionando que en el sujeto con enfermedades psicósomáticas se presentan fallas en el narcicismo, debido a que hay vulnerabilidades en la identidad que se buscan restablecer a partir de la mismas, provocando un primado de lo imaginario sobre lo simbólico, llevando al pensamiento operatorio, a la desorganización del afecto desligándolo de sus representaciones y finalmente a la descarga sobre el cuerpo sin inhibición.

En esta misma línea la psicoanalista McDougall (1991) plantea que las angustias que se ponen en juego en estos casos no son las angustias de castración sino de existencia, que están acompañadas de movimientos regresivos a etapas primitivas donde es utilizado un

tipo de pensamiento de la misma índole, el denominado pensamiento judicativo, retomando las concepciones de Freud planteadas en el Proyecto de una Psicología para Neurólogos (1985), atribuye a los pacientes psicósomáticos esta forma de pensamiento como la principal, constituyendo una primera forma de simbolización.

Empero actualmente los autores mantienen la discusión de si es válido hablar de lo psicósomático como una categoría nosológica puesto que es parte de la propia condición humana (Storti, et al., 2007), al respecto Ulnik (2000), puntualiza que se pueden presentar estas enfermedades en todo tipo de pacientes y estructuras bajo determinadas circunstancias.

Para McDougall (1993) los síntomas psicósomáticos:

Aunque parecen no tener significado simbólico alguno, se presentan ligados, sin embargo, a la estructura de personalidad del paciente, las circunstancias de su vida, su historia, etc., vale decir, en conexión con situaciones de estrés procedentes ya sea del interior del individuo o de su medio inmediato. (p.312)

Es por lo anterior que se vuelve importante poder abordar los aspectos que se ven involucrados en la conformación de un síntoma psicósomático para comprender cómo es que estos pueden presentarse en el sujeto.

1.1 La relación madre-hija discontinua e inestable en la conformación del síntoma psicósomático

Para Storti, et al., (2007) la vulnerabilidad psicósomática estaría en gran parte condicionada por las vicisitudes en el vínculo con el objeto primario, cuya función es estructurante tanto en la constitución del aparato psíquico como en la integración psicósomática. Así mismo, Winnicott (1965) menciona que la enfermedad psicósomática implica una escisión de la personalidad del individuo, con una debilidad de la unión entre psique y soma.

De esta manera podemos identificar que uno de los puntos centrales para la conformación de un síntoma psicósomático es la integración psique soma del sujeto que a su vez está

dada por la relación con el objeto primario, dicho proceso de integración que tiene lugar durante las fases precoces del desarrollo emocional es ampliamente estudiado por Winnicott.

En el libro de “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador” (1965) el autor menciona que en el recién nacido se desarrollan dos tendencias fundamentales: la maduración y la dependencia, donde el ambiente tiene un papel esencial, cuando “es lo bastante bueno, posibilita el proceso de maduración” (p. 272), esto implica que la persona cuidadora del bebé a partir de una identificación con el mismo se vaya adaptando a las necesidades cambiantes que se van presentando en el mismo, reconociéndolas y satisfaciéndolas. “Dentro del medio ambiente posibilitador, el pequeño forcejea en pos de varias metas, tres de las cuales son las siguientes: integración; personalización; relaciones objetales” (p. 273).

Cuando un bebé nace se encontrará unido a la madre en una sola matriz madre-hijo, la madre brindará las funciones de sostenimiento que incluyen los cuidados necesarios para asegurar la existencia de ese ser que durante esta etapa se encontrará en absoluta dependencia para su subsistencia y desarrollo. A su vez el infans no reconocerá a la madre como un ser distinto de él y se instalará la omnipotencia, cuya ilusión la madre mantendrá por un tiempo para después pasar a la desilusión; el bebé estará sujeto a las satisfacciones y frustraciones que brinde el ambiente sin poder asumir el control de las mismas.

Más adelante, en la etapa de dependencia relativa, el bebé comenzará a ser consciente de la necesidad de los cuidados maternos, gracias a la paulatina desilusión que contribuirá a la conformación de categorías de ausencia-presencia en la diferenciación entre el yo y el no-yo. Un medio ambiente que logre sostenerlo adecuadamente, tendrá por función principal la reducción de los peligros que amenacen su existencia personal, posibilitando la “experimentación de una continuidad existencial y de adquisición, a su modo y ritmo, de una realidad psíquica personal y de un esquema corporal propio” (p.52) lo que contribuirá a la formación del núcleo del Yo como estructura psíquica. Winnicott retoma las ideas de Freud (1923) referentes a que el “yo” se encuentra constituido principalmente sobre la funcionalidad del cuerpo, por lo tanto, ese yo es esencialmente un yo-corporal.

Lo anterior nos conduce al proceso de personalización, que implica la consecución de una relación íntima entre la psique que habitará al cuerpo y cuyas bases hallamos en las experiencias motoras, sensoriales y funcionales del bebé enlazadas a su nueva condición de persona, esto producirá el registro de una “membrana restrictiva” que puede involucrar a la piel y será entendida como aquella que marcará los límites entre lo que puede considerarse “yo” diferenciándolo de lo “no yo”, indicando la posesión de un mundo interno y externo, que da inicio a una vida psicósomática individual.

Para que la madre pueda proveer estas funciones de manera adecuada es importante que cuente con las condiciones ambientales y psíquicas que le permitan desempeñarlas. De acuerdo con Schejtman (2004) la privación en las funciones maternas fue trabajada por el psicoanálisis desde dos perspectivas centrales, la primera se sitúa desde la ausencia real de la madre y los consecuentes duelos tempranos, así como posibles depresiones en la infancia. La segunda se plantea desde la depresión materna y los efectos a corto y largo plazo en la estructuración del aparato psíquico del infante.

Respecto a esta segunda perspectiva Tronick y Weinberg (1997 como se cita en Schejtman, 2004) comentan que la reacción inapropiada de la madre frente a las necesidades del bebé puede alterar el proceso de regulación mutua, constituyendo fracturas en la intersubjetividad, los fallos que se pueden presentar corresponden tanto a la falta como a la intrusión.

Winnicott (1965) menciona que las madres que atraviesan procesos depresivos durante los primeros años de vida del infante, presentan un retraimiento libidinal que puede dar lugar a un déficit en su constitución psíquica en la medida en que falle la creación del objeto subjetivo, el gesto espontáneo y la omnipotencia, lo que puede devenir en dificultades para la integración psique-soma, la tendencia a un self falso y a un déficit en la creatividad. Esto a causa de que el bebé puede llegar a experimentar una angustia intolerable que le obstaculice la introyección del objeto materno, dificultándole la separación necesaria para su propio desarrollo. En ese sentido, Green (1980) planteó que estas deficiencias en las funciones maternas dan lugar a lo que denominó traumas negativos.

Si la madre es inestable, el bebé se hallará frente a la necesidad de someterse a las exigencias del ambiente más que a sus necesidades internas, la sumisión indicaría la etapa más temprana de la constitución de un falso self (Schejtman, 2004). Lo anterior también podría ser comprendido como un tipo de violencia secundaria, término propuesto por Castoriadis-Aulagnier (2004) el cual implica el desconocimiento del otro como tal que se ejerce desde un lugar de poder simbólico o imaginario buscando destituirlo de su calidad de "otro", lo que lo lleva a la pérdida de su autonomía y de su cuerpo.

Por ende, en el caso de que las funciones de sostenimiento por parte de la madre o cuidador no puedan promover la experiencia de continuidad existencial, la personalización se hallará con dificultades de amenaza de un quiebre entre la mente y el cuerpo, es decir, de despersonalización, es entonces donde la enfermedad psicósomática podría presentarse como una defensa ante estas amenazas brindando el fortalecimiento en la conexión entre estos dos aspectos (Winnicott, 1965).

La pérdida reciente de un bebé puede dar lugar a un estado depresivo en la madre, ya que como lo explica Freud (1917 [1915]) el duelo es la reacción frente a la pérdida de un objeto amado que puede ser tanto real como abstracto, esto desata un proceso inconsciente el cual consiste en el desasimiento de los lazos libidinales con el objeto que se perdió, no obstante una persona no abandona rápidamente ni fácilmente una posición libidinal, aun cuando el sustituto se asoma, puesto que el trabajo de duelo se ejecuta pieza por pieza de manera dolorosa, con un gran gasto de tiempo y energía de investidura.

Con relación a los hermanos Green (1988) considera que se puede hallar una tendencia a renunciar a sus propias necesidades afectivas debiendo ser muy competentes para compensar el dolor de los padres frente a la pérdida, manteniendo en secreto los sentimientos hostiles provocados por la pérdida del hermano lo que puede acarrearles culpa contribuyendo a que aparezcan síntomas psicósomáticos.

Así mismo, Storti, et al., (2007) destacan que el organismo funciona apoyado en dos estructuraciones regidas por leyes distintas, por un lado se encuentra el soma, como lo más material del cuerpo y que se rige por las leyes de la Biología, la Química y la Física;

mientras que por el otro lado está el inconsciente que incluye lo pulsional que resulta incognoscible y es regido por el proceso primario que busca la reducción de la tensión. De esta forma se puede vislumbrar este otro aspecto indispensable a considerar en la conformación del síntoma psicossomático, la dinámica pulsional que participa en la regulación de su funcionamiento.

Para Freud (1915) la pulsión es “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (p.117) en Tres ensayos de teoría sexual (1905) comenta que “la fuente de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano, y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo de órgano” (p. 153), a este órgano se le denominará zona erógena y recibirá dos tipos de excitaciones, una de ellas involucra a la pulsión de carácter sexual y aunque existen zonas con una predominancia a ser erógenas, todo el cuerpo puede llegar a ser dotado de esa excitabilidad.

La meta de estas pulsiones sería producir una sensación de satisfacción que se obtendrá por medio de la adecuada estimulación de la zona erógena, la evitación del aumento de la tensión o del displacer en el órgano producirá una necesidad de repetición de esta forma de satisfacción (Freud, 1905).

Ahora bien, Freud comentaba en la conferencia 22^a (1917 [1916-17]) que los síntomas neuróticos son causados por luchas de mociones de deseo entre las pulsiones sexuales y yoicas que generan frustraciones en su satisfacción produciendo conflictos psíquicos, de esta manera la libido se verá ante la necesidad de buscar nuevas modalidades de satisfacción, a través de otros objetos y caminos que incluyan modificaciones y desfiguraciones, desembocando en la formación de síntomas que procuraran satisfacciones sustitutivas.

Así mismo, las pulsiones pueden ser representadas por montos de afecto que ante la frustración de su descarga debido a los mecanismos defensivos se podrán suscitar tres posibles desenlaces, que las pulsiones sean sofocadas por completo, que emerjan con cierta cantidad de afecto o que se transpongan en angustia (Zavala, 2000).

Con relación al mecanismo de las neurosis de angustia Freud (1895) puntualiza que hay una acumulación de excitación acompañada de una insuficiencia psíquica que la desviará hacia lo somático originando una excitación puramente somática, sin el componente psíquico presente en las neurosis de conversión histérica.

En el texto de “Lo inconsciente” (1915) Freud menciona que en situaciones normales la conciencia suele controlar el afecto y el acceso a la motilidad, no obstante, en los casos de neurosis existe una influencia importante de elementos inconscientes que ocasionan una exteriorización del afecto a través de descargas motrices causando alteraciones en el cuerpo.

De esta manera, se puede vislumbrar que en el caso de aquellos pacientes que tuvieron dificultades durante las etapas de personalización e integración en el desarrollo emocional primitivo y que presentan vulnerabilidades psicosomáticas, los incrementos de tensión pulsional y afectiva pueden llevarlos a experimentar conflictos en la capacidad sintetizadora del yo y por ende se buscará utilizar otras formas de tramitación para estos montos de energía, siendo una de las vías más utilizadas las descargas de afecto sobre el cuerpo, puesto que también servirían como respuesta defensiva ante estas vulnerabilidades constitutivas.

1.2 Las enfermedades psicosomáticas: neurodermatitis

El Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales DSM-5 (2014) propone la siguiente clasificación para los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados:

- Trastornos de síntomas somáticos.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría).
- Trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión.
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.
- Trastorno facticio (síndrome de Münchhausen)
- Otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados.

Autores como Alexander (citado por Kimball, 1970) considera que dentro de las enfermedades psicosomáticas se pueden encontrar las siguientes: hipertiroidismo, neurodermatitis, úlcera péptica, artritis reumatoide, hipertensión esencial, asma bronquial y colitis ulcerosa. Sin embargo, estas son solo algunos ejemplos, existen muchas más afecciones que se pueden contemplar dentro de esta categoría.

En específico la neurodermatitis o también denominada dermatitis atópica “es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por lesiones crónicas o con recurrencias crónicas, con prurito o escozor intenso y presencia de excoriaciones o huellas de rascado, así como lesiones papulovesiculares eccematosas, con formación de costras y liquenificación” (Antuña, et al., 2002, p. 287).

Por su parte Beirana (1999) comenta que es un padecimiento de etiología multifactorial en el que uno de los aspectos a tomar a consideración es el psicológico, la teoría emocional relaciona esta enfermedad con la “personalidad atópica” donde se manifiesta labilidad emocional, hostilidad, agresividad reprimida e irritabilidad además de que el cuadro clínico se puede ver intensificado en situaciones emocionales decisivas para el paciente.

De forma similar Paucar (2018) refiere que se trata de una enfermedad crónica que aunque no conlleva grandes riesgos para la vida, normalmente llega a estar acompañada de dificultades en la socialización, el sueño y la sexualidad, además de condiciones asociadas a la depresión y experiencias disociativas, las personas que la padecen pueden presentar escasas habilidades sociales y poca flexibilidad en el pensamiento, de igual forma las tensiones emocionales pueden conducir a un mecanismo constante de rascado que produzca prurigo nodularis o liquen simple crónico.

Al tratarse la neurodermatitis de una afección de la piel se vuelve conveniente hacer una revisión de algunos trabajos que se han hecho alrededor de este órgano desde la perspectiva psicoanalítica para comprender mejor los factores psíquicos asociados a ella. La autora Ungar (2016) comenta acerca de la piel lo siguiente:

Es considerada como el «mayor órgano del cuerpo humano»; ocupa en el adulto una gran superficie... Tiene la interesante y paradójica función de actuar a la vez

como barrera protectora, aislando al ser humano del medio que lo rodea para preservarlo, y la función simultánea de actuar como medio de comunicación con el entorno (p. 156).

Además resalta que este órgano es el que recibe los primeros contactos entre el bebé y el mundo externo, siendo el primer medio de expresión de los estados psíquicos cuando el lenguaje aún no se ha desarrollado.

La psicoanalista Bick (1970) en su artículo denominado “La experiencia de la piel en las tempranas relaciones de objeto” nos brinda, desde una perspectiva kleniana, las funciones principales asociadas al contacto de la piel de un recién nacido con sus objetos primitivos. Su tesis considera que las partes que pasaran a conformar el self del bebé en un inicio de la vida se encuentran separadas y necesitan de una fuerza que las ayude a cohesionarse, esta fuerza será obtenida a través de la introyección e identificación con un objeto externo que tenga la capacidad de brindar la función de continente, posibilitando así la integración y por ende una diferenciación entre el espacio interno y externo del individuo.

De la misma manera Bick señala que “el objeto óptimo es el pezón en la boca, junto con el sostén (holding), la charla y el olor familiar de la madre” lo que facilitará la experiencia de contención y que será vivida como una piel psíquica para el bebé. En el caso de que esta función presente perturbaciones, conducirá a dificultades en la introyección del objeto real, así como a la perduración de mecanismos defensivos como lo es la identificación proyectiva, que desencadenen en confusiones de la identidad y en el desarrollo de una “segunda piel” con el objetivo de suplir la función de la piel como continente, desde su perspectiva esta se puede manifestar como una coraza muscular o muscularidad verbal que niega la necesidad de un objeto externo que contenga.

Sobre esto mismo, Bion (1962 como se citó en Bronstein, 2019) había señalado que la identificación proyectiva no solo es un mecanismo defensivo de descarga para lidiar con ansiedades de aniquilación o para deshacerse de un elevado grado de datos sensoriales que no se están pudiendo procesar, sino que además forma parte de una manera primitiva

de pensar y la base sobre la cual se establece el proceso de comunicación inconsciente entre la madre y su hijo.

En la misma línea el autor Anzieu (1998) en el libro de “El Yo-piel” describe a este órgano como una envoltura psíquica que responderá a nueve funciones, como representar los límites de la persona en términos de definir su espacio interno y externo, que en caso de presentar fallas puede llevar a desarrollar apegos patológicos, relaciones simbióticas y una falta de discriminación entre la persona y los objetos.

También llega a ser continente de las funciones que están íntimamente relacionadas con el handling materno que implica los cuidados que se le proveen al cuerpo y psique del bebé de acuerdo a sus necesidades, al respecto Anzieu (1998) menciona que:

“El Yo-piel está representado como corteza y el Ello pulsional como núcleo, teniendo cada uno de los dos términos necesidad del otro. El Yo-piel solamente es continente si tiene pulsiones que contener, que localizar en las fuentes corporales, y, más tarde, que diferenciar... esta complementariedad de la corteza y el núcleo es el fundamento del sentimiento de la continuidad del Sí-mismo” (p. 112).

Otra función que tiene es la de llegar a constituir una barrera de para-excitación, es decir, de protección antiestímulos buscando evitar que se presenten tanto excesos, como déficits que puedan desencadenar en problemáticas de hipersensibilidad, dureza o resistencia. En cuanto al proceso de individuación que posibilitan este daría paso a la distinción entre el Sí-mismo y los demás objetos, aportando la sensación de ser una unidad única.

De forma similar la función de intersensorialidad implicaría la capacidad de unificar e integrar las distintas sensaciones que puede experimentar el cuerpo a través de la constitución de un “sentido común” y que en el caso de que se presenten dificultades se podría hablar de fenómenos de desintegración en las percepciones del cuerpo. Además la piel recibirá información del mundo exterior que producirá la inscripción de huellas en el aparato psíquico construyendo una imagen interna de la realidad.

Así mismo tendrá la función de ser objeto de la carga libidinal que la madre brindará a través de los cuidados y el contacto con la misma; así, se preparará el terreno para el desarrollo del autoerotismo y las sensaciones de placer en el bebé, que darán lugar a la conformación de las zonas erógenas y más adelante todas sus funciones pasarán de estar al servicio de la pulsión de apego a la pulsión libidinal.

De esta manera se puede concluir que los síntomas psicósomáticos que se manifiestan en la piel pueden responder a diversas metas, como lo es la defensiva, a la vez que representan dificultades en la conformación psíquica de los pacientes que los padecen en etapas adultas y que utilizan este mecanismo como uno de los predeterminados para procesar incrementos tensionales derivados de fallas constitutivas, que llegan a relacionarse con una inadecuada contención psíquica por parte del objeto primario en el comienzo del desarrollo emocional.

Capítulo II. El complejo de Edipo masculino y femenino

A partir de las observaciones clínicas de Freud sobre el estudio de las neurosis es que su interés se dirigió a realizar amplias investigaciones de los factores sexuales que pueden contribuir a su formación, en “Tres ensayos de teoría sexual” de (1905) se abarca de manera extensa las implicaciones que tiene la sexualidad en todas las actividades humanas y hace un especial énfasis en la etapa infantil, en la que hay presencia de pulsiones sexuales, a continuación se hará una descripción de las etapas del desarrollo psicosexual que el autor desarrolla en el texto.

Freud establece en términos generales dos tiempos de la sexualidad humana en los que se desarrollan las mociones sexuales, al primero le denominaría la organización pregenital que abarcaría desde el nacimiento hasta la instauración de la amnesia infantil, pasando por tres etapas la oral, la sádico-anal y la fálica o también llamada pregenital. Posteriormente le precedería una etapa intermedia entre la organización pregenital y la genital, esta sería la de la latencia donde las mociones sexuales serían sofocadas por un tiempo hasta que reaparezcan en la etapa de la pubertad con el desarrollo de la organización genital en la que se estaría hablando del establecimiento de la sexualidad adulta. A continuación se ahondará en más aspectos que forman parte de estas organizaciones.

Al comienzo de la vida, durante la lactancia las pulsiones sexuales del bebé aparecerán apuntaladas en las pulsiones de autoconservación y en la función de alimentación que será saciada a través de la succión del pecho de la madre, para más tarde independizarse a través del desarrollo del chupeteo de algunas partes del propio cuerpo del pequeño, instaurando así el autoerotismo en el que las satisfacciones sexuales serán alcanzadas por medio de la estimulación de las zonas erógenas elegidas, en la etapa oral la zona erógena por excelencia será la boca y la actividad de su estimulación daría lugar al onanismo o masturbación infantil.

Más adelante, conforme en el bebé se vaya desarrollando, la motricidad y la capacidad de movilidad la zona erógena de la boca irá perdiendo el protagonismo y las satisfacciones sexuales también serán dadas por medio de otras zonas como la anal y de funciones corporales como la defecación, a esta etapa se le conocerá como la sádico-anal donde la retención de heces será el mecanismo para obtener la estimulación y la sensación de placer, esto le permitirá al pequeño tener una relación de mayor control con su mundo externo, ya que dicha función estará relacionada con formas de obediencia u oposición hacia el cuidador primario, expresándole amor al cumplir con el mandato de defecar y odio rehusándose a hacerlo, de esta manera se expresará por primera vez el fenómeno de la ambivalencia, vale decir de la polaridad sexual de amor y odio.

Así mismo Freud describe que paralelamente al desarrollo de las pulsiones sexuales en las zonas erógenas también se comenzarán a manifestar otro tipo de pulsiones denominadas parciales que se dirigirán hacia los objetos externos, principalmente a los padres en calidad de objetos sexuales y que pueden incluir el placer de ver, de exhibir y de crueldad, este aspecto es de suma importancia ya que en el recorrido de la sexualidad infantil a la adulta estas mociones pasarán de ser parciales a integrarse y a estar al servicio de las zonas genitales así como de la reproducción.

También durante esta etapa se presentaran las primeras reacciones de hostilidad por parte del ambiente hacia las mociones pulsionales del niño, que paulatinamente instaurarán una represión a sus posibilidades de placer, desencadenando más adelante en la etapa de la latencia, la amnesia infantil.

Respecto a la etapa fálica, la pulsión sexual iniciará la activación de la zona erógena de los genitales que traerá consigo la reaparición del onanismo que se presentó durante la etapa oral, en este caso la masturbación de los genitales será la que provocará las sensaciones de satisfacción. Empero esto podrá traerle consecuencias al niño, ya que recibirá prohibiciones de su ambiente llegando a sofocar dichas actividades, sin embargo, en otros caso pueden proseguir (Napolitano y San Juan, 2005).

Es indispensable señalar que a esta etapa Freud le denomina fálica debido a dos aspectos, el primero de ellos es que la zona genital será lo más importante para el niño en este periodo y el segundo es que la pulsión parcial del saber impulsará al pequeño a realizar investigaciones y teorías infantiles en torno a la sexualidad, que incluirá cuestionamientos sobre ¿de dónde provienen los niños? y también acerca de si ¿todos poseen un pene? presentándose una primacía del órgano masculino, es decir del falo, en palabras de Freud “para ambos sexos, sólo desempeña un papel un genital, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo” (1923, p. 146).

En el texto de “La organización genital infantil” (1923), Freud ahonda más en estas teorías infantiles tomando como referencia la situación del niño, éste pensará que todos poseen un pene como él, sin embargo, conforme el contacto con sus compañeritas de juego o hermanas le vaya haciendo sospechar que en su caso aparentemente no hay un pene. Primero desmentirá esta teoría pensando en que si lo tienen pero es pequeño y probablemente crecerá, después conforme haya recibido por parte de su ambiente prohibiciones y amenazas contra la masturbación de su propio pene pensará que esas niñas también tenían uno, pero fue removido debido a que ellas de igual forma practicaban el onanismo infantil. Aquí es donde empiezan a cobrar sentido las amenazas de castración y el niño experimentará una fuerte angustia frente a la posibilidad de pensar en que le pueden quitar su pene, a esto Freud le denominará el complejo de castración.

No obstante, en ese punto no habrá una clara relación entre el sexo femenino y la falta de pene, el niño creará que sólo las mujeres despreciables lo han perdido y que su madre al ser una mujer respetable lo mantiene, hasta que su investigación sexual acerca de donde provienen los niños lo lleve a percatarse de que las mujeres son las únicas que pueden tenerlos, formando así una ecuación simbólica en la que la posibilidad de tener hijos suplante al pene. De esta manera en el niño se instalará la polaridad genital masculino-castrado que será representativa de la sexualidad infantil, mientras que el descubrimiento de los genitales femeninos se dará más adelante en la etapa de la pubertad y en la organización sexual adulta (Freud, 1923).

Hasta el momento Freud se encontraba limitado en sus investigaciones acerca de la etapa fálica en la sexualidad femenina en comparación con la masculina y consideraba que se podía hablar de una analogía entre el desarrollo sexual de ambos sexos, sin embargo, más adelante en el texto de “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1925) modificará estas concepciones y comenzará a establecer destacables distinciones.

La situación del complejo de Edipo en el varón se puede discernir con claridad, debido a que habrá una evidente retención del objeto madre que en el periodo de la lactancia se había investido con su libido no genital, además se mantendrá un vínculo de llamativa rivalidad con el padre con el cual compite por el amor de la madre, se presenta entonces un doble deseo por un lado de poseer a la madre y por el otro de eliminar y sustituir al padre, a esta situación se le conocería como el complejo de Edipo positivo puesto que en un inicio el niño al recibir los cuidados de la madre, se dice que experimenta vivencias sexuales de orden pasivo que posteriormente intentará ejercer hacia la madre tomando así una posición activa-masculina (Napolitano y San Juan, 2005).

Sin embargo, la situación edípica se complica cuando Freud (1923) describe que paralelamente al complejo positivo se dará también uno negativo, en el sentido de que el niño presentará de igual forma una actitud pasiva-femenina en la que tomará como objeto de amor al padre y tendrá una rivalidad con la madre, de esta manera se plantea una disposición bisexual que se vislumbrará más claramente en la situación de la niña y que constituirá el complejo de Edipo completo. Cabe resaltar el papel del onanismo como medio de descarga para la excitación que se genere por el complejo, empero como ya se abordó con anterioridad éste no será el único detonador de la masturbación infantil (Freud, 1924).

Ahora bien, como ya se venía abordando previamente la angustia que experimentará el niño ante el complejo de castración será lo que contribuirá a que el complejo de Edipo se vaya al fundamento, en otras palabras, será sepultado en el inconsciente a partir de que se instalen las “inhibiciones en el camino de la pulsión sexual... a la manera de unos diques (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo

moral) (Freud, 1905, p. 161). Conformando así la amnesia infantil y dando paso a la siguiente etapa del desarrollo psicosexual, la latencia, esto gracias a que el niño dará prioridad a salvaguardar su pene en una suerte de ganancia narcisista del yo, renunciando así a las investiduras libidinosas que tiene hacia sus padres, si bien esto sucederá en varios de los casos, habrá muchos otros en los que no (Freud, 1924).

En cuanto al complejo de Edipo en la niña Freud (1931) menciona en el texto “Sobre la sexualidad femenina” que éste mostrará otras particularidades y aunque inicialmente para ambos sexos la madre sea tomada como el primer objeto de amor, en la niña puede presentarse una resignación del objeto materno y una sustitución por el padre a partir de que cae en cuenta que el niño posee un pene y ella no, llevándola a experimentar la envidia del pene que podría conducirla a los diferentes desarrollos que se expondrán a continuación:

El primero implicaría la desmentida por parte de la niña de que no posee un pene, esto la puede conducir a comportarse de ahí en adelante como si fuera un varón, desembocando en un complejo de masculinidad.

De igual forma le puede sobrevenir una intensa oposición a la sexualidad y esto incluye al onanismo, es decir la masturbación del clítoris, lo que contribuirá a que la niña se aparte de la sexualidad activa masculina y se encamine hacia el desarrollo de la pasividad y la femineidad. Aquí vale la pena aclarar que estos opuestos son parte de las concepciones de la sexualidad infantil, donde se percibe a la actividad onanista como parte de la masculinidad y a la pasividad masturbatoria como parte de la femineidad.

Un tercer camino en el que se desembocará en la configuración femenina implica que la niña acepte su castración, en el sentido de que ese pene no le fue conferido suponiendo que la madre es la responsable de ello, esto aunado a la fuerte ambivalencia experimentada dentro de la relación generará un aflojamiento de los vínculos tiernos de la niña hacia su madre posibilitando el cambio de objeto hacia el padre. Además Freud agrega que:

La renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza —a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos— del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir como regalo un hijo del padre, parirle un hijo (1924, p. 186).

Continuando con lo abordado por Freud (1931) en “Sobre la sexualidad femenina”, mientras que en el varón el complejo de castración es lo que posibilita la salida del complejo de Edipo, en la niña la situación edípica se considerará como una formación secundaria ya que será introducida gracias al mismo complejo de castración puesto que contribuirá a dos cambios significativos, el de la zona erógena del clítoris a la vagina y el del objeto-madre al objeto-padre.

Para comprender mejor este proceso Freud nos remite al estudio de la situación preedípica en la niña, para él en términos generales las primeras fases del desarrollo libidinal como la etapa oral y la sádico-anal son vividas de manera similar por ambos sexos, no obstante previamente al Edipo la niña habrá experimentado una fuerte ligazón primaria con la madre, es decir, un complejo de Edipo activo como el del varón, pero inclusive con mayor intensidad, en el que después se produciría un cambio de objeto al padre pero no de ligazón, por lo que se conservaría su cualidad vehemente. Una vez hecho el cambio de objeto se establecerá el complejo de Edipo pasivo, evidenciando la bisexualidad femenina (Freud, 1931).

Además como ya se había mencionado previamente durante la etapa fálica las mociones pulsionales despertarán la zona erógena genital, que en el caso de la pequeña se manifestarán en el clítoris, el cual desde la perspectiva de Freud podría considerarse como equivalente al pene del niño, matizando así la sexualidad femenina de un carácter masculino. Más adelante éstas podrán trasladarse hacia la vagina, una zona puramente femenina, manifestándose la disposición constitutiva a la bisexualidad proveniente de las dos zonas erógenas con las que cuenta el cuerpo femenino “así, debe realizar un doble movimiento que caracteriza su desarrollo anímico; en primer lugar, de la zona genital rectora clitoridiana a la vagina, y luego, del objeto-madre al objeto-padre (Freud, 1931).

2.1 El sepultamiento del complejo de Edipo

Como ya se mencionó con anterioridad en el varón el complejo de Edipo se sepultará a causa del complejo de castración y de la renuncia a las investiduras libidinosas en pos de una ganancia narcisista, empero Freud (1925) comenta que en la niña faltará el motivo para la demolición del complejo de Edipo debido a que la castración ya había producido sus efectos llevando a la pequeña al desarrollo de la situación edípica, por eso su culminación será de manera distinta.

La niña querrá ser considerada como la única amada del padre, no obstante en algún momento tendrá que vivenciar rechazo por parte de él, además de que este amor carecerá propiamente de una meta volviéndose incapaz de lograr una satisfacción plena y que estará destinado a desembocar en una decepción, dejando lugar a una actitud hostil (Freud, 1931). “Así, el complejo de Edipo se iría al fundamento a raíz de su fracaso, como resultado de su imposibilidad interna” (Freud, 1924, p. 181).

Freud comenta en el texto del “El sepultamiento del complejo de Edipo” (1924), que en su demolición tienen que ser resignadas las investiduras de objeto, desexualizadas y de cierta forma sublimadas por medio de la transposición en identificaciones, inhibiendo además sus metas y mudándolas en mociones tiernas. En “El yo y el ello” (1923), describe que estas renunciaciones pueden suceder a causa de que han sido frustradas las satisfacciones y porque así debe de ser de acuerdo a los mandatos externos de la cultura, empero el ello resignaría sus objetos sólo bajo la siguiente condición, que a cambio sobrevenga una alteración en el Yo a forma de identificarse con el objeto perdido y que de esa manera también pueda sobrevivir un vínculo con el objeto, conservándolo en cierto sentido.

Por tanto, el carácter del Yo se entendería como una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas conteniendo la historia de las elecciones de los mismos. Ahora bien, estas investiduras pueden tener dos diversos reemplazos, o bien una identificación con el objeto de amor al cual se está renunciando o un refuerzo de la identificación con el otro padre donde se mantenía una relación de hostilidad y rivalidad, el desenlace en una

identificación-padre o una identificación-madre dependerá de la intensidad en los vínculos de las dos disposiciones sexuales.

Para Freud (1923) tanto la triangulación del complejo de Edipo como la bisexualidad constitucional del individuo contribuirán a que las elecciones de los objetos padre y madre de las primeras etapas del desarrollo psicosexual desemboquen en identificaciones primarias. Con relación a estas identificaciones hay algunas que se presentan de forma más temprana a las elecciones de objeto, en la etapa oral donde “es imposible distinguir entre investidura de objeto e identificación” (p. 31) y que muestran el carácter de ser más directas e inmediatas además de universales y duraderas.

Empero las primeras elecciones de objeto también tendrían un desenlace similar en una suerte de retorno a este mecanismo de la etapa oral, dando origen a la conformación del ideal del yo, un fragmento de la estructura superyoica que contendrá las representaciones de las identificaciones y medirá constantemente al yo con base en éstas.

Desglosando las identificaciones que devendrán de las cuatro aspiraciones contenidas en el complejo de Edipo completo éstas incluirán la identificación-padre que retendrá el objeto-madre del complejo positivo y simultáneamente la identificación-madre que retendrá al objeto-padre del complejo negativo en el caso del varón y lo análogo será válido para el caso de la niña (Freud, 1923).

Sin embargo el ideal del yo no estaría constituido solamente por el residuo de las primeras elecciones de objeto del ello sino que también formará parte la direccionalidad de una enérgica formación reactiva frente a ellas, incluyendo los siguientes preceptos: “«Así (como el padre) debes ser»... también la prohibición: «Así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace; muchas cosas le están reservadas»” (Freud, 1924, p. 36).

Así mismo cuanto más intenso haya sido el complejo de Edipo y su represión por parte de los mandatos culturales ejercidos por los objetos parentales, más estricto será el superyó puesto que retomará el carácter de éstos padres y surgirá a manera de conciencia moral y sentimiento de culpa inconsciente sobre el Yo, perpetuando la prohibición del incesto

que impedirá el retorno de las investiduras libidinosas de objeto. Es decir, el superyó sobrevendrá como el heredero de complejo de Edipo, un proceso de desarrollo que será fundamental para la introducción del individuo a la cultura, puesto que conllevará la internalización y conformación simbólica de normas, restricciones y mandatos externos sobre el funcionamiento interno del aparato psíquico (Napolitano y San Juan, 2005).

Para cumplir con estas tareas el superyó extraerá su fuerza del ello que tomará al yo como un objeto, a causa de sus identificaciones con los objetos perdidos, un proceso que Freud ya había disgregado en las patologías melancólicas (1923, 1924).

Freud (1924) comenta que los fenómenos del complejo de Edipo, complejo de castración, formación del superyó e introducción del periodo de latencia:

Son de naturaleza típica; pero no tengo el propósito de aseverar que ese tipo es el único posible. Variaciones en la secuencia temporal y en el encadenamiento de estos procesos no pueden menos que revestir considerable importancia para el desarrollo del individuo (p. 187).

En la elección de objeto que tendrá lugar durante la etapa del desarrollo psicosexual de la pubertad habrá que renunciar a los objetos infantiles, es decir padre y madre, empezando de nuevo con una unificación de todas las pulsiones parciales y sexuales bajo el primado de las zonas genitales que estarán gobernadas por la meta de la reproducción y tendrán que ser dirigidas a objetos exogámicas que permitan su satisfacción (1905).

Empero, se presentan diversos casos en la clínica de pacientes que exteriorizan mantener y perseverar en una intensa ligazón-padre o madre aún en la adultez, por ejemplo en el caso de las mujeres también puede llegar a subsistir el deseo de algún día tener un hijo del padre (1924). Respecto a estas situaciones Freud comenta que “toda vez que interviene una seducción (de un externo), por regla general perturba el decurso natural de los procesos de desarrollo (1931, p.234), en otras palabras, la seducción que impongan los padres a sus hijos pueden llegar a mermar el decurso natural de este tipo de procesos.

Cuando se consuma el Complejo de Edipo se espera que éste se cancele y no subsista más en el inconsciente, es justo ahí donde se tropezaría con una frontera entre lo normal y lo patológico en palabras de Freud: "si el yo no ha logrado efectivamente mucho más que una represión del complejo, este subsistirá inconsciente en el ello y más tarde exteriorizará su efecto patógeno. (1924, p. 185).

2.2 La relación edípica perversa

De acuerdo con Racker (1959) dentro de la literatura psicoanalítica se aborda principalmente el Complejo de Edipo desde la perspectiva del hijo, excluyendo el papel de los padres y su propia experiencia psíquica en dicha problemática. Para García y Zemborain (1979), es importante abordar este conflicto del desarrollo psicosexual tomando en cuenta el ambiente y los aspectos intersíquicos que se ponen en juego, ya que a través de sus investigaciones y experiencia clínica han podido comprobar como en muchos casos los progenitores obstaculizan con sus propias carencias y dificultades la elaboración de dicho complejo, favoreciendo la persistencia de una relación edípica con su hijo, basada en una sexualidad infantil y en relaciones de objeto tanto primitivas como narcisistas dando lugar a configuraciones patológicas.

La patología mental en psicoanálisis está relacionada con la existencia de conflictos psíquicos además de la falta de recursos yoicos para poder elaborarlos, asimismo en las observaciones de García y Zemborain (1979) sobre pacientes con dificultades para renunciar al complejo de Edipo, se hayan estas características tanto en ellos como en los padres que no pudieron generar experiencias enriquecedoras y estimulantes de independencia. En este sentido se entiende la gran relevancia de considerar a la familia dentro de la conflictiva edípica, ya que es el contexto en el que tiene lugar el proceso de crecimiento y desarrollo del individuo, además de ser el medio estructurante de su personalidad, a la vez que puede condicionar relaciones patológicas.

Por ende, estas patologías se pueden entender como vinculares desde las consideraciones de Pichon-Riviere (1975), puesto que se presentan en ambientes donde

hay otros factores involucrados aparte de la conflictiva pulsional del sujeto en desarrollo, algunos de ellos son:

La relación de pareja de los padres, los deseos inconscientes de cada uno de los mismos, conductas seductoras, dificultades emocionales y aspectos carenciales de todo tipo que pueden condicionar una patología vincular que va a interferir necesariamente en la elaboración y resolución de los diferentes aspectos de la conflictiva edípica (García y Zemborain, 1979, p. 17).

En esta misma línea De Celis (2018) comenta que la incapacidad de un individuo para hacer frente al duelo edípico puede ser desencadenada por dos probables razones, por un lado esta imposibilidad se puede relacionar con las situaciones en las cuales el niño nunca haya sido el objeto del interés y amor edípico de los padres, generando una frustración temprana en la necesidad evolutiva de ser querido y de gozar del interés romántico idealizado, por otro lado, las dificultades a la renuncia edípica se puede deber a que los padres no sean capaces de tolerar el rechazo, agresión o decepción que pueda conllevar el alejamiento del hijo que se encuentra en una relación de adoración mutua.

Al respecto García y Zemborain (1979) mencionan que el crecimiento psicológico de los hijos reactivará las etapas del desarrollo de los padres, siendo así que el grado de madurez y de conformación de la propia identidad que ellos hayan alcanzado facilitará un proceso sano para sus hijos y lo mismo sucederá en los casos en que los padres presenten severos conflictos sin resolver y carencias estructurales, ya que pueden echar a andar mecanismos de defensa inconscientes que promuevan detenciones en el desarrollo psicoemocional y psicosexual de sus hijos, justamente en los mismos aspectos en los que ellos se hallaron detenidos, dando lugar a diversas formas de patología mental.

En su artículo estos autores hablan de los padres con características esquizoides que podrán llegar a percibir al hijo como un ladrón que los viene a desplazar en un nivel genital dentro de la relación de pareja, pueden sentir envidia y sentimientos hostiles que les hagan revivir sus propios recuerdos o fantasías edípicas, como si se tratase de la competencia con un hermano menor, evidenciando conflictos y retenciones en las relaciones primarias

que inclusive lleguen a producir sensaciones persecutorias. Cuando el hijo alcance la pubertad se reactivará la propia conflictiva edípica no resuelta de los padres, a la par de que surgen las angustias acompañantes, dando lugar a fuertes represiones de la sexualidad del hijo que impedirán que la genitalización pueda seguir su curso normal.

Siguiendo con lo reportado por los autores, se pueden encontrar varias situaciones en las que dentro de la familia se ve al hijo como una persona a la que se le ha asignado previamente un papel o una función en la dinámica intersubjetiva, con el cual tendrá que cumplir en lugar de ser considerado como un ser humano al que hay que acompañar y brindarle los recursos para que llegue a ser independiente y desarrolle sus capacidades.

También como ya se había mencionado, una mala relación entre los padres puede ocasionar que estos conflictos se jueguen dentro del aparato psíquico del hijo, por ejemplo en situaciones en las que se lleguen a presentar alianzas entre padre e hijo contra el otro progenitor, con sentimientos de venganza, envidia y agresión de por medio.

Lo mismo sucederá en las problemáticas de pareja que puedan dar lugar a que se desencadenen relaciones simbióticas entre un padre insatisfecho y un hijo, en etapas a las que ya no corresponde esta forma de vinculación, convirtiéndose en un vínculo patologizante debido a que se suelen generar intensos sentimientos de desvalimiento y angustia en el hijo ante las separaciones, impactando en su capacidad para poder desarrollar independencia. Además se presentarán desplazamientos de las pulsiones sexuales frustradas del padre sobre el hijo generando una fuerte erotización.

Aunado a ello la presencia del otro padre se puede llegar a percibir como invasiva, amenazante e inclusive se puede convertir en persecutoria, en la medida de que prive a ese hijo de mantenerse en una relación tan cercana con la pareja, despertando sentimientos de violencia y agresión en él.

Lacan (como se citó en Laplanche y Pontalis, 1971) ya había puntualizado la importancia de la función de un tercero que intervenga “como instancia prohibitiva” del incesto en las relaciones entre padres e hijos para la resolución del complejo de Edipo, no obstante en los casos en los que el padre ejerce esta tarea con violencia o fuertes reprimendas, podrá

ser el precursor de la instauración de una instancia superyoica amenazadora de la integridad, así como estimulante de las fantasías de castración en el hijo que serán incorporadas en su Yo a manera de un sometimiento masoquista.

Bajo tales condiciones no se hablaría más de un superyó freudiano sino que para García y Zemborain (1979) se trataría de:

Un vínculo con un objeto persecutorio que ha impedido el crecimiento yoico verdadero y al mismo tiempo condicionado la persistencia del vínculo incestuoso mismo, estimulando los aspectos perversos a través de relaciones simbiotizantes y narcisísticas que mantienen las relaciones primitivas de objeto (p. 23).

Entonces se estaría manifestando un doble mensaje que resulta confuso para el hijo, por una parte su organización psíquica revelaría la persistencia de deseos incestuosos y por la otra se conformaría una estructura superyoica rígida y severa que mantendrá dichos deseos reprimidos bajo la amenaza de castración con una fuerza altamente patógena. Además, estos aspectos no podrán integrarse a la personalidad total sino que quedarán disociados manifestándose a través de actuaciones perversas, donde el hijo llevará a cabo de forma activa aquello que vivenció pasivamente en el vínculo con sus padres.

Una aclaración que hacen los autores García y Zemborain (1979) acerca de las relaciones simbióticas entre padres e hijos es que estas pasarán de ser una fase normal de desarrollo a incestuosas cuando el hijo llegue a la etapa de la pubertad que produce la segunda oleada de la sexualidad, mientras el hijo siga buscando a sus padres en calidad de objetos sexuales sin lograr canalizar sus impulsos genitales a un solo objeto exogámico, entonces se podrá considerar la existencia de una relación incestuosa con características perversas.

De acuerdo con todo lo que ya se ha venido abordando hasta el momento acerca del tránsito del complejo de Edipo, en los hijos será muy importante contar con un ambiente donde los padres tengan la experiencia personal de haber renunciado a sus deseos incestuosos encontrando en ello una protección ante impulsos destructivos más que una castración. Esto permitirá que se encuentren en las condiciones adecuadas para poder

desempeñar las funciones materna y paterna, que sirvan como modelos identificatorios apropiados para la constitución y desarrollo sano en los hijos.

Capítulo III. Los síntomas conversivos

Históricamente los síntomas conversivos histéricos se han considerado desde dos perspectivas: como fallas de origen orgánico y como manifestaciones relacionadas con la posesión de espíritus malignos, esta última perspectiva fue ampliamente divulgada por la religión judeo-cristiana (Saldías y Lora, 2006), hasta que en el siglo XVII la psiquiatría fue la ciencia que logró ir reubicando estos fenómenos de la religión al campo de la medicina, argumentando que se trataban de perturbaciones en el sistema nervioso (Mazzuca, et al, 2008).

Para 1769 el médico escocés William Cullen emplea por primera vez el término “neurosis” para denominar a las afecciones sensoriales y motoras del sistema nervioso, sin descartar la presencia de una lesión anatómica que las pudiera ocasionar (Álvarez et al., 2009 como se cita en Delgado, 2019); empero, esta causa orgánica no podía ser adecuadamente definida, ya que no se hallaban lesiones en los órganos que dieran lugar al surgimiento de los síntomas aunque si se podían observar sus disfunciones, todo ello conllevó a que se optara por utilizar el término “enfermedades funcionales” del sistema nervioso (Gómez, 2008).

Puesto que la palabra histeria proviene del griego “hysteron” que significa útero, es que en sus inicios era entendida como una enfermedad que sólo se le atribuía a las mujeres que presentaban insatisfacción o privación sexual, ya sea porque eran vírgenes, viudas o porque se encontraban en la etapa de la menopausia, todavía estas explicaciones mantenían a la histeria dentro de la lógica de la anatomía de acuerdo con las concepciones médicas tradicionales (Delgado, 2019). No obstante, hoy en día está más que comprobado que llega a ser independiente del sexo y género (Mazzuca, et al, 2008).

En 1882 el neurólogo francés Charcot coloca en el centro de las investigaciones científicas tanto a la histeria como a la hipnosis (un método para tratarla), a través de la presentación de los estudios de caso que había realizado en la escuela de Salpêtrière. Él consideraba que el síntoma histérico era la consecuencia de una autosugestión que surgía a causa de

un traumatismo, estableciendo así las bases de una teoría de la histeria traumática, no obstante al no poder ser algo comprobable en aquel momento se mantenía y alimentaba el enigma alrededor de la etiología de dichas enfermedades. Todo ello atrajo la atención de autores como Breuer, Janet y Freud quienes quisieron comprender a mayor profundidad la naturaleza de los fenómenos histéricos (Delgado, 2019).

Aunado a lo anterior es importante señalar que a partir de las investigaciones de personajes como Charcot, Janet, Babiński, Breuer y Freud, a finales del siglo XVIII se inicia dentro de la psiquiatría un movimiento psicopatológico orientado hacia el estudio de los factores psicógenos que contribuyen a la conformación de afectaciones corporales. Además, este es el punto de partida para que Freud comenzara a realizar importantes indagaciones de la psique humana, que lo llevarían a construir la teoría y práctica psicoanalítica, es por ello que este tipo de patologías ocupan un lugar privilegiado dentro de esta orientación (Delgado, 2019). La investigación psicoanalítica fue la que permitió vislumbrar los lazos que hasta el momento eran desconocidos entre los síntomas, como manifestaciones exteriores de un conflicto y los eventos ocasionadores al cual debían ligarse (Marchant, 2000).

En la época de Freud se veía a los síntomas histéricos como malestares físicos en los que no se hallaba relación alguna con lo biológico, principalmente se les asociaba con ataques histéricos de excesiva excitación y estados perturbados en la mentalidad, no obstante como ya se mencionó, con la intervención del estudio de la psiquiatría poco a poco se fueron agregando otro tipo de manifestaciones somáticas que parecían ser más perdurables a través del tiempo. Ante esto Freud comenzó a plantear la hipótesis de que el síntoma puede cumplir una función determinada dentro de la vida de la histérica y es por eso que propone abordarlos desde una perspectiva distinta a la de la medicina, esto es “escuchándolos” (Mazzuca, et al, 2008).

En 1893 el mismo autor expresa que no se puede considerar al cuerpo dentro de un orden puramente natural, sino que habría que entender su constitución por medio de la interacción con factores culturales como el lenguaje (Saldías y Lora, 2006). De esta forma, el cuerpo no corresponde únicamente al aspecto anatómico sino que también al simbólico

y los síntomas se inscribirían en el, en el caso de la histérica su cuerpo sería el que hablaría de su sufrimiento (Marchant, 2000).

La primera concepción que Freud tuvo acerca de las neurosis implicaba que una situación traumática particularmente asociada a la sexualidad, podía ocasionar en el sujeto efectos posteriores a través de la producción de síntomas, sufriendo de reminiscencias. No obstante, estos recuerdos no se hallaban en la conciencia del enfermo, sino que se localizaban en otro lugar al que no se tenía acceso en condiciones normales, dejándolo en una situación de imposibilidad y desconocimiento frente a sus síntomas (Marchant, 2000). Entonces el trauma o el recuerdo actuarían como un cuerpo extraño que ejercerá sobre el organismo una acción intensa por mucho tiempo (Sos, 2010). En palabras de Amoroso, y Bruno (2010) “el histérico caería preso de una paradoja: padecería de reminiscencias que no podría recordar conscientemente” (p. 50).

Aquí valdría la pena retomar las primeras nosologías que Freud (1894,1898) plantea respecto a las neurosis, las cuales dividía en dos grandes cuadros clínicos: las neurosis actuales (que incluyen a la neurosis de angustia, la neurastenia e hipocondría) y las psiconeurosis de defensa (donde se hallaba la histeria, la obsesión y la fobia). Aunque consideraba que ambas estaban causadas por conflictos sexuales, en las neurosis actuales los desórdenes se manifestaban en tiempo actual, mientras que en las psiconeurosis se trata de un entramado de aspectos de la vida pasada, remitiéndolo al estudio de la infancia de los pacientes.

De esta manera, Freud definió a la histeria como una neurosis que tiene su origen en un incidente sexual de un evento real o fantaseado, cuyo recuerdo se halla reprimido y no ha podido ser elaborado asociativamente, volviéndose traumático cuando acontece un segundo incidente que viene a reactivar el primero, transformándose a partir de ahí en un agente patógeno que provocará un síntoma (Saldías y Lora, 2006). Así, los síntomas histéricos tendrían que ser resultado de la transposición de un conflicto psíquico en una inervación somática que no respondería al funcionamiento de la estructura anatómica a la manera de las enfermedades orgánicas (Marchant, 2000).

En el texto de Histeria (1888), Freud nos brinda una perspectiva económica comentando que se trata de una anomalía del sistema nervioso en la que se encuentran altas cantidades de excitaciones, con una variada y particular distribución entre representaciones tanto consientes como inconscientes. Estas aseveraciones descansan en las observaciones que había realizado sobre la expresión y naturaleza de la sintomatología histérica de aquel tiempo.

De esta manera Freud (1888) señala como consideraciones generales lo siguiente:

Los fenómenos histéricos tienen preferentemente el carácter de lo excesivo: un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo; una anestesia y una parálisis fácilmente pueden volverse absolutas; una contractura histérica opera el máximo de contracción de que un músculo es capaz. Y a todo esto, cada síntoma puede presentarse por así decir aislado: anestias y parálisis no van acompañadas por los fenómenos generales que en los casos de lesiones orgánicas atestiguan la afección encefálica, y que por su significación eclipsan, en general, a los síntomas focales (p. 52).

Freud (1893) plantea que estos síntomas pueden desaparecer en medida que ese recuerdo se pueda traer a la consciencia junto con el afecto que le acompaña:

Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto (p. 32).

A este procedimiento se le denominó abreacción, que consistía en la cancelación de la acción de la representación originariamente no abreaccionada, que había quedado apartada de la conciencia.

Sin embargo en la actualidad ya no es común encontrar pacientes con síntomas histéricos clásicos, es decir que presenten ataques en arco, síntomas de conversión espectaculares o estados casi alucinatorios como los descritos por Freud y Charcot en la Salpêtrière, los síntomas histéricos contemporáneos tienen otras formas de manifestarse y dentro de ellos podemos hallar padecimientos como la anorexia, las fibromialgias, las toxicomanías, la hiperactividad, las depresiones generalizadas, las enfermedades autoinmunes, etc. (López, 2007 como se cita en Suen et al., 2017).

3.1 Mecanismo de la histeria

Como ya se mencionó en el apartado anterior, la noción de un trauma relacionado con la sexualidad es lo que Freud (1893) consideraba como agente etiológico y patógeno muy importante para la conformación de las histerias, en algunos casos esto pudo ser esclarecido de manera más directa, sin embargo, en otros casos la relación no fue tan sencilla de hallar, de ésta manera el autor establece que el nexo podría estar constituido de una manera más simbólica entre el evento ocasionador y el fenómeno patológico. Hay que señalar que este evento en lugar de tratarse siempre de un gran trauma puede estar compuesto por varios traumas parciales que en conjunto pueden desencadenar el efecto traumático.

Freud (1893) comenta que si ante un suceso afectante a nivel psíquico la persona reacciona dando paso a la descarga de los afectos surgidos, el afecto acompañante del recuerdo será mucho menos intenso a diferencia de cuando no tiene lugar la descarga de afecto. Con relación a esto el autor menciona que también existen otras posibilidades para liberar el afecto, una de ellas es por medio de la palabra, tal como se expresa a continuación “el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser «abreaccionado» casi de igual modo (p.34)”.

Otra forma en la que se puede tramitar el afecto experimentado en un trauma psíquico es que este afecto se desplace por asociación a las representaciones de otras vivencias que estén cercanas a la representación del trauma. Empero cuando el afecto no se logra descargar ni por medio de la acción, lenguaje o asociación debido a que las circunstancias

psíquicas, externas o inherentes a la naturaleza del mismo evento imposibilitaron que se pudiera reaccionar, es entonces cuando se establecen las condiciones para que de un trauma psíquico se formen representaciones hiperintensas que puedan desembocar en un fenómeno histérico.

Más adelante Freud (1894) precisa que en los casos de histeria, el trauma sexual tiene su presentación durante la niñez temprana, a forma de vivencias de pasividad sexual en los periodos presexuales, pero que cobran su valor patogénico cuando se reviven como recuerdo a partir de que el individuo ha alcanzado cierta madurez sexual en la pubertad.

Esta etapa de la vida del sujeto podrá despertar las huellas mnémicas de los traumas de la infancia, empero no devendrán consientes sino que se les arrancará el afecto, puesto que dichas representaciones de contenido sexual generan tanto excitación como displacer, por lo tanto pasarán a ser reprimidas por la defensa. Es importante señalar que todas las funciones psíquicas tienen propiedades de cantidad, esto quiere decir que son sumas de excitación susceptibles de aumento, disminución, desplazamiento y descarga que se distribuyen a través de las huellas mnémicas de las representaciones a la manera de una carga eléctrica (Freud, 1894).

Aunado a lo anterior Freud (1894) comenta que sus pacientes con síntomas histéricos gozaban de buena salud psíquica hasta que les sobrevino una inconciabilidad de representaciones, marcada por una vivencia que despertó un afecto penoso del pasado y que no pudo ser procesada adecuadamente por su yo, desplegando así una serie de empeños defensivos con el propósito de esforzar al desalojo esas representaciones.

Entonces Freud tomó como eje de sus teorizaciones al mecanismo de formación de los síntomas al que denominó "mecanismo defensivo", debido a la función que desplegaba en la psique humana, vislumbró que en la histeria el mecanismo que opera es el de conversión, un proceso mediante el cual la magnitud de excitación de la representación intolerable resulta transformada en excitación somática que se expresará en una zona determinada del cuerpo (Saldías y Lora, 2006). A manera de convertir una representación

hiperintensa en una débil quitándole su suma de excitación y transponiéndola en lo corporal.

En el texto de “Introducción al narcisismo” (1914) afirmará que el autoerotismo constituirá las zonas erógenas que marcarán al cuerpo adulto y que serán zonas que se privilegiarán como lugares de elección para la manifestación de los síntomas conversivos. Al respecto Freud (1888) comenta que estas zonas histerógenas “pueden tener su sede en la piel, en las partes profundas, huesos, mucosas, y hasta en los órganos de los sentidos” (p. 47).

Al respecto de este mecanismo de conversión el autor plantea que “la conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática” (1894, p.51), consiguiendo así librarse de la contradicción, aunque manteniendo un símbolo mnémico en forma de inervación motriz o sensación alucinatoria, que constantemente retornará hasta que se produzca una conversión en dirección inversa.

Al mismo tiempo la representación reprimida pasará a formar parte de un núcleo de escisión histórica que se irá fortaleciendo con eventos traumáticos auxiliares, esto es, con situaciones que generen una impresión similar a la traumática y consigan aportar un nuevo monto de afecto a la representación previamente debilitada movilizándolo de nueva cuenta la defensa del proceso de conversión. Sin embargo dicha excitación desviada hacia lo motriz podrá volver a la representación original de tiempo en tiempo (Freud, 1894).

En 1896 Freud esclarece que las escenas traumáticas no forman nexos simples sino que estos se encuentran ramificados ya que:

A raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas, como recuerdos... ningún síntoma histórico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma (p. 196).

La histeria permitió identificar la dimensión histórica de la neurosis, es decir, los dos tiempos que conforman al síntoma, por un lado el mecanismo de la represión y por el otro

el retorno de lo reprimido que es estimulado por un evento que dispara el efecto retroactivo del recuerdo (De Battista, et al, 2013).

Previamente a que Freud desarrollara la teoría de la sexualidad infantil, atribuía un valor significativo a la seducción ejercida por parte de los adultos hacia los niños en la formación de los síntomas histéricos, pero es a partir de sus hallazgos sobre la sexualidad pregenital, comienza a cuestionarse el papel de la seducción y su foco de interés pasa a centrarse en la fantasía, abordando el problema de la implicación de las fantasías en el síntoma (De Battista, et al, 2013).

Al respecto Freud (1908) comenta que el nexo es múltiple y complejo a causa de que las fantasías inconscientes buscan procurarse una expresión, en sus palabras “un síntoma no corresponde a una única fantasía inconsciente, sino a una multitud de estas; por cierto que ellos no de una manera arbitraria, sino dentro de una composición sujeta a leyes” (p.144).

Si bien Freud (1894) concluye que la característica más distintiva de los pacientes histéricos es la capacidad que tienen para la conversión, más adelante ahonda en otro mecanismo de producción de síntomas: la identificación. En “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) el autor comenta que se trata de la forma más temprana de exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona, además de que puede llegar a reemplazar a la elección de objeto, esto quiere decir que el yo de un sujeto podría tomar sobre si las propiedades del objeto.

Aunque la identificación es un mecanismo que se da de forma normal en la constitución de la subjetividad, esta tiene lugar desde la renuncia al objeto previamente elegido, a diferencia de la identificación histérica que surge dentro de la situación edípica donde se busca desplazar a la figura parental que representa al rival, con el fin de obtener el amor del padre, a partir de esta teorización Freud (1921) distingue tres formas de identificación.

En primer lugar tendríamos la identificación con el síntoma de la persona considerada rival, que implicaría la voluntad de sustituir por ejemplo a la madre, donde el síntoma expresaría el objeto de amor por el padre y a través de la conciencia de culpa se desenvolvería esta

sustitución identificándose con el sufrimiento con la madre. Posteriormente se encuentra la identificación con el síntoma de la persona amada que vendría a reemplazar a la elección de objeto en un movimiento regresivo, esto quiere decir, que a través del padecimiento se tendría al padre que es el objeto de amor, se apropiaría de alguna forma de él. Y por último estaría la identificación sin objeto en la que se buscaría ponerse en una situación deseada.

Años más tarde cuando Lacan realiza un retorno a las teorizaciones de Freud acerca de la histeria, cae en cuenta que el mecanismo de conversión no es algo propio de la histeria ya que se relaciona con la capacidad de hablar y ser, en otras palabras hablar con el cuerpo, por ende las conversiones también se pueden encontrar en las fobias y en las obsesiones por ejemplo. Es por lo anterior que para Lacan la concepción clásica de la histeria no es algo que se pueda sostener actualmente desde esta única perspectiva (Mazzuca, 2008 como se cita en Riascos, 2020).

De acuerdo con Mazzuca (2008 como se cita en Riascos, 2020) Lacan movilizó la mirada de la histeria desde lo psicopatológico a una modalidad de subjetividad y una forma de discurso, en la cual se entreteje una red compleja de relaciones conceptuales, que se desarrollarán a continuación:

- a) La fragmentación corporal, entendida como la operación simbólica del lenguaje sobre el cuerpo, que viene a tomar el lugar de la conversión histérica de Freud.
- b) La identificación viril, que parte de la pregunta que se hace el sujeto histérico sobre la cuestión del sexo, donde toma lugar a nivel imaginario de la ausencia de un significante que permita la identificación simbólica con la mujer.
- c) Una modalidad de estructura del deseo que constitutivamente se encuentra insatisfecho dado que no remite a un objeto sino al deseo, es decir deseo de deseo, además de rehusarse a responder a la demanda del Otro, donde se busca no quedar capturado por dicha demanda y a su vez sostener su deseo.
- d) La función de las identificaciones que son tres: la identificación histérica de acuerdo al mecanismo establecido por Freud en "Psicología de las masas", la identificación viril y la identificación freudiana que conlleva la identificación a través del síntoma y

que no requiere de una relación preliminar con el objeto, sino el reconocimiento en el otro de un mismo deseo.

- e) El discurso de la histeria, en el que el saber está en el lugar de la producción, donde conduce al Otro a la producción de un saber.
- f) El goce de la privación donde hay una sustracción del goce sexual y el sujeto se sustrae como objeto de goce, garantizando su goce privativo a la vez que causa insatisfacción en el Otro.
- g) Relación con un padre idealizado al que se ama pese a su potencia o impotencia.

3.2 El beneficio primario y secundario de los síntomas

En sus textos pre psicoanalíticos, Freud (1896) comprendía al síntoma como un cumplimiento de deseo del pensamiento represor, que más adelante pasaría a teorizar como la instancia superyoica, es decir como castigo o autopunición y una sustitución última de la autosatisfacción del onanismo. A lo largo de sus indagaciones lo fue relacionando con la realización de una fantasía, un símbolo mnémico del trauma y una forma de protección contra la angustia (Negro, 2009).

Otras características que identificó el autor sobre los síntomas es que suelen generar un carácter displacentero para quien lo padece, sin embargo se presentan de forma repetitiva donde el yo de la persona es impotente para resolverlo, lo que desencadena que el sujeto termine adaptándose y conviviendo con su síntoma e inclusive llegando a extraer de ese síntoma ciertos beneficios, lo que se entendería como la ganancia secundaria de la enfermedad (Betholet, 2019).

De acuerdo con las investigaciones de Freud este síntoma tendría todas las propiedades de un hecho de la realidad psíquica, siendo elaborado por el aparato psíquico, ya que cuenta con un sentido y a su vez se articula con experiencias y significaciones de la historia personal del sujeto, otorgándole un papel fundamental a la vida sexual infantil, cuyo proceso demarcaría la conformación de los síntomas a partir de la instauración de la represión y de los deseos que resultarían inadmisibles o inconciliables, siendo el síntoma un retorno de lo reprimido (Betholet, 2019).

No obstante, no ha sido suficiente con descifrar el sentido de un síntoma e interpretarlo en análisis para que este desaparezca, Freud tuvo que construir un edificio teórico que le permitiera comprender el funcionamiento y la estructura del aparato psíquico, lo que lo llevó a la conceptualización de las pulsiones.

En Tres ensayos de teoría sexual (1905) Freud destaca la importancia de las pulsiones sexuales en las neurosis como única fuente energética constante, comentando que los síntomas llegan a ser la práctica sexual de los enfermos. Refiriéndose en específico a las histerias, Freud explica que los síntomas son sustitutos de aspiraciones, afectos y deseos que toman su fuerza de la pulsión sexual, pero que se les ha denegado el acceso a una actividad psíquica consciente debido a que existe una alta cuota de represión sexual y de resistencias como la vergüenza, el asco y la moral que actúan como diques en contra de la pulsión sexual.

Como consecuencia de la intensa represión la persona puede mantenerse en una total ignorancia y desautorización sexual a pesar de que haya alcanzado la madurez y al mismo tiempo coexiste un despliegue hiperpotente de la pulsión sexual, este par de opuestos son rasgos de carácter muy presentes en la histeria. Ante el conflicto del reclamo de la expresión de las mociones libidinosas y de su represión se sitúa el recurso de la enfermedad como una forma de escapar mudando las aspiraciones libidinosas en síntomas.

Por lo tanto una de las concepciones de Freud acerca del síntoma, sería entenderlo como una formación de compromiso entre la instancia represora y la satisfacción pulsional, este arreglo conseguiría que dos representaciones opuestas se reúnan en un mismo síntoma, obteniendo una satisfacción sustitutiva, que es a lo que Freud denominaría el beneficio primario del síntoma (De Battista, et al., 2013).

Ahora bien, un carácter fundamental de las pulsiones es su drang, es decir el empuje de una fuerza que busca la satisfacción, ya en el Proyecto de una psicología para neurólogos (1896) Freud explica que el síntoma es un símbolo mnémico del trauma que ha sustituido a la vivencia de dolor, dicha vivencia junto con la de satisfacción son consideradas primordiales para la constitución del aparato psíquico, ya que permiten establecer a partir

de la pérdida inaugural de la vivencia de satisfacción la implementación de la función de desear, a la vez que evita el acercamiento a la vivencia de dolor.

Por un lado la vivencia de satisfacción traería como efecto al estado de deseo y la atracción hacia el objeto, mientras que la vivencia de dolor causaría generalmente el afecto de angustia y de la defensa primaria, que buscaría alejarse del objeto manteniéndolo como un objeto perdido, ambas vivencias pasarían a ser dos caras de la misma moneda constituyendo un objeto que se produciría por la intervención del Otro materno. Entonces el síntoma sería el símbolo de lo perdido, de un agujero inaccesible para el aparato pero que al mismo tiempo protegería contra su resurgimiento, sosteniendo así dicho agujero y al deseo (Negro, 2009).

En Inhibición, síntoma y angustia Freud (1926), refiere que la vivencia traumática tendría que ver con un estado en el cual fracasan los empeños del principio de placer y donde se hacen presentes grandes sumas de excitación. Las situaciones primarias y originarias de peligro surgen en el encuentro con una exigencia libidinal hipertrófica, como resultado de factores traumáticos que al entrar al aparato psíquico irrumpen y atraviesan la membrana protectora anti-estímulos impidiendo la capacidad de descargarlos o ligarlos.

Este estado de desamparo inicial entendido como un núcleo genuino de peligro pasaría a ser diferenciado del desplazamiento que tiene lugar en el bebé en un segundo momento y que apuntaría a una intensa angustia frente a la pérdida del objeto materno, al percatarse que la madre es la encargada de satisfacer sus necesidades respondiendo a sus estados de insatisfacción frente a los cuales es impotente, por lo que ahora la ausencia de la madre devendría como peligro, desencadenando una señal de angustia inclusive antes de que se encuentre en una situación de insatisfacción (Betholet, 2019).

En este texto mismo texto Freud expresa su interés por aquellas satisfacciones pulsionales que no se prestan fácilmente a abandonar una repetición compulsiva, identificando la inercia psíquica en las neurosis a la necesidad y búsqueda de castigo, entendida como masoquismo, donde retoma sus teorizaciones postuladas en "El yo y el ello" (1923) acerca de la constitución y el carácter del superyó como representante del ello, que toma su fuerza

de la pulsión de muerte y aboga en su nombre la satisfacción pero que sería de un tipo sádico, debido a la relación perversa es decir, sado masoquista, que se establecería entre el superyó y el yo de un sujeto.

Capítulo IV Historia clínica

4.1 Ficha de datos generales

Nombre: Ana

Edad: 23 años al inicio del tratamiento

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ciudad de México.

Ocupación: Egresada de licenciatura

Fuente de referencia: Convocatoria de Residencia Psicoterapia para adolescentes

4.2 Motivo de consulta

La paciente mencionó que no se ha sentido cómoda consigo misma, se estresa y enoja fácilmente y muchas veces también se ha sentido triste, comenta que padece neurodermatitis desde que era bebé y que considera que parte de la intensidad de sus brotes de deben a estas emociones que se le dificulta mucho controlar.

4.3 Impresión personal

La paciente es una mujer joven que luce de complexión mediana aproximadamente de 1.65 m de altura, es de tez morena clara, con cabello ondulado a los hombros, en su cara tiene algunas pequeñas cicatrices secuelas de la neurodermatitis. Usa poco maquillaje, habitualmente pinta labios rojo y rímel. Habla con un tono de voz bajo, monótono y por momentos se entrecortan sus palabras, como si estuviera triste o a punto de llorar.

Se comporta de forma tímida la mayor parte del tiempo, por ejemplo evita mantener la mirada hacia la cámara, en su lugar suele mirar hacia abajo. Usa ropa holgada y cómoda, no muestra los brazos ni el pecho. Se encuentra sentada en su habitación, donde sólo se ve detrás de ella una pared blanca y una cortina con poca iluminación.

4.4 Historia personal

Nacimiento

Tres meses antes de que la mamá se percatara de que se encontraba embarazada de la paciente había perdido a un bebé de 8 meses de gestación a causa de un aborto espontáneo por lo que se encontraba bastante afectada emocionalmente. Ana nació sin complicaciones, con un adecuado peso y talla, obteniendo valoraciones positivas en sus escalas.

Sus papás le contaron que su dermatitis se desarrolló desde que tenía 8 meses puesto que lo traía genéticamente, al principio su mamá pensó que se trataba de otro padecimiento debido a la intensidad de sus erupciones, sin embargo después el diagnóstico fue confirmado por varios especialistas. La mamá era la principal encargada de atenderla y brindarle los diversos cuidados que requería, ella solía llorar mucho por el dolor que le producían los brotes en su piel lo cual angustiaba a la mamá y la llevaba a sobreprotegerla de diversas formas, esto suscitaba enojo en el padre quien no estaba de acuerdo con el trato que se le brindaba.

A partir del primer año su mamá la dejó de amamantar con pecho y empezó a darle leche de fórmula junto con otros alimentos. Comentó que al parecer su desarrollo había sido normal, puesto que no recuerda que sus padres le hayan comentado alguna otra dificultad en ese periodo.

Infancia

Cuando Ana cumplió dos años, su madre volvió al trabajo debido a que la situación económica de la familia era complicada por lo que desde entonces el papá pasó a hacerse cargo de los diversos cuidados de Ana, la mamá al trabajar gran parte del día sólo podía convivir con la paciente por las tardes/noches, durante los fines de semana el papá llevaba a los hijos a la casa de los abuelos paternos. A Ana le costaba trabajo separarse de su padre, aunque le gustaba estar con sus abuelos prefería que él también estuviera ahí.

Los primeros recuerdos que Ana tiene de su infancia son con su papá llevándola al kínder, preparándole su lunch y consintiéndola mucho. Recuerda que la relación con la mamá era distinta porque casi no la veía y le atemorizaba verla molesta o presionada. Con sus hermanos casi no jugaba, aunque ella deseaba participar en sus actividades, ellos no querían jugar con ella porque era muy pequeña, recuerda que en ocasiones eran groseros con ella.

La mayor parte del tiempo jugaba sola, de vez en cuando su padre invitaba a la casa a una amiguita que tenía desde kínder llamada Isadora, ella se convertiría en su mejor amiga hasta la fecha, estudiaron juntas desde kínder hasta la secundaria y después se reencontraron en la universidad.

Durante la primaria la mamá de Isadora recogía a Ana de la escuela y la llevaba a casa de los padres, en ocasiones la cuidaba un rato en lo que el papá o los hermanos llegaban, esto la ponía triste porque se llegaba a sentir algo abandonada. A partir de los 10 años se empezó a quedar sola en casa unas horas, comenta que desde entonces empezó a aprender varias cosas para ser más independiente, como prepararse algunos alimentos.

En la escuela mostró dificultades para hacer amigos, normalmente sólo se juntaba con su amiga Isadora y cuando más niños querían hablarle o jugar con ella, se sentía intimidada e incomodada. Era una niña muy estudiosa y dedicada, solía hacer sus tareas por su cuenta obteniendo muy buenas calificaciones, sus maestros no tenían quejas al respecto de su comportamiento y desempeño.

Así mismo, la mamá decidió meterla a clases de natación para que se distrajera en las tardes, sin embargo fue una actividad que le desagradaba a la paciente ya que el agua de la alberca le irritaba la piel y el traje de baño exponía sus heridas en la piel. Comenta que nunca le ha gustado el deporte, cree que puede deberse a que en aquel tiempo su mamá trabajaba limpiando gimnasios y dando clases de spinning algo que a ella le desagradaba. Después de un año en natación dejó de acudir.

Tiempo después le comenzó a llamar la atención la música porque solía escuchar bastante con su papá, durante la secundaria surgió el interés por tocar la batería, así que empezó

a asistir a clases de percusiones que su papá le pagaba. También le gustaban los juegos de mesa, la lectura y las caricaturas.

Adolescencia

Al entrar a la secundaria una tía materna y su primo se fueron a vivir a su casa a causa de unos conflictos personales por los que estaban atravesando, Ana desarrolló un vínculo muy cercano con ambos, especialmente con su primo quien era con el que mejor se llevaba en aquel entonces, cuando se fueron de la casa la paciente se sintió afectada.

Poco después cuando el tío paterno vivió con ellos, la mamá decidió irse 6 meses de la casa al no sentirse de acuerdo con dicha situación, Ana lo tomó como una gran traición de su mamá y a partir de ahí su relación se fracturó más, comenzó a rechazarla y atacarla abiertamente. Ella ocupó el lugar de la madre durante ese tiempo, estableciendo una dinámica particular con el padre, en la cual ambos se aliaban en contra de la madre, el papá llegaba a contarle los conflictos de pareja que tenían, lo que producía mayor enojo en la paciente quien se sentía involucrada en tales problemas.

En esa etapa de la adolescencia los brotes de dermatitis comenzaron a extenderse a otras zonas de su cuerpo como sus pechos, las manos y la parte interna de sus muslos, a la escuela acudía con el pants del uniforme porque se sentía más cómoda, todo el tiempo trataba de ocultar sus marcas para que los demás no las vieran y tampoco les platicaba sobre su padecimiento más que a su amiga Isadora, recuerda sufrir mucho por el dolor que le generaban estos brotes a pesar de los tratamientos que utilizaba.

En preparatoria su amiga se quedó en una escuela distinta a la de ella formando nuevas amistades, lo que generó en Ana una sensación de exclusión, intentó hacer otros amigos en su salón de clases, pero no le caían bien los chicos de su edad porque hablaban de temas que a ella no le interesaban, así que en varias ocasiones optó por aislarse. Cuando su Isadora inició un noviazgo, Ana se sintió incómoda porque los chicos casi no se le acercaban a ella, sintió mucha inseguridad respecto a su aspecto físico ya que pensaba que nadie querría andar con ella por su neurodermatitis.

En esa etapa quiso vestir más femenina, sin embargo no lo hacía porque esto dejaría sus marcas a la vista de los demás, algo que le generaba mucho miedo al rechazo. También empezó a evitar algunas actividades y lugares, por ejemplo ir a la playa de vacaciones o a fiestas con sus amigos. Fue una etapa bastante complicada para ella, donde le costó adaptarse a los contextos sociales y se volvió más introvertida e insegura.

En casa solía discutir frecuentemente con su mamá, hasta llegar a la rabia, sus hermanos y padre le llegaban a decir que no discutiera ya que no lograría nada con eso más que agravar sus brotes, por lo que poco a poco empezó a ceder en lo que su madre le decía al igual que los demás.

No ha tenido una relación de pareja hasta el momento, tampoco ha iniciado su vida sexual y habla muy poco al respecto de sentir atracción o interés por una persona, es un tema que evita argumentando que se considera asexual, además piensa que el noviazgo conlleva ser dependiente del otro y eso podría volverse algo disfuncional como la relación de sus padres.

Dentro de las actividades que más realiza estando en casa es cocinar, limpiar y ver series en plataformas digitales, se engancha a los personajes los cuales idealiza y le ayudan a fantasear con lo que le gustaría hacer en su futuro, por ejemplo, vivir sola, conseguir un trabajo que la remunere bien económicamente y encontrar a una persona que sea muy similar a ella de la cual pueda enamorarse.

A lo largo del confinamiento por la pandemia de covid-19 se aisló en su casa, se alejó significativamente de sus amistades y su convivencia se redujo a su familia, también dejó de hacer varias actividades, como tomar sus clases de percusiones y andar en bici, algo que solía disfrutar. El miedo a salir sola incrementó significativamente, trataba de evitarlo a toda costa.

4.5 Historia familiar

Ana proviene de una familia constituida por su padre de 54 años, su madre de 59 años, su hermana de 29 años y su hermano mayor de 33 años. Los padres se conocieron cuando

laboraban para una empresa, ahí iniciaron una relación de pareja y tiempo después decidieron casarse. Un tiempo vivieron en casa de la familia paterna, pero después pudieron adquirir su propio espacio.

Llegaban a presentar diversos conflictos de pareja debido a que el padre era muy apegado a su madre, algo que solía molestar a su esposa quien sentía que no le daba su lugar, además los fines de semana el señor solía recurrir al consumo de alcohol, lo que desencadenaba fuertes discusiones entre ellos. También el cuidado de Ana era un tema que originaba diferencias, ya que el padre consideraba que la mamá de Ana la sobreprotegía y descuidaba sus labores como esposa. La familia era de creencias católicas pero no practicaban la religión de forma rigurosa, la paciente respeta dichas creencias pero hasta la fecha no se ha definido por ellas.

Ana ha vivido en el mismo domicilio desde que nació y la situación económica en su hogar ha sido estable gracias a que ambos padres se han mantenido trabajando, cuando cumplió dos años su mamá retomó sus actividades laborales, las cuales le ocupaban gran parte del día por lo que ella fue ingresada a una guardería, su papá pasó a hacerse cargo de ella en varios aspectos, al tener mayor posibilidad de organizar sus horarios porque recientemente había creado una empresa donde brinda servicios de reparación y mantenimiento a computadoras, por lo que en ciertas temporadas tenía mucha carga de trabajo, pero al ser su propio jefe se permitía acoplar sus horarios con los de Ana para poder cuidarla y estar al tanto de ella.

Al entrar al kínder Ana desarrolló un apego muy fuerte por su padre, ya que pasaba gran parte de su tiempo con él, cuando al papá se le dificultaba cuidarla pasaba a dejarla junto con sus hermanos a casa de los abuelos paternos. Ana casi no solía convivir con sus hermanos debido a que ellos eran varios años mayores que ella y no se sentía en la confianza de acercárseles. La paciente ha comentado que su abuelo paterno padecía de alcoholismo, sin embargo debido a la edad había disminuido su consumo.

Conforme fue creciendo fue interactuando más con su hermana, con ella ha mantenido una relación estrecha y de apoyo mutuo, comenta que es como su mejor amiga ya que le

cuenta cosas íntimas que a nadie más le platica, además la admira y busca seguir sus pasos, su hermana fue por un tiempo como una figura materna, sentía que su trato era cálido y empático algo que no encontraba en la mamá.

Respecto a su relación con la mamá, Ana ha llegado a comentar que es muy complicada ya que siente resentimiento por ella, menciona que su madre es una mujer muy enojona y egoísta, cuando era niña el trato que recibía de ella no era tan comprensible y afectuoso como le hubiera gustado, ya que la veía constantemente presionada por trabajar mucho, cotidianamente se encontraba fuera de casa y cuando llegaba la paciente prefería evitarla pues la veía molesta y estresada.

Cuando Ana estaba por pasar a la secundaria su mamá comenzó a trabajar limpiando casas y más recientemente se convirtió en personal de asistencia. A Ana le desagradaba que su mamá trabajara en estas actividades y prefería no comentarlo con los demás.

En cuanto a la relación con su hermano parece que ha sido distante, habla poco de él y comenta que no congeniaban bien desde que ella era niña. Su hermano ha sido más apegado a la madre desde chico, cuando se encontraba cursando la universidad su pareja se embarazó, por lo que decidieron casarse y vivir juntos, ese tiempo se mudó de la casa el hermano. Ha trabajado en la empresa de su papá por muchos años y últimamente abrió su propio negocio.

Durante el tratamiento psicológico el hermano se fue a vivir con su esposa e hijo a la casa de los padres de la paciente, lo cual la hizo sentir molesta e invadida en su espacio personal, además de que tenía diversos conflictos con su sobrino de 7 años al cual consideraba consentido y mal criado, mientras que con su cuñada estableció un vínculo más cercano, especialmente desde que su hermana se mudó de la casa, lo cual había sucedido recientemente al comienzo de las terapias, su hermana decidió rentar un espacio junto con su pareja, esta separación impactó profundamente a la paciente quien se sintió abandonada y desplazada.

Durante su etapa universitaria los intensos brotes de dermatitis fueron constantes a pesar de que a lo largo de su vida se ha mantenido en tratamientos dermatológicos que han sido

costosos, sus padres han solventado los gastos tanto de las consultas médicas, como de los medicamentos, sin embargo ella se ha sentido mal porque se considera una carga para sus padres.

Ana menciona que la dinámica familiar ha ido cambiado, ya que anteriormente cuando era chica sus padres tenían diversos problemas de pareja, normalmente ella y sus hermanos tenían conflictos con la mamá y eran más apegados al papá, por lo que la mamá se molestaba, conforme fue creciendo el clima familiar fue más evitativo, la familia no quería discutir con la mamá así que evitaban convivir con ella o cedían ante muchas cosas, poco a poco Ana adoptó esta forma de comportarse.

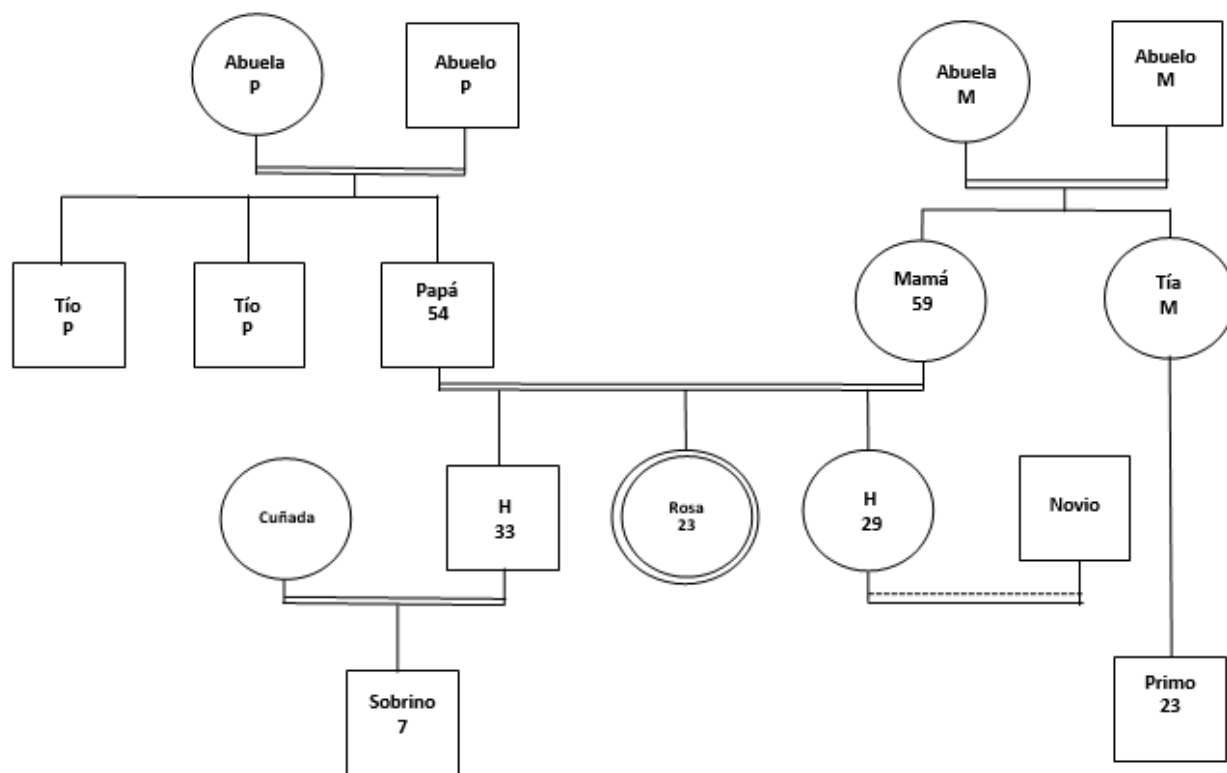
Un cambio significativo que notó la paciente fue que cuando tenía 16 años, su mamá decidió tomar terapia y a partir de ahí notaba que se enojaba menos, comenzó a hacer esfuerzos para tratar de acercarse a la paciente y mejorar su relación, no obstante, Ana no permitió que se diera ese acercamiento porque ella lo sentía como traicionar a su padre, además de que era mucho el rencor que sentía por su madre. Entrando a la universidad dejó de discutir con su mamá, donde pasó a evitar relacionarse con ella y a no externar sus emociones como el enojo y la tristeza.

Durante la pandemia la convivencia entre la paciente y su papá incrementó, ya que él en ocasiones trabaja desde casa a diferencia de la mamá que no dejó de acudir a las casas donde laboraba. Ana siente que se volvió cada vez más dependiente de su padre, ya que le entró un gran temor a salir de casa, sólo llegaba a salir en compañía del padre e inclusive tenían el acuerdo de que los viernes ella lo acompañaba a su oficina a trabajar, llegó un punto en el que ella comenzó a aislarse mucho de sus amigos, ya no contestaba mensajes y no asistía a los encuentros que se acordaban.

Por un lado ella deseaba ser cada vez más independiente, pero a la vez se enfrentaba a las dificultades de separarse de su padre, ya que se trataba de una situación cómoda para ambos, tanto el padre como ella se beneficiaban de esta dinámica. Por lo que ponerle un límite al padre representaba una situación muy complicada que la llevaba a experimentar una intensa culpa.

A los 6 meses de tratamiento terapéutico la paciente finalizó sus créditos en su carrera universitaria, hasta la fecha está trabajando en cubrir los demás requerimientos para su titulación, sin embargo se siente bastante asustada por pasar a una nueva etapa de su vida en la cual iniciaría su vida laboral, duda de su capacidad para poder conseguir un empleo y mantenerse en él, a su vez estos temores e inseguridades han influido en que ella retrase sus trámites y actividades.

Familiograma



Método

Planteamiento del problema

Los síntomas funcionales del cuerpo que no tienen explicaciones fisiológicas para su manifestación, han sido tema de extensas investigaciones y discusiones a lo largo de los años entre las comunidades que se dedican al estudio de dichas patologías. Dentro de éstas se pueden considerar algunas enfermedades de la piel en las que no se han encontrado afectaciones a nivel orgánico que puedan explicar la aparición de determinados síntomas, como sucede en el caso de la neurodermatitis que puede comenzar a manifestarse en la piel de una persona desde sus primeros meses de vida.

Si bien es frecuente que en la piel del bebé surjan brotes cutáneos benignos que se consideran parte del proceso de adaptación del neonato al nuevo ambiente al que pertenece (Vilarrasa y Puig, 2008), cuando estas afecciones persisten con una baja respuesta a los diferentes tratamientos médicos y cuidados recomendados, se puede considerar que también interviene un importante influjo de los factores psicológicos en la aparición y mantenimiento de los síntomas.

De esta manera, se volverá importante reconstruir la historia de vida del individuo, tomando en cuenta sus experiencias personales, sus vínculos interpersonales, su entorno, cambios o crisis significativas que ha transitado, la historia familiar y los antecedentes hereditarios, además de las manifestaciones físicas que ha ido presentando a través de los años, a manera de que se puedan ir pesquisando las interrelaciones que hay entre todos estos factores, brindando una comprensión contextualizada del fenómeno patológico.

La paciente Ana, de 23 años, solicita el servicio psicológico a través de una convocatoria de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, para proporcionar atención psicológica a adolescentes durante la pandemia, y lanzada por medios digitales. La paciente refiere el siguiente motivo de consulta: *“No me siento cómoda conmigo, me estreso y enojo fácilmente y muchas veces me siento triste”*. Durante la primera entrevista la joven comenta padecer, desde que tenía un año de edad,

neurodermatitis en grado de moderado a grave; de igual forma su hermana mayor, su madre y una tía materna la padecen pero en mucho menor intensidad, lo cual la hace sentir molesta porque considera que su carácter es lo que la lleva a presentar los brotes con mayor gravedad y frecuencia, a pesar de que se ha mantenido constante en los tratamientos médicos y cuidados recomendados.

Ana es la hija menor de una familia conformada por sus dos padres y dos hermanos mayores que le llevan 7 y 5 años, previo a su nacimiento la mamá sufrió un aborto espontáneo a los 7 meses de gestación, esta pérdida generó un fuerte impacto en ella, deprimiéndose los siguientes tres meses, hasta darse cuenta de que se encontraba embarazada esta vez de la paciente. Ella pensó que “*Dios le había devuelto a su hijo que había perdido*”, de esta manera transitó un embarazo con una gran preocupación de que saliera todo bien en esta ocasión, dejó de trabajar durante los últimos meses y se mantuvo en reposo en casa.

Ana nació sin complicaciones, durante sus primeros meses la madre se dedicó a su cuidado, no obstante los padres comenzaron a presentar dificultades en la relación de pareja, ya que el padre se llegaba a sentir celoso de que la madre pasara gran parte de su tiempo atendiendo a la bebé y consideraba que la sobreprotegía.

A los 8 meses Ana comenzó con los primeros síntomas de dermatitis, los cuales conllevaban fuertes brotes de prurito en sus piernas y brazos, a la par los cuidados de la madre se intensificaron así como los problemas de pareja, hasta que la madre decidió retomar su trabajo y llevar a Ana a una guardería cuando tenía casi dos años, lo cual conllevó un cambio importante para la paciente que para ese entonces se encontraba muy apegada a la mamá.

Debido a que el trabajo de la madre era muy absorbente, el padre empezó a sustituirla poco a poco haciéndose cargo de Ana, llevándola a la escuela, recogiendo, alimentándola y cuidándola los fines de semana. Así se empezó a desarrollar un intenso apego entre padre e hija pero paralelamente se comenzó a gestar un fuerte resentimiento en la pequeña hacia la madre, que se ausentaba por largos periodos de tiempo.

Respecto a la dermatitis, la paciente recuerda pasar por diversos momentos de sufrimiento ya que la mamá le aplicaba ungüentos y remedios caseros para las erupciones que le causaban un tremendo dolor físico:

...recuerdo cuando iba en el kínder y mis calcetas se llenaban de sangre de mis heridas de dermatitis y a mi mamá untándome un ungüento con limón que me ardía muchísimo, yo corría y gritaba por la casa del dolor.

Ana comenta que cuando era niña la relación con sus hermanos era complicada por la diferencia de edades y casi no solía convivir con ellos, sin embargo conforme fue creciendo se acercó más a su hermana creando un vínculo muy estrecho casi de madre e hija, la paciente ha expresado en varias ocasiones que su hermana es su principal modelo a seguir y que la admira mucho. El hermano se mudó hace algunos años porque tuvo un hijo, no obstante la hermana tiene poco que se fue de la casa haciendo sentir a la paciente abandonada, además de quedar en el lugar de hija única junto a sus dos padres.

En la actualidad siguen surgiendo conflictos entre los padres, en los cuales suelen incluir a la paciente, ella considera que sus padres no deberían estar juntos ya que “*son dos personas muy distintas*”. Su relación con la madre es bastante complicada, expresa no sentir ganas de convivir con ella puesto que le resulta una persona molesta y con la cual es difícil relacionarse sin terminar en una discusión; se siente bastante enojada porque piensa que la mamá le ha dado mayor prioridad a sus asuntos personales como el trabajo y amigos, en lugar de apoyar a la familia y en especial a ella: Por lo contrario, la relación con el papá ha sido muy cercana y buena, comenta que su papá es la persona con la que más ha convivido desde que era pequeña, que él la hace sentir cómoda y la consiente, además de que de unos años para acá, durante el confinamiento se han vuelto muy unidos al grado de que ella ya no sale de casa sino es acompañada de él y viceversa, solamente que hay algo que no le parece bueno y es que el padre le confiese a ella muchos detalles íntimos de la relación con la madre, esto la hace sentir furiosa dándole más motivos para alejarse y rechazar a la mamá.

Acorde con lo relatado en las entrevistas de valoración, se le propone a la paciente comenzar el proceso terapéutico con dos sesiones a la semana y vía remota, debido a las condiciones de la pandemia del Covid-19. Durante el tratamiento las primeras emociones que se empezaron a hacer evidentes en la paciente fueron los celos y la rivalidad, hacia la pareja de su hermana que le quitaba la atención y cariño de la misma, hacia la madre por tratar mal a su padre además de invitar al hermano a regresar a la casa a vivir con ellos, algo que a la paciente le disgustó y hacia las novias de sus amigos que los distraían y por lo tanto le dedicaban menor tiempo a la paciente, éstas situaciones le provocaban muchos sentimientos de enojo, sin embargo estos se muestran aislados en su discurso.

Así mismo, se evidenció que Ana se siente atrapada en casa, puesto que su relación tan cercana con el padre la ha ido alejando de hacer otras cosas correspondientes a su edad, como iniciar su proceso de titulación, comenzar a trabajar y tener una activa vida social. Pero al mismo tiempo, menciona encontrar comodidad y protección en esta relación de interdependencia, ya que no tiene que enfrentarse a situaciones que la hacen sentirse bastante incómoda o angustiada, principalmente en contextos sociales, ya que piensa que no cuenta con la capacidad de socializar al ser una persona bastante introvertida.

Aunado a ello, comenta no sentirse muy interesada en tener pareja porque cree que traen problemas, hasta el momento no ha tenido relaciones sexuales, ni noviazgos, tampoco se masturba o expresa tener deseos o fantasías sexuales, este aspecto se muestra fuertemente afectado y reprimido ya que se considera asexual. Respecto a su forma de ser e imagen corporal piensa que son indeseables, porque no se siente atractiva o interesante, considera que la dermatitis ha sido la causante de sus conflictos porque la ha llevado a ocultarse de las demás personas y le ha impedido hacer con normalidad sus actividades, desde esta perspectiva su padre, y en ocasiones su hermana, han sido los únicos que se han mantenido a su lado mientras que de las demás personas percibe rechazo por no ser lo que ellos esperan y piensa que para ser aceptada tendría que cumplir determinadamente con una serie de ideales y funciones que se le han atribuido, las cuales siente que no podrá alcanzar.

De esta manera, experimenta un fuerte conflicto en el cual siente que no es capaz de lograr independencia respecto a la relación con su padre porque eso la hace sentir mal agradecida, ya que él se ha empeñado en cuidarla y protegerla, además de que eso implicaría que el padre quedaría a merced de la madre quien podría lastimarlo. Hasta aquí se puede ir vislumbrando el papel que Ana cumple dentro de la dinámica familiar específicamente entorno a la relación de los padres, además de las variadas implicaciones que ha tenido para ella el síntoma de dermatitis impactándola en distintos aspectos de su desarrollo.

De acuerdo con lo anterior, se pretende profundizar en cómo el síntoma de dermatitis acompañado de otros factores como la historia familiar que envuelve a la paciente y su dinámica pulsional, son aspectos que han influido en su constitución psíquica condicionando su desarrollo y conformación como individuo. Así mismo, se vuelve importante indagar el decurso que siguen estos componentes a través del tiempo, para conocer su evolución y función en las distintas etapas de la vida. Para ello, la teoría psicoanalítica puede brindar un marco de referencia que permita echar luz sobre fenómenos de índole psíquica por medio del estudio de los procesos que les subyacen, incluyendo las relaciones entre las distintas envolturas que forman parte del sujeto.

Es así que la **pregunta de investigación** que me planteo es la siguiente:

¿Cómo es que los factores familiares y psíquicos que envuelven a Ana se relacionan con la conformación, evolución y función de la neurodermatitis dentro de su desarrollo psíquico?

Objetivo general

Presentar un caso donde se analiza el papel de la dinámica familiar, así como de los factores psíquicos que han contribuido en la conformación, la evolución y la función del síntoma de neurodermatitis dentro de la estructura psíquica de Ana.

Objetivos específicos

1. Dilucidar el papel de la dinámica familiar en la conformación y desarrollo de la neurodermatitis en Ana.

2. Analizar los factores psíquicos que han contribuido en la conformación y desarrollo de la neurodermatitis en Ana.

3. Analizar la evolución y la función que tiene la neurodermatitis dentro del desarrollo psíquico de Ana.

Supuesto

A partir de mi perspectiva considero que una posible respuesta a dicha pregunta es que el síntoma psicossomático de neurodermatitis en Ana surge dentro de una relación madre-hija discontinua e inestable aunado a un intenso vínculo con el padre; actualmente cumple la función secundaria de ser un síntoma conversivo caracterizado por una intensa represión y sentimientos de culpa inconscientes, ante los deseos incestuosos hacia el padre y hostiles hacia la madre, que dificulta la expresión de la sexualidad genital y la mantiene en una relación edípica perversa.

Definición de categorías

Neurodermatitis: Enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por lesiones crónicas con prurito o escozor intenso, con presencia de excoriaciones, lesiones papulovesiculares eccematosas, formación de costras y liquenificación (Antuña, García-Vega y González, 2002). Además es de origen multifactorial, tomando en cuenta factores genéticos, ambientales y psicológicos (Beirana,1999).

La neurodermatitis como síntoma psicossomático: Es considerada por diversos autores como un síntoma psicossomático, debido a que los trastornos de la piel son uno de los mecanismos primordiales utilizados para la descarga de incrementos tensionales derivados de una inadecuada contención psíquica por parte del objeto primario en el comienzo del desarrollo emocional, por lo tanto no necesariamente van acompañados de una simbolización. Dichos malestares cutáneos pueden persistir en etapas posteriores a causa de las fallas constitutivas del sujeto.

La neurodermatitis como función conversiva: Este padecimiento de la piel puede ser resultado de una formación de compromiso, en la cual se exprese un conflicto psíquico

que no está pudiendo ser procesado de otra manera y que a su vez obtiene una ganancia secundaria por medio de su aparición y mantenimiento.

Relación discontinua e inestable con la figura materna: Relación que se da entre el bebé y la madre donde no hay una adecuada función de sostén por parte de la madre a través del tiempo dando lugar a la presencia de peligros tanto externos como internos en el bebé que lo amenazan con una fuerte angustia dificultando su estructuración psíquica (Winnicott, 1965).

Relación edípica perversa: Dificultades en el sujeto para renunciar al complejo de Edipo y que permanecen hasta etapas posteriores a la sexualidad infantil, dichas dificultades pueden ser entendidas desde las interrelaciones familiares ya que las figuras parentales pueden interferir en la elaboración de la conflictiva psíquica del hijo (Pichon-Riviere, 1975; García y Zemborain, 1979).

Vínculo intenso con la figura paterna: Forma de relación del hijo con la figura paterna en la que hay una fuerte libidinización del objeto interno paterno, que puede llevar a dificultades en la separación y el desarrollo de la independencia en el sujeto.

Tipo de estudio

La presente investigación se realizó con una metodología de corte cualitativo, ya que brinda un acercamiento a la comprensión de realidades complejas y diversas, para explorar los significados de la experiencia humana y aproximarse a ellos, y para captar los elementos subjetivos y contextuales de los procesos y fenómenos (Pedraz, Zarco, Ramasco y Palmar, 2014). El diseño que se utilizó es el de estudio de caso, que de acuerdo con Martínez (2006) es una estrategia que combina distintos métodos de recogida de evidencia tanto cualitativa como cuantitativa y que tiene el fin de describir, verificar o generar teoría. En psicoanálisis define un caso como el relato de una experiencia singular, escrita por un terapeuta para dar testimonio de su encuentro con un paciente, poniendo en escena una situación clínica que ilustra una elaboración teórica y contribuye a su innovación (Nasio, 2000).

La información obtenida está constituida por los datos textuales que la paciente expresó durante el trabajo terapéutico, los cuales serán tratados por medio del análisis hermenéutico, es decir, la teoría y práctica de la interpretación, en el cual “se pretende captar el sentido de las cosas que no se pueden contar o medir, sino que hay que comprender a través de su interpretación, y que permite describir y explicar la realidad” (Pedraz, et al., 2014, p. 13). Los contextos de interpretación son condicionados por la historicidad y a su vez por la temporalidad, debido a que el sujeto es determinado en gran medida por las decisiones históricas que va asumiendo considerando el tiempo como una dimensión fundamental para el proceso del entendimiento (Cárcamo, 2005). Así mismo, Ricoeur (2009 como se cita en Herbert, 2016) no cree que el psicoanálisis pueda pasar a ser reformulado como una hermenéutica, de una manera inmediata sino que es necesario realizar una mediación, a través del entendimiento de su propio lenguaje conceptual y específicamente del discurso metapsicológico (p. 68). Este autor establece que el psicoanálisis puede considerarse un hecho verdadero cuando articula una teoría, una hermenéutica, una terapéutica y una narración que permita constatar, por lo que esta investigación además de apoyarse en los datos obtenidos en el tratamiento terapéutico, también se ve enriquecido por la construcción teórica y la supervisión clínica.

Instrumentos

La información que aquí se presenta fue obtenida por medio de la técnica de entrevista a profundidad, la cual tiene la intención de adentrarse en la vida del otro para construir paso a paso y minuciosamente su experiencia, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas la información más relevante para los intereses de la investigación (Robles, 2011). Además proporciona un excelente instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos (Sierra, 2019).

De igual forma, se extrajo información de lo presentado en las sesiones de psicoterapia psicoanalítica, la cual es una modalidad de terapia que se basa en la aplicación del método psicoanalítico en la práctica psicológica y se sustenta en una apertura hacia el discurso inconsciente del paciente que permite su análisis y la posterior intervención del analítico.

Desde esta perspectiva la teoría es entendida a partir de sus relaciones con la experiencia del mismo psicoterapeuta en su proceso de formación (Lopera, 2017).

Participantes

En esta investigación se contó con la participación de una mujer de 23 años de edad que solicitó el servicio terapéutico por medio de una convocatoria difundida en medios digitales.

Procedimiento

La paciente solicitó el servicio psicoterapéutico por medio de una convocatoria difundida en línea por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Maestría en Psicología de la UNAM, se puso en contacto a través de correo electrónico, en el cual se le solicitaron sus datos personales y una breve descripción de los motivos por los cuales requería el servicio, posteriormente se me asignó dicho caso para comenzar con el proceso de contacto y evaluación. A través de correo electrónico agendé una cita con la paciente para llevar a cabo una entrevista inicial y así conocer con mayor detalle el motivo de consulta, se realizaron un total de tres entrevistas a profundidad, dos con la paciente y una con la madre, en las cuales se obtuvo información suficiente para realizar un diagnóstico y un plan de trabajo que se le planteó a la joven, dicho tratamiento consistiría en sesiones de psicoterapia psicoanalítica dos veces por semana, siguiendo como líneas de trabajo aspectos importantes que se identificaron durante las evaluaciones al igual que el material que fuera surgiendo a lo largo del proceso, además se le compartió un consentimiento informado el cual tenía que ser previamente autorizado para dar inicio al tratamiento. Hasta el momento se han llevado a cabo 115 sesiones, en las que se han realizado diversas intervenciones terapéuticas que han sido supervisadas por un profesional en el área.

Consideraciones éticas

La presente investigación se respalda tanto en la revisión teórica, como en la supervisión clínica del caso y el análisis personal, como ejes fundamentales de la práctica psicoanalítica, a su vez apoyándose en las consideraciones estipuladas en el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2002), que establece una práctica profesional donde se asegure el resguardo de los datos personales del paciente y la confidencialidad tal como lo señala el artículo 61, y utilizando un pseudónimo como lo

marca el artículo 68. La relación que se mantuvo con la paciente fue estrictamente profesional tal como se anuncia en dicho código ético y se establecieron las pautas para el trabajo terapéutico en un contrato oral en el que se describió la frecuencia de las sesiones, las responsabilidades y obligaciones tanto de la paciente como del terapeuta así como el método de trabajo a seguir. Así mismo en un consentimiento informado que se le hizo llegar a la paciente, se autorizó el uso de la información obtenida durante el tratamiento terapéutico para fines científicos y de investigación.

Resultados y discusión

En esta sección se detallarán los resultados obtenidos a través del proceso terapéutico con la paciente Ana, estos serán abordados con la teoría ya expuesta en el marco teórico para lograr su análisis y comprensión, posteriormente se presentará la discusión en torno a los hallazgos obtenidos.

Para tales propósitos los resultados se organizarán de la siguiente forma, primero se describirán los brotes de neurodermatitis que padece Ana, después se analizarán las condiciones bajo las cuales surgió dicho síntoma, tomando en cuenta la dinámica familiar presente en ese momento, aunado a la situación psíquica de la paciente, a partir de ese punto se desarrollará la evolución que ha tenido este malestar en las diferentes etapas de su vida, además de las implicaciones en la conformación de su estructura psíquica.

Más adelante se ahondará en la relación que se establece entre el síntoma y el desarrollo de la sexualidad en Ana, que desde mi perspectiva puede ser entendido por el establecimiento de una relación inestable con la figura materna y un vínculo intenso con el padre. De acuerdo con lo anterior se plasmará el material obtenido y trabajado en las sesiones de intervención con la paciente.

Los brotes de neurodermatitis en Ana

Ana una joven estudiante de los últimos semestres de la carrera de Química, se enteró del servicio psicológico que brinda la universidad a través de una convocatoria que encontró en Facebook, ella estaba pasando por un periodo difícil emocionalmente debido a que se encontraba cursando su penúltimo semestre, lo cual le provocaba mucha preocupación y estrés, a su vez físicamente estaba presentando múltiples brotes de dermatitis en muslos, pechos y manos, de acuerdo con una recomendación que recibió de su hermana mayor para que se atendiera psicológicamente ella decide mandar su solicitud a dicha convocatoria.

Al momento de contactarla accedió entusiasmada a agendar una cita para una primera entrevista, a la cual acudió puntualmente, en ella expresó el siguiente motivo de consulta: *“No me siento cómoda conmigo, me estreso y enojo fácilmente y muchas veces me siento triste”*, comentó que esto se relacionaba íntimamente con la enfermedad de neurodermatitis que padece desde bebé: *“desde siempre he padecido dermatitis, creo que empezó cuando tenía meses de edad”*.

Hacia ya varios meses que estaba experimentando intensos brotes de dermatitis que consideraba se agravaban con el estrés de los trabajos finales y los exámenes *“siento que emociones como el estrés, el enojo y la tristeza hacen que mis brotes sean más fuertes”*, si bien Ana sabía que su padecimiento venía dado en cierta parte por herencia familiar debido a que su mamá, su hermana y una tía materna la padecen aunque en mucho menor gravedad, reconoció que sus estados emocionales influían para que los brotes fueran fuertes y constantes, esto se logró identificar a través de ciertos comentarios que recibía de su familia nuclear, la cual logró notar esta relación y se lo hicieron saber a la paciente *“mi hermana me decía te estresas mucho y luego te llenas de granitos...que estés tan enojada todo el tiempo no le hace bien a tu piel”*, inclusive la mamá llegó a comentar en la entrevista que se llevó a cabo con ella que su hija era una chica que se exigía mucho respecto a la escuela, *“Ana siempre ha sido una buena estudiante... pero en ocasiones se exige demasiado, se pone muy tensa más que nada en sus entregas finales, yo veo que su dermatitis se pone peor”*.

Lo anterior fue generando en Ana la idea de que sus emociones podían estar conectadas con sus malestares derivados de la dermatitis, *“soy una persona que se enoja y estresa fácilmente, pienso que por eso mi dermatitis es peor que la de mi mamá y mi hermana... es por mi carácter, mi forma de ser”*. A su vez manifiesta querer cambiarlo para que la dermatitis disminuya y la pueda mantener controlada con los tratamientos que utiliza.

Las manifestaciones iniciales de dermatitis aparecieron durante sus primeros meses de vida, más adelante se ahondará en las condiciones familiares y psíquicas presentes en aquel tiempo, entre los 7 y 8 meses de edad Ana comenzó a presentar lesiones en sus piernas principalmente detrás de las rodillas y debajo de los glúteos, así como en los

brazos y cara, se caracterizaban por ser extensas zonas llenas de granitos escamosos, piel reseca y muy enrojecida que provocaban una fuerte sensación de irritación y picor, estas empeoraban con el uso de ciertos productos para la piel o los que se utilizan para lavar la ropa, con la exposición al sol o al polvo, además del propio sudor de la paciente.

La mamá comentó haberse sentido bastante preocupada, Ana era la segunda de sus hijas en presentar estas lesiones, sin embargo eran mucho más intensas de lo que había observado anteriormente por lo que decidió llevarla a revisión médica para confirmar el diagnóstico, ya que temía que se tratase de algo distinto y con mayor gravedad, *“el pediatra me dijo que si era dermatitis, pero una muy fuerte... lo vi preocupado mientras me explicaba los tratamientos y los cuidados que había que seguir... eso me hizo sentir muy asustada”*.

De acuerdo con lo que Ana comentó en las entrevistas sus brotes eran constantes *“no recuerdo haber tenido periodos sin dermatitis, siempre está presente aunque a veces disminuye”*. La paciente parece no tener claro en qué periodos ha disminuido su dermatitis, pero si recuerda momentos en los cuales sus brotes han sido muy intensos *“recuerdo que cuando entré al kínder mis lesiones eran muy fuertes, tenía que utilizar falda y mis calcetas que me cubrían hasta las rodillas se llenaban de sangre, yo sentía mucho dolor, lloraba”*. Durante esos años su mamá había retomado sus actividades laborales, su padre había pasado a ser su principal cuidador, quien la llevaba y la recogía de la escuela.

Años más tarde, cuando se encontraba cursando la primaria, la mamá decidió meterla a natación como una actividad recreativa, no obstante el cloro del agua de la alberca reseca más la piel de Ana quien experimentó brotes más dolorosos,

no me gustaba usar traje de baño porque todos podían ver mis lesiones, notaba como me veían con asco y rechazo... el agua con cloro lastimaba mucho mi piel, la dejaba sensible y eso hacía que me salieran más heridas... mis heridas no sanaban a pesar de los medicamentos, sentía una picazón y dolor insoportables

Ella no estaba de acuerdo con la decisión de tomar natación, inclusive varias ocasiones le expresó a sus padres que le lastimaba el cloro del agua además de que sentía temor de mostrar su cuerpo que parecía despertar rechazo en los otros, había ocasiones en las que optaba por quedarse en los vestidores para tratar de evitar estas situaciones que le generaban tanta angustia.

Otro periodo en el que presentó brotes destacables de dermatitis, fue cuando entró a la secundaria, para ese entonces un primo y una tía por parte de la familia de su mamá se fueron a vivir a su casa, este primo A le llevaba un año a la paciente, en la sesiones terapéuticas comentó que estableció una relación muy cercana con dicho primo *“me caía muy bien, nos entendíamos bastante porque éramos casi de la edad... convivíamos mucho en ese tiempo”*. Ambos estuvieron viviendo con ellos alrededor de 1 año debido a que tanto el chico como su mamá estaban pasando por tiempos difíciles, entonces la madre de Ana decidió brindarles un espacio en su casa, algo que aparentemente al padre le enojó e incomodó.

Poco tiempo después de que esta tía materna y su hijo se mudaron de la casa de los padres de Ana, un hermano del padre enfermó gravemente a causa de un tumor cerebral, si bien ya llevaba unos meses delicado de salud había surgido una controversia en la familia ya que sus hijos y esposa no quería continuar cuidando de él, es entonces cuando el papá de la paciente se ofrece a llevárselo a su casa para que ahí se hagan cargo de él tanto él como su esposa e hijos. Ana llegó a comentar en las sesiones que no se tomó en cuenta en esta decisión a nadie en la familia e inclusive su mamá expresó abiertamente no estar de acuerdo, ya que la mayor parte de los cuidados recaerían sobre ella, sin embargo el padre sentía que era algo justo debido a la situación que había pasado recientemente con su cuñada.

Esto generó fuertes conflictos en la pareja, la madre comentó en la entrevista *“yo no podía con tantas cosas a la vez, el trabajo, los hijos, el esposo, mis padres, no podía cuidar también al hermano de mi esposo”*, para ese entonces ambos padres trabajaban y una gran parte de las actividades domésticas eran repartidas entre los hijos, no obstante la mamá optó por irse de la casa ante dicha situación que percibía como injusta. Ana

mencionó en una sesión *“mi papa decidió traerse a mi tío a la casa a pesar de que mi mamá no estaba de acuerdo, a veces toma decisiones así sin que le importe lo que piensan los demás, mi mamá se molestó mucho y se fue unos meses de la casa”*, esto produjo un fuerte enojo en la paciente, quien se sintió traicionada y abandonada por su madre ante una fuerte responsabilidad que era atender a su tío.

Ana pasó a tomar diversas funciones de la madre como cocinar para toda la familia, limpiar la casa, estar al pendiente de su tío así como de su padre para servirles la comida, recoger platos, lavarlos, administrar los medicamentos, entre otras cosas. También en esa ocasión le tocó ocupar el lugar de confidente de su padre, ya que a ella acudía diariamente a contarle sus problemas con la mamá de Ana, con el hermano, con su familia y en el trabajo, a lo que la paciente escuchaba atentamente mientras su enojo por la madre crecía, al igual que su complicidad y cercanía con el padre, se intensificaba.

Al cabo de 6 meses la madre regresó a la casa, ya que el hermano del padre volvió con su familia nuclear después de mostrar mejorías en su salud, durante el tiempo que la madre se ausentó estuvo viviendo con su hermana pero al reintegrarse a la familia se enfrentó con una fuerte actitud de rechazo por parte de Ana, quien le dijo que no la necesitaban y que era mejor que se fuera y no regresara más.

Fue un tiempo de mucha turbulencia para la paciente, sucedieron diversos cambios en su rutina y estructura familiar con la llegada de algunos familiares como la tía materna, el primo y el tío paterno, pero también de separaciones de dichos familiares y principalmente de la mamá, a la par Ana se encontraba transitando los cambios internos de la adolescencia convirtiéndose en uno de los periodos más intensos de su dermatitis, sus brotes se presentaban en las manos, los brazos, las piernas, los muslos cerca de su zona íntima, el pecho, el cuello y la cara, casi todo su cuerpo padecía de lesiones que le generaban fuerte irritación y unas desesperadas ganas de rascarse.

Así mismo, las lesiones le complicaban e inclusive le impedían realizar cierto tipo de actividades, por ejemplo la exposición al sol, a ciertas sustancias como jabones, limpiadores y polvo, optó por usar ropa que la cubriera totalmente para no mostrar sus

marcas, ya que no se sentía cómoda con su propio cuerpo que estaba cambiando y convirtiéndose en el de una mujer, ni con sus cicatrices y lesiones.

El siguiente episodio intenso de dermatitis que padeció Ana fue durante la preparatoria, cuando se separó de su amiga Isadora, con la cual había cursado sus estudios desde el kínder, para ese entonces esta amiga se había quedado en una escuela diferente, lo que provocó mucha angustia en la paciente que no se había hallado sola frente a un grupo de compañeros. En sesiones llegó a comentar que Isadora le brindaba seguridad

...siempre estaba con mi amiga, desde el kínder habíamos estado en las mismas escuelas, con ella me juntaba y a veces me iba a su casa después de la escuela...Si llegaba a convivir con otras chicas, pero ellas se iban agregando al grupito que formaba con Isa (la amiga)”

Al enfrentarse a la separación de su mejor amiga la paciente experimentó significativas dificultades para socializar, *“durante la preparatoria me fue muy difícil socializar, me di cuenta que era una chica muy tímida... no sabía cómo acercarme a los demás esperaba a que ellos me hablaran”*. A pesar de las dificultades Ana logró establecer algunos vínculos durante su bachillerato, sin embargo comenta no haberla pasado muy bien, pues sus inseguridades personales fueron creciendo.

Al momento de elegir carrera optó por estudiar Química en la misma facultad a la que se había postulado Isadora, ambas fueron aceptadas aunque en carreras distintas, durante su formación mantuvo cierta cercanía con su mejor amiga, no obstante esta última comenzó a establecer relaciones de noviazgo algo que a Ana le disgustaba y la hacía sentir hecha de lado. Al tiempo su hermana mayor también estableció un noviazgo y decide mudarse de la casa para vivir con su pareja, la paciente lo resintió fuertemente ya que no quería separarse de ella, es entonces cuando presenta otra fuerte crisis de dermatitis que aunada al confinamiento de la pandemia de COVID-19 que iba iniciando, propiciaron que Ana cayera en un gran aislamiento social y un estado de fuerte rechazo hacia sí misma que la mantenía irritada y desesperada. Es entonces cuando la paciente solicita el servicio terapéutico y se inicia un tratamiento de dos sesiones por semana.

Otra significativa crisis de dermatitis se hizo presente durante la terapia psicológica, a comienzos del año 2022, cuando tuvo lugar una breve suspensión de las sesiones a causa de las festividades de fin y comienzo de año, al reanudar las sesiones la paciente comenta que se había contagiado de Covid-19 al igual que su padre, la mamá salió negativa a la prueba por lo que decidió aislar a Ana y a su padre confinándolos dentro de la habitación de la paciente, ella llevaba una semana compartiendo su espacio completamente con el papá, se sentía incómoda y desesperada pero a la vez pensaba en que no podía hacer nada al respecto, continuaron así una semana más hasta que salieron negativos al virus.

La paciente relató en sesiones que su dermatitis estaba empeorando y que necesitaba urgentemente acudir con su dermatólogo para que le enviaran otro tratamiento, se le hicieron intervenciones en el sentido de que pudiera percatarse bajo qué circunstancias llegaba a presentar fuertes brotes de dermatitis, los cuales parecen estar relacionados con periodos de cambios significativos, así como con la estrecha convivencia con figuras masculinas como su padre y su primo.

También las separaciones ocupan un papel muy importante ya que frente al alejamiento de su madre, su amiga Isadora, su hermana y recientemente de la terapeuta, los brotes de la joven paciente eran significativamente más intensos, pudiendo presentarse de acuerdo con lo que menciona Freud (1914) como repeticiones en el cuerpo de una experiencia de separación temprana de la figura materna vivenciada como abandono, que no ha podido ser elaborada del todo y que le produjo gran dolor, vulnerabilidad y enojo hacia la madre. De este afecto hostil se desprendió un sentimiento inconsciente de culpa que al hallarse reprimido se comenzó a manifestar en la piel.

Entonces el síntoma de dermatitis funcionaría al mismo tiempo como castigo por la culpa del enojo dirigido hacia a la madre, así como por el deseo edípico de quedarse con el padre y eliminar a la madre, más adelante se seguirá ahondando en estos aspectos mencionados.

El síntoma psicossomático de neurodermatitis en Ana y la relación madre-hija discontinua e inestable

Como diversos autores lo han señalado la primera relación de objeto que se establece en la vida es con la madre, dicho vínculo se verá fuertemente influenciado por los deseos que la madre haya experimentado hacia el hijo mucho antes de que éste naciera, el deseo de procrear, de ser madre y de cómo será ese ser, son aspectos fundamentales que constituirán las fantasías sobre las que se construirá un nuevo individuo.

En ese sentido, se vuelve necesario mencionar que la madre de la paciente había pasado por tres embarazos previos al de Ana, dos de ellos logrados con éxito 9 y 7 años atrás, no obstante en el tercero se habían presentado complicaciones por lo que no llegó a término, al respecto la mamá expresó:

...antes de embarazarme de Ana yo perdí a un bebé, tenía 7 meses de embarazo cuando tuve un aborto espontáneo... en ese entonces yo me encontraba trabajando... me deprimí mucho los tres meses siguientes hasta que me enteré de que estaba embarazada de nuevo, esta vez de Ana, yo sentí que Dios me había devuelto a mi bebé que había perdido.

Dicho antecedente deja ver que poco antes del embarazo de Ana, la mamá estaba esperando a otro bebé, un varón, el cual iba a ocupar el lugar del hijo menor en la familia, empero las complicaciones que se presentaron significaron la muerte de este hijo mientras estaba en el vientre con 7 meses de gestación, la mamá comentó que se trató de un aborto espontáneo y que ella ha llegado a considerar que para que esto sucediera pudo contribuir el hecho de que durante la gestación no paró de trabajar, se encontraba muy activa, es interesante considerar la fantasía de la madre respecto a la pérdida del hijo atribuyéndose a sí misma y a sus actividades laborales dicha situación.

Esto apuntaría a que se pudieron experimentar dificultades en el desarrollo de la preocupación maternal primaria descrita por Winnicott (1965), puesto que la madre expresó tener sentimientos de culpa ante la pérdida, tomando en cuenta su fantasía es como si denotara remordimiento por haber decidido darle prioridad a sus actividades

laborales durante esos meses en lugar de reposar y atender las necesidades propias del embarazo. Posterior a la pérdida del bebé, ella cae en un significativo estado de depresión en el cual deja de trabajar y se recluye en casa, la mayoría de su energía psíquica estaba enfocada en el proceso de duelo, el cual genera que el sujeto presente un fuerte desinterés por la realidad y lo externo (Freud, 1917 [1915]), es así que a los tres meses de la pérdida se entera de un nuevo embarazo, el de Ana.

Para ella este embarazo representaba una nueva oportunidad que le había dado Dios pues le habían regresado a su bebé, durante ese tiempo decidió reparar lo sucedido, optó por quedarse en casa para cuidarse y extremó los cuidados a la par que experimentaba un intenso miedo a perder a este nuevo bebé *“yo estaba muy asustada por la pérdida de mi bebé... temí que me pasara lo mismo con Ana por eso me cuidé muchísimo”*.

La idea de que Ana vendría a ser ese mismo bebé que había fallecido fue la fantasía que más matizó su gestación, la expectativa que se tenía era que ella fuera un reemplazo de lo que se perdió y una suerte de reivindicación para la mamá, sin embargo un aspecto que vino a confrontar a la madre fue enterarse de que el sexo de este bebé correspondía a una mujer, lo cual no fue totalmente de su agrado pero aun así mantuvo la ilusión durante un tiempo.

Es así que Ana nace a los 9 meses de gestación sin presentar complicaciones médicas, sin embargo sobre ella recaía el fantasma del hermano fallecido y las expectativas de sus padres de ocupar el lugar de la reciente pérdida, además de enfrentarse al proceso de duelo y depresión que la madre parecía haber interrumpido pero que se mantenía latente, pudiendo resurgir frente el fracaso de que la paciente sustituyera al hermano.

En ese contexto la paciente podía experimentar la tendencia a cubrir dichas necesidades de los padres impuestas en ella que constituían parte de su núcleo narcisista a su vez transmitido por ellos, empero el rol que se le había asignado contenía un alto costo puesto que había que ser muy competente para lograr satisfacer estas necesidades pero inevitablemente ello conduciría a un fracaso porque no podría reemplazar a un hermano

varón que no nació y que fue altamente idealizado por los padres como parte del proceso de duelo (Green, 1980).

Ahora bien, la madre comentó sentirse muy asustada porque le sucediera algo a la paciente durante el embarazo y sus primeros meses de vida, así que sus cuidados se intensificaron al grado de que continuamente el papá le llegaba a reclamar que sobreprotegía mucho a Ana, mientras que a él lo desatendía, esto parecía causar intensos conflictos en la pareja, la mamá mencionó:

...el papá de Ana se enojaba seguido conmigo, me decía que la sobreprotegía... yo me dormía con ella para vigilarla y su papá me decía que para qué le había comprado una cuna, que la llevara a su cuarto a dormir, discutíamos por eso y después él se iba a dormir a la sala porque me decía que la bebé no lo dejaba dormir, a partir de ahí empezamos a tener muchos problemas... también porque yo dejé de trabajar y estábamos pasando por problemas económicos.

Esta sobreprotección podríamos entenderla como una formación reactiva ante los sentimientos hostiles que pudo experimentar la madre hacia Ana y que, al no poder ser expresados directamente, se disfrazaban de acciones defensivas que desencadenan una actitud opuesta exagerada (Cameron, 1990).

Así mismo, esta sobreprotección no respondía adecuadamente a las necesidades emocionales de la paciente, que si bien en un primer momento requirió de conformar un vínculo simbiótico con la madre para continuar con su desarrollo, era necesario dar pie al proceso de individuación-separación, el cual se le dificultó significativamente al enfrentarse a las propias dificultades de la madre para separarse de ella y poder tolerar la angustia, generando en Ana angustias recíprocas y una necesidad imperiosa de tener a la madre presente en etapas a las que ya no correspondía este tipo de apego (Winnicott, 1965).

A eso le sumamos el hecho de que el ambiente familiar en esos momentos se encontraba tenso por los problemas de pareja que estaban teniendo lugar, la preocupación de la madre ante la inestabilidad del vínculo con el padre podía ser percibida por la paciente, de

acuerdo con lo expuesto por Winnicott (1965) el padre forma parte del ambiente facilitador necesario para el adecuado desarrollo emocional del infante, pero cuando no ocurre conforme lo esperado, en lugar de facilitar, el ambiente se vuelve perturbador del desarrollo.

Es bajo estas circunstancias que aproximadamente a los 8 meses Ana comenzó a presentar brotes intensos de dermatitis en respuesta a las condiciones de estrés bajo las que se encontraba y como una forma de identificación con la angustia de la madre, durante ese tiempo los cuidados que se le brindaba se intensificaron, al respecto la mamá comentó:

...eran muchos los cuidados que había que tener con Ana, no podía usar pañales desechables así que usaba de tela y yo los tenía que estar lavando a mano con un jabón especial, al bañarla había que hacerlo con mucha delicadeza por sus heridas, su piel estaba muy irritada y en ocasiones sangraba... era muy pesado para mí cumplir con todas estas tareas, su papá casi no me ayudaba en esos momentos me decía tú le transmitiste los genes defectuosos.

De esta manera se puede dilucidar que se trató de un periodo difícil para la paciente ya que la madre no sentía apoyo por parte de su pareja, el padre se molestaba porque la mamá no podía atenderlo como solía hacerlo y llegaban a discutir frecuentemente por ello, además la responsabilizaba por la dermatitis de ANa lo que alimentaba la sensación de culpa, de incapacidad de poder cuidar adecuadamente a su hija y de atender a sus actividades de esposa, algo que impactó en las funciones de sostén que se le brindaban a Ana involucrando diversas fallas debido a las condiciones psíquicas de ambos padres.

Las fallas resultantes dieron lugar a la aparición de fuertes angustias que amenazaron la experiencia de continuidad en la paciente que no contaba con las condiciones adecuadas para su desarrollo psicológico, movilizandó así grandes cantidades de displacer en su aparato psíquico sin que pudieran ser contenidas y procesadas por una madre que le brindara seguridad y protección (Bion, 1962 como se citó en Bronstein, 2019).

Frente a la acumulación de altas cantidades de displacer era necesario posibilitar la descarga de afectos por alguna vía y desde el insuficiente desarrollo del psiquismo de Ana se tomó al cuerpo, y más específicamente a la piel, como objeto para dichos fines al no contarse con otros recursos, la excitación fue desviada hacia lo somático y fue transpuesta a una excitación meramente física dando lugar a lo que se conoce como un padecimiento psicósomático (Freud, 1895).

Ahora bien, otro aspecto fundamental que contribuye a la comprensión del síntoma de neurodermatitis en Ana es su experiencia frente a las separaciones tempranas, con relación a ello la mamá mencionó lo siguiente:

...era una situación insoportable (la de la pareja), teníamos muchas peleas por la educación de Ana y por los gastos que iban en aumento con los tratamientos y revisiones, aguanté hasta que mi hija cumplió 2 años entonces yo decidí regresar a trabajar, la metí a una guardería y su papá era el que la pasaba a recoger porque mi horario no me permitía hacerlo, en cambio él tenía mayor flexibilidad en su trabajo... fue un cambio muy fuerte para ella porque pasó de estar todo el tiempo conmigo a sólo verme durante las tardes y noches.

Lo que aquí podemos identificar es la primera separación significativa que vivió Ana de su madre, precedida por un periodo de fuerte apego y sobreprotección. Se puede dilucidar que la separación no fue progresiva sino que se dio de forma brusca de un momento a otro, despertando las angustias de separación transmitidas a la paciente.

Particularmente la piel pudo resentir esta separación al tratarse del órgano que marca los límites entre el yo y el no yo (Winnicott 1965), al encontrarse muy unida a su madre es probable que los límites de Ana no quedaran del todo establecidos, sin embargo ante su separación estos quedaron expuestos y lastimados como si algo hubiera sido arrancado, dejando profundas heridas a nivel emocional y físico que se denotaban en las dolorosas erupciones de su piel.

Entonces la neurodermatitis de Ana puede ser entendida como un síntoma psicossomático a partir de que dicho padecimiento de origen hereditario, comienza a ser utilizado por su aparato psíquico para la descarga de afectos que no estaban pudiendo ser tramitados por otra vías debido a la inmadurez emocional y la falta de otros recursos defensivos que contribuyeran en la gestión de este tipo de angustias primitivas como lo son las de separación y de existencia (McDougall, 1991).

Las angustias que suscitan estas experiencias pueden ser tan elevadas que llegarían a amenazar la continuidad de la experiencia de ser en Ana (Winnicott, 1965) al desequilibrar y desorganizar el aparato creando a su vez vulnerabilidades en la integración entre psique y soma (Storti, Britos y Uhlemann, 2007), por lo que se vuelve necesario escindir y segregar estas huellas potencialmente dañinas que no han podido ser representadas ni simbolizadas en prisiones psíquicas para limitar su peligro, creando así un sedimento de inscripciones que la mente no puede tratar (Balottin, Quagelli y Costantini, 2021).

Entre las experiencias desencadenantes de estas angustias están las identificaciones con las experiencias de la madre frente a la pérdida del hermano, las dificultades en la relación de los padres, la hostilidad, la agresividad del ambiente y las separaciones abruptas.

Además el síntoma psicossomático en Ana también podría responder como un mecanismo frente a sus vulnerabilidades constitutivas ya que el malestar físico vendría a ser un fenómeno que refuerce la conexión de la mente con ese cuerpo doliente, recordándole continuamente los límites de su yo (Winnicott, 1965). Aún en la actualidad ante situaciones de esta naturaleza la paciente reacciona actuando desde el mecanismo somático de neurodermatitis al no poder expresar por medio del lenguaje algo que quedó inscrito en el cuerpo pero desalojado de la psique y que no ha podido ser elaborado.

La neurodermatitis y el complejo de Edipo en Ana

En este apartado se abordará el desarrollo de Ana posterior a la separación de su madre, cuando tenía 2 años, el vínculo tan cercano y fuerte que estableció con su padre, las dificultades en la relación con su madre y como éstas se podían ir relacionando con la neurodermatitis, las particularidades del complejo de Edipo por el cual transitó, así como

las características de su dinámica psíquica que se fueron estableciendo a partir de ese periodo.

Como ya se abordó anteriormente, en los primeros meses de vida Ana formó un vínculo de intenso apego hacia la madre, ya que esta última temía que le sucediera algo a la paciente debido a la experiencia previa de pérdida que había vivenciado con el aborto y por ende caía en la sobreprotección. Esto nos remite a la etapa pre edípica del desarrollo sexual femenino en Ana, en la cual el primer objeto de amor es representado por la madre a manera de un complejo de Edipo activo o masculino (Freud, 1931).

Entonces el primer objeto de amor de Ana fue su madre, pero cuando la mamá decidió retomar sus actividades laborales y llevó a la paciente a una guardería, ocurrió un extrañamiento del vínculo materno potencializado por la separación y las angustias internas que se removieron. Frente a la ausencia de la madre, la paciente corría el riesgo de sufrir algún tipo de traumatismo psíquico por lo que era necesario echar a andar un mecanismo de seguridad en el cual se emitieran señales de angustia cuando la madre se alejaba y que a su vez pudieran cumplir con la función secundaria de evitar que la separación fuera demasiado prolongada (Freud, 1926).

La angustia es la reacción que surge frente al peligro de perder al objeto, que en este caso se trataba de la madre (Freud, 1926), y pudo ser transpuesta en el síntoma de neurodermatitis de Ana, ya que al ser un malestar que constantemente se presentaba en la paciente el aparato psíquico se pudo servir de éste para dirigir ahí las descargas del sufrimiento psíquico que estaba experimentando, conectándolo a la vez con un sufrimiento físico en la piel. Además este síntoma había demostrado ser un medio eficaz para atraer la atención de la madre, ya que cuando la paciente comenzó a desarrollarlo a los 8 meses la madre incrementó sus cuidados y atenciones hacia ella.

Así mismo, podemos identificar en Ana las tres fases que conforman parte del proceso de separación del objeto materno y que describe Bowlby (1960) a su vez retomadas por Freud (1940 [1938]), la primera correspondiente a la protesta donde tiene lugar la amenaza de la pérdida del objeto y la aparición de las angustias de separación, después vendría la

fase de desesperanza donde surgirían afectos como la pena y el duelo ante el hecho de la separación del objeto, la cual no necesariamente tiene que ser definitiva sino que puede suscitarse frente a constantes separaciones, esto lo podríamos ubicar en el periodo de tiempo en el que Ana entró a la guardería y presentó un decaimiento observado por su mamá:

...cada vez que iba a dejar a Ana a la guardería lloraba mucho, yo también sufría de verla así pero pensaba en que no tenía de otra pues tenía que trabajar... las maestras me decían que mi hija era muy tímida, se retraía y se le dificultaba jugar con los demás niños... yo vi que le cayó muy de peso nuestra separación.

En cuanto a la fase de desapego esta surgiría a modo de una defensa en la relación con el objeto en los futuros encuentros, caracterizada en este caso por un fuerte rechazo hacia la madre, lo cual también puede ser entendido a partir del establecimiento de la siguiente etapa del desarrollo psicosexual en la paciente, donde el extrañamiento del vínculo con la madre va acompañado de un cambio del objeto madre por el objeto padre (Freud, 1931), quien pasó a ser el principal encargado de cuidar y satisfacer sus necesidades.

Ella mencionó en una sesión “*desde niña mi papá me llevaba a la escuela y me recogía, en las tardes, cuando tenía que trabajar me llevaba a casa de mis abuelos y en las noches me recogía*”. Aquí vemos que se fue estableciendo una constante convivencia y gran cercanía entre Ana y su papá, quien asumió en muchos sentidos las funciones que la madre venía desempeñando.

De esta manera se conformó la etapa edípica en Ana tomando como objeto de amor al padre y mudando el amor hacia la madre en un intenso sentimiento de hostilidad y rivalidad, dirigiéndole afectos de enojo, rechazo y devaluación, desencadenados por los deseos incestuosos dirigidos hacia el padre y los deseos hostiles hacia la madre que correspondían a la triangulación edípica (Freud, 1931) y que a su vez se veían intensificados por las experiencias de separación de su madre, así como al trato mismo que recibía por parte de ambos padres.

Otro aspecto clave en el vínculo con la madre es que, ante el desapego de Ana, emergió en ella aquel viejo sentimiento inconsciente enmascarado como sobreprotección, que ahora se matizaba por momentos de una significativa agresión disfrazada de cuidados y atenciones, sobre ello Ana comentó:

recuerdo cuando iba al kínder y mis calcetas se llenaban de sangre de mis heridas de dermatitis, mi mamá me untaba un unguento con limón que me ardía muchísimo, yo corría y gritaba por la casa del dolor...no entendía por qué mi mamá hacía eso, era algo que me dolía mucho”, “también recuerdo que me llevaba a clases de natación, yo no quería ir porque el cloro del agua reseca mucho mi piel, hacía que se inflamara y me doliera, yo ya no quería ir”.

En este fragmento se destacan los cuidados que la paciente percibía por parte de su madre cargados de un importante monto de hostilidad, lo cual generaba una situación confusa puesto que por un lado recibía atención y sus necesidades eran satisfechas pero al mismo tiempo era algo que le generaba gran dolor.

De esta manera se puede pensar que la pulsión parcial de crueldad en Ana se fue anudando a sus pulsiones sexuales por medio del vínculo que se había establecido con su madre, en el cual el amor y la agresión se encontraban entrelazados pudiendo así conformar una relación masoquista donde la paciente recibía satisfacción derivada de estos tratos. Para ello pudo contribuir la culpa inconsciente en Ana ante las mociones sexuales que experimentaba hacia sus padres aunado al amor que sentía por ellos, lo que pudo propiciar que los vínculos con estas particularidades masoquistas llegaran a conformar una sustitución de sus metas sexuales que estaban siendo inhibidas, permitiendo la descarga de sus mociones libidinales por medio del dolor que recibía en estos cuidados (Freud, 1919).

Lo anterior pudo influir en que se produjera una fuerte ambivalencia en la relación con la madre, donde el amor y el odio se entretrejan y a su vez estaban asociados con el manejo que se le daba a la piel de Ana, la cual en muchas ocasiones era la depositaria de estos

afectos. Pero no solo la ambivalencia hacia la madre se llegaba a depositar en la piel de la joven, también algo del vínculo con el padre se posicionaba ahí, el deseo de tomar el lugar de su madre y obtener todo el amor de su padre se había visto alimentado por la ausencia de la madre quien había retomado recientemente sus actividades laborales, por lo que el tiempo que pasaban la paciente y su padre a solas había incrementado.

Además, el padre se comportaba seductor y complaciente con ella pudiendo estar motivado tanto por una sensación de culpa de haber rechazado a su hija cuando era bebé, como para obtener una ganancia narcicística a modo de sustitución de la poco satisfactoria relación de pareja. Todo lo anterior terminó por estimular las fantasías edípicas de la paciente y contribuyó a que se estableciera un vínculo casi simbiótico con el padre acompañado de los deseos incestuosos propios de dicha etapa:

...recuerdo que en el kínder mi papá me recogía de la escuela, me compraba un helado y nos íbamos caminando por un lugar muy bonito lleno de árboles, él me contaba chistes y me consentía mucho”, “disfrutaba más estar con mi papá que con mi mamá...

En cuanto a la función de establecer un corte en esta relación que pudiera llegar a representar una amenaza de incesto se mantuvo una actitud confusa en ambos padres, ya que la madre había cedido parte de sus funciones maternas al padre y se había distanciado emocionalmente de ambos, lo que pudo ser captado por Ana como un triunfo de sus deseos edípicos de eliminar a la mamá de la relación triangular, al mismo tiempo que el padre buscaba en su hija menor una satisfacción narcicística puesto que recibía una gran cantidad de afecto e idealización que probablemente en otros vínculos no hallaba, por ejemplo con su esposa y que la paciente podía suplir.

Pero también se tuvieron que presentar otras experiencias en las cuales se le transmitiera a Ana la función simbólica de la ley prohibitiva como lo esclareció Lacan (como se citó en Laplanche y Pontalis, 1971) puesto que sus deseos edípicos fueron reprimidos y relegados al inconsciente donde se han mantenido vigentes a través de los años. Dicha función implicó plantear la necesidad de renunciar a sus deseos incestuosos con tal de no perder

el amor de sus objetos primarios. Sin embargo la renuncia sería algo complicado de completar a causa de las dificultades que experimentaban los propios padres para producir cambios en la dinámica que se había establecido en la que estaban obteniendo diferentes ganancias psíquicas.

Por ejemplo por parte del padre se estaba constituyendo una alianza con Ana en contra de la madre, además de un vínculo simbiótico de mutua adoración a consecuencia de la fuerte insatisfacción que experimentaba dentro de su relación de pareja, mientras que la madre podía hallar en la paciente un soporte que ayudara a mantener a flote el matrimonio, ya que en ella se depositaban y jugaban varios de los conflictos de la pareja (De Celis, 2018).

Es importante señalar que estas situaciones denotaban las dificultades que habían presentado los padres durante sus propios procesos edípicos, lo que coincide con lo que García y Zemborain (1979) han reportado como aspectos que llegan a interferir en la elaboración y resolución del conflicto edípico en el hijo, ya que dicha etapa puede ser comprendida como un conflicto vincular que incluye tanto las subjetividades de los padres como la del hijo (Pichon-Riviere, 1975).

Ahora bien, la estructura psíquica resultante de las funciones de corte y prohibición desempeñadas parcialmente por ambos padres además de las identificaciones con éstos, dieron lugar en Ana a una instancia superyoica que a partir de ese momento operaría para tratar este tipo de conflictos intrapsíquicos donde diferentes deseos inconscientes y restricciones sociales se contrapusieran.

Esta nueva instancia sería el reservorio de aquellas identificaciones primarias y más potentes que se establecieron en fases tempranas del desarrollo psíquico conformando un ideal del yo con el que el yo de la paciente se estaría midiendo constantemente (Freud, 1914). Además se echaron a andar mecanismos como el de represión para manejar dichos deseos tanto incestuosos hacia el padre, como hostiles hacia la madre que amenazaran su narcicismo (Freud, 1924).

Entonces ¿cómo es que la represión de estos afectos podría relacionarse con el síntoma de neurodermatitis en Ana?

Al comienzo de su vida la libido de la paciente era dirigida hacia sí en un estado de indiferenciación entre ella y sus objetos conformando una fase de autoerotismo, posteriormente tuvo lugar una fase de narcicismo primario en la que se tomó como objeto libidinal lo que le permitiría más adelante investir a otros objetos como su madre y padre. Sin embargo durante esa etapa de libido objetal surgiría el imperativo de renunciar a dichos objetos, lo cual no sería una tarea sencilla pero que podría lograrse a través del retraimiento de las investiduras de libido de objeto hacia el yo en pos de mantener y proteger su narcicismo obedeciendo a las pulsiones de autoconservación, ya que de lo contrario la amenaza de perder el amor de sus objetos y la protección de su instancia superyoica podría cumplirse (Freud, 1914).

Así mismo se pudieron parcializar los objetos que fueron internalizados en su instancia superyoica por ejemplo idealizando la figura del padre, reteniéndolo como un objeto bueno y desvalorizando a la madre como un objeto malo, la relación con estos se pudo privilegiar por encima de la relación con los objetos externos reales en un movimiento defensivo que buscara proteger el narcicismo de Ana (Freud, 1914).

Esto es algo que seguía presente al momento de iniciar el tratamiento terapéutico, la paciente llegaba a decir sobre la relación con su padre lo siguiente:

...mi papá y yo tenemos una muy buena relación desde que era niña, nos llevamos muy bien y convivimos bastante, además nos apoyamos mucho. Yo creo que me llevo mejor con mi papá porque somos muy parecidos en nuestra forma de ser, somos tranquilos y nos gusta bromear mucho.

Ambos evitamos el conflicto por eso no nos gusta convivir con mi mamá porque siempre que está ella hay problemas.

Respecto a la relación con su mamá ésta la definía como distante, difícil y conflictiva, ya que se sentía enojada y herida porque su mamá había estado en parte ausente:

Desde que era niña mi mamá solía salir mucho de casa, normalmente no estaba, el que me cuidaba era mi papá y en ocasiones mi hermana...casi no solíamos convivir.

Mi mamá se la pasaba en su trabajo, se iba desde la mañana y a veces regresaba ya muy noche porque después de su trabajo se iba a dar una clase de spinning y terminaba llegando hasta las 8 de la noche

La paciente pensaba que su madre prefería darle prioridad a otros aspectos de su vida antes que a la familia y a ella como hija:

Mi mamá siempre ha preferido salir con sus amigas y beber que estar con nosotros.

Los fines de semana mi mamá salía con sus amigas en lugar de estar conmigo y mis hermanos, mi papá nos llevaba a casa de mis abuelos... convivía más con ellos que con mi mamá.

Cuando era niña si la llegaba a extrañar, yo quería estar con ella pero casi no la veía eso me hacía sentir muy triste.

Yo esperaba pasar tiempo a su lado, pero muchas veces estaba de mal humor así que mejor me alejaba.

De acuerdo con la evidencia anterior podemos entender que la dinámica familiar que se estableció durante la niñez de Ana pudo estimular la parcialización de sus objetos internos, simbolizando al padre como objeto bueno mientras que a la madre la percibía como un objeto abandonador y amenazante para el vínculo que mantenía con el padre. La identificación con estos aspectos que calificaba de positivos en su padre formaban una parte muy importante de su narcisismo, mientras que las identificaciones con su madre se encontraban en gran medida rechazadas y reprimidas. El objeto interno propio de la paciente se encontraba parcializado y se enfrentaba a grandes resistencias al momento de tratar de integrar todos sus componentes por las implicaciones que ello tendría en su narcisismo.

Esto es algo que se fue presentando en las sesiones, los aspectos de la madre que se hallaban en Ana eran rechazados por ella misma, en ocasiones de forma consiente porque ello implicaría parecerse al objeto malo, lo que desprendía una gran angustia y culpa proveniente de su superyó el cual se halla compuesto en gran medida de identificaciones con la madre, donde destacan aquellas características de hostilidad y sometimiento que estuvieron presentes en su vínculo y que ahora forman parte de su instancia prohibitiva.

Vicisitudes en la sexualidad de Ana

Retomando el análisis del conflicto edípico en Ana, durante su adolescencia no se pudieron seguir descargando las pulsiones sexuales en los objetos parentales, ya que se hallaba de por medio el florecimiento de la sexualidad genital correspondiente a la pubertad, por lo que era necesario renunciar y desexualizar a estos objetos para dar paso a otros que fueran exogámicos, para ello había que dirigir sus investiduras libidinosas hacia su yo, lo que posibilitaría otras vías y objetos para su descarga.

Si bien lo esperado es que se llegue a investir a nuevos objetos que no sean incestuosos, es importante recordar que una parte de estas investiduras permanecen en el yo, en las representaciones que atañen al objeto del cuerpo propio al cual se dirigirán descargas de excitación por vía de la estimulación del mismo.

Como se mencionó anteriormente la paciente recibía por parte de su madre un cuidado y trato de su cuerpo que a la par de la satisfacción de ciertas necesidades conllevaba una significativa cantidad de dolor, por lo que estas experiencias pudieron ir anudando las pulsiones sexuales a las pulsiones hostiles y de destrucción, instaurando en Ana una estrecha relación entre ambas.

Así mismo estas vivencias que tuvo la paciente en torno al trato que se le brindaba a su cuerpo y piel estaban matizadas de sometimiento de acuerdo a lo que la mamá consideraba era lo que Ana necesitaba, como fue el caso de inscribirla a clases de natación a pesar de sus heridas de dermatitis, esto podría ser entendido como un tipo de violencia secundaria de acuerdo a las conceptualizaciones de Castoriadis-Aulagnier (2004). Este tipo de violencia implicaría el desconocimiento por parte de la madre hacia la

otredad de su hija, partiendo desde una posición subjetiva de poder tanto simbólico como imaginario y que la llevaría a considerarla como un objeto de su propiedad.

De manera similar pudo pasar con el padre, ya que la relación que estableció con su hija parecía responder a las necesidades afectivas que él presentaba así como lo que imaginaba requería Ana, de esa forma el vínculo que se generó fue de sobreprotección y mucho apego. Es así que tanto la mente como el cuerpo de Ana pudieron ser invadidos por las necesidades subjetivas que sus padres proyectaban en ella, siendo sometida a través de imposiciones así como de la hostilidad y agresiones que recibía junto con los cuidados y el amor que se le brindaba conformando una situación confusa y de difícil elaboración.

Como lo menciona Winnicott (1965) la agresión tiende a ser desestructurante, el aparato psíquico de la paciente pudo ser expuesto a altas cantidades de percepciones dolorosas que llegaron a saturarlo impidiendo el adecuado procesamiento de las mismas no pudiendo ligarse y representarse del todo. Esta incapacidad para representar experiencias de gran dolor relacionadas con los cuidados de los padres así como de su dermatitis, pudieron dificultar la estructuración de su yo, produciendo fragilidades constitutivas que se fueron haciendo evidentes a lo largo del trabajo terapéutico.

Una muestra de ello son los mecanismos infantiles que la paciente desplegaba, por ejemplo la parcialización de sus objetos internos, algo que ya se abordó anteriormente, la introyección e identificación con el sometimiento y la agresión que recibía, como se muestra en el siguiente fragmento:

Siento que tengo la capacidad de influir en otros, de que hagan lo que yo quiero... mi papá me pregunta seguido qué decisiones tomar, me gusta que él me tome en cuenta... siento que tengo cierto poder sobre su decisiones.

Así mismo se denota el uso frecuente de la fantasía como una forma de lidiar con la realidad frustrante:

Mi hermana dice que soy muy fantasiosa, que la vida no es así como la imagino... yo pienso que el amor verdadero sería como en las series o películas que veo... a veces creo que me hace daño ver tanta televisión porque me hace pensar que las cosas son diferentes y no es así... me gusta mucho imaginar que mi vida es distinta, que yo soy una chica linda y atractiva.

Además se presenta la negación de diversas experiencias que fueron doloras e incómodas para ella, por ejemplo cuando se le preguntaba por su infancia ella llegaba a responder:

...no recuerdo gran parte de mi infancia, no sé a qué se deba... si me concentrara más podría recordar algunas cosas, pero la verdad es que no me gusta pensar en eso... trato de olvidar esos recuerdos dolorosos de niña, no me gustan.

Aunado a estos mecanismos también se hizo evidente una intensa represión hacia sus pulsiones sexuales como resultado de las características y autoridad de los padres, especialmente de la madre, que fueron introyectadas en su superyó volviéndolo severo y sometedor, anudando la pulsión de muerte y dirigiéndola contra su propio yo a manera de una conciencia moral que actúa con la misma dureza y agresividad a través del sentimiento de culpa y de la necesidad de castigo. De esta manera, el yo de la paciente es constantemente debilitado por su instancia superyoica, generando una importante dinámica masoquista que la lleva a la búsqueda de causarse daño y de su propia destrucción desencadenando una sensación general de insuficiencia e infelicidad.

Una manera de conseguirlo sería a través del establecimiento y mantenimiento de vínculos de dominio en los cuales la paciente se encuentre sometida tomando un lugar de objeto más que de sujeto, donde queda imposibilitada para poder verse a sí misma, para valorar sus necesidades y a merced de lo que se le impone considerándolo como demostraciones de amor como se observa a continuación:

No estoy segura de en qué área trabajar ninguna me llama la atención, mi papá me dijo que tengo que empezar en algo de mi carrera y aunque a mí no me guste creo que es lo mejor, por algo me lo dice, él sabe mejor que yo... he

llegado a pensar en trabajar en algo de comida porque me gusta mucho, pero mis papás no lo aceptarían así que esa idea queda descartada.

Mis familiares dicen que soy poco tolerante y de carácter difícil, creo que tienen razón, puedo llegar a ser molesta para las demás personas... prefiero convivir con mi familia porque ellos me aceptan como soy, pienso que es porque me aman.

Mi mamá me dijo que no cree que pueda ir sola al trabajo y regresar a casa, me hizo dudar de mí, no estoy segura de poder hacerlo.

Lo anterior también ha llegado a obstaculizar que Ana desarrolle y externalice adecuadamente su sexualidad, puesto que la dinámica familiar que se ha establecido ha promovido que ella se mantenga en un lugar de niña pequeña, cuidada y controlada por sus padres, impidiendo así el despliegue y expresión de sus necesidades sexuales permaneciendo en gran medida reprimidas. Y como ya se abordó, el mandato de no expresar sus deseos sexuales hacia sus padres fue algo que se introyectó en el superyó, por lo que estas mociones pulsionales tuvieron que encontrar otros caminos para lograr satisfacciones parciales.

De esta manera se pudo generar una formación de compromiso en la cual se buscara satisfacer las demandas del ello respecto a sus pulsiones y a la vez procurarse cumplir con las demandas del superyó de que no fueran dirigidas hacia los objetos primarios, la sustitución que se habilitó fue la de tomar al propio cuerpo de Ana y sus zonas erógenas como objeto y la forma de generar la satisfacción sería por medio de la estimulación a través del dolor, ya fuera proveniente de las heridas de neurodermatitis, así como del establecimiento de vínculos en los cuales ella se encontrara en una posición de sumisión y sufrimiento, algo lo suficientemente disfrazado para prevenir el castigo de la instancia superyoica.

Por lo que ahora el síntoma de neurodermatitis no solamente sería el resultado de un proceso de somatización de aquellas huellas que no han podido ser simbolizadas, sino que también podría tomar la significación de una estimulación sexual (erotización)

derivada del complejo edípico que ésta siendo reprimida por el superyó y por ello es colocada en el cuerpo con desfiguraciones, pero que a la vez la paciente no ha podido renunciar adecuadamente, ya que se ha enfrentado a las dificultades intersubjetivas que ha envuelto este proceso incluyendo la propia experiencia de los padres frente a la renuncia de sus complejos edípicos.

Estas dificultades que se presentaron durante su infancia, persistieron con intensidad en la adolescencia con el resurgimiento de la sexualidad influidas en parte por la dinámica familiar de ese momento. Cuando la paciente entró a la secundaria la madre se fue de la casa unos meses, por su parte el padre le asignó a Ana varias actividades que le correspondían a la mamá:

El tiempo que estuvo en la casa mi tío, mi papá nos pidió que nos organizáramos, a mí me dijo que me iba a tocar cocinar y limpiar la casa, yo no estaba de acuerdo pero tampoco me atrevía a decírselo, quería apoyarlo porque su hermano estaba enfermo y ni modo de no ayudarlo como lo hizo mi mamá que sólo se fue de la casa.

Ese periodo de tiempo pudo llegar a representar a nivel inconsciente, un triunfo de los deseos edípicos de la paciente sobre los mandatos del superyó, al quedarse sola con el padre y eliminar a la madre de la situación triangular para así tomar su lugar como pareja, lo que pudo desencadenar un aumento en dichos deseos y a su vez el incremento de la culpa y represión que mantenían estos contenidos psíquicos relegados de la conciencia.

Es importante agregar que a pesar de que la madre regresó a vivir con ellos 6 meses después, Ana continuó desempeñando algunas funciones que le correspondían a su madre, por ejemplo el rol que mantiene actualmente en su familia es el siguiente:

A mi papá y a mí nos gusta comer juntos, preparo para los dos no me cuesta nada hacerlo... mi mamá prepara su propia comida porque a nosotros luego no nos gusta lo que prepara...

Yo soy la que hace la limpieza en casa... ya estoy acostumbrada a hacerlo desde la secundaria.

Suelo acompañar a mi papá a todas partes, a su trabajo, a comprar la despensa, él se apoya mucho en mí para todo eso, por eso mi mamá dice que parezco la parejita de mi papá.

Es en el transcurso de ese tiempo es cuando la paciente comienza a tomar el rol de su mamá y que coincide con la aparición de los brotes de dermatitis en sus zonas íntimas, como la parte interna de sus muslos cerca de sus genitales y por primera vez en sus pechos:

...a partir de la secundaria y en la preparatoria mis brotes de dermatitis se empezaron a extender a otras zonas de mi cuerpo, ya no eran nada más mis piernas, brazos y manos, ahora también era en la parte interna de mis muslos y en mis pechos, eso me afectó muchísimo.

La parte interna de sus muslos así como sus pechos representan dos zonas altamente erógenas que a partir de la pubertad cobraron protagonismo para la satisfacción de las pulsiones sexuales, por lo que la aparición de heridas en esas partes de su cuerpo podrían conformar por un lado una satisfacción masoquista y por el otro el castigo impuesto por el superyó por no renunciar a sus deseos edípicos de quedarse con el padre y deshacerse de la madre. A su vez dichos brotes le dificultaban el establecimiento de relaciones exogámicas ya que Ana se sentía avergonzada por las marcas de dermatitis, lo que la llevó a ocultarse de la vista de los otros evitando a toda costa los intercambios íntimos o sexuales con personas de su edad.

En sesiones comentó lo siguiente

Pienso que soy asexual... para mí ser asexual es que no sientas interés ni atracción hacia las demás personas... creo que algo puede andar mal conmigo porque no me gustaría tener un novio ni me llama la atención tener sexo... siento

que nadie me comprende porque a esta edad ya tendría que haber salido con alguien, creo que eso sería lo normal pero no sé por qué no quiero.

No obstante, a lo largo del tratamiento fueron haciéndose evidentes sentimientos amorosos y de atracción por parte de Ana hacia dos de sus amigos con los que tenía una relación bastante estrecha pero en la que ella mantenía un lugar de sufrimiento, ya que no se permitía confesar estos sentimientos por temor a perder su vínculo de amistad, así que procuraba ocultarlos a la vez que estos amigos le pedían consejos para ligar con otras personas o le contaban intimidades que a ella le hacían sentirse mal consigo misma y con lo que sentía, muestra de ello está en el siguiente fragmento:

Mi amigo O me dijo que le gustaba una chava de nuestro salón que era cercana a mí, él me platicaba mucho de ella y me pedía que yo le ayudara, yo me sentía muy mal porque quería que O se fijara en mí y no en mi amiga, pero jamás le diría eso... preferí ayudarle a salir con amiga... después ellos dos anduvieron, yo me sentía tan triste y pensaba en que pude ser yo quien anduviera con él pero no creo que él se fijara en una chica como yo... para mí es muy difícil escuchar sobre su relación con mi amiga pero no le puedo decir nada, no quiero que el sospeche que me gusta.

Esta situación persistió por dos años, Ana no contemplaba como opción confesarle su amor a O y tampoco quería alejarse de él, aunque constantemente se sintiera herida por saber de la relación de O con otras mujeres, ella quedaba en un lugar de confidente que le ayudaba a su amigo a ligar con otras personas mientras ocultaba sus sentimientos y sufría en silencio por no ser correspondida.

Aquí podemos observar muchas similitudes con la posición que Ana ocupaba en la relación con sus padres, una relación triangular en la que ella es la confidente de su padre, involucrada en los temas que atañen a la pareja, mientras que experimenta constante incomodidad y sufrimiento, sin embargo también con algo de satisfacción de mantenerse en ese sometimiento, pensando que de esta manera sus vínculos serán más duraderos,

que no la rechazarán o abandonarán, que será parte de la vida de la otra persona a cambio de ocultar sus afectos, deseos y necesidades, anteponiendo los de los otros.

De forma muy similar pasó con su mejor amiga Isadora y con su hermana, que al establecer sus noviazgos Ana platicaba en sesiones lo molesta que se sentía por ello, comentaba en una ocasión:

Ya no me hacen tanto caso como antes, antes pasábamos más tiempo juntas, ahora desde que tienen novio me siento como si me hubieran hecho a un lado, como si ya no les importara... lo peor de todo es que me platican de su relación y yo me siento muy molesta, pero no les digo nada porque eso es lo que debe hacer una amiga.

De esta forma Ana se ubica a nivel subjetivo en diversos vínculos triangulares, donde se vive como la persona que es dejada de lado, que no es elegida, donde la relación que conforma con algún familiar, amigo o amiga está atravesada por un tercero que si es deseado, que es elegido por encima de ella, lo que le genera fuertes afrentas a su narcisismo, donde revive una y otra vez las heridas de su infancia.

No es coincidencia que Ana se halle en estas situaciones dentro de sus relaciones, sino que se puede entender que hay una búsqueda inconsciente de su parte para colocarse en este lugar y mantenerse, para ello hay varias razones, la primera es que esta es la forma en como aprendió a relacionarse con los otros, a través de las experiencias que tuvo con sus objetos primarios. Así mismo, de acuerdo con lo mencionado por Freud (1914) se vislumbra la repetición de las heridas narcisistas que posee, como una forma de revivir aquello que no ha podido ser elaborado por medio del pensamiento y que busca ligarse en cada nueva oportunidad, también es una forma en la que ha encontrado su aparato psíquico a través de las formaciones de compromiso de obtener satisfacción sustitutivas para las pulsiones que están siendo severamente reprimidas por su instancia superyoica.

Es así que el desarrollo de la sexualidad en Ana recorrió este extenso camino lleno de dificultades externas e internas que fueron sometiendo y desfigurando la expresión de sus pulsiones sexuales, anudándolas a pulsiones agresivas y destructivas, características que

actualmente en su adultez envuelven su dinámica psíquica y sus relaciones de objeto, llevándola al punto donde no hay cabida para la madurez sexual, es decir la sexualidad genital, sino que se mantiene en la etapa infantil que corresponde al complejo de Edipo al que no ha podido renunciar adecuadamente y persiste inconscientemente.

Capítulo VII. Análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales

En este capítulo se abordará el trabajo terapéutico que se desarrolló con la paciente a lo largo de un año y medio de tratamiento psicoterapéutico, tomando como eje el análisis de la transferencia y contratransferencia que se desarrolló en las sesiones.

De acuerdo con Freud (1901) podemos entender a las transferencias dentro del trabajo analítico como:

reediciones, recreaciones de las mociones de 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(p. 101).

Más adelante Freud (1914) explicó que el paciente generalmente no se acordaba de nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actuaba, lo representaba como una acción que repetía sin saberlo. Por lo tanto la transferencia sería la repetición que se representa en manera de acto proveniente del lazo del pasado olvidado. Esta repetición se daría sobre el terapeuta y además se generaría en distintas áreas de la vida cotidiana del paciente (Chávez, 2019).

Al respecto Ferenczi (1909) comenta que reconocer la transferencia de las emociones tanto positivas como negativas es el núcleo central en el análisis, es por ello que la transferencia juega un rol muy importante para el proceso psicoterapéutico.

Ahora bien, la primera ocasión que tuve contacto con Ana fue por correo electrónico, ella comentó seguir interesada en recibir el servicio terapéutico para lo cual agendamos una primera entrevista de valoración, esta tuvo lugar un par de días después por medio de la plataforma de videoconferencias de Zoom, la paciente se presentó hablando con una voz baja y tímida, saludó a la cámara, se observaba en una habitación con poca iluminación, ella se encontraba de espaldas a una ventana y una pared blanca, traía el cabello recogido y una sudadera de color gris, en general esta imagen me causó algo de intriga pero

también me dejaba percibir una gran inseguridad por parte de la paciente por ser vista, no había encendido la luz en la habitación y en la pantalla sólo se podía observar su cara y sus hombros. Lo anterior concordó con lo que se fue observando en la paciente conforme se fueron desarrollando las sesiones, donde ella se muestra como una chica muy tímida que constantemente busca ocultar su cuerpo y pasar desapercibida.

Al comenzar la exploración sobre su motivo de consulta mencionó rápidamente que estas emociones de tristeza y enojo estaban relacionadas con su padecimiento de neurodermatitis el cual presentaba desde que era una bebé, la forma en cómo me lo mencionó me hizo sentir compasión por ella y preocupación porque se veía que era algo que le afectaba mucho, en su cara veía un profundo gesto de desagrado y desesperación, yo le pregunté a qué se refería con neurodermatitis y ella explicó que se trataba de algo genético aparentemente transmitido por su mamá que implicaba la aparición de pequeñas heridas en su piel que se extendían a lo largo de su cuerpo y causaban una gran incomodidad y dolor, en ese momento sentí como si quisiera abrazar a la paciente y me enfrenté a la idea de querer brindarle protección.

Proseguí con la entrevista y le pedí que me platicara sobre ella, casi todo su discurso versaba sobre su padecimiento y las implicaciones que tenía en su vida generándole múltiples dificultades para socializar, hacer las actividades que le gustaba y en general desenvolverse como hubiera querido, esto me iba causando una sensación de agobio al imaginar las limitaciones que la paciente me explicaba, así como el dolor que sufría.

Y es precisamente ese agobio algo que llegué a experimentar constantemente durante los primeros meses de tratamiento, ya que generalmente la paciente llegaba a hablar de los problemas que se suscitaban dentro de sus vínculos como situaciones que le causaban mucha incomodidad, molestia y dolor, pero donde no podía hacer nada para cambiarlo.

Hubo intervenciones en las cuales me vi conducida a nombrarle las diferentes opciones con las cuales contaba para moverse de ese lugar de sufrimiento, sin embargo estas no tuvieron éxito ya que la paciente mantenía e inclusive reforzaba la idea de no poder hacer algo al respecto, para cada opción había una respuesta catastrófica. Al finalizar las

sesiones terminaba con una sensación de gran pesadez y desánimo, me llegué a sentir como atrapada en un callejón sin salida.

Gracias a las observaciones que se me realizaron en supervisión comprendí que entrar en esa dinámica no era lo óptimo para poder avanzar en el trabajo terapéutico, lo que faltaba era comprender junto con la paciente porque ocupaba ese lugar en todas sus relaciones interpersonales.

Así que cada vez que nos acercábamos a establecer de nuevo una conversación que no nos condujera a nuevos caminos, me detenía unos segundos y se lo señalaba a la paciente como algo que repetidamente le pasaba por la mente cada vez que se sentía mal, el tener que resignarse a ese sufrimiento.

Con el tiempo se fueron haciendo más presentes los temores al rechazo y al abandono en la paciente, temía expresar sus sentimientos e ideas a los otros por miedo a molestarlos y que se alejaran de ella, parecía que no se sentía merecedora de la amistad y el cariño de los otros, que necesitaba emplear múltiples esfuerzos y pasar por alto muchas cosas para que esos vínculos se mantuvieran intactos.

Eso le dio sentido a mi experiencia con la paciente durante esos primeros meses de trabajo, sentí que me encontraba frente a una persona frágil y que tenía un gran temor a moverse del lugar donde estaba parada ya que eso implicaría el riesgo de perderlo todo, nada estaba asegurado, se sentía como estar en una cuerda floja en la cual no valía la pena mirar ni dirigirse hacia otro lado, ya que lo único que se podía hacer era quedarse inmóvil y tratar de no caer.

Por más que yo notaría las capacidades y oportunidades de mi paciente para desplazarse y llegar a un lugar seguro, ella se sentía imposibilitada, anulada. Notaba que le molestaba mucho sentirse dependiente de los otros y eso se presentaba en la relación terapéutica, ella había establecido un fuerte apego hacia el espacio y hacia mí como terapeuta, no faltaba a sesiones y se presentaba puntual, cuando se acercaban períodos de suspensión por vacaciones o días festivos se le veía triste y molesta, comentaba no saber qué hacer en los días posteriores, era como si se sintiera perdida, sin una guía para conducir su vida,

de la mano con ello los brotes de neurodermatitis se intensificaban, ella los atribuía a que no había visitado recientemente al dermatólogo, a pesar de continuar con sus tratamientos esas revisiones le hacían sentir acompañada.

Estas consultas médicas las llegaba a tener aproximadamente cada dos o tres meses, pero muchas veces coincidían con los periodos de vacaciones en terapia, la paciente se veía en la imperiosa necesidad de acudir esos días con un profesional, probablemente con la idea de tratar de controlar los brotes que se presentaban en esos periodos difíciles además de contar con la atención de alguien.

Por supuesto había cosas que ella experimentaba internamente hacia mí y que estaban cargadas de gran hostilidad, sin embargo era algo en lo que se esforzaba por evitar, conforme la alianza terapéutica se fortaleció yo las fui poniendo sobre la mesa, le mencionaba lo molesta que podía estar por las suspensiones, por algún cambio de horario que se hizo, así como por ciertas interpretaciones que le llegaba a hacer. Primero ella negaba que eso estuviera sucediendo, yo le respondía explicándole que esas emociones podían aparecer, era normal y entendible para mí, me mostraba sumamente segura y calmada esperando propiciar un ambiente de confianza para que ella pudiera expresarse. Después de varias ocasiones ella empezó a aceptar que algo de eso podía estar pasando, le costaba trabajo pensarlo o imaginarlo, pero al ponerme en su lugar y decirle que yo me sentiría de tal forma, ella pudo darle paso a esas emociones que tanto le asustaba identificar.

En mi trabajo de supervisión entendí que esta tarea de prestar mi yo como un auxiliar para el yo de la paciente era una técnica útil en algunas ocasiones, principalmente cuando se trataba de afectos que no estaban siendo procesados por la paciente, había que hacer un trabajo muy cuidadoso desde pesquisar esas pequeñas señales en la paciente a partir de mi empatía y procesarlas en mí para mostrarle a la paciente cómo procesarlas por su cuenta, sintiéndose acompañada y respaldada. Sentí una gran responsabilidad con esta función y es por eso que en las sesiones me esforzaba por encontrarme muy concentrada en lo que yo iba “cachando” corporal y emocionalmente, inclusive había ocasiones en las

que el discurso pasaba a segundo plano y yo me enfocaba en digerir todo lo experimentaba para devolvérselo en algún punto a la paciente.

Así mismo, temí en algunos momentos estar imponiendo a la paciente mi experiencia y mi subjetividad en ella, por lo que era necesario tener la precaución de brindar este yo auxiliar solo en las situaciones en las cuales la paciente no pudiera procesar por su cuenta propia, sin embargo cuando se trataba de algo que ya estaba pudiendo elaborar o que ponía a andar diferentes procesos de pensamiento y juicio en ella yo solía tomar una posición de testigo y llevarla a hacerse diversas preguntas. Algo que veía necesario reforzar constantemente en la paciente era su capacidad de decisión frente a cualquier situación, mencionándole que ella podía valorar sus opciones y elegir lo que quisiera y yo estaría acá para acompañarla y validarla.

Cerca de cumplir el año de terapia fui disminuyendo las intervenciones donde prestara mi yo como un auxiliar y cada vez le di mayor lugar y protagonismo al yo de la paciente reconociéndole los avances que iba presentando. Por ejemplo ella traía a sesión diversas decisiones que tenía que tomar puesto que acaba de concluir con sus créditos de la licenciatura y esperaba que yo le dijera qué hacer, sin embargo al no ceder ante estas peticiones ella lo fue aplazando hasta que llegó un punto de desesperación, yo le indicaba que el aplazar las decisiones también había sido una decisión, aunque bastante evitativa, le reconocía que podía estar molesta conmigo por no responder a su petición, pero que ella era la única que podía saber realmente que era lo que quería hacer y que ninguna opinión era más importante que la suya, entonces trabajamos en identificar cuál era la postura de la paciente ante estas decisiones y yo me dediqué a reflejarle como un espejo todo lo que ella pensaba y sentía, me abstuve de dar opiniones personales y deje que ella condujera el decurso de las siguientes sesiones.

Para mí fue un reto tolerar la angustia que me despertaba la fragilidad y dependencia que percibía en ella, así mismo había periodos en los que no me sentía capaz de contenerla y ayudarla a procesar todos sus temores, seguramente en una identificación con la madre, no obstante de la mano con mi análisis personal y supervisión esto se pudo ir afrontando e inclusive se pudo utilizar a favor de la relación terapéutica, desarrollar la seguridad de

que estaba haciendo un buen trabajo con la paciente y que ella internalizará esa misma seguridad y capacidad de cuidar de ella.

Capítulo VIII. Alcances del proceso terapéutico

Al comenzar el tratamiento terapéutico la paciente presentaba una importante rigidez en su estructura psíquica, por supuesto esto se debía a las características de su desarrollo emocional el cual había tenido lugar dentro de una dinámica familiar inestable y con diversas dificultades para propiciar su individuación. La paciente había aprendido a relacionarse con los demás desde un lugar de dependencia y sometimiento, con diversos temores al rechazo, la agresión y el abandono, por lo que establecer un vínculo terapéutico con ella que fuera diferente fue todo un reto que se planteó desde el inicio.

En los primeros meses de trabajo la paciente platicaba acerca de sus relaciones con los demás y de cómo existían diversas situaciones que la lastimaban de alguna manera, atribuía este malestar a ella por ser una persona muy sensible y que se incomodaba con facilidad, no alcanzaba a distinguir cuando se trataba de algún tipo de abuso por parte del otro. Pensaba que ella tenía que ser capaz de tolerar todas esas situaciones de sufrimiento con tal de que la otra persona la amara y no se alejara.

El ideal del yo que expresaba Ana era bastante severo, ella tenía que ser capaz de satisfacer las expectativas y demandas de sus familiares para recibir la aceptación y el amor que deseaba. Era como si sus relaciones pendieran de un hilo y no hubiera espacio para sus propias necesidades y deseos más que el someterse a las mismas circunstancias que le generaban malestar, no veía la posibilidad de hacer algo para cambiarlo porque eso implicaría un desenlace catastrófico, en ese sentido yo percibía su rigidez.

Conforme avanzaron las sesiones la paciente pudo ir identificando cómo terminaba en estas situaciones una y otra vez independientemente de con quién se relacionara, pudo asumir que se trataba de algo propio y no solo azares del destino, esto le permitió ir generando una posición más activa frente a sus problemas y a sus vínculos, ahora que ella aceptaba su parte de responsabilidad pudimos ir pensando juntas en los motivos por los cuales establecía relaciones así, cada vez lo fuimos entrelazando más con su historia de vida y sus experiencias con la familia, logró ser más consciente del papel que había

desempeñado respecto a sus familiares, principalmente en la relación de sus padres lo que permitió que se pudieran ir recuperando y significando diversas experiencias que le dolían y que no se habían podido procesar.

Así mismo este enorme temor que tenía la paciente de expresar sus emociones hostiles hacia los demás fue algo que con el tiempo fue disminuyendo gracias a intervenciones en las cuales se le señalaban tales emociones y se le invitaba a hablar sobre ellas brindándole una sensación de seguridad y control, donde tuviera la certeza de que nada malo pasaría si las hablaba en el espacio terapéutico. Al cabo de poco tiempo la terapia se había convertido en una red de apoyo y sostén muy importante para ella porque era el único lugar donde comenzaba a articular y elaborar sus malestares y emociones sin el temor de dañar irreversiblemente sus vínculos o sus objetos.

Durante los primeros meses de tratamiento la paciente presentó algunos brotes en su piel que la hacían sentir angustiada, especialmente cuando era temporada de vacaciones o festividades, conforme fuimos empleando esta estrategia de identificar y apalabrar tanto sus malestares como preocupaciones sus brotes se fueron controlando de mejor manera, inclusive Ana comentó en una sesión cuando llevábamos 10 meses de tratamiento que ya llevaba dos meses en los que se hallaba estable su padecimiento.

En sesiones esto se vio acompañado de una mayor flexibilidad en su pensamiento, los callejones sin salida a los que solíamos llegar antes habían quedado atrás, la paciente ya estaba ideando nuevas opciones, aunque aún no se atrevía a ponerlas en práctica, no obstante el hecho de que le diera apertura a nuevas alternativas le ayudaba a manejar la sensación de incomodidad y agobio, puesto que quedarse ahí en un lugar de sufrimiento ya no era su única opción.

De igual forma la paciente comenzó a traer algunos sueños a las sesiones, algo que no había hecho anteriormente, también empezó a expresar sus fantasías y se trabajó arduamente sobre ambos puntos mostrando la importancia que tienen estas funciones en su mente. Primero Ana se sentía desconfiada de abrir este mundo interno a alguien más, pero conforme fue comprendiendo su valor se aventuró a escucharse más a sí misma en

estos aspectos que hasta ahora le eran desconocidos. Yo lo percibí como un enorme avance en el proceso y me percaté de que en algún momento me había formado la expectativa de que no se lograrían grandes cambios con la paciente debido a su rigidez psíquica, sin embargo esa idea podía responder a un mecanismo defensivo de mi parte para lidiar con las sensaciones de desesperación y de falta de movimiento, algo que muy seguramente mi paciente también sintió al comienzo del tratamiento.

Reconocer estos avances fortaleció la relación terapéutica y fue entonces cuando vi la oportunidad de trabajar más sobre los temas de sexualidad, algo que en la paciente se hallaba bastante reprimido, con mucho tacto se comenzaron a abordar las inquietudes de la paciente hacia estos temas, se le validaron sus ideas y se le conducía a reflexionar porque pensaba así, la paciente ya mostraba más apertura a poner en duda sus creencias, aunque de nueva cuenta no lo llevara a la acción.

Poco a poco se ha ido conectando este tema con la relación que ha establecido con ambos padres y lo que ha observado en su matrimonio, se identificaron heridas muy antiguas que permanecieron latentes y ocultas para ella, lo cual ha ido asumiendo con mayor fortaleza, ahora es capaz de reconocer el daño que se ha generado a partir de estas experiencias, no lo evade o niega como lo solía hacerlo antes y eso le brinda la oportunidad de poder tomar una posición diferente frente a todo ello.

Después del año de tratamiento se observaron otros cambios en la paciente, los temas que eran recurrentes en las sesiones tenían que ver con la búsqueda de su independencia tanto económica, ya que se encontraba en el periodo de búsqueda de un trabajo, como emocional, puesto que cada vez buscaba mayor libertad para hacer actividades por su cuenta, salir de casa, ver amigos, quedarse unos días en el departamento de su hermana, usar transporte público, etc.

Aunado al tema de los chicos que le llamaban la atención, ya no era solamente su amigo O, sino otros dos chicos que había conocido en la preparatoria y universidad, mantenía contacto con ellos a través de redes sociales y se planteaba la posibilidad de tener una cita, aunque aún había diversos temores al respecto se notaba cada vez más la

determinación por hacerlo. Se empezó a trabajar sobre el tema de su cuerpo y lo que implicaba para ella ser mujer, en ese aspecto todavía hay bastante que abordar pero ahora que se le ha dado apertura a este campo se habilitan nuevos caminos que transitar.

En general se puede decir que era indispensable brindarle a la paciente una experiencia de relación de objeto con la cual pudiera mostrar su dependencia y fragilidad, en la cual pudiera confiar y sentirse estable, que permaneciera disponible para que ella pudiera sostenerse y reconstruir aquellas partes que habían quedado inconclusas o endebles, sin sentirse agredida o invadida por el otro y que pudiera expresar sus mociones hostiles y destructivas sin temor de dañarme o con la amenaza de recibir rechazo o abandono de mi parte. Fue algo en lo que se estuvo trabajando constantemente y que pudo representar parte del éxito de los avances logrados con la paciente.

Capítulo IX. Limitaciones del proceso terapéutico

Hubo una limitación fundamental a la que me enfrenté a lo largo de este proceso terapéutico y que fue derivada de la modalidad de las sesiones que se mantuvo de forma remota debido a la emergencia sanitaria de covid-19, al ser la neurodermatitis uno de los principales ejes del motivo de consulta de mi paciente y de sus malestares psíquicos y físicos, el hecho de que yo no pudiera verla de manera presencial me limitó en muchas ocasiones poder observar directamente sus brotes, por cámara estos no se alcanzaban a distinguir además de que la paciente constantemente trataba de ocultarlos, entonces yo optaba por preguntarle constantemente cómo se sentía y si había tenido algún cambio en su dermatitis, en algunas sesiones la paciente misma hablaba de este tema principalmente cuando estaba pasando por un período de brotes intensos, yo le pedía que me describiera cómo eran, donde se presentaban y los compara con otros que había tenido anteriormente para darme una idea de la gravedad.

Un par de ocasiones la paciente me mostró sus manos cuando llego a experimentar brotes ahí, yo solamente pude ver unas pequeñas manchas rojas que se extendían por encima de sus manos hacia sus brazos, sin embargo mi visión siempre estuvo bastante limitada porque Ana tomaba sus sesiones en una habitación con poca iluminación. Es por lo anterior que se pudieron pasar por alto varias situaciones involucradas con el cuerpo y la piel de la paciente, ya que la impresión que yo me generaba estaba basada en lo que Ana percibía de sí misma, lo cual también resultaba de mucha utilidad pero que hubiera sido interesante complementar con una observación directa.

Asimismo el hecho de que la paciente no pudiera conocerme físicamente daba apertura a que en un inicio se sintiera desconfiada de establecer un vínculo conmigo, ya que es difícil relacionarse con una imagen en una pantalla y más cuando has tenido dificultades para relacionarte a lo largo de tu vida, no obstante el hecho de que la paciente se conectara a sus sesiones desde su casa le pudo haber ayudado a sentirse en una zona segura y donde ella podría tener el control ya que cualquier situación que resultará amenazante

simplemente podía apagar su cámara o terminar la video llamada, afortunadamente no se dieron situaciones en las que sucediera esto.

Constantemente Ana llegaba a ocultar su cuerpo con ropa holgada, principalmente los primeros 9 meses de tratamiento, posteriormente llego a usar blusas de tirantes sin embargo en la imagen de la plataforma solo se veían sus hombros, su cuello y su cara, también la iluminación cambió, empezó a abrir su cortina cuando tomaba las sesiones o a encender las luces por lo que me permitía observarla mejor, en cuanto a su mirada durante los primeros meses de tratamiento esta se dirigía casi todo el tiempo hacia abajo, después del año de terapia ella me miraba fijamente mientras hablaba.

Algo que hasta las últimas sesiones se me dificultó observar es si ella movía sus manos al hablar, a mí me daba la impresión de que no lo hacía sin embargo este dato no es certero, en general cuando Ana hablaba se notaba bastante intimidada y apenada, algunos aspectos de su lenguaje corporal fueron cambiando como ya lo mencioné pero hubo otros que no pudieron ser evaluados debido a las limitaciones del trabajo en línea.

Considero que en un inicio esta modalidad pudo haber facilitado a que Ana se mantuviera en el tratamiento terapéutico, sin embargo con el tiempo se volvió cada vez más importante el poder establecer un trabajo físico para poder abarcar todos estos aspectos que ya se mencionaron y que son de suma importancia en el abordaje de su padecimiento de neurodermatitis así como de los demás malestares que presentaba. Ya que la presencia física pudiera haber resultado más contenedora en aquellos momentos de mucha angustia, una función en la que se habían presentado fallas por parte del ambiente en el desarrollo emocional de la paciente.

Capítulo X. Conclusiones

De acuerdo con el motivo de consulta de la paciente, así como con la información recabada durante las entrevistas de evaluación y las sesiones de intervención se pudo identificar la gran complejidad que conlleva el síntoma de neurodermatitis en Ana, entendido como un padecimiento que pudo surgir a causa de un factor genético pero que desde su aparición se encuentra íntimamente implicado en el desarrollo psíquico de la paciente.

Y es que como lo planteó Freud (1927) el yo es ante todo un yo corporal, por lo que podemos entender que el proceso de constitución psíquica en Ana estuvo envuelto tanto por esta afección como por las vicisitudes que se presentaron en su ambiente familiar y que fueron contribuyendo a que este síntoma se colocara en el centro de su desarrollo psíquico.

Como ya se abordó anteriormente la mamá de la paciente se sintió angustiada e incapaz de poder cuidarla adecuadamente a lo largo de su crecimiento, en un comienzo esto se había suscitado por la reciente pérdida del bebé que iba a nacer antes de Ana, por lo que en el embarazo de Ana estaba muy presente el temor de un aborto espontáneo, posteriormente en sus primeros meses de vida, la mamá mantenía el temor de no poder protegerla de los diferentes peligros exteriores que pudieran surgir. La constante angustia que sentía la mamá pudo ser transmitida a Ana desde muy pequeña, llevándola a experimentar una sensación similar de angustia y temor.

Al presentar los primeros brotes de neurodermatitis a los 8 meses, la mamá se atemorizó al pensar que se trataría de algo grave ya que sus lesiones eran intensas, cuando recibió el diagnóstico una parte de ella pudo llegar a sentirse culpable de haber transmitido este padecimiento a su hija menor quien estaba presentando lo mismo que ella, por lo que sus cuidados hacia Ana se intensificaron.

Pero a la vez la ambivalencia pudo incrementarse puesto que la condición de su hija requería de mayor cuidado y atención, más de la que había brindado a los hermanos de la paciente. A pesar de que la mamá ya tenía la experiencia de haber cuidado a la hermana

de Ana quien también lo había padecido cuando era bebé, esta vez se trataba de algo de mayor gravedad debido a las características de las lesiones en la paciente.

Aunado a ello, la mamá estaba pasando por un momento difícil anímicamente hablando, causado también por el deterioro de su relación de pareja con el padre, los conflictos que se presentaban entre ambos venían de tiempo atrás, pero a partir del aborto y el nacimiento de Ana aumentaron, muchas veces surgían por las diferencias que tenían frente a la crianza de la paciente, pero también por otros temas personales que giraban en torno a la forma en cómo habían establecido su relación.

De esta manera la hostilidad y los conflictos que pudieron presentar tanto la mamá como el papá pudieron ser percibidos y registrados por la paciente desde que era una bebé. Dichas percepciones aunadas a las del mismo dolor que la dermatitis le provocaba fueron creando un enhuellado que sería difícil de procesar para su aparato psíquico que se encontraba muy vulnerable y en desarrollo, lo que pudo significar importantes amenazas para su experiencia de existir y ser.

Bajo estas condiciones es que el cuerpo de Ana pudo ser utilizado como un objeto en el cual se descargarán los intensos afectos que se estaban generando y el padecimiento de neurodermatitis una vía que lo posibilitara, ya que el dolor psíquico podía trasponerse en un dolor corporal a través de las erupciones que se presentaban en su piel, conformándose como un síntoma psicossomático, que a su vez también servía para emitir un llamado hacia los padres de atención y cuidado.

Además al no contar con la seguridad y estabilidad de un adecuado vínculo con la madre que pudiera acompañarla, ayudarle a contener y a procesar dichas experiencias, es que en Ana se establecieron importantes vulnerabilidades psíquicas que la acompañarían a lo largo de su desarrollo. Por ejemplo, la separación abrupta de la madre a sus dos años, que había estado precedida por un periodo de intenso apego y de continua angustia de la mamá fueron experiencias que establecieron los pilares de la subjetividad de la paciente, así como la forma de vincularse a los otros.

El miedo al rechazo y al abandono junto con las dificultades para procesar las pérdidas se hicieron presentes, llevándola a establecer relaciones de fuerte apego y dependencia, por ejemplo con su papá, hermana y mejor amiga a quien conoció desde el kínder. Así mismo se fueron presentando características masoquistas en sus vínculos, puesto que la relación con la mamá estuvo atravesada por un significativo monto de agresividad que era ejercida y disfrazada con los cuidados que le brindaba a Ana, muchas veces asociados al manejo de su piel, untándole ungüentos caseros que le provocaban un fuerte ardor o llevándola a natación cuando el cloro del agua afectaba más su piel.

Así también la relación con el padre llegaba a matizarse de cierta violencia, puesto que el intenso apego que se estableció entre ellos, así como la sobreprotección del padre hacia Ana le generaron dificultades para poder desarrollar su individualidad, controlándola y limitándola en muchos aspectos, obstaculizándole la capacidad de ser independiente, de desplegar su personalidad y valorar sus propios deseos.

Durante el periodo del complejo de Edipo la paciente se apegó mucho al padre y comenzó a sentir una fuerte rivalidad y rechazo hacia la madre, aspectos que hoy día en su adultez perduran, aunque en cierta medida reprimidos, por lo que se puede vislumbrar que esta etapa no ha sido adecuadamente procesada, ya que a parte de las dificultades subjetivas de Ana se hallaban otras exteriores y que tenían que ver con los propios problemas de los padres, tanto en su relación de pareja como en sus complejos edípicos propiciando una dinámica que mantuviera a la paciente en esta relación triangular.

Es así que los deseos incestuosos hacia el padre y los deseos hostiles hacia la madre continuaron presentes aún después de la adolescencia, sin embargo estos fueron relegados al inconsciente debido a que la instancia prohibitiva que se instauró en Ana ejerció una fuerte represión sobre ellos. Ahí subsistieron a través de los años empujando por salir a la conciencia, lo que daba por resultado que la represión se incrementara, dando lugar a un fuerte conflicto psíquico que pudo ser tramitado por medio de una formación de compromiso, es decir un síntoma, que permitiera habilitar satisfacciones sustitutivas lo suficientemente disfrazadas para las pulsiones involucradas.

Es entonces cuando de nueva cuenta el aparato psíquico se pudo servir del síntoma de neurodermatitis como un vía de descarga de los afectos resultantes de sus deseos tanto amorosos como destructivos propios del complejo de Edipo que estaban siendo reprimidos. Y también como parte del anudamiento de sus pulsiones sexuales a las destructivas, que se conformó en su desarrollo libidinal por las características de los vínculos que estableció con sus padres, los cuales conllevaban muestras de cariño y cuidados con un monto de agresión y sometimiento.

Siendo así que en la adolescencia Ana comenzó a presentar los brotes en sus zonas erógenas, por ejemplo en sus pechos y en sus muslos cerca de sus genitales, como una forma de expresar estas mociones pulsionales, lo que a su vez representó limitaciones para que ella pudiera libidinizar su cuerpo llegando al punto de verlo con mucho rechazo y como algo indeseable tanto para ella como para sus pares. La relación que estableció con su cuerpo estaba atravesada por este sometimiento al padecimiento de neurodermatitis al cual veía como el origen de todas sus dificultades y que le impedía poder desenvolverse como le hubiera gustado.

Una de las principales dificultades que se hallaron fue en torno a la sexualidad, la paciente se consideraba asexual debido a que no experimentaba deseo sexual ni atracción por otras personas, el rechazo a la sexualidad genital era algo muy notorio porque esto implicaría dar paso a los deseos que se encontraban reprimidos, renunciar a ellos y posibilitar nuevos objetos que fueran exogámicos, algo que le atemorizaba a la paciente porque conllevaría mostrar su cuerpo a otros, ella pensaba que si en ocas

iones sus padres la habían rechazado con mayor razón las otras personas lo haría y la lastimarían, algo que sería intolerable para ella.

Lo anterior la llevaba a evitar a toda costa el encuentro con los otros, usaba ropa muy holgada que no dejara ver su cuerpo, evitaba las convivencias sociales con sus compañeros y amigos, e inclusive durante la pandemia evitaba salir de casa sino era acompañada de su padre o hermana, esto de la mano con la represión y negación de sus necesidades sexuales la mantuvieron apegada y dependiente del vínculo con su familia,

pensando en que ese era el único lugar seguro que había, aunque al mismo tiempo le despertara emociones de incomodidad, sometimiento y enojo, que no podían ser expresadas porque desde su perspectiva resultaría amenazante y destructivo para sus vínculos, por lo que estos afectos eran dirigidos y descargados en su propio cuerpo.

No obstante también había diversas satisfacciones en esta dinámica, por ejemplo que ocupara el lugar de la hija menor que era cuidada, consentida y tratada como una niña le hacía sentir comfort y seguridad, no sentía la presión de buscar un trabajo o mudarse de casa de sus padres. Estos aspectos le causaban mucho temor por lo que mantenerse en ese lugar resultaba una forma de evitar enfrentarse a los procesos propios de la adultez.

Con base en lo anterior se puede dilucidar que en Ana se fue estableciendo una dinámica psíquica en la cual sus necesidades no tenían lugar, debido a las dificultades que los padres tuvieron para observarlas y responder a ellas, ya que se encontraban impedidos por sus conflictos personales y de pareja. Esto llevó a la paciente a someterse a aquello que los padres le brindaban, afecto y cuidados matizados también de agresión y control que se ejercieron a manera de sobreprotección, colocando en el centro de su funcionamiento psíquico la dependencia, el apego intenso, el temor al rechazo y el abandono.

Es toda la información plasmada en este trabajo la que me llevó a suponer que tanto el síntoma de neurodermatitis en Ana como sus primeras relaciones de objeto han sido centrales en su estructuración psíquica, contribuyendo a la formación de vulnerabilidades que al día de hoy la llevan a tener diferentes conflictos en su proceso de individuación e independencia, así como para establecer vínculos y expresar su sexualidad adulta.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --). Editorial Médica Panamericana.
- Amoruso, L. y Bruno, M. (2010). Breve revisión de la primera conceptualización freudiana sobre la histeria. *Perspectivas en psicología*, (7). 45, 52. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5113893>
- Antuña, S., García-Vega, E. y González, A. (2002). Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión. *Clínica y Salud*, 13(3), 285-306. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618090003.pdf>
- Anzieu, D. (1998). *El Yo-piel*. Biblioteca nueva.
- Ávila, S. (2018). *La problemática edípica, su resolución y su papel normalizador*. [Tesis para optar al grado de Especialista en problemas de la infancia y la adolescencia]. Recuperado de: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/10020/1/AvilaSonia_2018_ProblematICAEdipicaResolucion.pdf
- Balottin, L., Quagelli, L y Costantini, M. (2021). A Body of One's Own: From Self-Cutting to the Cuts of Separation in an Adolescent Suffering From Traumatic Early Abandonments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1(69),109-135
- Beirana, A. (1999). Educación Médica Continua. Dermatitis atópica. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 8 (3), 169-178. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-1999/cd993l.pdf>
- Betholet, R. (2019). Freud y la clínica del síntoma. *Psicoanálisis en la universidad*, 3. Recuperado de:
- Bick, E. (1970). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Argentina*, 27(1), 1-4. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/74615904/La-Experiencia-de-La-Piel-Esther-Bick>
- Bowlby, J. (1960). Ansiedad de separación. *International Journal of Psychoanalysis* 41, 89-113.

- Bronstein, C. (2019). A flor de piel. *Temas de psicoanálisis*, (17). Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/CATALINA-BRONSTEIN.-A-flor-de-piel.-1.pdf>
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta moebio*. 23, 204-216. Recuperado de: <https://www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.html>
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2004). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Amorrortu editores.
- Chávez, J. (2019). Conceptualización de Transferencia y Contratransferencia desde el Enfoque Tradicional hasta la Actualidad. Universidad Austral. Recuperado de: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/844/Chavez%20Muller%20TI F.pdf?sequence=1>
- De Battista, J., Napolitano, G., Machado, M. y López, A. (2013). El campo de la neurosis en la obra de Freud. Capítulo 3: La histeria en el psicoanálisis Freudiano. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/graziela.t.napolitano/3.pdf>
- De Celis, M. (2018). Una lectura relacional del Complejo de Edipo: las vicisitudes múltiples de lo erótico para Jodie Davies. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n058a20.pdf>
- Delgado, L. (2019). *La etiología de la histeria en el psicoanálisis y la psiquiatría y sus manifestaciones contemporáneas*. [Tesis para optar al grado de especialización en Psicopatología y Estructuras clínicas]. Universidad de Antioquia. Recuperado de: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/13462/1/DelgadoLina_2019_EtiologiaHisteriaPsicoanalisis.pdf
- Ferenczi, S. (1909). Transferencia e Introyección. Recuperado de: www.psicoanalisis.org
- Fernández, R. (1997). Carácter y psicósomática. *Revista de psicoterapia y psicósomática*, (35-36), 31-60.
- Freud, S. (1888). *Histeria*. Obras completas, tomo I. Amorrortu.

- Freud, S. (1893). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud)*. Obras completas, tomo II. Amorrortu.
- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas,' y de ciertas psicosis alucinatorias)*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas,' y de ciertas psicosis alucinatorias)*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Obras completas, tomo I. Amorrortu.
- Freud, S. (1895). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas, tomo VII. Amorrortu.

- Freud, S. (1908). *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. Obras completas, tomo IX. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcicismo*. Obras completas, tomo XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcicismo*. Obras completas, tomo XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*. Obras completas, tomo XII. Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Obras completas, tomo XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras completas, tomo XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). *22ª conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología*. Obras completas, tomo XVI. Amorrortu.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras completas, tomo XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras completas, tomo XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo el ello*. Obras completas, tomo XIX. Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)*. Obras completas, tomo XIX. Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Obras Completas. Tomo XIX. Amorrortu.
- Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas, tomo XIX. Amorrortu.
- Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. Obras completas, tomo XXI. Amorrortu.
- Freud, S. (1940 [1938]). *Esquema del psicoanálisis*. Obras completas, tomo III. Amorrortu.

- García, J. y Zemborain, E. (1979). El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. En línea.* (59), 1-44. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/1970/1688724719795907.pdf>
- Gómez, G. (2008). Freud: enfermedades nerviosas, angustia y estrés o del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis.* (9), 1-21. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5330/6595>
- Green (1980). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* AE.
- Green, A. (1980). La madre muerta. *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* AE.
- Herbert, A. (2016). Hermenéutica y psicoanálisis: Paul Ricoeur y Alfred Lorenzer. *Anuario de Investigaciones,* (23), 67-73. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696045.pdf>
- Hernández, G. (2020). *Psicosomática y psicoanálisis: conjeturas acerca de una posible integralidad.* [Tesis para optar al grado de licenciatura en Formación de la Clínica Psicoanalítica]. Universidad de la República Uruguay. k <http://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/18697/Archivo%20R.B..pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Kimball, C. (1970). Conceptual developments in psychosomatic medicine: 1939 – 1969. *Ann. Intern. Med. Aug.* 73(2) p. 307-16.
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática Psicoanalítica.* Roca Viva. De: Otero, J. y Rodado, J. (2004).
- Laplanche, J. y Pontalis, S. (1971). *Diccionario de psicoanálisis.* Labor.
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología,* 1(10), 83-98 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423550874006.pdf>

- Marchant, M (2000). Apuntes sobre la histeria. *Revista de Psicología*, 1(9). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26409109.pdf>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. 20, 165-193. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Amorrortu.
- Mazzuca, R., Canónico, E., Esseiva, M. y Mazzuca, S. (2008). Versiones psicoanalíticas de la histeria. *Anuario de Investigaciones*, 15, 73-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944039.pdf>
- McDougall (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós. (Zavala, 2000). Buscar referencia y página.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Julián Yébenes.
- Napolitano y San Juan, (2005). Recuperado de: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/napolitano_e/sources/napolitano_e.pdf
- Nasio, J. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.
- Negro, M. (2009). Función del síntoma en la estructura psíquica. *Affectio Societatis*, 10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3988682.pdf>
- Otero, J. y Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, (16). Marty, Fernandez, Mcdougall y Ulnik.
- Paucar, P. (2018). Relación bidireccional de las patologías cutáneas con los trastornos mentales. *Rev Cient Cienc Med*, 21(1), 84-89. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v21n1/v21n1_a10.pdf
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M. y Palmar, A. (2014). *Investigación cualitativa*. Elsevier.

Pichon-Riviere, P. (1975). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Nueva Visión.

Racker, H. (1959). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós.

Riascos, A. (2020). Manifestaciones sintomáticas de la histeria en la actualidad: elementos para un recorrido hystórico. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura]. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79725/MANIFESTACIONES%20SINTOMATICAS%20DE%20LA%20HISTERIA%20EN%20LA%20ACTUALIDAD%20Documento%20final.pdf;jsessionid=8A787AA04BF1CAB3F8AB999A6B51E30E?sequence=2>

Riascos, G. (2020). Manifestaciones sintomáticas de la histeria en la actualidad: elementos para un recorrido hystórico. Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de: Magister en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura. Universidad Nacional de Colombia.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 52(18), 39-49. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>

Saldías, P. y Lora, M. (2006). Síntoma conversivo en la histeria. *Ajayu*, 4(2), 228-243. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545474005.pdf>

Schejtman, C. (2004). Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida. Psicoanálisis e investigación empírica con infantes. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 281-302.

Sierra, F. (2019). La entrevista en profundidad. Función, sentido y técnica. En González, J. y Krohling, C. (Ed.), *Arte y oficio de la investigación científica: cuestiones epistemológicas y metodológicas*. 295-374.

Sociedad Mexicana de Psicología, A. C. (2002). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.

- Sos, R. (2010). Mujeres históricas psicoanalizadas por Freud. *Dossiers Feministes*. 14, 05-107. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/download/229292/311002>
- Storti, L., Britos, A. y Uhlemann, H. (2007). La experiencia psicoanalítica en psicósomática. *Psicoanálisis ayer y hoy. Revista digital*, (7). Recuperado de: <https://www.elpsicoanálisis.org.ar/nota/la-experiencia-psicoanalitica-en-psicosomatica-lydia-storti-alberto-britos-helga-uhlemann/>
- Suen, P., Vélez, S. y Werner, M. (2017). Histeria clásica e histeria actual. Nombres indistintos de una padecer que subsiste. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ulnik, J. (2000). Revisión crítica de la Teoría de Pierre Marty. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, (5). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=121>
- Ungar, V. (2016). Lo más profundo es la piel. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (123), 155-161. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201612314.pdf>
- Vilarrasa, E. y Puig, L. (2008). La piel del recién nacido. *Farmacia profesional*, 11(22), 36-42.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Laia
- Zavala, M. (2000). *Abordaje psicoanalítico de las enfermedades psicósomáticas: la corioretinopatía serosa central, naturaleza del conflicto y características de personalidad*. [Tesis para optar al grado de la maestría en Psicología Clínica]. Universidad Autónoma de Nuevo León.

