



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAestrÍA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

“CUANDO LOS VÍNCULOS ENFERMAN: PAULA, UN CASO DE MELANCOLÍA”

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

PRESENTA:
ALEJANDRA RIVERA MARTÍNEZ

DIRECTOR:
MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL:
DRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción	8
Marco teórico.....	10
Capítulo 1 El papel de la familia en la psicopatología del adolescente.	10
1.1 El primer vínculo: la madre y sus funciones.....	11
1.1.2 Fallas en las funciones maternas: depresión y maltrato	12
1.2 El rol paterno	15
1.2.1 El padre que abandona	18
1.3 Los hermanos: rivalidad fraterna	20
1.4 Las consecuencias del modo de vida familiar: vínculos ambivalentes	21
Capítulo 2 Melancolía	25
2.1.1 Un tipo especial de melancolía: repulsa al alimento y su relación con la madre	26
2.2 Síntomas depresivos en la adolescencia normal.....	28
2.3 Cuando lo pasajero se vuelve duradero: la melancolía como rasgo.....	30
Capítulo 3 La sexualidad femenina	34
3.1 Vínculos primarios y sexualidad: el Edipo femenino y sus dificultades	34
3.2 La construcción del género	36
3.3 La complicada relación madre/ hija: El rechazo de la feminidad.....	38
Método	41
Planteamiento del problema.....	41
Objetivo general	46
Objetivos específicos	46
Supuesto	47
Definición de categorías	47
Tipo de estudio	49
Instrumentos	49
Participantes	49

Procedimiento.....	50
Consideraciones éticas.....	50
Historia del paciente	52
Ficha de identificación	52
3.1 Motivo de consulta	53
3.2 Historia del padecimiento	54
3.3 Historia Clínica	55
3.4 Historia Familiar	57
Resultados y Discusión	61
“¿Por qué mí mamá no me mira?”: La agresión materna como causa principal de los rasgos melancólicos.....	61
“Y entonces el padre que recordaba ya no estaba”: El abandono del padre como un factor en el desarrollo de rasgos melancólicos.	66
“Las mujeres no me quieren a mí”: La agresión materna como un factor principal en las dificultades de la sexualidad femenina.....	68
“Papá hace mucho que no está...”: El abandono del padre como un factor en las dificultades de la sexualidad femenina.....	71
“Si fuera más como mi hermano, quizá me querrían”: La rivalidad fraterna como un factor en las dificultades de la sexualidad femenina en Paula.....	71
Análisis de los procesos trasferenciales y contratrasferenciales.....	74
“Hablar con usted me da mil años más de vida”: Análisis de la transferencia de Paula ..	74
Análisis de la Contratrasferencia de la psicoterapeuta:.....	77
Conclusiones	80
Dificultades y limitaciones	82
Referencias.....	84

A mi abuela, Martha Estela, con amor

Agradecimientos

A la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes y el Programa de Becas CONACYT, por la oportunidad de cursar un posgrado de excelencia.

A todas las profesoras y profesores de la Maestría de quienes aprendí tanto.

A Paula, la paciente de esta tesis, por el trabajo y enseñanza mutua.

A cada uno de los miembros de mi comité tutorial por la guía de calidad para realizar este trabajo.

A mis amistades: Ydalia, José, Enrique, Dámaris y Karen por todo el apoyo y contención antes, durante y después de la maestría.

A mi familia: Mi mamá, mi hermano, mi abuelo y mis tíos Marcos Gabriel, Efraín, Marcos Isidro y Martha Estela, por siempre estar al pendiente de mí.

Y, por último, a ellos... quienes a la distancia me acompañaron con sus palabras, con sus letras y voz en cada madrugada escribiendo; quienes llegaron en el momento adecuado y me trajeron tanto.

Resumen

Palabras clave: Adolescencia, subjetividad, cuerpo, sexualidad femenina, melancolía.

La melancolía y las particularidades en la sexualidad femenina han sido escritos y analizados desde Freud (1931; 1917), replanteados por psicoanalistas mujeres (Dio, 1977; Olivier, 1980) y complementados con una perspectiva social y filosófica (Meler, 2017; Burin, 2012). La expresión de la sexualidad femenina y ciertas patologías que alteran la misma como la melancolía o los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), han cambiado con el tiempo y se observan en muchas jóvenes en la actualidad incluso en un mismo cuadro clínico.

El caso a continuación tiene el valor de ser un ejemplo de cómo las psicopatologías de los progenitores, especialmente la depresión materna, pueden provocar graves cuadros clínicos en su descendencia como lo es la melancolía y los TCA. Por tal motivo, se eligió a la paciente Paula quien debido a sus características personales y familiares se recomendó hacer un proceso de psicoterapia desde el modelo psicoanalítico. Se utilizaron los pasos de la metodología cualitativa, específicamente los que refieren al Estudio de Caso. A partir de la observación, análisis e interpretaciones durante y después de las 95 sesiones que duró el proceso de psicoterapia, se creó el supuesto de que los rasgos melancólicos en Paula, así como las dificultades en la sexualidad femenina son el resultado de los vínculos ambivalentes generados a partir de una dinámica familiar conflictiva caracterizada por agresión materna, abandono del padre y rivalidad fraterna, pudiendo ser confirmado después del trabajo en esta tesis.

Abstract

Keywords: Adolescence, subjectivity, body, female sexuality, melancholy.

Melancholy and the particularities of female sexuality have been written and analyzed since Freud (1931; 1917), restated by female psychoanalysts (Dio, 1977; Olivier, 1980) and complemented with a social and philosophical perspective (Meler, 2017; Burin, 2012). The expression of female sexuality and pathologies that disrupt it, such as melancholy or eating disorders, have changed over time and are seen in many young women today even within the same clinical picture.

The following case is a valuable example of being an example of how the parents' psychopathologies, specially maternal depression, can create a serious clinical presentation in their offspring, such as melancholic and eating disorder. For this reason, the patient Paula was chosen who, due to her personal and family characteristics, recommended a psychotherapy process from the psychoanalytic model. The steps of the qualitative methodology were used, specifically those referring to the Case Study. From the observation, analysis and interpretations during and after the 95 sessions that the psychotherapy process lasted, the assumption was created that Paula's melancholic traits, as well as the difficulties in female sexuality, are the result of ambivalent bonds. generated from a conflictive family dynamic characterized by maternal aggression, father abandonment and sibling rivalry, and could be confirmed after working on this thesis.

Introducción

La adolescencia es considerada una etapa de diversos cambios en todas las áreas de la vida de una persona. Si bien, las características de esta población están exhaustivamente documentadas, cada individuo las experimentará de manera particular (Aberastury y Knobel, 1984; González y Nahoul, 2013). La experiencia de cada adolescente dependerá de su ambiente familiar, de cómo sus progenitores vivieron su adolescencia, así como de sus estructuras de personalidad (Brazelton y Cramer, 1993). Por lo tanto, una etapa de por sí compleja, se dificulta aún más cuando la madre o padre presentan patología significativa, como, por ejemplo, cuadros depresivos debido a traumas familiares que datan de sus años de infancia y juventud y cuya repetición se hace presente con su descendencia provocando importantes dificultades en el desarrollo emocional de sus hijos (Green, 1980; Levobici, 1995; Winnicott, 1967).

Además de las particularidades de la vida y personalidad de cada madre o padre, se debe tomar en cuenta las condiciones sociales, el género de hijos e hijas y los sistemas que dominan la sociedad, pues son elementos importantes para entender los malestares de cada sujeto, así como las formas de crianza y expresión de la sexualidad (Meler, 2017; Olivier, 1980; Xirinachs, 2002).

Y es así como se elige el caso presentado a continuación: Paula, seudónimo de la paciente cuyo significado es “la más pequeña”, es una adolescente que ha sufrido maltratos por los miembros más cercanos de su familia (madre, padre y hermano mayor). Entonces, ella al ser la más joven de la casa se ha vivido “invisible y diminuta” desde niña. No obstante, los síntomas de minusvalía no sólo aumentaron, sino que aparecieron nuevas complicaciones al entrar en la adolescencia. La violencia ejercida por la familia desembocó un cuadro clínico con rasgos melancólicos, repulsa al alimento y dificultades en la expresión de su sexualidad.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es exponer cómo la agresión materna, el abandono del padre y la rivalidad fraterna influyeron en el cuadro clínico de la

paciente, el cual se caracteriza por rasgos melancólicos, complicaciones en la relación con la comida y conflictos en la expresión de su sexualidad.

Para cumplir con lo anterior, se siguieron los pasos de la metodología cualitativa, específicamente en el Estudio de Caso, en donde se buscó entender con profundidad la historia de vida de Paula, así como su proceso durante las sesiones (Hernández, 2018; Trochim, 2007). Para obtener los datos se hizo uso de herramientas cualitativas tales como la entrevista a profundidad para recolectar la mayor información de su historia personal y familiar, al igual que el análisis del lenguaje no verbal como su forma de vestir, el tono de voz, formas de expresarse etc. Se desarrollaron hipótesis antes, durante y después del tratamiento, el cual se llevo a cabo bajo el modelo psicoanalítico (Nasio, 2001).

Por último, en este trabajo se podrá encontrar el análisis exhaustivo de la vida de Paula y sus principales conflictos: en la primera parte se encuentra el marco teórico con base en autores psicoanalistas, en donde se desglosan en qué consisten las funciones maternas y paternas, así como qué posibles causas pueden alterar las mismas y como esto trae consecuencias varias para la descendencia. Del mismo modo, se revisa la dinámica entre hermanos, la rivalidad fraterna y las particularidades de tener un hermano mayor a quién la madre ha elegido como “el mejor”.

Se continua con la descripción del método, el cual engloba el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el objetivo general y los específicos, la descripción de categorías, la metodología cualitativa utilizada, los instrumentos y el procedimiento con sus respectivas consideraciones éticas. Asimismo, se detalla la historia personal y familiar de la paciente para terminar con los resultados, en donde se explica cómo el vínculo complicado con la madre, el padre y su hermano, permeados por la historia familiar de cada uno, desencadenó el cuadro clínico de Paula. Se terminará con el análisis de transferencia y contratransferencias para darle paso a las conclusiones.

Marco teórico

Capítulo 1

El papel de la familia en la psicopatología del adolescente.

La historia de un individuo inicia con anterioridad a su alumbramiento, incluso antes de que sus padres se conozcan pues ellos, a su vez, portarán consigo a toda la familia, traerán una historia que, sin darse cuenta, le heredarán a su futuro hijo o hija (Aberastury, 1965). Posteriormente, ya cuando el bebé ha nacido, crecerá y se desarrollará en el marco de un contexto, dinámica y familia determinada las cuales, en su conjunto, condicionarán profundamente su crecimiento, su vida material, afectiva, cultural, social, etc. (Lebovici y Manciaux, 1995).

De acuerdo con Brazelton y Cramer (2013) las actitudes de los futuros padres al próximo bebé comienzan desde el primer reconocimiento de la identidad sexual de la criatura. Mamá y papá experimentan sentimientos distintos hacia un bebé hombre o mujer. Comúnmente, la madre tenderá a ver partes de sí misma más fácilmente en una hija, y posiblemente si tiene un niño lo considere complemento de ella misma (Olivier, 1980). Por otra parte, los padres generalmente desearán un hijo varón con quien identificarse, y una niña hacia la cual albergar sentimientos más tiernos.

Este nuevo sujeto a lo largo de la infancia experimentará sucesos tanto buenos como malos de los cuales no tendrá control alguno pero que jugarán un papel central en su desarrollo físico y emocional (Winnicott y Beltrán, 1981). Uno de estos factores determinantes es la calidad del vínculo con la madre, pues al ser el primer objeto de amor del bebé, jugarán un papel fundamental en su desarrollo psíquico. Pero ¿sólo la madre tendrá en sus manos el futuro de la criatura? Conforme pase el tiempo, el devolver al bebé su persona con los cuidados tantos físicos (Handling) que inevitablemente conllevan un componente emocional (Holding) no sólo dependerá de mamá sino de toda la familia, principalmente del padre y los hermanos y hermanas pues estas identificaciones múltiples formaran parte de su proceso de maduración (Winnicott, 1967).

Entonces ¿Qué papel juega cada miembro de la familia en el porvenir del sujeto? ¿Cuáles son las funciones que tendrá que ejercer y qué sucede cuando hay fallos importantes en las mismas? ¿Cómo contribuye la familia a la psicopatología del infante, del adolescente? Las respuestas a estos cuestionamientos se desarrollarán a lo largo de este primer capítulo.

1.1 El primer vínculo: la madre y sus funciones

De acuerdo con Winnicott (1960) la criatura nace con la tendencia al crecimiento y desarrollo, sin embargo, el tiempo que cada sujeto tarde en llevar esta tarea varía de bebé en bebé pues dependen de un factor invaluable: el ambiente, más específicamente los cuidados maternos. Si en los primeros años de vida la madre o alguien que tome su rol no está presente, la tarea resulta infinitamente complicada (Dolto, 1974).

Winnicott (1967) explica que la madre, al ser el primer vínculo del bebé, tendrá una particular relevancia en el desarrollo físico y emocional de éste, pues de ella, o quien haga su función, dependerán las acciones necesarias para la subsistencia del infante. Con base en Dolto (1974) cuando el bebé nace cree que es uno con la madre, a esto último se le conoce como simbiosis, este hecho es necesario en los primeros meses de vida para sobrevivir, pues por medio de esta identificación de mamá con su bebé, ella podrá cubrir adecuadamente con las necesidades de la criatura. No obstante, si el desarrollo físico y psíquico sigue su curso normal, esta diada deberá separarse para que el bebé se convierta en un sujeto diferenciado (Spitz, 1965).

Pero ¿cuáles son los actos que mamá y la familia deben hacer para la supervivencia del recién nacido? Winnicott (1960) engloba dichas atenciones de mamá hacia su hijo en dos categorías; la primera de ellas, el Handling se caracteriza por los cuidados corporales y sus acompañantes simultáneos como arrullos, miradas, caricias y piropos que se dan recíprocamente entre la diada, las cuales permitirán gradualmente que el bebé se sienta habitando su propio cuerpo y consiga

integrar su unidad psique-soma. Pero los cuidados meramente físicos no serán suficientes para el desarrollo afectivo del infante, se necesitará que mamá lo *sostenga* afectivamente.

El Holding o sostenimiento hace referencia al hecho físico de tomar a la criatura en brazos, así como al conjunto de condiciones ambientales en la vida diaria del pequeño. Incluye la serie de cuidados durante el día y las atenciones que se necesitan por la noche, que nunca son las mismas para cada bebé. De igual manera, mamá deberá percatarse de los cambios casi imperceptibles, tanto físicos como emocionales, que día tras día van teniendo lugar. El sostenimiento tiene que ver en como la madre sostiene a su bebé con la mirada, como lo toca, como le habla, como lo hace acceder al mundo simbólico (Winnicott, 1960).

Es importante mencionar que las madres que son capaces de prestar un cuidado satisfactorio son las mismas que reciben las atenciones adecuadas del padre o los demás miembros de la familia (Brazelton y Cramer, 2013). Pero ¿qué sucede cuando no es así? ¿Cómo el estado emocional de la madre, influido por la cualidad de los cuidados que le profieren, afecta al desarrollo de su pequeño? Una de las principales causas por las que el ambiente del pequeño se vuelve conflictivo en lugar de facilitador, es la depresión materna la cual puede desembocar en maltratos y provocar consecuencias varias (Green, 1980; Mass, Ibañez y Martínez, 2012).

Dichos elementos se desarrollarán en el apartado a continuación.

1.1.2 Fallas en las funciones maternas: depresión y maltrato

El convertirse en madre es un proceso cargado de afecto y muchos cambios; ya sea que hablemos de un embarazo planeado o no. Que exista el deseo de maternidad, no exenta a la futura mamá de la ambivalencia. La maternidad es aceptada de manera muy variable y no siempre es vivida como el cumplimiento de la felicidad y feminidad (Aberastury, 1965; Freud, 1931).

Si bien, como ya se explicó en el apartado anterior, se necesita que la madre ame al bebé para sostenerlo no sólo físicamente sino emocionalmente, este amor, en ningún caso, estará desprovisto de odio (Lebovici, 1995a).

Pero ¿cuáles serían las razones por las que mamá podría odiar a su bebé? Con base en Winnicott (1947) la madre tendrá razones de sobra para experimentar este sentimiento empezando por el hecho de que el embarazo constituye un peligro para el cuerpo de la madre, posteriormente tendrá que sufrir el parto y al nacer su bebé, podría sentirse decepcionada por la apariencia de éste; experimentar frustración al notar que no puede ejercer sus funciones adecuadamente y enojo al ver como su pequeño demuestra la desilusión ante tales fallas. El nuevo bebé interferirá con la rutina de la madre además de que, es común que las mujeres sientan que su propia madre les demanda un hijo por lo que podrían sentir que se ha asumido la maternidad por demanda de alguien más (Olivier, 1980).

Cuando lo amamanta le hace daño en los pezones; puede vivirse al bebé como cruel al tratarla como un ente que sólo existe para cumplir sus demandas. Se espera que mamá le ame sin condiciones incluyendo sus excreciones. El bebé tratará de dañarla mordiéndola como señal de amor. No obstante, lo más notable acerca de la madre es que, a pesar de lo anterior, ella desarrolle y mantenga la capacidad de recibir el daño, sentir odio, pero no devolvérselo. Por otro lado, a medida que el pequeño va siendo capaz de diferenciarse de la madre y percibiéndose como persona completa, se va desarrollando el significado de la palabra “odio” (Winnicott, 1947).

Por lo anterior, es claro que el amor y odio están presentes en todos los padres y se considera normal. En la mayoría de los casos los impulsos son reprimidos en beneficio de todos los sentimientos positivos. Sin embargo, para algunos padres la violencia contra el infante ya no está contenida, es activa (Lebovici, 1995b).

¿Cuáles serán los factores que provoquen que la ambivalencia normal aumente lo suficiente para que el odio prevalezca sobre el amor? Una de las posibles razones es una situación económica desfavorable, el abandono del padre hacia la madre y el bebé, fracasos en la vida amorosa y en el ámbito profesional,

así como heridas narcisistas generadas por cambios bruscos en la fortuna familiar, infidelidad de la pareja, humillaciones etc. Las cuales podrían desembocar en depresión materna (Green, 1980).

Si bien, las fallas en el maternaje pueden tomar varias formas, los trastornos depresivos en la madre presentan consecuencias importantes en el desarrollo físico pero sobre todo emocional, de la criatura (Green, 1980). Esta sintomatología podría haberse instaurado a edades tempranas en la vida de la mujer mucho antes de convertirse en mamá, o generarse durante el embarazo o posterior a él debido a los cambios inherentes al proceso de parentificación, la fortaleza yoica con la que la madre cuenta, la situación familiar, etc. (Houzel, 2003).

¿Cómo saber si la madre está deprimida? La depresión tiene muchas caras, una de ellas, quizá la más común se caracteriza por inhibición de toda productividad así como cancelación por el interés en el mundo exterior pues el Yo retrae todas la libido que tenía depositada en los objetos externos para recuperarse y esto, claro está, incluye al nuevo bebé (Freud, 1917; Nasio, 2007). Al no tener energía para desarrollar sus funciones maternas, el bebé quedará desprovisto de este sostenimiento físico y emocional tan necesario para su desarrollo y crecimiento (Winnicott y Beltrán, 1981). Hay madres que están tan deprimidas que no miran a sus hijos y esto, la mirada materna y de la familia, representa un elemento fundamental para la constitución de la personalidad. Se corre el riesgo de que la madre, al estar profundamente desdichada, deposite en su bebé sus propias defensas y afectos depresivos, en lugar de devolverle al niño una imagen de integración y un sentimiento de seguridad, lo que traerá consecuencias importantes y a veces irreversible en la vida psíquica del individuo, por ejemplo, que el infante se identifique con esta depresión materna y la introyecte (Winnicott, 1967).

Por otro lado, la depresión también puede expresarse en un estado emocional irritable, sentimientos de culpa y frustración lo que puede desencadenar en arranques de ira (Bleichmar y Bleichmar, 1976; Muriana, Pettenó y Verbitz, 2012). Entonces, cuando la depresión materna también tiene estas características, no sólo no podrá proporcionarle a la criatura los cuidados necesarios debido al retiro

de la libido del mundo exterior, sino que aumentará el riesgo de que le agreda de manera física y verbal (Mass, Ibáñez y Martínez, 2012).

De acuerdo con Lebovici (1995b) este tipo de madres se caracterizan por brutalidades mejor controladas, manifestaciones de rechazo, abandono afectivo, exigencias desproporcionadas en relación con la edad, daños psicológicos, maltrato por omisión, negligencias graves cuyas repercusiones a largo plazo son tan severas como las corporales.

El niño o niña reacciona a la violencia repetitiva con un estado de estupor y de desamparo; se refugiará en la fantasía como medida desesperada contra el maltrato (Bloch, 1986). El self, que se construye con base en los cuidados maternos, será tan vulnerable que tendrá que recurrir a una coraza como medida de protección; pondrá primero las necesidades de los demás que las propias (Winnicott y Beltrán, 1981). Y, en casos más severos, presentar conductas antisociales como el consumo de drogas, conductas de riesgo, la delincuencia como un intento de robar el amor de madre que se le negó desde edades tempranas (Winnicott, 1984; Bleichmar y Bleichmar, 1976).

1.2 El rol paterno

Después de revisar el papel que juega el ambiente y la madre en el crecimiento y desarrollo adecuado, o no, del bebé, cabe preguntarnos cuáles serían las funciones particulares para el padre o quien haya tomado su rol.

Freud (1940; 1924) en su desarrollo del Complejo de Edipo explicaba cómo la madre y la criatura entablan una simbiosis necesaria para la supervivencia de este último. Mamá se convertirá en fuente de toda satisfacción y el bebé tenderá a buscar estar en todo momento con ella, no obstante, dicha unión deberá gradualmente disolverse para que el hijo o hija puede convertirse en un sujeto aparte. En esta diada el padre fungirá como un elemento central para separar al infante de la relación incestuosa con su progenitora.

Por otro lado, Lacan (1958) siguiendo las ideas de Freud, profundizó más en el estudio del papel del padre y su función en el drama edípico, puntualizando que la función del padre no tiene que ver si está ausente o presente, si es bueno o malo, sino que entrar en juego de otra manera. Para explicarlo desarrolló tres niveles que se expondrán a continuación:

1. *Amenaza de castración*: La fase fálica del desarrollo psicosexual del sujeto se caracteriza por la instauración del Complejo de Edipo y el despertar de la pulsión genital sexual real donde es común que los infantes presenten masturbación primaria. Ante este hecho, los cuidadores le dicen que no se toque o se le castigará. Aparece la figura real del padre como agente de esa castración, un castigo simbólico.
2. *Frustración*: En esta segunda etapa, el padre le prohíbe a su hijo a la madre porque es de él. A veces no la hace manifiestamente otras sí. Esta prohibición se instaurará en el inconsciente del niño. La madre comienza a simbolizarse como presente lo que genera satisfacción y como objeto ausente provocador de frustración.
3. *Privación*: La función terminal del padre es al final del complejo de Edipo cuando la rivalidad con el progenitor se disuelve y ahora el infante se identifica con él. El padre se hace preferir a la madre como objeto de amor, como portador del falo. La niña no tiene dificultades para aceptarlo como el portador del falo a diferencia del varón pues ella se asume como castrada, lo cual, de acuerdo con este autor, es bueno para elaborar el Edipo femenino.

Como se puede observar en la anterior descripción, el padre desempeña el papel de prohibidor para los bebés de ambos sexos y es el personaje mediato que tiende a romper la unidad del bebé con los cuidados y los deseos que se apuntalan sobre la experiencia de las necesidades que expresan estos deseos (Lebovici, 1995).

Asimismo, Bleichmar (1984) realiza un análisis del concepto de Edipo freudiano y lacaniano y describe los tres tiempos del Edipo en Lacan (1958) y la función del padre:

- a) *Primer tiempo*: En esta diada inicial madre – bebé, con los cuidados que ella profiere y la dedicación de gran parte de su libido a cubrir las necesidades del infante, el hijo o hija se convencerá que es el falo de la madre, es decir, es el objeto de su deseo y se identificará con esta imagen de ser lo que complete a mamá.

- b) *Segundo tiempo*: Esta unidad aparentemente perfecta se verá interrumpida gradualmente cuando, al irse disolviendo dicha simbiosis, la madre retomará aspectos de su rutina que tenía antes de la llegada del bebé. El hijo se tomará noticia de que mamá desea otra cosa, desea al padre haciendo que el infante se pregunte qué es lo que tiene papá y le atribuirá el papel del verdadero falo de la madre, del real objeto de su deseo. En consecuencia, esta función paterna será quien instaure la ley del incesto la cual dicta que la madre y su criatura no pueden estar juntos.

- c) *Tercer tiempo*: En la última etapa, el sujeto se da cuenta que nadie puede ser el falo, que ninguna persona complementa a otra. El padre, la madre y el hijo estarán sometidos a algo más allá: el significante del nombre del padre. Si nadie es el falo, quiere decir que todos estamos en falta lo que nos convierte en individuos, en seres deseantes.

A pesar de contar con estas descripciones del papel del padre en el desarrollo psicosexual del infante, el proceso de parentalidad en los varones es mucho menos conocido que el de las madres, aunque también ellos pasen por descompensaciones patológicas durante el embarazo y/o después del nacimiento resultado de la intensidad de los cambios de la transición hacia la parentalidad (Houzel, 2003). Algunas consecuencias de dichas dificultades son rupturas

conyugales lo cual, a su vez, aumenta la posibilidad de que la figura del padre esté parcial o totalmente ausente.

1.2.1 El padre que abandona

Como en el caso de las mujeres, el vínculo de un padre con su hijo se ve influido por su propia experiencia infantil. El deseo de un hombre de tener un hijo está permeado en el anhelo del varón de ser como su madre (Olivier, 1980). El deseo narcisista de ser completo y omnipotente por la vía de producir un hijo e identificarse con él es universal, al igual que el deseo de reproducir la propia imagen de uno (Houzel, 2003).

No obstante, algunos padres pueden sentirse tan conmocionados por el embarazo que preferirán distanciarse. Una de las primeras reacciones del futuro padre es una sensación de exclusión ante la simbiosis de la madre con la criatura lo cual puede llevarlo a percibir al hijo como a un rival que lo despoja de su mujer, tal como su padre o un hermano lo despojaron de su madre en la infancia, Por todas estas razones, los hombres tienden a sentirse ambivalentes hacia el futuro hijo. (Bleichmar, 1984).

Pese a que ha habido grandes avances en la participación de los padres durante el embarazo y el parto, las fuerzas que históricamente los han excluido de estos procesos siguen siendo poderosas. El padre tiene una influencia directa en el desarrollo de su descendencia por lo que la actitud de la madre hacia el rol del padre influye sobre este vínculo. Algunas madres, para satisfacer sus propias necesidades, tienden a interferir con el vínculo recíproco entre el bebé y su padre, como si se sintieran amenazadas por la emancipación del niño de la unidad simbiótica, lo cual está influido por la propia experiencia de la madre del triángulo edípico y esto, a su vez, permea en la posibilidad de su hijo de llegar a establecer una relación estrecha con el padre (Brazelton y Cramen, 1993).

¿Pero entonces qué consecuencias existen cuando el padre está ausente? Se ha visto que jóvenes que han vivido experiencias traumáticas a temprana edad, tales como la muerte de mamá, papá o algún familiar cercano, separaciones y divorcios, así como el abandono emocional y muchas veces físico de los padres, frecuentemente inician con episodios de autoagresión en la adolescencia temprana (González y Nahoul, 2013; Puerta y Lozano, 2012).

De igual manera, otra de las consecuencias que se observan en adolescentes que han sido abandonados por alguno de sus tutores, es una marcada dificultad para apropiarse del cuerpo; son jóvenes que no han podido construir una imagen corporal sana pues la falta de las palabras que estructuran la psique y el soma, fue lo que predominó, por lo tanto no es inusual que, debido a la carencia de simbolización, su cuerpo sea su principal modo de comunicarse ya sea con autolesiones, trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades físicas y *acting out* (Gérez, 2009; López y Prieto, 2004).

Por último, el abandono o desvalimiento como se nombra en psicoanálisis pone al sujeto vulnerable ante las demandas del Otro, es decir, la persona que experimentó abandono, probablemente se someta al deseo de los demás, especialmente los padres, ante la amenaza constante de perder al objeto amado o a su amor, negándose la posibilidad de elegir y asumir sus propios deseos (Talera, 2002). Sin embargo, las consecuencias que una persona sufra a partir de la falta de la figura paterna dependerán de cómo esta se ha perdido, de si existen o no otras figuras de apego y de la historia familiar y personal de cada sujeto (Green, 2009). Asimismo, la gravedad de la patología futura dependerá de si la función paterna estuvo en los primeros años de vida lo suficientemente para que se simbolizará y se introyectara o no lo estuvo, siendo estos últimos casos los que tienden a presentar estructuras de personalidad más graves como los *borderline* (Etchegoyen, 2002).

1.3 Los hermanos: rivalidad fraterna

Si bien es cierto que el desarrollo psíquico se constituye sobre todo por medio de la relación con los padres a través del Complejo de Edipo, no se debe dejar de lado otros vínculos importantes en la vida del niño como son los hermanos y hermanas (Freud, 1913). Aunado a esto, las enseñanzas conjuntas de la clínica psicoanalítica, la mitología y de la literatura evidencian que como sujetos somos portadores de una irrepetible y particular conjugación de identificaciones resultado de la dinámica entre narcisismo, el complejo de Edipo y el complejo fraterno (Bettelheim, 1977; Napolitano, 2014).

La participación de hermanos y hermanas en las relaciones generacionales está esencialmente marcada por la rivalidad fraterna. Los celos testimonian más que nada la angustia de una pérdida de identidad y este drama tiene que ver con la imagen que el niño se construye de sí mismo y le permite también diferenciarse de sus hermanos y hermanas (Lebovici, 1995) Esto último puede verse intensificado en la adolescencia pues es común que el joven se revele contra sus padres, hermanos y otras figuras de autoridad como reflejo de la búsqueda de separación y diferenciación familiar (Aberastury y Knobel, 1984).

Con base en Olivier (1980) la relación entre un hermano y una hermana podría representar una peculiar rivalidad fraterna debido a que es común que las madres prefieran a sus pequeños, consciente e inconscientemente, sobre sus hijas pues los hijos varones son deseados y amados por ser del sexo contrario a mamá, mientras que hijas sólo serán amadas más no deseadas por pertenecer al mismo género. De acuerdo con la autora, esto último es debido al complejo de Edipo femenino donde la niña tuvo que renunciar al padre en beneficio de su madre y, al tener ahora un hijo varón, lo percibirá como al único hombre que realmente podrá tener, pues su esposo estará en la misma situación con su propia madre (Freud, 1931).

Asimismo, la rivalidad fraterna normal, se complejiza cuando uno de los hermanos está enfermo y el otro sano. Los remordimientos y resentimientos

“normales” que surgen en la dinámica de los vínculos entre los hermanos pueden intensificarse a tal grado que el hermano sano se convierte en el guardián y mediador que regula el equilibrio familiar lo que comúnmente genera enojo, sin embargo, debe ser reprimido pues si se expresara la agresión hacia el hermano perturbado se tomaría como un desafío hacia los padres vulnerables y ser un hijo desleal y culposos (Kancyper, 2014).

1.4 Las consecuencias del modo de vida familiar: vínculos ambivalentes

Sabemos que la teoría psicoanalítica considera que nuestra vida psicológica inconsciente se define por los conflictos que se organizan alrededor de la situación triangular edípica (Freud, 1940). Tanto en las familias mejor estructuradas como en aquellas que padecen dificultades de inserción social, económica y cultural, tales momentos, que aparecen en forma de crisis, pueden contribuir a complicar gravemente el desarrollo de los niños y las niñas los cuales pueden verse reflejados en dificultades para vincularse con los otros (Spitz, 1965).

De acuerdo con Bertacourt, Rodríguez y Gempeler (2007), los teóricos del apego establecen que la naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres es de fundamental significado en el futuro de la salud mental en sus hijos. A continuación, se expondrán los principales aportes de dichos autores y las consecuencias que sufren los infantes cuando se presentaron fallas en las funciones del ambiente:

Mahler (1975) desarrolló un modelo del desarrollo emocional del niño el cual dividió en tres fases las cuales van desde la completa dependencia con la madre hasta llegar a una independencia parcial en donde el niño o niña logra introyectar al objeto lo cual, si se da en las condiciones óptimas, le da la seguridad para explorar el mundo:

1. *Autismo normal*: Esta fase se establece entre el nacimiento y el primer mes de vida, donde el proceso de maternaje es indispensable para que la criatura sobreviva. Cuando los cuidados maternos son los adecuados, se favorece el

desplazamiento de la energía desde el interior del cuerpo del bebé a la periferia. La autora subrayó que, en este período de tiempo, la madre se constituye como principal objeto de amor y se procura establecer un fuerte vínculo con ella.

2. *Simbiosis normal*: Esta fase se ubica entre el primer y quinto mes de vida. La madre y su hijo o hija forman una unidad necesaria para que mamá pueda ejercer sus funciones maternas adecuadamente. Cuando la mamá establece esta simbiosis normal por medio de una identificación con su bebé, aumenta la probabilidad de cubrir sus necesidades de manera oportuna.
3. *Separación individuación*: Esta fase abarca del quinto mes de vida y los tres años. Se caracteriza por la diferenciación, distanciamiento gradual con el cuidador principal. La madre, cuando el desarrollo se da de manera normal, comienza a poner límites con el infante hasta llegar a una desvinculación más marcada. Se necesita que la madre tenga disponibilidad física y emocional para adaptarse al cambio. Cuando el niño o niña logra tener una representación integrada de la madre que puede proporcionarle bienestar y apoyo en su ausencia, permitiendo que sea menos dependiente y, por lo tanto, que funcione de manera más independiente de la madre, podemos decir que ha alcanzado cierto grado de constancia del objeto libidinal.

Con base en J. Bowlby (1984; 1978), la relación con la madre es el nexo más importante de la primera infancia pues esta cubre las necesidades básicas: calor, intimidad, relación constante. Cuando por alguna razón la madre no puede proporcionarle los cuidados amorosos – ya sea por ausencia emocional o distancia física – suelen provocar perturbaciones en la organización psíquica, inestabilidad y por lo tanto síntomas neuróticos. Este autor describe tres esquemas del tipo de vínculo que se genera en los infantes de acuerdo con el tipo de padres y ambiente

en el que se desarrollaron. Cuando uno de estos tres esquemas se instaura en la personalidad del individuo tienden a permanecer a lo largo de la vida del sujeto:

- a) *Apego seguro*: El sujeto tiene la confianza en el hecho de que sus figuras parentales están disponibles; responden y ayudan cuando el infante se enfrenta a situaciones adversas o que lo asustan, por lo que se siente motivado a explorar el ambiente. Este esquema es favorecido cuando mamá y papá, sobre todo mamá en los primeros meses de vida, se encuentra disponible en todo momento para su pequeño y responde cariñosamente ante las llamadas de su bebé.

- b) *Apego angustiado o ambivalente*: Este esquema es característico de los individuos que tiene padres que acuden a sus llamados de ayuda de manera inconstante y/o que toman la amenaza de abandono como medida disciplinaria. Ante esto el infante se sentirá inseguro de explorar el mundo e intentará estar cerca de los progenitores todo el tiempo.

- c) *Apego angustiado “evitante”*: El infante no tiene confianza de que sus cuidadores atenderán ante sus llamadas de ayuda, por el contrario espera el rechazo y la no respuesta a sus necesidades. Tratará de ser autosuficiente en el plano afectivo, intentará vivir su vida sin el apoyo de los otros, lo cual puede dar lugar a un tipo de personalidad narcisista o un Falso Self.

Por otro lado, Winnicott y Beltrán (1981) consideran que para que un niño logre su máximo potencial se le deben unir los cuidados maternos *suficientemente buenos*. La madre puede reflejar su estado de ánimo deprimido, ansioso, su rigidez y defensas sin responder al reflejo que el bebé da de sí mismo lo que imposibilita el intercambio con el mundo. El resultado de un ambiente facilitador y uno que no lo fue, difieren notablemente en la personalidad del sujeto, el cual puede describirse en dos categorías (Winnicott, 1967):

- a) *Self verdadero*: El medio ambiente brinda protección y sostén necesarios. La «cáscara con que nace» (narcisismo primario) va diluyéndose. Permite entrega a la experiencia interna y externa. La madre «buena» responde a la omnipotencia y le da sentido, fortaleciendo el débil yo del niño.

- b) *Self falso*: En contraste, la madre que «no es buena» es incapaz de cumplir la omnipotencia del niño. No podrá proveer la protección necesaria ocasionando que la criatura perciba sus actividades matricias como respuestas al peligro del ambiente, lo que lo llevará a reemplazar la protección que le falta por una fabricada por él.

Por lo tanto, terminado este primer recorrido teórico, se puede observar de manera contundente como el papel no sólo de la madre, sino de cada miembro de la familia, tiene importantes consecuencias tanto positivas como negativas en el desarrollo físico y emocional del sujeto. Por lo que cada persona, cada situación que se atravesase en la historia personal y familiar, tendrá muchas veces un papel decisivo en la salud o enfermedad del bebé y su entorno.

Capítulo 2 Melancolía

2.1 Síntomas melancólicos

Desde infantes, la vida se caracteriza por una serie de pérdidas de objetos, posiciones e ideales que inevitablemente generarán una herida narcisista, la cual requerirá de la elaboración de un duelo para su reparación lenta y dolorosa (Freud, 1914; Nasio, 2007).

De acuerdo con Freud (1917) el duelo es la reacción normal causada por la pérdida de alguien o algo amado, un objeto o una situación que formaba parte de la vida del sujeto. Este proceso se caracteriza por un profundo dolor que comúnmente lleva a la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar a otros objetos, la falta de motivación ante actividades que antes disfrutaba y la inhibición de toda productividad. La elaboración del duelo suele ser un trabajo largo y penoso, sin embargo, una vez cumplido, el yo se vuelve libre y desinhibido otra vez.

No obstante, hay ciertas ocasiones en las que, ante una pérdida, en lugar de un duelo, se observa una disposición enfermiza llamada melancolía. Dicha reacción también se da frente a la pérdida de un objeto amado, sin embargo, esta es de naturaleza más ideal ya que se alcanza a dilucidar una elección de objeto a una persona determinada que, por obra de un desengaño, sobreviene el sacudimiento de ese vínculo de objeto tan esencial para el sujeto. A esta afrenta no deviene el resultado normal: un duelo cuya elaboración se vería reflejado en el quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro diferente, la melancolía (Freud, 1914; Nasio, 2007).

En la disposición melancólica, el objeto no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor, y, en ocasiones, no se alcanza a identificar con exactitud lo que se perdió. Esta posición comparte los mismos síntomas que el

duelo, pero se caracteriza por la marcada perturbación del sentimiento de sí, el cual se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones pudiendo llegar a una delirante expectativa de castigo. Empero, al escuchar las acusaciones que el paciente melancólico hace de sí mismo, da la impresión de que van dirigidas realmente a objetos que el sujeto ama o ha amado en lugar de a sí mismo (Freud, 1917).

El paciente melancólico considera a su Yo indigno y despreciable moralmente lo que lleva a denigrar y esperar de los demás rechazo. La humillación hacia sí mismo es común, constantemente se juzga de manera severa y expresa que en otro tiempo no fue mejor sino que siempre fue así de despreciable (Freud, 1909).

2.1.1 Un tipo especial de melancolía: repulsa al alimento y su relación con la madre

La melancolía tiene múltiples formas clínicas, por ejemplo, en ocasiones el delirio de insignificancia moral se complementa con la aparición de trastornos de la alimentación (Freud, 1917).

Pero ¿por qué la melancolía tendría relación con los trastornos de la conducta alimentaria? Como ya se mencionó en el capítulo anterior, el infante introyecta mucho más que el alimento pues, al mismo tiempo que el bebé es amamantado, no puede evitar interiorizar y saciarse de todo el contexto maternal que acompaña a la lactancia (Olivier, 1980).

Esta primera fase en el desarrollo psicosexual del sujeto, la etapa oral, es de suma importancia para la presencia o no, de futuras patologías como la disposición melancólica o la repulsa a la comida (Klein, 1935).

¿Qué es lo que tendría que suceder en la infancia del sujeto para que dichas condiciones enfermizas se desarrollaran? Con base en Freud (1923;1924) en el complejo de Edipo, la niña se separa por odio y rencor de su madre por no darle el falo, lo que la lleva a buscar a papá como nuevo objeto de deseo con la esperanza de resarcir la falta, sin embargo, el padre es insuficiente lo que la hace querer repararla ella misma de formas inadecuadas, como es el caso de la bulímica y la anoréxica pues deseará un cuerpo delgado y por lo tanto “hermoso” para compensar su vulnerabilidad, pero el vacío nunca es llenado.

Aunado a lo anterior, al crecer el bebé y enfrentarse a la realidad frustrante en donde sus necesidades no son cumplidas al instante por las personas adultas a su alrededor, el *Ello* y el *principio del placer* ya no son suficientes y se da paso al *Yo* y el *principio de realidad* (Freud, 1920). La dicha realidad frustrante inaugurará *la falta* y por lo tanto *la castración de la madre* permitiendo que se avance en dirección a la subjetividad y el desenvolvimiento psíquico. No obstante, si la castración no sucede, el niño o niña queda alienado a su madre lo que en un futuro complejiza el pase a la adolescencia, etapa universal de transición necesaria para la cristalización de la separación del individuo, la identidad y en el caso de la mujer, la feminidad (Correa, 2014).

De igual manera, los problemas alimenticios en la madre, por ejemplo, anorexia, bulimia, u obesidad, así como otros padecimientos psiquiátricos y médicos como alcoholismo, depresión y ansiedad; además de algunos rasgos de la personalidad como perfeccionismo, tendencia a criticar severamente a uno mismo y baja autoestima son predictores importantes para que su descendencia, especialmente las hijas, sufran alteraciones diversas dentro del ámbito de la comida y la imagen corporal. Dichas madres se caracterizan por ser sacrificadas, invasivas y dominantes, mientras que los padres son emocional, y a veces hasta físicamente, ausentes (Vázquez y Reidl, 2013).

Asimismo, cuando los bebés están excesivamente involucrados con sus madres, en la adolescencia podrían buscar solución al control materno con la autonomía de cuerpo, siendo el caso de los trastornos alimenticios. Se desarrolla un tipo de apego ansioso ambivalente: niñas vulnerables, inseguras, dependientes al igual que sus madres que obstaculizan la separación (Bowlby, 1978; Bertacourt, Rodríguez y Gempeler 2007).

La madre puede reflejar su estado de ánimo deprimido, ansioso, su rigidez y defensas sin responder al reflejo que el bebé da de sí mismo lo que imposibilita el intercambio con el mundo (Winnicott, 1960; 1967). La díada simbiótica permanece, por lo que el síntoma funge como falsa salida para alcanzar la individualidad (Mahler, 1975; Green, 1980). La hija lo contempla como espacio preciado de control ante una madre tan absorbente como si los trastornos de la conducta alimentaria fueran una atormentada tentativa de convertirse en *sujetos* y dejar de ser *objeto* de mamá. Que la madre y el padre acepten que su hijo *no es suyo* (Bertacourt, Rodríguez y Gempeler, 2007).

La pulsión de muerte, asociado al acto de no comer, no necesariamente llevará a morir sino también a agredir, a defendernos (Freud, 1920). Por lo que los tatuajes, perforaciones, cortes en alguna parte del cuerpo, la necesidad de extrema delgadez podrían ser la respuesta a la pregunta constante de cómo hacer al cuerpo mío.

2.2 Síntomas depresivos en la adolescencia normal

La adolescencia es una etapa en la que el sujeto transita por importantes cambios tanto físicos, emocionales como sociales (González y Nahoul, 2013). En esta fase de la vida, lo esperado es que el sujeto atraviese por ciertos desequilibrios e inestabilidad extrema, lo cual es común que se torne también perturbador para el mundo adulto pero necesario para el proceso de identidad (Tubert, 2000).

Con base en Aberastury y Knobel (1973) el adolescente no sólo debe enfrentarse al mundo de los adultos sino que también desprenderse del mundo infantil y para ello, tendrá que pasar por diversos duelos fundamentales que se puntualizan a continuación:

- a) *El cuerpo infantil*: El primero de ellos es el duelo por el cuerpo infantil, pues los cambios corporales extremos que se imponen al individuo, los vivirá como un espectador impotente.
- b) *El rol e identidad infantil*: Posteriormente, al comenzar a tener un cuerpo e imagen distinta, una imagen más adulta, se espera que el adolescente renuncie paulatinamente a la dependencia y comience a aceptar nuevas responsabilidades.
- c) *Los padres de la infancia*: Por último, el joven en proceso, ante la crisis de dichos cambios, intentará mantener la imagen infantil de mamá y papá, aquellos padres omnipotentes y bondadosos, como manera de protegerse, sin embargo, la actitud de los progenitores suele tornarse agresiva al no aceptar su envejecimiento constantemente recordado por el crecimiento de su hijo o hija adolescente.

Aunque estos duelos son vividos por el adolescente con sorpresa, confusión y dolor, es necesario que sean transitados para el logro de una identidad adulta verdadera, que los preparara para futuros duelos ya que la vida es una secuencia de pérdidas de objetos, posiciones e ideales irremplazables pues uno tiene que perder para ganar (Freud, 1914). Por consiguiente, la estructuración del aparato psíquico es de naturaleza melancólica pues el sujeto se constituye a través de identificaciones con dichas pérdidas. (Freud, 1925).

Estos duelos van acompañados por todo el complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones, transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico (Aberastury y Knobel, 1973).

No obstante, el adolescente presenta una especial vulnerabilidad para ser el blanco de los impactos proyectivos de padres y hermanos u otros miembros de la familia con los que se frecuenten. Esta fragilidad de la etapa, es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los problemas de los demás y asumir los aspectos más enfermos de su contexto (Lebovici, 1995).

Por otro lado, las oscilaciones en el estado de ánimo de los adolescentes debido a los cambios en el desarrollo característicos de esta etapa, hace que diferenciar a los adolescentes realmente deprimidos de los que presentan episodios pasajeros, sea una tarea complicada (Solloa, 2001).

Como se mencionó en el capítulo anterior, el buen cuidado de los progenitores y/o quienes hagan sus funciones, produce un estado en el que la integración empieza a convertirse en un hecho y existe ya una persona. Sin embargo, en la medida en que esto sea cierto, también lo es que la ausencia de cuidados conduce a la desintegración, la vulnerabilidad de manera estable, el desamparo y por consiguiente, los rasgos melancólicos (Winnicott y Beltrán, 1981).

2.3 Cuando lo pasajero se vuelve duradero: la melancolía como rasgo

Después de explicar los episodios depresivos pasajeros y normales por los que se atraviesan en la adolescencia, cabe preguntar qué es lo que hace que dichos síntomas se conviertan en un rasgo de la personalidad relativamente estable, o si la posición melancólica podría incluso gestarse a más temprana edad.

De acuerdo con Klein (1935) la evolución del infante está gobernada por los mecanismos de introyección y proyección. Desde el comienzo el yo introyecta

“objetos buenos” y “objetos malos”, siendo el pecho de la madre el prototipo de ambos: de los objetos buenos cuando el niño o niña es satisfecha en sus necesidades y malos cuando le frustran. El infante, al nacer, sentirá que sus deseos son cumplidos de manera omnipotente, posteriormente, mediante la introducción de las frustraciones necesarias por parte de los progenitores o cuidadores, la niña o niño se dará cuenta que esta situación no es así, generando una herida en su narcisismo.

Esta problemática narcisista en la que cada sujeto está atrapado se refiere a que las exigencias del ideal del yo están considerablemente en sinergia o en oposición al superyó (Green, 1980). Este narcisismo será un elemento central en la estructura del aparato psíquico pues “tapará” la falta (Dolto, 1974)

Asimismo, se observará una identificación primordial en el sujeto con dicha falta, introyectará los objetos perdidos y la base del psiquismo será de naturaleza melancólica (Freud, 1925; 1914). El proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado, real o idealizada que tenga el mismo significado, que da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. No obstante, debido a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad. (Freud, 1925; Klein, 1935)

Los procesos internos que posteriormente se definen como “pérdida de amor” y llevan a la depresión, están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado en la fase del destete y en los periodos que lo preceden, en poner a salvo su buen objeto internalizado y no haberlo poseído. No sólo se pone en juego el odio incontrolable del sujeto, sino también la de su amor al que siente pone en peligro al objeto. Porque en este estadio del desarrollo psicosexual, amar un objeto y devorarlo están íntimamente relacionados (Freud, 1940). Estos primeros objetos incorporados forman la base del superyó e influyen en su estructura (Freud, 1909; Klein, 1935).

Si a estas circunstancias en el desarrollo del infante, se le suma que en casa el ambiente y/o la estructura de la personalidad de los tutores no permite los cuidados necesarios para la construcción de los objetos transicionales, que son y no son el pecho. Su lugar, que debió ser ocupado por el lenguaje, la simbolización, la creatividad, se verá sustituido por somatizaciones, actuaciones o por la depresión vacía, pues el infante introyectará lo patológico de su contexto (Winnicott, 1960; 1967).

Si en mamá y papá o quien haya hecho sus funciones, predominaron la indiferencia o el displacer hacia el bebé, esto se verá reflejado en el desarrollo del sujeto. Estas fallas de los recursos del yo de los cuidadores remitirán a fallas del objeto mismas que introyectará la persona (Klein, 1935). Como consecuencias de estas fallas, se pueden encontrar las patologías del desvalimiento, la cuales se pueden dividir en dos categorías:

- a) Ocasionales: Cuando el sujeto atraviesa por duelos, traumas actuales o enfermedades orgánicas, que sacuden momentáneamente el psiquismo.
- b) Estructurales: Se refiere a que el fracaso en la historia libidinal e identificatoria debido a deficientes cuidados primarios prevaleció. En este último se encontraría la posición melancólica.

En la melancolía como rasgo, una pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo. Si en el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en el desvalimiento pobre y vacío se vuelve el yo. Los déficits en los objetos primordiales dificultan simbolizar la ausencia provocando que, ante una pérdida de objeto o una abstracción, no se desarrolle un duelo que pueda ser tramitado, sino la disposición enfermiza de la melancolía (Freud, 1917; Institutos de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales, N.A)

Nuestra mente guarda como reliquias a los seres que amamos, hayan sido estos adecuados cuidadores o no. Por lo tanto, si el infante no experimenta bastante

felicidad en la primera etapa de su vida, quedará perturbada su capacidad para desarrollar una actitud optimista, el amor propio y confianza en los demás y en sí mismo para enfrentar las inevitables vicisitudes de la vida (Klein, 1937).

Lo anterior puede observarse en los adolescentes que no pueden enfrentar la pelea necesaria con los padres para el comienzo de su separación y desarrollo de la identidad adulta, y hacen una retirada en la que arrasan con ellos mismos. Son adolescentes que, frente a la crisis, desertan de entrada, y esto no sólo se refiere al ámbito escolar que puede considerarse una forma de huida, sino al abandono de toda lucha, que deriva en una vuelta sobre sí de la agresión (Janin, 2010).

En pacientes melancólicos cuya infancia tuvo más tragedias de las soportables, se observa el sentimiento de impotencia para salir de cualquier situación de conflicto; incapacidad para amar, para identificar las propias virtudes y sacarles provecho, para aumentar sus conquistas y triunfos o, cuando esto se consigue, insatisfacción profunda con el resultado cualquiera que este fuere. Estos conflictos de índole narcisista son una de las principales causas del desarrollo de una neurosis caracterizada por dificultades en el carácter, inhibiciones en la vida amorosa y en el ámbito académico o profesional (Green, 1980; Janin, 2010).

Capítulo 3

La sexualidad femenina

Con base en Freud (1940), el sujeto atraviesa por cinco fases en su evolución: la etapa oral, anal, fálica, una fase de latencia y posteriormente se llega a la etapa genital en donde se encontraría el adulto. Las experiencias vividas en la primera infancia, en donde se encuentran las tres primeras fases, son de suma importancia para el desarrollo de la personalidad. Particularmente, se le adjudica un papel primordial al complejo de Edipo el cual tiene lugar en la etapa fálica, alrededor de los 3 y 6 años (Freud, 1924; Dolto, 1974). Sin embargo, el recorrido que el varón atraviesa es distinto al de la niña y es precisamente esto, lo que determina en gran medida el desarrollo de la sexualidad (Dio, 1991).

3.1 Vínculos primarios y sexualidad: el Edipo femenino y sus dificultades

Freud dedicó varios artículos a intentar explicar su entendimiento del desarrollo psicosexual y las diferencias entre mujeres y hombres respecto al complejo de Edipo. En su texto “Tres ensayos para una teoría sexual. La sexualidad infantil” (1905), establece que el niño varón tiene la teoría que tanto niñas como niños poseen los mismos genitales; no obstante, de acuerdo con su teoría, la niña no pensará lo mismo, sino que, al darse cuenta que no tiene pene y algo le “falta”, sucumbirá a la envidia del falo y deseará ser varón.

Después, en “La disolución del complejo de Edipo” (1924) afirma que la anatomía es el destino, que el clítoris se comporta como un pene, pero cuando la niña pequeña lo compara con el pene del varón, se sentirá en desventaja y desarrollará complejo de inferioridad.

El autor menciona que, en el complejo de Edipo de la niña, la renuncia al pene tiene que tener una compensación, la cual será la idea de que el falo que le

falta podrá ser reemplazado a la idea de tener un hijo varón, visto como un regalo del padre. Posteriormente, en este mismo texto, Freud afirma que su conocimiento del proceso evolutivo de la niña es incompleto e insatisfactorio.

Asimismo, en el texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica” (1925), reafirmará que la niña se da cuenta que el pene es muy visible y de grandes proporciones, que lo reconoce como símil de su propio órgano pequeño, y que desde este mismo momento cae víctima de la envidia fálica. La masturbación clitoridiana es entendida como masculina, y se puntualiza que las niñas tienden menos a recurrir a la masturbación que los niños, lo que atribuye a la represión de la sexualidad masculina para que pueda desarrollarse su feminidad.

Por último, Freud en su artículo “La sexualidad femenina” (1931) profundiza un poco más en el Edipo femenino pues explica que este proceso es diverso para la niña pequeña a comparación del niño. También la madre fue el primer objeto de amor de la infante pero ¿cómo halla entonces el camino hasta el padre? ¿Cómo, cuándo y por qué se deshace de la madre?

El autor da cuenta que la fase preedípica de la mujer alcanza una significación que no se le había adscrito, pues se observó cómo cada vez que existía una ligazón-padre particularmente intensa, había sido precedida por una fase de ligazón-madre de igual intensidad y apasionamiento.

En sus pacientes mujeres, observó particular angustia sorprendente, pero de regular emergencia, de ser asesinada/devorada por la madre (Bloch, 1986). De esto último supone que esa angustia corresponda a una hostilidad que en la niña se desarrolla contra la madre a consecuencia de las múltiples limitaciones de la educación y el cuidado del cuerpo; que la intensa dependencia de la mujer respecto de su padre no es sino la heredera de una igualmente intensa ligazón-madre, y que esta fase anterior tuvo una duración inesperada.

Mantiene el planteamiento de que ella reconoce el hecho de su castración y, así, la superioridad del varón y su propia inferioridad y que a partir de ello derivan tres orientaciones de desarrollo:

- 1) La primera lleva al universal extrañamiento respecto de la sexualidad. Freud considera que la niña se siente aterrorizada por la comparación con el varón, queda descontenta con su clítoris, renuncia a su quehacer fálico y, con él, a la sexualidad en general, así como a buena parte de su virilidad en otros campos.
- 2) En el segundo caso, retiene la masculinidad amenazada; la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas muy tardías.
- 3) Y último, la niña toma al padre como objeto y así halla la forma femenina del complejo de Edipo. Por lo tanto, el complejo de Edipo es en la mujer el resultado final de un desarrollo más prolongado; no es destruido por el influjo de la castración, sino creado por él (Freud, 1931).

3.2 La construcción del género

Después de hacer el recorrido por los trabajos de Freud y sus conclusiones acerca de la naturaleza de la sexualidad femenina, cabría la pregunta de si dichos postulados siguen siendo vigentes sin transformaciones. Para ello, se revisarán a las principales psicoanalistas mujeres que hablan del tema y que incluyen la perspectiva sociocultural para el entendimiento de la construcción del género.

La etiqueta que se le da al sexo por parte de médicos y familiares hacia el recién nacido se convierte en el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará el núcleo de su identidad de género. A partir de ese momento, la familia entera del niño o niña se manejará con base en este hecho, y será emisora de un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la masculinidad y feminidad para la crianza

del infante (Butler, 2006). Asimismo, la asignación de género realizada cuando un bebé nace implica también aspectos inconscientes que pueden entrar en conflicto con los aspectos manifiestos (Meler, 2017)

Con base en Dio (1991) bajo el sustantivo género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos y anatómicos. En consecuencia, lo que ha determinado su comportamiento de género no es el sexo biológico, sino sus experiencias vividas desde el nacimiento. Esta autora puntualiza cinco aspectos respecto a la construcción del género:

- 1) Los aspectos de la sexualidad que caen bajo el dominio del género son esencialmente determinados por la cultura cuyos agentes serían en primer lugar la madre y después la familia. Este proceso de inscripción psíquica comienza desde el nacimiento y formaría parte de la estructuración del Yo.
- 2) El rol de las fuerzas biológicas sería el de reforzar o perturbar la identidad de género estructurada por el intercambio humano.
- 3) La identificación en tanto operación psíquica daría cuenta de la organización de la identidad de género.
- 4) El núcleo de la identidad de género se establece antes de la etapa fálica, lo que no quiere decir que la angustia de castración o la envidia al pene no intervengan en la identidad del género, sino que lo hacen una vez estructurada tal identidad.
- 5) La identidad de género se inicia con el nacimiento, pero en el curso del desarrollo esta misma se complejiza de suerte que un sujeto varón puede no sólo vivirse como hombre, sino como un hombre masculino o afeminado o que se imagina mujer.

Tanto hombres como mujeres son prisioneros del género, de maneras diferenciadas pero relacionadas entre sí (Tubert, 2018). No obstante, en el caso de las mujeres, el pertenecer al género femenino ha estado asociado a la inferioridad y debilidad que, empero, no es la esencia de la mujer, sino más bien una consecuencia de ideas y fuerzas históricas (Beauvoir, 1949).

A raíz de los estereotipos de género, se observan dudas constantes sobre sí mismas, sobre la suficiencia de su esencialidad de género, derivada de la constante comprobación de no cumplir de manera total con las expectativas sociales o familiares de su rol de género generando sufrimiento asociado a la sensación de no ser la madre, hija, pareja, mujer que creen que “deberían ser” (Ávila de Garay, 2019).

3.3 La complicada relación madre/ hija: El rechazo de la feminidad

De acuerdo con Freud (1931), la niña cuenta con una serie de motivaciones para el extrañamiento y la hostilidad respecto de la madre: omitió dotar a la niñita con el único genital correcto, la nutrió de manera insuficiente, la forzó a compartir con otro el amor materno, no cumplió todas las expectativas de amor y, por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió.

Ese mismo motivo vuelve a producir efectos tras la pubertad, cuando la madre cree su deber preservar la castidad de la hija. Cuando se capta la universalidad de este carácter negativo, se produce una gran desvalorización de la feminidad, y por eso también de la madre (Olivier, 1980).

Para Burin (2012) hay una clara represión específicamente femenina durante la pubertad especialmente ligada al género, en que la niña se ve obligada a reprimir toda expresión y disponibilidad al acto sexual, reprimir buena parte de su capacidad

intelectual para favorecer una feminidad más “adaptada” donde los hombres no se sientan amenazados por una mujer inteligente. Asimismo, la pubertad es la época más crítica para la niña pues se agudizan ciertos miedos y de acuerdo con la autora, se articulan tres cosas:

- 1) La fantasmática que la niña ha procesado durante la infancia
- 2) Consecuencias de empezar a actuar su sexualidad
- 3) El descubrimiento de la violencia asociada a la sexualidad, pues a través de la mirada se produce una sexualización del cuerpo de la niña que viene acompañado de reacciones emocionales como vergüenza, temor y culpa.

Entonces, debido a las normas culturales y claro, cómo estas condicionan el Edipo de la niña, se podría decir que la madre mantiene y reproduce la teoría infantil de la castración como inferioridad femenina por la falta de pene, sin poder rehacer el destino desde otra teoría de la feminidad que marque la vulva y la vagina con otros significados que no sean la pasividad, reprimiendo el deseo e idealizando el amor, ya que se convierte en la garantía de su narcisismo del género y de la autoconservación de la integridad corporal ante un panorama tan amenazante (Dio, 1977).

No sería de extrañar que, ante una relación tan conflictiva con la madre y la imposibilidad de cumplir con los mandatos de género establecidos, la mujer desarrolle estados depresivos asociados con los roles femeninos tradicionales (Meler, 2017).

Aunado a lo anterior, Xirinachs (2002), menciona que la niña pequeña va a estar desde el principio confrontada con la tensión inevitable entre identificación y desidentificación, o, dicho de otra forma, entre el vincularse y el separarse de un objeto igual a sí misma. Por un lado, la niña experimenta la necesidad urgente de

separarse de la madre, de convertirse en otra, en un individuo separado, por otro lado, debe identificarse con ella, con sus atributos femeninos y maternos.

La fuerte ambivalencia que caracteriza la relación madre-hija va a estar marcada por la rivalidad, la envidia y el odio, que inevitablemente acompaña el proceso de separación y el conflicto edípico en la mujer. La devaluación de la feminidad surge como consecuencia de una desidentificación de los componentes amenazantes y persecutorios de la madre preedípica (Olivier, 1980; Xirinachs, 2002).

Estas dificultades se verán desplazadas hacia las futuras relaciones con otras mujeres pues, al no ser manejado con éxito los sentimientos de odio, rencor, celos y resentimientos con la propia madre, la identificación con otra mujer se verá imposibilitada y la amistad con alguien de su mismo sexo y género será difícil de construir y mantener (Klein, 1937)

No obstante, además de la necesidad de separar por odio y rencor de la madre, habita un sentimiento paradójico de ser reconocida por ella pues el Yo de la niña, tratará de establecerse como una realidad absolutamente independiente, pero, también, el Yo del sujeto sólo puede ser reconocido por sus actos, y sólo si sus actos tienen un significado para otro, tienen significado para él, para ella. El niño no sólo necesita lograr independencia, sino que debe ser reconocido como independiente por las mismas personas de las cuales ha sido dependiente. Si el otro me niega su reconocimiento, mis actos no tienen ningún significado (Benjamin, 1996).

Por último, si se entiende la envidia del pene de manera metafórica como consecuencia a la masculinidad construida con derechos desiguales, por el apoderamiento de las instituciones de lo simbólico por los seres genéticamente dotados de pene, podemos entender que las mujeres envidien lo que el culto al falo ha proporcionado. (Dio, 1997).

Método

Planteamiento del problema

Paula solicita atención psicológica debido a una pelea con su madre en donde ella, al rehusarse a ir a su clase de natación por no sentirse a gusto mostrando su cuerpo, es golpeada. Comenta que su madre enfureció, le jaló el cabello, tomó unas tijeras cortando el traje de baño que Paula aún llevaba puesto causándole algunas heridas, la pateó y encerró en el baño cerca de una hora. Este suceso la hizo sentir “más triste y miserable de lo habitual.” La joven refiere haber considerado venir al psicólogo de la escuela pues un amigo suyo, quien sesiones después comenta que se trata de su exnovio, asistió al tratamiento y ella lo notó mejor. Sin embargo, la vergüenza de contar sus problemas “insignificantes” la detuvo hasta la fuerte pelea con su madre.

En las primeras sesiones, relata que desde que vivía al noroeste de México con ambos padres, la relación con su mamá era difícil pues, si Paula se ensuciaba al comer, al jugar o sacaba alguna mala calificación en el preescolar o primaria, su madre la reprendía fuertemente, gritándole o golpeándola con el cinturón. Dichos maltratos empeoraron a partir de la separación de sus padres cuando Paula tenía 8 años y la madre se fue a la Ciudad de México junto a sus dos hijos sin decirle nada al padre. Ahora que el padre, quien solía defender a su hija de los maltratos maternos, estaba lejos, Paula se sentía desamparada pues notaba a mamá más molesta de lo habitual y, por ende, los maltratos hacia ella aumentaron.

Paula no tuvo ningún contacto con su padre durante tres años y en ese tiempo, además de lidiar con los maltratos físicos y psicológicos por parte de su madre, también tuvo que sostenerla emocionalmente ya que la mamá le contaba las dificultades económicas por las que atravesaban sólo a ella para no preocupar a su hermano. La entonces Paula de 12 años se sentía angustiada por no poder ayudar a resolver la situación pues de alguna manera se sentía responsable.

Las circunstancias se complicaron cuando a su hermano mayor le diagnosticaron escoliosis y le dijeron que necesitaría rehabilitación. Ahora, además de comentarle los problemas económicos, también debía hacerse cargo de los deberes de la casa que le tocaban al hermano. La paciente comenta que cuando su mamá no está, ella hace el desayuno mientras su hermano duerme; también debe doblar su ropa y acomodarla en los cajones, si necesitan dinero ella es la responsable de ir al banco y hacer las compras. Paula siguió todas las indicaciones de su madre ya que, de lo contrario, recibiría regaños y castigos como quitarle el celular o golpearla al ser “desconsiderada con su hermano”.

Paula menciona temerle a su mamá y no entender por qué es así con ella. Mantiene la esperanza de que “algún día la quiera” pero, al mismo tiempo, cuando la madre intenta acercarse a ella, Paula la rechaza pues en una ocasión donde la mamá prometió que le depilaría las cejas, se fue con su entonces pareja desatando el enojo de Paula. Al volver, la madre intentó disculparse y querer platicar con ella, pero la joven se negó diciendo que ella ya tenía quien la escuchara sin juzgar, refiriéndose a su psicoterapeuta.

Paula recuerda a sus padres pelear constantemente cuando vivían juntos. El padre era poco tolerante con su hijo mayor y solía golpearlo tanto como la madre a Paula. No obstante, Paula se sentía “la favorita de papá” pues él le compraba juguetes y salían a pasear. Cuando la madre decide irse de la casa con sus hijos, Paula tenía 8 años y no vuelve a ver al padre hasta que tiene 12, cuando él los encuentra gracias a un detective privado.

Respecto al papá, Paula refiere haberlo extrañado mucho durante su ausencia y preguntarse por qué durante tanto tiempo no hizo nada por volverla a ver. Sin embargo, cuando papá aparece de nuevo, la imagen de hombre protector desaparece pues se había convertido en alguien igual de enojado que mamá. La paciente narra el temor que sintió al reencontrarse con su padre pues, mientras ella subía las escaleras para llegar a su apartamento, el padre la abordó de sorpresa tomándole el brazo con fuerza; ante este hecho la joven empezó a llorar mientras su padre furioso le gritó que se callara. Después del abrupto encuentro, la madre y

el padre llegaron al acuerdo de que papá podía visitar a sus hijos. El padre había perdido el trabajo por lo que vivía en casa de la abuela paterna, sin embargo, aunque ya vivían en la misma ciudad y sabía dónde residía su hija, él no la visitaba ni tampoco la llamaba, cosa que le causaba gran malestar a Paula pues no entendía qué era lo que había cambiado en su padre.

Las contadas veces que papá visitaba a sus hijos, Paula percibía rechazo por parte de él pues solía regañarla por no tener excelentes calificaciones en la escuela como su hermano mayor. A inicios de la cuarentena el padre comienza a venir a casa de sus hijos de manera frecuente; deja despensa y los lleva a las consultas médicas programadas. No obstante, aunque pareciera que Paula empieza recibir la atención que pide, las actitudes del padre la desilusionan de nuevo pues cuenta que, en una de esas veces que papá la llevo al dentista, él no supo responder cuando le preguntaron la fecha de nacimiento de su hija

Avanzado el tratamiento, envía un mensaje de texto a la psicoterapeuta en la madrugada refiriendo sentirse triste por la situación familiar. En el escribe: “Para mi papá no existo desde hace mucho tiempo... Seguro mis intentos son tontos o yo soy muy tonta al querer que me volteé a ver ¿Por qué mis padres no me miran? No importa lo que intente hacer”.

En cuanto a la relación con su hermano mayor, la paciente reporta llevarse bien con él pues suelen platicar de cómo les va en la escuela, ver series y a veces él le ayuda con su tarea. Menciona que Mario es un alumno excelente en la escuela y sus padres, sobre todo su madre, lo felicitan y reconocen por ello. Paula expresa el deseo de parecerse a él. Comenta que su hermano es el consentido de mamá, pues el álbum de fotos familiar está repleto de imágenes del primer hijo y casi ninguna de Paula. Asimismo, la joven paciente menciona que la madre jamás ha regañado o golpeado a Mario; le suele hacer todo lo relacionado con su ropa y comida y cuando se equivoca, la madre lo justifica mientras que a Paula la insulta diciéndole que es “una buena para nada.”

Paula constantemente se está comparando con su hermano mayor, especialmente en el área académica que es la más importante para la adolescente. Ella menciona que intenta parecerse un poco a su hermano, pero siempre fracasa.

A la presión escolar a la que constantemente está sometida, se agrega el hecho de que Paula debe hacer todo por el hermano para que él pueda estudiar pues de acuerdo con su madre “Él está en una carrera demandante y no en una prepa sencilla”. Mario no suele ser agresivo con su hermana menor, pero deja que ella se encargue de todo. Al respecto, Paula comenta: “Él tiene que estudiar y por su enfermedad tampoco puede hacer mucho así que yo dobló su ropa y hago el almuerzo diario y no me molesta, él también es bueno conmigo”.

La conflictiva dinámica familiar parece haber provocado en Paula síntomas melancólicos pues la desesperanza, el autorreproche y un pobre sentimiento de sí, son elementos que se encuentran marcados en el tratamiento. Por ejemplo, las constantes peleas con la madre son el principal tema de las sesiones. Reporta sentir gran malestar y no saber qué hacer, pero cuando se le dan opciones menciona que nada funcionará, no importa lo que intente. Paula trata de tener la mejor calificación posible para que su mamá también la reconozca como al hermano; procura hacer sus deberes en el hogar para no enfurecerla, menciona que intenta ser buena con ella, pero simplemente no sirve pues considera que para la madre ella siempre será alguien incompetente.

La joven paciente considera no tener ningún talento o gracia. Comenta ser una alumna regular que por más que intenta no puede llegar a sus metas. Aunado a esto, al pensar que el pase reglamentado a la universidad se acerca, reporta no ser realmente buena para algo y tiene miedo de fracasar por no ser suficientemente buena.

En cuanto a las cuestiones de personalidad comenta que antes era más extrovertida, sin embargo, no sabe qué pasó para que ahora le cuesta hablar con los demás. En el aspecto físico menciona sentirse gorda y cortarse el cabello lo más corto posible, aunque su padre le diga que parece un chico, porque no sabe cómo

peinarlo. No usa vestido pues “no tiene bonitas piernas, además de que nunca he sido delgada”; tampoco se maquilla pues considera que no es bonita y no tendría caso usar cosméticos.

Respecto a los chicos que se le acercan para preguntarle su nombre o que directamente le dicen que ella les parece bonita, Paula suele ponerse ansiosa y rechazarlos de inmediato. Al respecto menciona no entender qué es lo que esos chicos ven en ella y se siente incómoda al tener que rechazarlos.

Paula pone toda su energía en las cuestiones escolares pues intenta tener la mejor calificación posible. Desea salir con un promedio mínimo de 9, aunque la carrera que ella piensa elegir, Psicología, pida 8.5. Para Paula, un promedio de 9 sería lo mínimo que se permitiría y cuando un detalle no sale cómo ella esperaba, se lo reprocha durante mucho tiempo. Asimismo, estos auto reproches se presentan en otros contextos como en el familiar pues Paula refiere que, cuando el ex novio de la madre vino a verla; ella se sintió muy ansiosa y con ganas de llorar, deseando que su padre estuviera ahí. A este hecho la paciente comenta que sintió que le faltaba el aire y experimentó culpa por no saber cómo alejar al ex novio de su mamá pues de alguna manera es responsabilidad de ella que ningún hombre más que el padre esté cerca de la familia.

Debido a este tipo de incidentes, es común que Paula escriba mensajes extensos en la madrugada a la psicoterapeuta, a veces revelando elementos que no había comentado en sesiones tales como haber practicado cutting en sus primeros años de secundaria y que, a pesar de que su mamá le vio las cicatrices en los brazos, no le mencionó nada al respecto.

Desde la secundaria, Paula ha sido una chica de pocos amigos. En la escuela conoció a tres muchachos con los que hizo equipo en una clase y de ahí comenzaron a hablarse. Suelen apoyarse en las materias y repartirse las tareas para tener menos trabajo. Con él que más habla es con Iván pues, además de las cuestiones escolares, pueden hablar de los problemas que cada uno tiene en casa y reírse de chistes o series que a ambos les gusten. Aunque se lleve bien con ellos,

tiene reservas de contarles sus verdaderos problemas pues “prefiere que la gente crea que es feliz”.

Las relaciones con las jóvenes de su edad no han sido fáciles para ella. Comenta que no sabe cómo hablarles a las chicas y que no ha tenido una amiga cercana y menos una mejor amiga como la mayoría de las muchachas que conoce. Menciona observar a los grupos de amigas en sus salones e intentar acercarse a hablarles, aunque el pensar en ser rechazada la hace retroceder la mayoría de las veces. Sin embargo, cuando algunas compañeras del salón intentan acercarse, esta las rechaza pues “son las raras que les gusta el anime” y prefiere quedarse sola a tener amigas que no considera dignas.

Así, me planteo la siguiente pregunta ¿Cuáles son los elementos en la historia de Paula, que devinieron en rasgos melancólicos, así como un marcado conflicto en la expresión de su sexualidad?

Objetivo general

Exponer la influencia de la agresión materna, el abandono del padre y la rivalidad fraterna en el desarrollo de rasgos melancólicos en la personalidad de Paula, así como marcadas dificultades en la sexualidad femenina.

Objetivos específicos

1. Analizar y comprender el vínculo ambivalente que Paula mantiene con su madre (caracterizada por agresiones físicas y verbales de la madre hacia ella) en la constitución de una personalidad con rasgos melancólicos y dificultades en la expresión de su sexualidad femenina.
2. Examinar cómo influyó el abandono del padre y su regreso repentino a la vida de Paula, en el desarrollo de los síntomas de melancolía.
3. Entender el papel de la rivalidad fraterna en la marcada disminución del sentimiento de sí y el rechazo de su feminidad.

4. Examinar el papel de la madre en la repulsa hacia la comida y cómo este forma un tipo especial de melancolía.

Supuesto

Desde mi perspectiva, una posible respuesta a esta pregunta podría ser que *los rasgos melancólicos en Paula, así como las dificultades en la sexualidad femenina son el resultado de los vínculos ambivalentes generados a partir de una dinámica familiar conflictiva caracterizada por agresión materna, abandono del padre y rivalidad fraterna.*

Definición de categorías

Vínculo ambivalente: Característico de los individuos que tienen padres que acuden a sus llamados de ayuda de manera inconstante y/o que toman la amenaza de abandono como medida disciplinaria. Ante esto el infante se sentirá inseguro de explorar el mundo e intentará estar cerca de los progenitores todo el tiempo (Bowlby, 1984; 1978)

Agresión materna: Incapacidad para responder a las necesidades del infante, marcadas deficiencias en holding y handling. Manifestaciones de rechazo, abandono afectivo, exigencias desproporcionadas en relación con la edad, daños psicológicos, maltrato por omisión, negligencias graves cuyas repercusiones a largo plazo son tan severas como las corporales (Lebovici, 1995b; Winnicott, 1960).

Abandono del padre: Ausencia física y/o emocional de la figura paterna. (Brazelton y Cramen, 1993).

Melancolía: Reacción que también se da frente a la pérdida de un objeto amado, sin embargo, esta es de naturaleza más ideal. Esta posición comparte los mismos síntomas que el duelo: profundo dolor que comúnmente lleva a la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar a otros objetos, la falta de motivación ante actividades que antes disfrutaba y la inhibición de toda

productividad. Pero se caracteriza por la marcada perturbación del sentimiento de sí, el cual se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones pudiendo llegar a una delirante expectativa de castigo. El melancólico considera a su Yo indigno y despreciable moralmente lo que lleva a denigrarse y esperar de los demás rechazo (Freud, 1917).

Sexualidad femenina: Procesos del desarrollo psicosexual que mantienen un papel fundamental en la futura personalidad del sujeto, especialmente lo que confiere al complejo de Edipo. Asimismo, este concepto hace referencia a la expresión del género en Paula, así como a los vínculos que es capaz o no de entablar (Freud, 1931; Olivier, 1980)

Rivalidad fraterna: La participación de hermanos y hermanas en las relaciones generacionales, está esencialmente marcada por la rivalidad fraterna. Los celos, la angustia de una pérdida de identidad y este drama tiene que ver con la imagen que el niño se construye de sí mismo y le permite también diferenciarse de sus hermanos y hermanas (Lebovici, 1995) Esto último puede verse intensificado en la adolescencia pues es común que el joven se revele contra sus padres, hermanos y otras figuras de autoridad como reflejo de la búsqueda de separación y diferenciación familiar (Aberastury y Knobel, 1984).

La rivalidad fraterna normal, se complejiza cuando uno de los hermanos está enfermo y el otro sano. Los remordimientos y resentimientos “normales” que surgen en la dinámica de los vínculos entre los hermanos se intensifican a tal grado que el hermano sano se convierte en el guardián y mediador que regula el equilibrio familiar lo que comúnmente genera enojo (Kancyper, 2014).

Tipo de estudio

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los pasos de la metodología cualitativa, la cual hace referencia a la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

Este método busca el desarrollo de hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de datos, así como la acción indagatoria en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación. Es un proceso circular y flexible y por lo tanto más complejo (Hernández, 2018; Trochim, 2007)

Específicamente, se utilizó el Estudio de Caso para el entendimiento de la problemática del paciente de esta investigación. En dicho método, busca a un paciente de particular interés, en este caso Paula, con el fin de relatar de manera singular su experiencia de vida, la cual es escrita por un terapeuta para dar testimonio del encuentro. Para esto se requiere la escucha total por parte del terapeuta, teniendo en cuenta el conjunto de hipótesis que definen la problemática principal para la adecuada y profunda reflexión por parte del analista acerca de los conflictos pulsionales del paciente. Se busca ser leído y discutido por otros colegas expertos (Nasio, 2001).

Instrumentos

Se utilizó la entrevista profunda como herramienta fundamental de este proceso pues se indagó en la historia familiar, personal y del desarrollo de manera detallada (Portillo, 2007). Asimismo, se recabó información del lenguaje no verbal, tipo de vestimenta, tono de voz, forma de expresión etc. (González y Nahoul, 2013).

Participantes

En esta investigación participó una adolescente de 17 años que pidió tratamiento psicológico en una clínica comunitaria de atención psicoterapéutica especializada en estudiantes de bachillerato.

Procedimiento

La joven paciente acudió a un centro de atención psicológica al sur de la ciudad de México. Dicha clínica comunitaria es una de las sedes de la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes de la UNAM. La adolescente llenó su solicitud en diciembre del 2019 donde explicó su motivo de consulta y se le aplicaron las pruebas psicométricas de “Inventario de Depresión de Beck” y el “Inventario de Ansiedad de Beck”, por lo que, al obtener puntajes elevados en ambos instrumentos, se le colocó hasta adelante en la lista de espera y se me asignó a mí como su psicoterapeuta. La primera entrevista fue en enero del 2020 en donde se recabaron los datos para los documentos requeridos en el centro: 1) Pre consulta, 2) Historia Clínica 3) Consentimiento informado y 4) Puntuaciones de las pruebas aplicadas.

Posteriormente, después de las entrevistas de evaluación, se acordó verla una vez a la semana, sin embargo, el proceso se vio interrumpido por la pandemia del COVID -19. Después de dos meses de confinamiento, la paciente me escribió para retomar sus sesiones por teléfono. Cabe mencionar que yo le sugerí vernos por videollamada, pero ella, al angustiarse tanto la mirada de los demás, me pidió hacerlo sólo por voz. Después de reanudado el tratamiento, se acordó tener dos sesiones a la semana.

Desde la primera sesión hasta el momento que se redacta esto, Paula lleva 95 sesiones en psicoterapia. Durante el proceso se han utilizado diversas herramientas terapéuticas como información, señalamiento, aclaraciones, reflejos e interpretaciones (Etchegoyen, 2002), todo debidamente supervisado por un psicoterapeuta experto.

Consideraciones éticas

El análisis del caso se realizó bajo los lineamientos dictados del Código Ético del Psicólogo de la sociedad Mexicana de Psicología (SMP), pues la historia de vida

obtenida del Paula, así como de los resultados de sus pruebas psicométricas fue tratada de forma confidencial de acuerdo con el artículo 61. Se mantuvo el anonimato utilizando un pseudónimo tanto en notas clínicas como en otros trabajos escritos como esta tesis (art. 68). Aunado a lo anterior, con base en el artículo 73, se protegieron sus derechos e intereses en todo momento. A pesar de los intentos de Paula por tener un vínculo más cercano conmigo, la relación que se estableció con la paciente fue estrictamente profesional (SMP, 2002).

Se trabajó bajo un encuadre en donde se le comunicó a Paula la duración de las sesiones y su frecuencia a la semana, el pago de las mismas y el número de faltas permitidas, responsabilidades y obligaciones de la paciente y el terapeuta, así como el derecho de retirarse cuando ella lo decidiera (art. 117). Después de explicado lo anterior, la paciente firmó una carta de consentimiento informado donde se establecía que la información obtenida en el proceso psicoterapéutico podría ser usada para fines científicos y de investigación (art. 61 y 122).

Por último, el tratamiento de Paula fue supervisado por un psicoterapeuta experto, así como las cuestiones contratransferenciales en mi propio proceso psicoanalítico.

Historia del paciente

Ficha de identificación

Nombre: Paula

Escolaridad: Bachillerato terminado

Sexo: Mujer

Lugar de origen: Noroeste de México.

Ocupación: Estudiante

Paula es una joven de 18 años de edad, estatura aproximada de 1.58 metros, complexión delgada y tez blanca. En las primeras sesiones que se llevaron de manera presencial, la adolescente se presentaba en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Su cabello lacio y de color castaño oscuro lo llevaba a la altura de los hombros, utilizaba pantalones oscuros, blusas holgadas y tenis. Llegaba al menos cinco minutos antes de la hora de su sesión y daba la impresión de estar ansiosa pues no podía permanecer quieta mientras esperaba. Podía mantener contacto visual solo al saludar al inicio de la reunión, pero al sentarse giraba la cabeza hacia un lado y no la movía a menos que el silencio la angustiara lo suficiente para cerciorarse que la terapeuta siguiera ahí. Comenzaba hablando sobre temas de la escuela intentando evitar las situaciones dolorosas pero cuando se llegaba a ello ponía su cabello en la cara, se encogía en el sillón y comenzaba a llorar sin levantar la vista.

Si bien su apariencia física concuerda con su edad biológica, su tono de voz y las expresiones que utiliza dan la sensación de estar hablando con alguien más joven pues es común que al saludar y despedirse haga un tono de voz añorado así como cuando pide que se le dé la respuesta o solución hacia las preguntas planteadas en sesión y que se muestre insistente en querer saber más sobre la vida privada de su psicoterapeuta dejando ver su personalidad demandante e infantil.

La paciente es una joven inteligente y responsable en las cuestiones académicas, sin embargo, a pesar de ser muy capaz para responder con las demandas escolares, esta área está permeada por una profunda angustia pues desvaloriza sus capacidades, se cuestiona cada momento si lo que hace “es lo correcto”, se sobre exige, experimenta tristeza y enojo ante la menor frustración y se auto reprocha de manera severa ante lo que ella vive como fallas.

Poco después de iniciado el tratamiento comenzó el confinamiento por la pandemia del COVID-19 por lo que el proceso tuvo que continuar a distancia. La paciente pidió que las sesiones fueran sólo por voz ya que “no soportaba verse en la cámara de su celular”. Conforme avanzaba el tratamiento, Paula se adentraba más a pensarse a sí misma, las relaciones con los demás y qué quería para el futuro. La angustia fue aumentando y constantemente mandaba mensajes por WhatsApp a su psicóloga contando eventos que no se atrevía a decir de manera verbal. El proceso psicoterapéutico comenzó a ser dos veces por semana y en año y medio se han registrado 95 sesiones.

3.1 Motivo de consulta

Paula conocía el programa de atención psicológica para estudiantes que su escuela proporcionaba gracias a que su novio de ese entonces asistía al mismo. Ella observó notables mejoras en él tales como disminución de la angustia hacia lo académico, mejor comunicación con su familia y, de acuerdo con sus palabras, consiguió la claridad que necesitaba para terminar con su relación y conseguirse una pareja nueva. Ella también deseaba aquel bienestar, pero la vergüenza que sentía ante la idea de pedir ayuda y acercarse a hablar con alguien nuevo la detuvo varios meses.

No fue hasta diciembre del 2019 que ocurrieron dos eventos en casa que le dieron la motivación que faltaba. Una mañana, cuando Paula acomodaba la ropa limpia, mamá le aventó la ropa del hermano mayor y le dijo que también debía acomodarla, la joven ante la frustración y enojo que sentía por tener que encargarse de los asuntos del hermano, rompió el silencio habitual y le dijo a su madre que ella sólo se encargaría de su ropa colocando las camisas en la cama del hermano. Su

madre furiosa la jaló del cabello y la obligó a doblar la ropa de todos en casa antes que la suya. Unos días después, antes de irse a clase de natación, Paula dijo no querer ir porque le incomodaba estar en traje de baño; la madre enfureció de nueva cuenta y “le pegó hasta que se cansó”, tomó una tijera y cortó el traje de baño mientras su hija lo llevaba puesto, después la pateó hacia el baño y la dejó encerrada por cinco horas.

Al día siguiente al llegar a la escuela fue directamente al departamento de psicopedagogía a solicitar un tratamiento psicoterapéutico, contestó los documentos requeridos y al notar que sus niveles de depresión y ansiedad eran severos, la pasaron al inicio de la lista de espera teniendo su primera entrevista en enero del 2020. Dichos eventos los narró intentando contener el llanto, mencionó querer sentir la misma mejoría que su exnovio y que las ofensas de su madre y el notable favoritismo hacia el hermano mayor “ya no le dolieran tanto”.

3.2 Historia del padecimiento

La relación de Paula con su madre ha sido complicada desde que ella recuerda. Cuando vivía con ambos padres al noreste del país, la madre solía regañarla y golpearla cuando se ensuciaba al comer o al jugar o cuando no podía hacer alguna tarea escolar. Ante estos maltratos el padre intercedía para defender a su hija haciendo que Paula se sintiera protegida por él. Asimismo, se vivía como la hija favorita de papá pues este nunca la regañaba y guardaba toda la agresividad para su hijo mayor a quien si golpeaba y reprendía. Sus padres solían discutir con frecuencia pues el marido acusaba a su esposa de infidelidad y cuando las peleas subían de tono, papá corría a la madre con ambos hijos quedándose en varias ocasiones sentados en la banqueta hasta que el padre los dejaba entrar de nuevo.

Después de una pelea, la madre decide irse de la casa con Paula y su hermano sin decirle al esposo. Este hecho marcó un antes y después en la vida de la joven paciente pues dejó de tener cualquier tipo de contacto con papá durante tres años y el refugio que representaban los cuidados de este desapareció. La madre se volvió aún más violenta con su hija y la sensación de vulnerabilidad y desesperanza se instauró. La situación se complicó aún más cuando al hermano le

diagnosticaron escoliosis hace cuatro años, pues si la mamá ya lo sobreprotegía, ahora era responsabilidad de Paula cuidar de su hermano y hacer todo por él para que este no se estresara y se dedicara sólo a su carrera pues “él sí tiene un futuro prometedor”. A pesar de los reiterados maltratos físicos, emocionales y económicos por parte de la madre, Paula intentaba obedecerla y esforzarse en la escuela para que su madre la mirara y reconociera como a su hermano.

3.3 Historia Clínica

Los padres de Paula, Victoria y Antonio, se conocieron en una fiesta cuando ambos tenían 22 años, casi enseguida establecieron una relación de noviazgo y a los 24 años se casaron. Dicha pareja tuvo dos hijos: Mario de 21 años y Paula de 18. La mamá trabajaba como secretaria en un despacho de abogados mientras que el papá, un exitoso ingeniero, era subdirector de una agencia de autos. Aunque económicamente no les faltaba nada, Paula recuerda que desde muy temprana edad presenció peleas importantes entre sus padres en donde Antonio corría a Victoria de la casa por sospechar que le era infiel. Cuando esto sucedía Antonio le exigía a su esposa que se llevara a los niños, hecho que le causaba gran dolor a la joven paciente pues ella era la favorita de su papá. No fue hasta que la paciente tenía nueve años cuando, en una de las tantas veces que el padre obligaba a su familia a irse, la madre decidió separarse de su marido definitivamente y se mudó a casa de sus padres en la Ciudad de México.

El dejar de ver a su padre de manera abrupta y el vivir sólo con su madre y hermano mayor, le ocasionó a Paula una tristeza profunda pues extrañaba los paseos con Antonio, los juguetes que él le compraba y el sentir que tenía un lugar especial en la vida de papá a comparación del hermano, ya que este sufría graves maltratos por parte de Antonio pues solía golpearlo frecuentemente. La pequeña Paula perdió el estilo de vida acomodado que acostumbraba y sobre todo su lugar privilegiado ante el padre; ahora era ella la que sufría maltratos verbales y palizas por parte de la madre, mientras que el hijo mayor recibía condescendencia materna

ya que mantenía excelentes calificaciones en el colegio y, al igual que Victoria, albergaba un profundo rencor hacia Antonio

Tres años después el padre encontró a la familia gracias a un investigador privado. Paula regresaba de la secundaria y se dirigía a la casa de la abuela materna cuando el padre la tomó por el brazo. La entonces adolescente miró a papá aterrada por la sorpresa de verlo ahí, la fuerza con la que la apretó y la expresión de enojo de este. Victoria y Antonio pelearon afuera de la casa de la abuela durante horas hasta que la madre cedió la propuesta del papá de volver a convivir con sus hijos. Este acuerdo se llevó a cabo a medias pues, si bien Antonio se había mudado a la Ciudad de México con la abuela paterna, asistía de manera intermitente a las visitas programadas con Paula y su hermano.

La situación que ya le causaba malestar a la adolescente se complejizó aún más pues narra que el padre era otra persona: había perdido su trabajo y ahora era agresivo no sólo con su hermano sino con ella también pues se desesperaba con facilidad y le gritaba; asimismo era rutina que recriminara a su hija por la nueva pareja de Victoria pues, de acuerdo con las palabras del padre, era culpa de Paula no avisarle en donde estuvieron todos esos años y contarle acerca de este hombre.

Ese mismo año Paula subió algunos kilos, sobre todo cuando entró a secundaria. La madre constantemente tenía comentarios despectivos acerca de su peso y su aspecto físico en general, diciéndole que debía bajar de peso para ser bonita. La adolescente empezó a dejar de comer cada vez más hasta que había días en los cuales ingería alimento sólo una vez. Se metía al baño por las madrugadas para meterse su cepillo de dientes hasta la garganta y provocarse el vómito, esto lo hizo un par de veces hasta que una noche no pudo detenerse y tuvieron que llevarla a urgencia. A partir de ahí dejó de devolver el estómago y comenzó a tomar laxantes. Asimismo, comenzó a cortarse los brazos con una navaja de afeitar, ante este hecho la paciente comentó no saber por qué lo hizo, simplemente se sentía muy triste y considera que lo que quería era llamar la atención de su madre, sin embargo, cuando su madre vio las cicatrices en sus muñecas la miró con cierta tristeza, pero no se comentó el tema.

Unos meses después de que el padre volvió a la vida de Paula, la madre terminó con su entonces pareja, al mismo tiempo le diagnosticaron escoliosis al hijo mayor y la paciente perdió un año de bachillerato pues no se quedó en la escuela que quería. Durante ese año Victoria obligaba a su hija a realizar las tareas domésticas, a lavar la ropa del hermano y darle de comer pues él estudia en un privilegiado instituto y “no tenía tiempo de hacer esas cosas”. La paciente tomó un curso para presentar nuevamente el examen logrando quedarse en el bachillerato que quería, pero, aunque ahora ella también se dedicaba a la escuela, continuaba haciéndose cargo de los asuntos del hermano pues de acuerdo con su madre “la exigencia entre escuelas no es la misma”. El primer año de bachillerato no fue sencillo para la joven, la madre se irritaba cada vez más y la encerraba en el baño por horas. Terminó su primera relación de noviazgo con Juan, un joven que conoció en el último año de secundaria y quien ejercía violencia sexual al presionarla a tener relaciones sexuales para “demostrar si en verdad lo quería”, y verbal pues constantemente la insultaba y le decía que era una persona molesta a quien cada vez soportaba menos.

Los problemas interpersonales y la carga académica la sobrepasaron por lo que concluyó su primer semestre con un promedio de 5.6. Paula se sentía cada vez más triste y ansiosa por la situación escolar y familiar y, aunque sabía que podía recibir psicoterapia por parte de la escuela, dudaba en acercarse por miedo a hablar de sus problemas.

3.4 Historia Familiar

La madre de Paula, Victoria, tuvo una infancia con muchas carencias emocionales. Sus padres peleaban constantemente por las infidelidades del padre hasta que se separaron definitivamente cuando ella estudiaba la preparatoria. Papá se casó con una mujer 15 años más joven y se fue de la casa, por otro lado la madre entabló una relación con un hombre de su edad con quién se fue a vivir dejando solas a sus dos hijas.

Victoria intentó mantener la relación con su padre yéndolo a visitar ya que vivía muy cerca de su antiguo hogar, sin embargo, este no respondía a sus necesidades de afecto, cancelando las visitas de su hija menor pero no de la hija mayor, Bertha, quien a ojos de Victoria siempre fue la favorita del padre pues era “linda, graciosa e inteligente”. Por otro lado, la madre venía de vez en cuando a ver a sus hijas y dejar dinero sin perder la oportunidad de decirle a Victoria que ya debería conseguirse un novio que la mantuviera, así como su hermana.

El abandono y negligencia de ambos padres, sumando la intensa rivalidad fraterna que ha experimentado con su hermana mayor desde entonces, motivaron a Victoria a buscar empleo, consiguiendo uno como secretaria en un despacho de abogados al noroeste de la república y dejando de lado su sueño de estudiar medicina o ser enfermera como su madre.

Un par de años después de mudarse conoció a Antonio en una fiesta, establecieron una relación de noviazgo y se casaron debido a que estaban embarazados de su primer hijo. Antonio trabajaba como subdirector de una agencia de autos, no obstante, las discusiones no se hicieron esperar pues tenía problemas en el trabajo debido a que “no sabía seguir reglas y quería mandar a todos”. Tres años después la pareja tuvo a su segunda y última hija, Paula.

Cuando Paula entró a la escuela, Victoria volvió al trabajo y ahora los problemas eran por las sospechas de infidelidad de su marido. Posteriormente, cuando iban de visita a la casa de la abuela materna en la Ciudad de México, hubo una fuerte pelea entre Victoria y su hermana pues ésta dijo haberse acostado con Antonio. El padre de Paula negó que dicho evento hubiera pasado pero ese incidente ocasionó más y más confrontaciones entre el matrimonio hasta que Antonio aceptó que era verdad pero que él no era culpable pues fue Bertha quien se metió a la tina con él.

Un año después de su separación, Victoria estableció una relación de pareja con Pedro, a quien conoció en el trabajo. Este hombre es descrito por la paciente como alguien “tranquilo y amable quien soportó los cambios de humor de su mamá”;

pero poco después de que el papá apareció en la vida de sus hijos de nuevo, este noviazgo se terminó. Años más tarde, la madre de la paciente comenzó a salir con Eduardo, un hombre que, de acuerdo con las palabras de la joven, apareció de la nada y se mostraba grosero y posesivo con Victoria. Esta relación no duró mucho pues solían pelearse constantemente por los celos que Eduardo experimentaba al saber que Antonio frecuentaba la casa.

Respecto a la relación de Victoria con sus hijos, siempre ha mostrado inclinación por su hijo mayor pues lo defendía cuando papá intentaba regañarlo, lo reconoce y alienta a continuar en la escuela, lava y plancha su ropa, procura siempre dejar algo de comer u obliga a su hija a hacerlo. Rara vez le ha llamado la atención y nunca le ha puesto una mano encima a diferencia de a Paula, con quien mantiene una relación conflictiva en donde la agrede frecuentemente de diversas maneras. La desvaloriza, le dice que guarde silencio cuando su hermano habla porque es más importante lo que él dice, enfatiza que Paula no es tan buena en la escuela como su hermano, le hace comentarios despectivos sobre su peso e imagen y se burla cuando Paula intenta poner un límite.

A pesar de todas las peleas entre madre e hija, cuando la joven paciente menciona sus planes de irse a vivir a otro lado cuando termine la carrera, Victoria le dice que no va a estar mejor en ningún lado que no sea con ella, que deben quedarse los tres juntos y que, si intenta irse, Tommy, el perrito de Paula se va a quedar en la casa.

Por otro lado, la relación con su hermano solía ser distante pues por los horarios de la escuela, se veían poco en casa. Si bien el hermano no la agrede física o verbalmente ni le pide hacer sus cosas, tampoco se niega cuando la madre le encomienda estas tareas a su hija.

Cuando comenzó la cuarentena, Paula y su hermano empezaron a pasar tiempo juntos y compartir gustos como algunas series. Este acercamiento le dio la confianza a Mario de confesarle a su hermana sobre sus dudas acerca de su sexualidad, pues no está seguro si considerarse homosexual o bisexual. Este

comentario le causó mucha incomodidad a Paula pues “no sabía cómo ayudarlo” y la hizo cuestionarse sobre por qué la gente es heterosexual u homosexual y cómo darse cuenta.

No obstante, a pesar de la buena relación que Paula comenta ha establecido con su hermano, la rivalidad y enojo hacia él es marcada pues ella eligió estudiar la carrera a la que su hermano no pudo ingresar, se muestra molesta de que ella deba hacer las tareas de Mario cuando se “supone su hermano es el mayor” y de que su madre sólo considere importante las cosas que al hermano le importan.

En cuanto la relación con el padre, la joven paciente menciona sentirse decepcionada de él pues ya no es el mismo hombre que recordaba cuando era niña, aquel que la cuidaba y protegía, sino que ahora es agresivo y distante. No cumple con sus obligaciones económicas para con sus hijos y cada vez que viene, Victoria y él terminan peleando por dinero.

Paula refiere que los únicos momentos donde se siente segura y protegida de las agresiones de su mamá, es con su abuela materna pues ahora ella la defiende de los maltratos. La paciente mantiene una relación cercana con ella, suele platicarle las cosas de la escuela y su abuela le da dinero para que su nieta compre lo que necesita. Los abuelos paternos son diferentes ya que Paula no mantiene un vínculo estable con ellos pues los ha visto pocas veces en su vida y percibe a su abuela agresiva desde que Victoria tuvo otra pareja. Al intentar indagar sobre la vida de Antonio, Paula menciona que es hijo único y que regresó a vivir con su madre cuando lo corrieron de la agencia de autos. Papá no trabaja y es mantenido por la abuela paterna. En cuanto a otros aspectos de su vida privada, la paciente comentó que su padre nunca se molestó en contarles sus gustos o los eventos importantes en su vida, percibiéndolo como alguien extraño a quien no le gusta hablar de sentimientos ni tampoco escucharlos.

Resultados y Discusión

El proceso psicoterapéutico de Paula tuvo una duración de 95 sesiones en año y medio de tratamiento. La dificultad para hablar y el miedo a profundizar en ciertos temas fue una característica que perduró a lo largo del trabajo con ella. Sin embargo, con paciencia y esfuerzo de ambas partes, la paciente pudo hablar de lo que le aquejaba y cuestionarse qué lugares le habían impuesto su familia y cómo ella intentaba cumplirlos con la esperanza de ser querida y reconocida por sus padres.

Si bien el tiempo de su análisis fue amplio, las sesiones presentaban el mismo contenido latente, es decir, la demanda de ser querida y la desesperanza ante esta idea. Los síntomas melancólicos en Paula fueron bastante marcados en todo su tratamiento y cuando más se avanzaba en las interpretaciones y señalamientos, más conductas autoagresivas se encontraban.

El trabajo psicoterapéutico terminó abruptamente cuando la joven paciente dejó de llamar para sus sesiones y no respondió a las llamadas de rescate. Este hecho se verá con más detalle en el apartado de Trasferencia y Contratransferencia.

Lo que se presentará a continuación son los principales ejes para explicar el supuesto descrito en el Método y la interpretación del caso con la ayuda de los autores expuestos en el Marco teórico y citas textuales de la paciente que fueron narradas por ella en sesiones o mensajes de texto.

“¿Por qué mí mamá no me mira?”: La agresión materna como causa principal de los rasgos melancólicos

Como se explicó en el primer capítulo del marco teórico, la madre, el padre o quien haga sus funciones, así como la familia tendrán una particular relevancia en el desarrollo físico y emocional del bebé, pues de estos dependerán las acciones necesarias para la subsistencia de su descendencia (Winnicott, 1967; 1960). Los

cuidados meramente físicos no serán suficientes para el desarrollo afectivo del infante, se necesitará que se le *sostenga* afectivamente y para que esto se logre se requerirá que los adultos responsables gocen de cierta salud mental. En el caso que compete a esta tesis esto no ocurrió así, Paula sufrió maltratos de diferente índole desde muy temprana edad, siendo la madre la principal agresora pues es también la que más presencia ha tenido en la vida de la paciente.

¿Cuáles serían las consecuencias de un modo de vida familiar así? ¿Por qué Victoria ha ejercido un nivel de violencia tan alto como el que se describió en la historia del paciente? Una de las principales causas por las que el ambiente del infante, en este caso Paula, se vuelve conflictivo en lugar de facilitador, es la depresión materna la cual puede desembocar en maltratos y provocar consecuencias varias (Green, 1980; Mass, Ibañez y Martínez, 2012). De acuerdo con lo que la joven paciente conoce de la juventud de su madre se sabe que Victoria tuvo diversas carencias afectivas desde pequeña pues sus padres se separaron desde que era muy joven, la madre se fue de la casa varios años y dejó a sus hijas con un padre ausente física y afectivamente. La madre de Paula siempre sintió que su hermana menor era la favorita de la familia y la rivalidad fraterna se mantuvo pues en varias sesiones, Paula narró cómo su madre y su tía peleaban en cada fiesta familiar por el mínimo detalle y Victoria terminaba en llanto reprochándole a su propia madre por qué quería más a Bertha pues esta solía ponerse siempre del lado de la hija mayor.

“Mi mamá siempre se pelea con mi tía. En la última cena de navidad se pelearon porque mi mamá le puso pasas al postre cuando no llevaba. Mi abuela le dio la razón a mi tía y mi mamá se enojó muchísimo, tanto que nos fuimos y no cenamos. Mi mamá no quiere a su hermana, no la puede ver así que opta por no ir cuando ella está y ahora que lo pienso, cuando llego a contestarle a mi mamá, ella dice que soy igual a Bertha.”

Pareciera como si los conflictos de la adolescencia entre estas hermanas hayan permanecido hasta la edad adulta, peleando por el reconocimiento de ambos padres y en cuya lucha, Victoria se siente siempre la perdedora provocándole sentimientos

de poca valía y frustración. Conforme se profundizaba en la historia familiar materna de Paula, se hacía evidente la repetición traumática de una generación a otra de elegir a un hijo o hija favorito con cualidades deseadas, mientras que el hermano que quedara sería el depositario de los aspectos negativos e indeseable de la familia (Freud, 1920; 1914). Insistiendo el síntoma en la generación más reciente, Victoria benefició al hijo mayor con quien se identificaba y puso en segundo lugar a su hija, Paula, a quién asociaba con su hermana y los sentimientos de denigración que experimentó en su hogar.

Una personalidad ya deprimida como la de la mamá de la paciente, cuyo síntoma principal era el enojo, se exacerbó al convertirse en madre y ante el fracaso de su matrimonio por una infidelidad de su marido. Y como si la traición de Antonio no fuera suficientemente dolorosa, el padre de Paula engañó a Victoria con su hermana mayor lo que reavivó la herida narcisista ya hecha en su infancia y reafirmó la rivalidad en la fratría entre hermanas que se reproducía una vez más ahora en su hijo e hija (Green, 1980).

Lebovici (1995) explicaba como el amor materno en ningún caso estará desprovisto de odio y que en la mayoría de los casos los impulsos son reprimidos en beneficio de todos los sentimientos positivos. Sin embargo, para la madre de Paula la violencia contra su hija nunca estuvo contenida, se presentó de manera activa desde edades muy tempranas, pues Victoria tampoco fue sostenida cuando niña ni en su proceso de embarazo cuando su pareja, el padre de Paula no estuvo afectivamente presente, excusándose en tener mucho trabajo como para estar en casa y/o cumplir con sus funciones paternas generando un ambiente violento en la familia (Brazelton y Cramer, 2013).

“Desde que yo recuerdo mis papás no se llevaban bien, todo el tiempo eran gritos. Mi mamá solía pegarme si me ensuciaba al comer o si una tarea no me salía bien, me gritaba y me pateaba. Cuando mi papá la sorprendía me cargaba y me defendía y ella se quedaba mucho más enojada pero ya no me hacía nada. Cuando nos fuimos de la casa y dejé de ver a mi papá todo fue mucho peor para mí, me golpeaba prácticamente todos los días, pero ahora no había nadie que me defendiera.”

Hay madres que están tan deprimidas que no miran a sus hijos y esto, la mirada materna y de la familia, representa un elemento fundamental para la constitución de la personalidad (Green, 1980; Winnicott, 1967). Victoria, al estar profundamente desdichada por las vicisitudes de su historia, depositó en Paula sus propias defensas y afectos depresivos, en lugar de devolverle a la niña una imagen de integración y un sentimiento de seguridad. La madre de la joven paciente no perdía oportunidad para decirle a su hija lo mucho que se parecía al padre pues “la hacía enojar como Antonio” y a su tía Bertha pues le contestaba y cuestionaba de la misma manera. Era como si en Paula se condensaran dos personas a quienes Victoria mantenía un profundo rencor y desprecio, convirtiendo a su hija en el objeto de sus tendencias sádicas.

“Mi mamá suele gritarme e insultarme por todo, pero ese día cuando me negué a ir a mi clase de natación porque me angustiaba más tener que salir en traje de baño, me pegó como dos horas, hasta que se cansó y después me pateó hasta meterme en el baño donde estuve unas cinco horas. Me dolía el cuerpo no sólo por los golpes sino también las heridas que me hizo al cortarme el traje de baño mientras lo llevaba puesto. Cuando me dejó salir del baño para irnos a casa de mi abuelita, ella me miró y de inmediato le preguntó a mi mamá que me había hecho, ella dijo que nada y cuando mi abuela me preguntó a mí ya no pude aguantarme las ganas de llorar.”

En consecuencia, de la violencia repetitiva de la madre, Paula reaccionó con un estado de estupor y de desamparo (Bloch, 1986). El self de la paciente, que se construyó con base en los deficientes cuidados maternos, la volvió tan vulnerable que tuvo que recurrir a una coraza como medida de protección, la que la obliga a poner primero las necesidades de los demás que las propias pues su madre y el ambiente siempre le dijeron que no era lo suficientemente buena para ser cuidada y amada (Winnicott y Beltrán, 1981).

Ante las constante heridas narcisistas generadas en Paula por el desprecio, el maltrato y la falta de cuidado en general, se tramitó una disposición enfermiza llamada melancolía en lugar de un duelo pues el trauma comenzó desde la infancia,

antes de que pudiera desarrollar herramientas necesarias para hacerle frente a una pérdida y elaborarla mediante un duelo pasajero. No obstante, Paula no alcanza a identificar exactamente lo que perdió o lo que nunca tuvo, sólo sabe la intensa necesidad de ser amada por una madre que no puede hacerlo (Freud, 1917; Nasio, 2007).

“A veces pienso que si mi papá no se hubiera ido quizá yo no habría sufrido tanto, pero luego volteo a ver a mi papá y ya no es como antes. Un día sin más mi mamá decidió que nos íbamos y sentí que se me quitó algo, pero no sé muy bien que podría ser. Ya no sé qué más debería de hacer, yo de verdad intento ser buena hija, pero parece nada funcionar. Ale ¿por qué mi mamá no me mira?”

Paradójicamente, a pesar de que Paula se sienta devaluada y no mirada por su madre, ambas están íntimamente unidas en una relación masoquista donde la joven paciente es el objeto del sadismo de Victoria. Si bien la madre nunca ha reconocido la inteligencia y capacidad de su hija para el ámbito escolar, diciéndole que lo que hace no es suficiente y jamás será tan lista como el hermano, toma a su hija como apoyo emocional al no contar con un compañero estable y la hace depositaria de todas sus frustraciones y angustias pues es a Paula a quien le cuenta los problemas económicos y los problemas que llega a tener en el trabajo o con sus propios padres; le revisa constantemente el celular para “ver que no tenga nada indebido”; demerita su forma de vestir diciéndole que se ve “fea y masculina” pero al mismo tiempo no permite que use maquillaje porque “se le arruinara la cara” y tampoco la deja usar vestidos pues “en alguien gorda no se ve bien”; al enterarse que Paula inició su vida sexual no la dejó salir con su novio de ese entonces ni con ningún amigo durante dos meses y cuando le dio permiso de nuevo de convivir con su pareja, los seguía a donde fueran.

Ante una madre excesivamente involucrada e intrusiva con la vida y cuerpo de su hija, la joven paciente buscó solución ante el control materno con la autonomía de cuerpo (Bertacourt, Rodríguez y Gempeler 2007) al vomitar en varias ocasiones en el período de la secundaria para después tomar “proteínas” para laxarse, así

como dejar de comer días enteros cuando ingiere un alimento que “engorda demasiado”. De igual manera, la paciente mencionó haberse cortado el antebrazo con una navaja de afeitar pues había escuchado que a otras chicas “les funcionaba para sentirse mejor”.

“Cuando estaba en la secundaria practiqué cutting... no era por moda, siento que lo que yo buscaba era atención. Una noche, mientras pretendía que estar dormida sentí como mi mamá me levantaba las mangas y veía las cortadas. Al otro día me vio con una mirada triste pero no me dijo nada, parecía sentirse mal y por un par de días estuvo tranquila conmigo, pero después volvimos a la rutina de gritos de siempre”

“Yo nunca he sido delgada, pero en la secundaria estaba más gorda, mi mamá siempre me decía que tenía que bajar de peso porque me veía fea. Lo logré dejando de comer e intenté vomitar por las madrugadas cuando nadie me veía, pero un día no pude parar de vomitar y me llevaron al hospital así que a partir de ese día mejor tomé una proteína que trajo mi papá y me hace ir al baño varias veces al día. De todos modos, cuando mi mamá me dice que estoy más delgada no me gusta, no me gusta que me miré, me incomoda.”

Los métodos que Paula ha elegido como intento de separarse de la madre son sumamente agresivos hacia ella misma pues le es difícil no reprocharse por los errores propios y de sus padres, y tampoco conoce otra forma de tratarse que no sea con insultos, demeritándose y auto castigándose pues no ha recibido otro trato por parte de sus figuras primarias. Asimismo, dichas formas que la paciente ha optado para alejarse de una madre tan intrusiva también son un intento de ser reconocida y querida por la madre al ser la hija que piensa, Victoria quiere tener.

“Y entonces el padre que recordaba ya no estaba”: El abandono del padre como un factor en el desarrollo de rasgos melancólicos.

Después de analizar el papel de la madre en la psicopatología de Paula, cabe preguntarnos qué rol desempeñó el padre en los síntomas de su hija pues, si bien

no estuvo físicamente varios años, el abandono físico y afectivo que la paciente percibe ha traído graves consecuencias para la adolescente.

Como se revisó en el marco teórico, el padre desempeña el papel de prohibidor para los bebés de ambos sexos y es el personaje mediato que tiende a romper la unidad del bebé con la madre (Lebovici, 1995). Asimismo, el padre tiene una influencia directa en el desarrollo de su descendencia por lo que la actitud de la madre hacia el rol del padre influye sobre este vínculo (Brazelton y Cramen, 1993). Victoria, para satisfacer sus propias necesidades, interfirió con el vínculo recíproco entre sus hijos, especialmente Paula y su padre, ante la amenaza por la emancipación de Paula de la unidad simbiótica, lo cual está influido por la propia experiencia de la madre del triángulo edípico y su rivalidad con la hermana mayor y esto, a su vez, permea en la posibilidad de que su hija menor llegue a establecer una relación estrecha con el padre pues, de la misma manera que Victoria no tuvo una figura paterna presente tampoco su hija la tendrá.

“Cuando era niña recuerdo que mi mamá se enojaba cuando mi papá me defendía de ella. Ahora que mi papá regresó, ella se pone de malas tan sólo cuando contesto y saludo diciendo ‘Hola, papí’, ella se burla de mí y me dice que “mi papi es un inútil y no da dinero”. Muchas veces no podía ir a las visitas que habíamos programado porque mi mamá decía que teníamos que hacer otras cosas o porque mi hermano tenía mucha tarea.”

“Cuando le dije a mi mamá que me quería ir con mi papá pues él no me pegaba, me dijo que ellos cuando se separaron habían pensado en que mi hermano se quedara con ella y yo con mi papá pero que al final no quiso porque realmente mi papá no me quiere.”

No obstante, el que la madre de Paula experimente celos y envidia ante el hecho de que su hija tenga una relación más cercana de lo que ella la tuvo con su padre, no es la única causa por la que la paciente no ha podido compartir más tiempo con Antonio. Si bien el padre de la infancia que Paula recuerda era un hombre protector, la imagen actual es de alguien agresivo y distante. Así como la madre, el padre

deposita en su hija reproches y responsabilidades que no le corresponden a la adolescente pues la culpa de no hacer lo posible para contactarlo en los años que no se vieron y de dejar que su madre haya tenido otras parejas. El padre vivió el silencio de Paula como una traición y ahora él también grita y menosprecia, culpa y se desaparece por semanas sin llamar a sus hijos.

“No había visto a mi papá en varias semanas, pero hace unos días vino porque teníamos que ir al dentista. Cuando estábamos en la sala de espera la secretaria le preguntó a mi papá mi fecha de cumpleaños y no se la supo ¿qué clase de padre no sabe el cumpleaños de su hija? Así de insignificante debo ser.”

Como consecuencias de estas fallas en las funciones parentales, se pueden encontrar las patologías del desvalimiento. En el caso de Paula estas deficiencias en sus cuidados desarrollaron rasgos de personalidad melancólica pues el fracaso en la historia libidinal e identificatoria de la paciente debido a ineficientes cuidados primarios prevaleció.

Debido a los déficits en las atenciones paternas y maternas hacia Paula, la posibilidad de simbolizar ausencia ante los objetos no logró desarrollarse efectivamente, por lo que, ante el desamor de los padres no se originó un duelo que podría ser tramitado sino una melancolía en donde el mundo no es quien se vuelve pobre y vacío sino ella misma al percibirse indigna de amor y respeto, y culparse por los fallos de sus padres. (Freud, 1917; Institutos de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales, N.A)

“Las mujeres no me quieren a mí”: La agresión materna como un factor principal en las dificultades de la sexualidad femenina.

Con base en Bowlby (1984; 1978), la relación con la madre o quien haga sus funciones, es el nexo más importante de la primera infancia pues esta cubre las necesidades básicas: calor, intimidad, relación constante. Cuando por alguna razón

los adultos alrededor no pueden proporcionarle los cuidados amorosos – ya sea por ausencia emocional o distancia física – suelen provocar perturbaciones en la organización psíquica, inestabilidad y por lo tanto síntomas neuróticos.

En el caso de Paula, las constantes agresiones por parte de Victoria generaron en su hija un tipo de *Apego angustiado “evitante”* pues Paula, al tener la experiencia de que la madre no atendía sus llamadas de ayuda, y por el contrario espera el rechazo y la no respuesta a sus necesidades, ha tratado de ser autosuficiente en el plano afectivo, intentando vivir su vida sin el apoyo de las otras mujeres impidiéndole establecer una relación íntima y de amistad con otra mujer.

“Nunca he tenido una amiga, de verdad que lo he intentado, pero ellas no me quieren. Sólo he tenido amigos porque los hombres son más simples, es más fácil hablarles y ellos no son traicioneros como las chicas. Quizá yo soy más fuerte y no necesito amigas.”

Respecto a lo anterior, Klein (1937) señala que, si el infante no experimenta bastante felicidad en la primera etapa de su vida, quedará perturbada su capacidad para desarrollar una actitud optimista, el amor propio y confianza en los demás y en sí mismo para enfrentar las inevitables vicisitudes de la vida. Esto último se ve en Paula pues, las traumáticas experiencias en su infancia y el ambiente violento en donde siempre ha estado generan un marcado sentimiento de desesperanza y marcada desconfianza hacia la mujer pues su principal referente es una madre que agrede y menosprecia.

En pacientes melancólicos como Paula, cuya infancia tuvo más tragedias de las soportables, se ve reflejado el sentimiento de impotencia para salir de cualquier situación de conflicto como se observa cuando tiene la mínima frustración especialmente en el ámbito académico; incapacidad para amar pues no puede relacionarse con otro hombre de manera segura y confiada, sino ambivalente y con mujeres no ha tenido ningún tipo de vínculo; para identificar las propias capacidades y sacarles provecho, para aumentar sus conquistas o, cuando esto se consigue, insatisfacción profunda con el resultado cualquiera que este fuere, como cuando

saca una buena nota en la escuela pero “pudo ser mejor” o “no se esforzó lo suficiente” (Green, 1980; Janin, 2010).

“La semana pasada me dieron la calificación de mi clase de Psicología, saque 9 y la verdad me puse a llorar porque yo había calculado que sacaría 10, debí meter la práctica extra para obtener ese punto que me hacía falta.”

Dio (1977) puntualiza como debido a las normas culturales y a las condiciones del Edipo en la niña, la madre mantiene y reproduce la teoría infantil de la castración como inferioridad femenina por la falta de pene, sin poder rehacer el destino desde otra teoría de la feminidad que marque la vulva y la vagina con otros significados que no sean la pasividad, reprimiendo el deseo e idealizando el amor, ya que se convierte en la garantía de su narcisismo del género y de la autoconservación de la integridad corporal ante un panorama tan amenazante.

Victoria creció en una familia en donde el padre daba las órdenes, donde la madre privilegió a la nueva pareja sobre sus hijas y en donde la rivalidad fraterna entre hermanas era acentuada por comentarios despectivos hacia ella. La madre de Paula no conoce otra cosa que idealizar al varón por estar ausente en su vida, obedecerlo porque así se dijo que “tenía que ser”, rivalizar con las mujeres al tener de enemiga su propia hermana y reprimir el enojo hacia su madre por el abandono de esta. Entonces, Victoria reproduce estas mismas situaciones en casa, pues ve en Paula, a Bertha, su hermana mayor a quien siempre odia, provocando que su hija también repita el descontento hacia las mujeres (Freud, 1914).

No sería de extrañar que, antes una relación tan conflictiva con la madre y la imposibilidad de cumplir con los mandatos de género establecidos, la mujer desarrolle estados depresivos asociados con los roles femeninos tradicionales como se ha visto en la joven paciente (Meler, 2017).

“Papá hace mucho que no está...”: El abandono del padre como un factor en las dificultades de la sexualidad femenina.

En el caso de los hombres, debido a la relación ambivalente que la joven paciente mantiene con su padre, ella desarrolló un *Apego angustiado o ambivalente* ante la figura masculina: Este esquema es característico de los individuos que tienen padres que acuden a sus llamados de ayuda de manera inconstante (Bowlby, 1984; 1978). Para Paula, el padre era visto como un lugar seguro cuando era niña, o al menos así lo recordaba, no obstante, el dejarlo de ver años y al reencontrarse, romper la imagen de padre protector e incondicional que tenía de él, la figura masculina se volvió poco confiable pero aun así mejor que la femenina pues este no agrede físicamente.

Freud en su artículo “La sexualidad femenina” (1931) explica que el primer objeto de amor de la niña también es la madre y que esta tendrá que hacer un movimiento extra a comparación del niño, para cambiar de la mamá como objeto al padre. Entonces, se dice que una intensa ligazón con papá podría no ser más que el vestigio de la fuerte ligazón que hubo con mamá primero.

La madre fue el primer objeto de amor de Paula, mismo del que no ha dejado de esperar que la ame, no obstante, la joven se inclinó hacia el padre ante el rechazo y maltratos de Victoria. La intensa ligazón que Paula puede expresar hacia su padre posiblemente sea la prueba de la ligazón tan fuerte que tuvo y mantiene con la madre.

“Si fuera más como mi hermano, quizá me querrían”: La rivalidad fraterna como un factor en las dificultades de la sexualidad femenina en Paula.

Con base en Olivier (1980) la relación entre un hermano y una hermana podría representar una peculiar rivalidad fraterna debido a que es común que las madres prefieran a sus pequeños, consciente e inconscientemente, sobre sus hijas pues los

hijos varones son deseados y amados por ser del sexo contrario a mamá, mientras que hijas sólo serán amadas más no deseadas por pertenecer al mismo género. En esta familia esto se observa claramente ante la notoria preferencia de la madre hacia su hijo mayor.

En este caso, la rivalidad fraterna normal entre Paula y su hermano mayor, se complejiza cuando Mario se enferma y Paula, por orden de la madre, debe cuidarlo. Los remordimientos y resentimientos “normales” que surgen en la dinámica de los vínculos entre los hermanos se intensificaron a tal grado que la hermana sana, Paula, se convierte en el guardián y mediador que regula el equilibrio familiar lo que comúnmente genera enojo, sin embargo, en la paciente debe ser reprimido pues si se expresara la agresión hacia el hermano perturbado se tomaría como un desafío hacia la madre (Kancyper, 2014).

“Yo tengo que hacer la comida o acomodar su ropa, incluso hasta lavarla, pero no me molesta, sé que es porque mi hermano no puede hacerlo y a mí no me quita nada ayudarlo así que realmente no me enoja.”

Aunado a esto, Aberastury y Knobel (1984) explican que en la adolescencia es común que el o la joven se revele contra sus padres, hermanos y otras figuras de autoridad como reflejo de la búsqueda de separación y diferenciación familiar; no obstante, el miedo que Paula siente hacia su madre así como la esperanza que aun alberga de ser vista y amada por la misma, le impiden separarse por temor a enfadarla y más bien Paula ha intentado parecerse a su hermano no sólo en cuestiones intelectuales sino también conductuales y físicas, sacrificando parte de su feminidad. Desea parecerse a un hombre pues en su familia parece ser lo único que le daría una oportunidad de ser reconocida.

“Creo que ya me decidí que voy a estudiar, va a ser la licenciatura que quería mi hermano como primera opción. Recuerdo que esa carrera era la que quería estudiar mi hermano e hizo el examen para la Universidad, pero no se quedó y por eso entró al Instituto donde está ahora. Y no, ya se lo que está pensando, pero no es así, no elegí esta licenciatura sólo porque es la que mi hermano quería y no pudo, de verdad me gusta.”

Para Burin (2012) hay una clara represión específicamente femenina durante la pubertad especialmente ligada al género, en que la niña se ve obligada a reprimir toda expresión y disponibilidad al acto sexual, reprimir buena parte de su capacidad intelectual para favorecer una feminidad más “adaptada” donde los hombres no se sientan amenazados por una mujer inteligente. Esto último, es visto cuando la madre desvaloriza los esfuerzos de Paula en la escuela y enfatiza que su hermano es mejor sin importar qué. Entonces, las cualidades que podría tener y explotar, las minimiza o evita por temor a ser más exitosa que el hermano ya que eso enfurecerá a su madre y la esperanza de ser querida se desvanecerá aún más.

“Yo de verdad intento ser cómo él... pienso que quizá si fuera como mi hermano mis papás me querrían, pero no importa cuando lo intente, nunca es suficiente.”

Análisis de los procesos trasferenciales y contratrasferenciales

“Hablar con usted me da mil años más de vida”: Análisis de la transferencia de Paula

De acuerdo con Freud (1912), la transferencia tiene un papel clave en un proceso psicoanalítico pues ella revelará el pasado en las actuaciones del presente; el manejo de la misma deberá ser analizada y llevada a cabo con precaución pues representa tanto posibilidad de avance en el tratamiento como resistencia. Estas reacciones de transferencia se caracterizan por conductas del paciente inapropiadas, intensas y ambivalentes y se pueden dividir clínicamente en transferencia positiva y negativa (Greenson, 2004).

La transferencia positiva se caracteriza por sentimientos del paciente hacia el analista de amor, confianza, cariño, deseo, interés, admiración, ternura, respeto y en casos donde el sujeto ha perdido a alguno de sus padres por muerte o divorcio es común que se observe la idealización hacia la terapeuta (Greenson, 2004). En el caso de Paula, al inicio del tratamiento presencial, se mostraba temerosa, sin embargo, contestaba todas las preguntas que se le hacían. En la tercera sesión comentó querer estudiar psicología pues le parecía admirable cómo estos profesionales podían ganarse la confianza de sus pacientes pues ella en poco tiempo viniendo a su tratamiento se sentía comprendida y en confianza. Constantemente mencionaba la dificultad que sentía al hablar de ciertos temas pues nunca lo había hecho con nadie más, asimismo mostraba un interés marcado por la vida de su psicoterapeuta pues Paula se imaginaba que su psicóloga era “inteligente, risueña y con muchas amigas”, mismos atributos que ella admiraba y deseaba tener. Estos sentimientos de aprecio, respeto y admiración hacia su psicóloga era lo que permitía que el tratamiento avanzara y a pesar de las constantes resistencias, hablara de aquello que le dolía.

No obstante, la ambivalencia es una característica fundamental de la transferencia lo que significa que a pesar de que es común que los sentimientos positivos prevelezcan al inicio del tratamiento, no estarán desprovistos de los negativos (Freud, 1940). En dicha contradicción uno de los dos sentimientos opuestos es inconsciente, por lo general son los elementos negativos como el odio, enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión repugnancia, resentimiento, envidia, desdén, disgusto y fastidio (Green, 2004). La joven paciente presentaba dificultades para poner límites en casa y en el ámbito escolar pues reprimía el enojo que sentía hacia la violencia ejercida hacia ella por temor a castigos; en su espacio psicoterapéutico este hecho se repetía al rehusarse a hablar de su enojo y justificar todo lo que su familia hacia alegando que “no era tan malo” o “no había sido su intención lastimarla”. A lo largo de 95 sesiones, hubo tres ocasiones en donde la sesión era cancelada debido a compromisos de la psicoterapeuta. Cuando esto ocurría se le avisaba a la paciente con anticipación, no obstante, ante estas faltas, la herida narcisista por el abandono del padre y el menosprecio de la madre se activaba y agredía de manera pasiva al faltar la siguiente sesión sin avisar. Cuando se le preguntaba la razón de la inasistencia y se le señalaba el posible enojo que podría experimentar al sentirse abandonaba, Paula negaba contundentemente que se tratara de eso pues ella “sería incapaz de enojarse con su terapeuta”.

Paula se mostró demandante a lo largo de su proceso, pidiendo que se le dieran las respuestas y llamando minutos antes de su sesión pues quería más tiempo, por lo que cuando se cancelaba alguna cita, no importaba que se fuera a reponer, el enojo ante el abandono de los padres se reactivaba en la madre suficientemente buena e idealizada que veía en la persona de su terapeuta y los *acting out* aparecían. No hay amor sin odio, especialmente porque el trabajo en psicoterapia suele ser doloroso y es común que cause resentimiento, sin embargo, este afecto era totalmente negado por la adolescente.

La intensidad de los sentimientos de amor que Paula mencionaba, pero sobre todo actuaba al escribir a su terapeuta durante la madrugada, en días donde no era su cita, o la dificultad para terminar sus sesiones pues sacaba los temas más complejos en los últimos cinco minutos para poder permanecer más tiempo, habla de una necesidad peculiar de ser vista, reconocida y por lo tanto amada que le faltó desde edades muy tempranas. Pedía directamente que se le dijera cómo era ella, que su psicoterapeuta la describiría pues Paula entraba en una profunda angustia cuando se le solicitaba hablar de sus características; expresaba el deseo de tener una amistad con su psicóloga e insistía a pesar de las múltiples veces en las que se habló por qué esto no era posible y cómo representaba un intento de sabotaje a su proceso psicoterapéutico. La impropiedad de la reacción hacia esta situación del presente, es decir en el espacio psicoterapéutico, indica que la acción cometida probablemente va dirigida hacia un objeto del pasado de Paula; buscaba una madre que la mirara, una amiga perfecta e irreal que tenía todas las respuestas y una figura femenina con cualidades idealizadas para tomar de referente, identificarse e introyectar. Las demandas hacia su psicóloga, las actitudes infantiles, las actuaciones, era el pasado traído en el presente, la repetición de la transferencia como un intento de reparación.

No obstante, a pesar de toda la evidencia de la transferencia positiva al final del tratamiento la resistencia, la transferencia negativa a la que se negaba a interpretar y la repetición del pasado, prevalecieron sobre el deseo de curar. Días después de que se le comunicará que el tratamiento gratuito terminaría pues estaba por graduarse del bachillerato y se le sugirió continuar de manera privada con un costo accesible, ella dejó de asistir a sus sesiones, no contestó llamadas ni mensajes. Paula parecía calmada ante el hecho de que el tratamiento tendría un reencuadre, había comentado que quería continuar y que el precio que se había establecido podía costearlo, no obstante, se fue sin avisar, ignorando las peticiones de una explicación o la sugerencia de una sesión de cierre, abandonó su tratamiento, así como su madre, su hermano y ella se fueron de la casa del padre durante años. Paula contaba con el dinero para costear sus citas, pero el que ya no

fuera gratuito, le hacía evidente lo que tanto se esforzó en negar: que su psicoterapeuta no era su amiga, no la escuchaba por ser “especial” a los demás pacientes, sino que se mantenía una relación profesional.

Asimismo, el rencor marcado hacia las figuras femeninas a su alrededor se había mantenido latente hasta el último momento donde mostró el enojo por el término de su tratamiento agrediendo con la ausencia y el silencio. El amor y admiración que expresaba hacia su terapeuta escondía en el fondo una envidia primaria y desdén intenso hacia las cualidades que ella quería tener pero no podía, comparándose con su psicoterapeuta y sintiéndose en desventaja al igual que con su madre.

Análisis de la Contratransferencia de la psicoterapeuta:

Con base en Ferenczi (1964 como se citó en Thoma y Kachele, 1989) la contratransferencia son todos los sentimientos del analista con respecto a su paciente los cuales fungen como una valiosa herramienta diagnóstica. Precisamente, los sentimientos que experimenté escuchando y trabajando con Paula fueron claves en mí actuar como su psicoterapeuta. Al inicio del tratamiento podía ver su sufrimiento ante las varias vicisitudes que padeció desde niña, sentía su tristeza y acompañé en silencio su llanto. Me enternecí ante su vulnerabilidad y sensación de soledad, además de su incapacidad de mirarme.

Conforme pasaban las sesiones, su profundo dolor por el abandono del padre, la violencia ejercida por la madre, el estar en desventaja ante su hermano mayor y el no ser reconocida y mirada por ambos padres, abarcaba la mayoría de las sesiones, pero comenzaba a llamar la atención que el enojo no se hiciera aparecer ante las visibles injusticias rutinarias. Cuando preguntaba cómo se sentía al respecto era común que la paciente justificara las negligencias de sus padres ante lo cual yo solía sentirme irritada.

La negación del enojo ante el rechazo de sus progenitores y las consecuencias que eso tuvo en la manera de vincularse con otros los cuales fueron descubriéndose con el tiempo, era evidente pues cuando preguntaba si no había sentido enojo o señalaba directamente que ella negaba esa emoción, sus respuestas “yo nunca me enojo” o “de nada sirve enojarme” eran automáticas, lo que me generaba enojo y frustración. Dichas sesiones me resultaban agotadoras pues parecía que yo sentía el enojo que ella no se permitía.

Esta emoción aparecía en otros momentos del tratamiento y no sólo cuando la adolescente narraba algún episodio agresivo en casa. La apreciación de sentirme invadida constantemente por ella y el cuestionarme en repetidas ocasiones sobre mi vida personal, me hacían sentir molesta y con la sensación de querer alejarme, por lo que dichos afectos los lleve a mi propio análisis para evitar actuarlos, entenderlos y que eso me llevara a intervenir de manera óptima. Como bien mencionó Freud (1915), el psicoanalista no debe responder ante la transferencia de amor sino redirigir la atención a sus orígenes inconscientes e intentar comprenderlos para que la paciente tenga mayor autonomía sobre ellos. Por lo tanto, cada vez que la demanda infantil aparecía, cuestionaba cómo esto tenía que ver con su insatisfacción de amor desde niña y señalaba el constante intento de sabotear su tratamiento al querer cambiar la relación profesional que había entre ambas; Paula solía responder con vergüenza que no se daba cuenta de que lo hacía, pero también con enojo ante los continuos desaires pues ,después de señalar los intentos de cambiar la relación profesional por una amistad y cómo eso sabotearía su proceso, expresaba su frustración al decir que no entendía porque sería un problema y solía llegar tarde o faltar la siguiente sesión.

Por otro lado, no todo fue enojo y molestia. Paula es una joven inteligente que, a pesar de sus marcadas resistencias, se mantuvo constante en sus sesiones y se esforzaba en hablar de los temas que no le gustaban. Logró poner ciertos límites con sus compañeros de escuela lo cual la hizo sentir orgullosa de su avance. Se observaba continua sorpresa cuando descubría algo nuevo de ella misma o

podía entrelazar los sucesos del pasado con sus sufrimientos actuales, así como lo mucho que repercutía la historia de sus padres en su forma de ser con ella. De vez en cuando se permitía reír, hablar de las cosas que disfrutaba y descubrir nuevos pasatiempos y todos estos pasos hacia adelante, como su psicoterapeuta los experimenté con alivio de que entre la melancolía había destellos de vida y con satisfacción a ver el resultado del trabajoso y doloroso proceso.

En conclusión, mi contratransferencia fue una herramienta invaluable para entender a Paula, ayudarme de su transferencia positiva para trabajar en el tratamiento y entender e intervenir cuando las resistencias se hacían más notorias, así como darle una interpretación a la terminación abrupta de su proceso terapéutico.

Conclusiones

Después del recorrido teórico y el análisis del material de las sesiones, se puede concluir que la paciente, debido a la violencia ejercida en diferentes niveles por mamá y papá, desarrolló un cuadro melancólico caracterizado por rebaja del sentimiento de sí misma, desesperanza, auto denigraciones, expectativas de rechazo y castigo, autolesiones y repulsa al alimento, así como importantes dificultades en la sexualidad femenina.

El origen de estos síntomas pudo ser explicado desde la teoría psicoanalítica pues se habló de cómo se expresa la melancolía en ciertos pacientes y cómo puede venir acompañada de Trastornos de la Conducta Alimentaria como en el caso de esta tesis. Asimismo, los elementos desencadenantes de dicha patología se profundizaron a la luz de diferentes psicoanalistas dejando ver como el ambivalente vínculo con la madre es el principal factor de sufrimiento para la paciente, pues Victoria reprodujo en sus hijo e hija la misma rivalidad fraterna que ella ha tenido con su hermana mayor y le transmitió a la adolescente la misma inseguridad, vulnerabilidad y rechazo que ella experimentó en su juventud y aun en su adultez.

No obstante, que la relación materna sea la primordial fuente de enfermedad en la joven paciente no sólo es el resultado de la repetición del vínculo de Victoria con sus propios padres y hermana, sino también tiene que ver con el sistema patriarcal donde la mujer “debe” de ser la principal y muchas veces única cuidadora de los hijos e hijas mientras que el padre puede responder o no a sus obligaciones. Tanto en Victoria como en Antonio, la madre tuvo un principal papel en sus crianzas mientras que el padre en ambos casos estuvo ausente, llevando a la pareja a duplicar la misma dinámica en su matrimonio pues Victoria dejó de trabajar para ejercer su maternidad y Antonio se limitaba a proveer en lo económico siendo un padre no sólo ausente físicamente durante años, sino también afectivamente. Asimismo, la forma de educar a Paula y su hermano Mario ha estado también permeada por el machismo y misoginia interiorizada en la familia pues el hermano

puede dedicarse sólo a la escuela dejando de lado la posibilidad de que realice alguna tarea doméstica; se le reconocen sus logros y se le escucha cuando habla, mientras que la hija menor debe cumplir no sólo con lo académico sino también con cuestiones del hogar como lavar, cocinar y limpiar sólo porque es mujer y “es su responsabilidad”.

Es importante señalar que si Victoria es la principal agresora en esta historia es porque también ha sido la que más presencia ha tenido en la vida de Paula, sin embargo, esto no quiere decir que el padre no haya sido violento, lo era con su ausencia, silencio y reproches, los cuales no parecían “tan malos” para la adolescente si los comparaba con la agresión física y verbal de la madre; siendo esto uno de los factores principales para que la paciente no haya podido vincularse con otra mujer y para que sus relaciones con los hombres sean ambivalentes y someras.

El caso de Paula es un excelente ejemplo de cómo la historia y heridas de los padres repercuten en la ejecución de sus funciones parentales reproduciendo la misma historia, repitiendo los errores de sus propios progenitores en sus hijas e hijos, generando vínculos y dinámicas familiares que enferman.

Por otro lado, es importante mencionar que aún con una historia de vida tan difícil, Paula buscó psicoterapia como un intento de hablar, entender y sentirse mejor respecto a su situación. Fue un proceso largo en donde ambas partes, paciente y terapeuta, pusieron mucho de sí y aprendieron cada una desde su lugar.

La recopilación de diversos autores en el marco teórico, el análisis del material conseguido dentro y fuera de las sesiones de psicoterapia, la interpretación de la transferencia y contratransferencia es un modelo de cómo la teoría psicoanalítica sigue siendo una base sólida para la formación de psicoterapeutas y el entendimiento profundo de los casos, específicamente en los ejes de esta tesis: melancolía, sexualidad femenina y el papel de la familia. Asimismo, este trabajo podrá fungir como ejemplo para futuros psicoterapeutas a los que se les presente un paciente con características parecidas.

Dificultades y limitaciones

Una de las limitaciones centrales en el proceso psicoterapéutico de Paula, fueron las sesiones en línea debido a la pandemia del COVID -19. Al tener la oportunidad de llevar el inicio del proceso de forma presencial, y por lo tanto comparar ambas modalidades, fue evidente que en la consulta por videollamada tenía ciertas limitaciones en cuanto al lenguaje corporal, cambios en la forma de arreglarse y estado de ánimo de la paciente, pues ella solía expresarse considerablemente de forma no verbal y ahora no podía descifrarlo de forma clara. Aunado a lo anterior, a Paula le resultaba intolerable hacer contacto visual cuando nos conocimos, y esto le resultó aún más complicado en videollamada pues no soportaba mirarse así misma por lo que hacía lo que fuera para que su consulta fuera únicamente por voz.

No obstante, esto me obligó a ser más sensible al tono de voz, el uso del lenguaje, los silencios y los cambios de ritmo, al ser las herramientas con las que contaba además del relato de la adolescente.

Asimismo, el manejo de la transferencia fue un reto para mí, pues Paula intentaba traspasar los límites que reiteradamente tenía que poner para el óptimo avance del tratamiento. Sus constantes peticiones para saber más de mi vida y para cambiar nuestra relación profesional a una amistad, me resultaban cansadas y molestas por lo que tuve que trabajar arduamente en mi propio análisis para no actuar mi enojo y más bien entender de donde venían aquellas demandas. De igual manera, si bien no conocí en persona a papá y mamá, la transferencia de ellos me dio mucho en que pensar, pues sobre todo mamá se mostraba curiosa respecto a las sesiones, hablaba de mí en forma despectiva, aunque no me conociera, y en más de una ocasión, le sugirió a su hija abandonar la terapia pues no veía cambio.

Por último, me gustaría terminar este trabajo señalando los valiosos aprendizajes que pude adquirir gracias al trabajo con la paciente, las supervisiones correspondientes y mi propio análisis. Así como el manejo de la transferencia y

contratrasferencia fue un reto, también fue de las principales habilidades que reforcé a la hora de trabajar con pacientes y sus familias; logré comprender con mayor profundidad textos elementales en psicoanálisis y complementarlos con teorías sobre el género lo cual dio pie a una explicación más amplia y completa del tema y del entendimiento de la problemática de Paula. De igual manera, conocí a detalle la metodología cualitativa lo cual será de gran importancia para mi trabajo en clínica privada y futuros proyectos académicos como el doctorado.

Referencias

- Aberastury, A. (1962) *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. México, Paidós.
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). *Adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós.
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires, Paidós.
- Betacourt, L., Rodríguez, M. & Gempeler, S. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universidad Médica*, 48, pp. 261 - 276.
<https://www.scielo.org/article/rpmesp/2018.v35n1/32-38/>
- Bettelheim, B., & Furió, S. (1977). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona, Crítica.
- Bleichmar, D. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque ModularTransformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, 4, pp. 1-38.
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000103>
- Bleichmar, H. (1984). *Introducción al Estudio de las perversiones. La teoría del Edipo en Freud y Lacan*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Bleichmar, H., & de Bleichmar, E. D. (1976). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Bloch, D. (1986). Para que la bruja no me coma. *Fantasía y miedo de los niños al infanticidio*. Madrid, Siglo Veintiuno.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent psychiatry*. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5–33.
- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *The American journal of psychoanalysis*, 44(1), 9-27.

- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1993). La relación más temprana. *Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires, Paidós.
- Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina.
- Butler, J. (2006). *Precarious life: The powers of mourning and violence*. Barcelona, Verso.
- Correa, W. (2014). Anorexia y bulimia en la adolescencia: un enfoque psicoanalítico. *Desvalimiento Psicosocial*, 1, 1-11. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2835>
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid, Siglo XXI.
- Dolto, F. (1974) *Psicoanálisis y pediatría*. México, Siglo XXI.
- Etchegoyen, A. (2002) *Psychoanalytic ideas about Mathers. In The Importance of Fathers. A Psychoanalytic Re-evaluation*. London: Brunner-Routledge. (18-40)
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003) Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *Análisis de un caso de neurosis obsesiva*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003) Vol. IV. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Tótem y tabú*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XIII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1914). *Recordar repetir y reelaborar*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003) Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XVIII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XXI. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1940). *Esquema del psicoanálisis*. En Obras Completas (12^a Reimpresión, 2003). Vol. XXIII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Garay, A. A. D. (2019). Psicoterapia con perspectiva de género: Indagando posibilidades dentro del psicoanálisis contemporáneo. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (33), 118-136.
- González, J., & Nahoul, V. (2013). *Técnica de la entrevista con adolescente. Integrando modelos psicológicos*. México, DF: Editorial Pax México.
- Green, A. (1980). La madre muerta. En *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte* (pp. 167-239). Buenos Aires, Amorrortu.
- Greenson, R. R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México, Siglo XXI.

- Thoma, H., & Kachele, H. (1989). Teoría y práctica del psicoanálisis. En Teoría y práctica del psicoanálisis (pp. 492-492).
- Houzel, D. (2003) Convertirse en padres. En *Claudine Geissmann y Didier Houzel, El niño, sus padres y el psicoanalista*. Madrid, Síntesis.
- Janin, B. (2010). Patologías graves en la adolescencia: los que desertan. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (50), 241-257. Recuperado de <https://www.seypna.com/documentos/articulos/patologias-graves-adolescencia.pdf>
- Kancyper, L. (2014). Cuatro funciones del complejo fraterno y un nuevo tipo de transferencia: la amistad de transferencia. *Revista Psicoanálisis*, 13, 21-47. Recuperado de http://spp.com.pe/wp-content/uploads/2019/12/Kancyper_13.pdf
- Klein, M. (1964). *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires, Paidós.
- Klein, M. (1964). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniacodepresivos*. Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1958). Seminario 5. *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires, Paidós.
- Lebovici, S. (1995). Consecuencias de la violencia intrafamiliar. En C. Mingot (Ed.), *La psicopatología del bebé* (pp. 383-396). México, Siglo XXI.
- Lebovici, S. (1995). El bebé y el niño de pecho: su lugar en la sociedad actual. En M. Manciaux (Ed.), *La psicopatología del bebé* (pp. 41 - 49). México, Siglo XXI.
- Lebovici, S. (1995). El padre. En J. Herzog (Ed.), *La psicopatología del bebé* (pp. 70-78). México, Siglo XXI.

- Lebovici, S. (1995). La madre. En S. Lebovici (Ed.), *La psicopatología del bebé* (pp. 64-69). México, Siglo XXI.
- López, M y Prieto, L. (2004). Abandono infantil: una mirada desde el psicoanálisis. (Tesis de pregrado). Universidad Academia humanismo cristiano: Chile. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/722>
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires, Marymar.
- Mass, L., Ibáñez, S. & Martínez, P. (2012). Vínculo madre-hijo en relación con las formas de maltrato infantil en la familia contemporánea. *Cultura, Educación y Sociedad* 3(1), 45-55. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7823338.pdf>
- Meler, I. B. (2017). *Psicoanálisis y Género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia*. Buenos Aires, Paidós.
- Muñoz, P. D., Leibson, L., Smith, M. C., Berger, A., Acciardi, M., & Bugacoff, A. (2011). Pasaje al acto, acting out y acto analítico. Variaciones de la relación sujeto-otro. *Anuario de investigaciones*, XVIII(), 113-121. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947064.pdf>
- Muriana, E., Pettenò, L., & Verbitz, T. (2012). *Las caras de la depresión: abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve*. México, Herder.
- Napolitano, M. (2014). *La problemática de lo fraterno en Psicoanálisis. Hacia una clínica de los semejantes*. [Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos]. Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131031/TESIS%20MAGIS%20TER%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nasio, J. D. (2001). *Los casos más famosos de psicosis*. México, Paidós.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor de amar*. Barcelona, Gedisa.

- Nasio, J. D. (2010). *Como actuar con un adolescente difícil. Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires, Paidós.
- Olivier, C. (1980). *Los hijos de Yocasta: La huella de la madre*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Portillo, I. D. (2007). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México, Editorial Pax.
- Puerta, G., Lozano L. (2012). Contexto social, estilos psicológicos y psicopatología en un grupo de adolescentes colombianos que se auto agreden. *Universidad del Bosque*. (p.p 17-23). Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/6077>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México, Trillas.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Ciudad de México, Trillas.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Tarela, J. (2002). El sin-sentido del desvalimiento. En: Publicación periódica orientada al tratamiento de la periódica violencia. No.6. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5411/1/CDMPSI235.pdf>
- Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. Una crisis adolescente*. La Coruña, Ludus.
- Vázquez, V. & Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y salud*, 23, pp. 16-22. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/511/848>
- Winnicott, D. (1967). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. *Realidad y juego*, (147-155). Barcelona, Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1984). *Deprivation and delinquency*. Gran Bretaña, Routledge.

Winnicott, D. W., & Beltrán, J. (1981). *El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Paidós.

Winnicott, D., & Winnicott, D. (1947). 1979). El odio en la contratransferencia. *D. Winnicott. Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (267-279). Buenos Aires, Paidós.

Winnicott, D. (1959). La contratransferencia. *D. Winnicott. Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (17-21). Buenos Aires, Paidós.

Xirinachs, R. H. (2002). Sexualidad, agresión y autonomía en la mujer. Contribuciones psicoanalíticas actuales. *Actualidades en Psicología*, 18(105), 80-93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0258-64442002000100006&script=sci_abstract