



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**DUELO Y MELANCOLÍA EN LA CONFORMACIÓN DE LA ESTRUCTURA PSÍQUICA
DE UNA PACIENTE: UN ESTUDIO DE CASO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA
EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

CONTRERAS HERRERA DIANA ISABEL

DIRECTOR (A): MTRA. ILIANA BERENICE GONZÁLEZ HUERTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

COMITÉ: MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

DRA PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi mamá por ser la luz que siempre ilumina mi camino y un pilar importante en mi vida, por estar a mi lado en mis mejores y peores momentos, por quererme de la manera que lo hace y porque sin importar que tan descabellada es la decisión siempre me apoya incondicionalmente.

A mi papá por apoyo y cariño incondicional a lo largo de este camino siendo un pilar importante en mi vida y mi formación, sin su apoyo esto hubiera tardado siglos en concluirse.

A mi hermano Luis por las incontables veces que estuvo a mi lado en el trascurso de este sueño y por hacerme saber que siempre puedo mejorar.

A mi hermana Gaby porque más que mi hermana es mi mejor amiga y mi cómplice; gracias por siempre estar a mi lado sin importar el costo.

A mis hermanos Miguel, Gustavo, Reyna, Víctor, Hugo y Eduardo porque con su cariño y su apoyo soy la persona que soy ahora, porque no se imaginan el efecto que tenía en mi escucharlos decir “Tú puedes”

A mi directora la Mtra. Iliana González por acompañarme en la elaboración de este trabajo, por su tiempo, sus enseñanzas, su supervisión y por su infinita paciencia para conmigo.

A la Mtra. Beatriz Macouzet, Mtra. Laura Somarriba, Dra. Paulina Arenas y Mtra. Asunción Valenzuela por su tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y por la retroalimentación proporcionada.

A mi amiga Paola por ser parte de la materialización de este sueño, por acompañarme en todos los momentos importantes de mi vida y porque en ella encontré a una hermana, una cómplice, una confidente pero sobre todo una amiga.

A mis amigas Ely, Nelly y Jani por las interminables pláticas, por el apoyo brindado, por toda esa retroalimentación que me ha servido de mucho y por su amistad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser la institución que me permitió formarme en la profesión que escogí con amor.

Al Programa Único de Especializaciones en Psicología, por permitirme ser parte de esto y continuar mi formación profesional.

A todos ustedes GRACIAS

Índice

PORTADA	1
Índice	3
Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Capítulo I. El narcisismo	8
Capítulo II. La identificación	20
Capítulo III. La melancolía.....	32
Capítulo IV. El proceso de duelo en el cuidador primario	42
Método.....	53
Planteamiento del problema y justificación	53
Pregunta de investigación	54
Objetivo general	54
Objetivos específicos.....	54
Estudio de caso	54
Caso clínico.....	55
Hipótesis diagnóstica.....	62
Focos de intervención.....	63
Procedimiento.....	65
Consideraciones éticas.....	66
Referencias Empíricas	67
Discusión y conclusión	91
Referencias bibliográficas	99

Resumen

La teoría psicoanalítica nos permite comprender las vías de desarrollo por las cuales el sujeto ha transitado y cómo los acontecimientos sucedidos en la vida de cada persona delimitan los rasgos de su personalidad actual así como la dinámica que se encuentra presente en sus relaciones interpersonales. Mediante este estudio de caso, se pudo analizar si la necesidad de reconocimiento, la rebaja del sentimiento de sí, la culpa generalizada y la forma de procesar el duelo se deben a lo sucedido en el periodo del narcisismo, las identificaciones con las figuras parentales y el funcionamiento melancólico predominante en la estructura psíquica de la paciente.

Para lo anterior, se utilizó el estudio de caso dentro del marco de la investigación cualitativa, éste nos permite analizar cada uno de los factores que conforman la vida del sujeto y la significación que tienen en la estructura psíquica de la paciente.

El presente escrito surge como resultado del proceso psicoterapéutico con un caso clínico de una mujer de 35 años actualmente, en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología, UNAM; durante un periodo de 53 sesiones. El trabajo toma relevancia para la disciplina y práctica terapéutica con adultos en el sentido de conocer y comprender la historia de vida del sujeto en cuestión y los elementos presentes en la dinámica de sus relaciones pasadas y actuales para una mejor comprensión de la conformación de su estructura psíquica.

Descriptores: duelo, melancolía, narcisismo, identificación y psicoanálisis.

Abstract

Psychoanalytic theory allows us to understand the developmental pathways by which the subject has traveled and how the events in the life of each person define the features of their current personality as well as the dynamic of their interpersonal relationships.

Through this case study, it was possible to analyze if the need for recognition, the reduction of the feeling of self, generalized guilt and the way of processing the grieving are due to what happened in the period of narcissism, identifications with the parental figures and the predominant melancholic functioning in the psychic structure of the patient.

The case study presented was analyzed within the framework of qualitative research, which allows us to examine each of the factors that compose the subject's life and the significance they have in the psychic structure of the patient.

This study is the result of the psychotherapeutic process of a woman of 35 years old that attended the Psychological Center Dr. Guillermo Dávila at the Faculty of Psychology, UNAM. A total of 53 sessions took place. The work takes relevance to the discipline and therapeutic practice with adults in the sense of knowing and understanding the history of the life of an individual and the current elements in the dynamic of their past and actual relationships in order to have a better understanding about her psychic structure.

Descriptors: mourning, melancholy, narcissism, identification and psychoanalysis.

Introducción

Las investigaciones realizadas por Freud en el tema de duelo y melancolía destacan la importancia de establecer una comparación entre los estados normales de duelo y la melancolía, para hacerlo involucra es necesario referir conceptos como el narcisismo, el ideal del yo, las instancias del aparato psíquico (yo, superyó, ello), la etapa oral de la libido, la identificación, investidura de objeto, entre otros (Freud, 1917, p. 238-239). Para fines de este trabajo se toman en consideración como ejes de análisis el desarrollo del narcisismo, el proceso identificatorio, el funcionamiento melancólico y el duelo por pérdidas reales y simbólicas identificados en el caso clínico.

Las pérdidas del objeto de amor son parte del proceso natural de la vida de todas las personas, independientemente si son reales o simbólicas siempre traen consigo una serie de reacciones frente a esa situación que modifican la dinámica de la persona que lo está sufriendo; estos movimientos le generan revivir situaciones pasadas y replantearse el lugar que han estado ocupando hasta ese momento. La forma en la que cada persona atraviesa por un proceso de duelo ante las pérdidas que ha vivido va a depender de su singularidad y de todo lo sucedido en sus etapas de desarrollo (Leader, 2008).

Para la realización de este trabajo se empleó el uso de los diseños de estudio de caso en la psicología clínica que han sido de gran importancia para el desarrollo de un conocimiento base en el área; especialmente en las intervenciones terapéuticas. Se utiliza como forma de medición la observación directa y los registros que pueden utilizarse de manera repetida durante el curso de la terapia que permiten el análisis de la variabilidad del individuo (Kratochwill, Mott, & Dodson, 1989).

El presente trabajo consta de cuatro capítulos. El primero hace referencia al abordaje del periodo de narcisismo, específicamente lo relacionado con las heridas narcisistas y las implicaciones que tiene en la vida actual del sujeto que se ven plasmadas en el proceso terapéutico. El segundo capítulo explica el proceso

identificadorio del sujeto con sus padres y la importancia que esto tiene en su dinámica actual. El tercer capítulo trata sobre el proceso de duelo de acuerdo a las pérdidas reales y simbólicas que delimitan la posición que el sujeto toma frente a los demás en su vida actual. El cuarto capítulo habla sobre la melancolía y cómo el proceso de narcisismo, el proceso identificadorio y las pérdidas vividas delimitan el funcionamiento melancólico predominante en la vida del sujeto. En la última parte de este trabajo se presenta el caso clínico y las referencias empíricas obtenidas durante las 53 sesiones terapéuticas analizadas desde un enfoque psicoanalítico.

Capítulo I. El narcisismo

El narcisismo es un concepto introducido por Freud para dar cuenta del movimiento donde el objeto se transforma en sujeto a través de las vicisitudes pulsionales y su devenir identificador (Sales, 2000).

El narcisismo es una etapa de la historia libidinal, de la constitución del yo y de las relaciones con los objetos. Es un compuesto que integra diversas tendencias: la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros, aspectos de la vida amorosa, el origen del ideal del yo, el intento de dominar y negar la alteridad y el predominio de la fantasía sobre la realidad. Posee varios sentidos: por un lado está la indiscriminación entre el yo y el otro, la regulación del sentimiento de estima de sí mismo y el interés por la identidad (Hornstein, 2000, p. 44).

Freud (1914) considera que el narcisismo es el complemento libidinoso inherente a la pulsión de autoconservación que se encuentra presente en todos los seres vivos, por consiguiente el narcisismo es considerado como la etapa de desarrollo instintivo ubicada entre el autoerotismo y la elección objetal, siendo la fase más temprana del yo durante la cual se satisfacen autoeróticamente los instintos sexuales del mismo.

Por su parte Kernberg (2010) menciona que el narcisismo es aquello relacionado con la regulación anormal de la autoestima o de la auto-consideración. Esta dependerá de las experiencias que tenga el ser humano con los otros, ya sean frustrantes o gratificantes, así como de la evaluación personal que éste lleve a cabo de los logros o fracasos que vaya experimentando a lo largo de su vida. Asimismo, influirá la distancia que se dé entre las aspiraciones personales y los fracasos y logros reales.

El narcisismo se observa en pacientes parafrénicos destacando dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior retirando la libido de las personas y las cosas, pero

sin sustituirlas por otras en su fantasía. La libido que se sustrajo del mundo exterior fue conducida al yo surgiendo así la conducta denominada como *narcisismo*. Su estudio se da a partir del análisis de las parafrenias, considerando tres vías de acceso: la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los sexos (Trechera, 1996). A continuación se explicará cada una

Tabla 1

Vías de estudio del narcisismo

	Enfermedad orgánica	Hipocondría	Vida amorosa de los sexos
Sujeto	Se encuentra afectado por un dolor corporal.	Su dolor no tiene origen en lo orgánico.	Elige sus objetos sexuales de acuerdo a sus vivencias de satisfacción primarias.
Libido	Es retirada de los objetos y colocada en el propio yo es decir, cesa de amar.	Es retirada de los objetos y colocada sobre su dolor.	Es colocada en el objeto de amor ya sea narcisista o por apuntalamiento

Nota: adaptado de “Introducción al narcisismo” por Freud, 1914, p. 79-84.

Retomando el tema de la vida amorosa de los sexos, es importante mencionar que en todo ser humano existen dos opciones de elección de objeto de acuerdo a sus objetos sexuales primarios: él mismo y la persona que lo crió. El cuidador del infante se convierte en su primer objeto sexual al ser el encargado de proveer los cuidados necesarios para la sobrevivencia del niño, conocido como *elección por apuntalamiento*.

Otro tipo de elección de objeto es el narcisista en el cual la persona experimentó una perturbación en el desarrollo libidinal, por consiguiente no eligen su objeto de amor según el modelo de la madre o cuidador si no de acuerdo a su persona propia, es decir se busca a sí mismo como objeto de amor, por esta razón el narcisismo primario se expresa de manera dominante en su elección de objeto

(Mayer, 1989). La elección de objeto abarca tanto la elección que se ha realizado a imagen y semejanza del yo como la que se realizó para elevar la autoestima, la vivencia de perfección, completud y omnipotencia (Bleichmar H. , 2008).

Existen diferencias entre un hombre y una mujer en cuanto a la elección de objeto. El hombre elige por apuntalamiento ya que idealizan a su objeto sexual proveniente del narcisismo originario del niño y corresponde a la transferencia del narcisismo sobre le objeto sexual. Mientras que las mujeres eligen a partir del narcisismo, esto es, se aman a sí mismas por lo que también quieren ser amadas de la misma manera por sus parejas (Trechera, 1996).

De acuerdo con Freud (1914) se ama de acuerdo a la elección de objeto las cuales se explicarán a continuación.

Tabla 2

Elección de objeto

Narcisista	Apuntalamiento
A lo que uno mismo es (a sí mismo)	A la mujer nutricia
A lo que uno mismo fue	Al hombre protector
A lo que uno querría ser	
A la persona que fue parte del sí mismo propio	

Nota: adaptado de “Introducción al narcisismo” por Freud, 1914, p. 87.

Narcisismo primario y secundario

Mayer (1989) menciona que el narcisismo primario corresponde al primitivo amor de sí que el niño tiene cuando el yo se encuentra en vías de desarrollo y aún no ha investido al objeto, por consiguiente la satisfacción de la libido es autoerótica porque buscan satisfacerse en el propio cuerpo.

Por su parte Freud (1914) explica que el narcisismo primario es aquel en el que el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores.

Tal estado correspondería a la creencia del niño en la omnipotencia de sus pensamientos y es anterior a la constitución del yo. Asimismo Le Poulichel (1996) menciona que el narcisismo primario representa un espacio de omnipotencia que se crea en la confluencia del narcisismo naciente del niño y el narcisismo renaciente de los padres. El niño abandonará el narcisismo primario cuando su yo se encuentra confrontado con un ideal con el cual debe medirse, este ideal se formó en su exterior y desde ahí le es impuesto.

Por otro lado, el narcisismo secundario tiene que ver con las identificaciones y con la libido que regresa al yo a partir de ella es decir, es una vuelta de la libido sobre el yo tomándolo como objeto. Este último remite al repliegue de las investiduras de objeto, mientras que el primero se refiere a una etapa anobjetal, de la cual se desarrolla el segundo (Laplanche & Pontalis, 2004).

En el narcisismo secundario el yo se planteará una separación entre ser y tener, entre lo que querría llegar a ser (registro narcisista) y lo que querría poseer (registro objetal) entre la trayectoria identificatoria y las elecciones de objeto. En este estadio el niño comprende que la madre también desea fuera de él y que él no lo es todo para ella siendo esta la herida infringida al narcisismo primario del niño. Desde allí, el objetivo será hacerse amar por el otro, complacerlo para reconquistar su amor y eso sólo puede hacerse satisfaciendo ciertas exigencias provenientes del ideal del yo (Hornstein, 2000).

Constitución del yo

El yo es una instancia del aparato psíquico caracterizada por cierto tipo de organización y funcionamiento psíquico que lo diferencia y lo sitúa en relación con las otras instancias; además de ser la instancia que se encuentra más inmediatamente en relación con el objeto e incluye al ello (las pulsiones) y al superyó (Hornstein, 2000).

El desarrollo del yo se realiza gracias a las diferentes identificaciones que aparecen desde los primeros instantes de la vida y a partir de la relación más temprana del niño con su madre (Grinberg L. , 1976). Consiste en un

distanciamiento respecto del narcisismo primario y origina una intensa aspiración a recobrarlo, y por eso, para volver a ganar el amor y la perfección narcisista, pasará por la mediación del ideal del yo. Este distanciamiento se da por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera por parte de los padres en primera instancia para posteriormente dar escucha a las voces de la sociedad en sí; por consiguiente la satisfacción se obtendrá mediante el cumplimiento de este ideal (Trechera, 1996).

En este yo ideal recae el amor de sí mismo del que gozó el yo real en la infancia, el narcisismo es desplazado a este yo ideal conservando las perfecciones del narcisismo infantil porque el individuo no es capaz de renunciar a las satisfacciones de las que gozó. Al introducirse las representaciones culturales y éticas así como su juicio propio, el individuo no quiere privarse de las perfecciones narcisistas de su infancia por lo que procura retomarlas en la nueva forma del yo ideal, es decir proyecta en su yo ideal lo que fue en su narcisismo cuando él mismo era su propio ideal; la formación del ideal aumenta las exigencias del yo real y favorece la represión, por lo que el sujeto hace uso de una vía de escape que permite cumplir las exigencias del yo de una manera aceptable y sin dar lugar a la represión (Teicher, 1992).

En un inicio este yo se encuentra en el Otro, produciendo inhibiciones y propiciando ligazones del transcurso excitatorio. Este Otro no sólo provee los recursos para la vida sino que inscribe estos recursos en su potencialidad de pulsión de vida. Una de las funciones del yo es inhibir las excitaciones aferentes a favor del establecimiento de redes asociativas. El yo tiene como característica mantener la carga constante de energía, inhibe o difiere la descarga para posibilitar el proceso secundario. E. Bleichmar (1989) explica que cualquier satisfacción de la necesidad carente de cualquier investimento libidinal o postergada más allá de lo tolerable, cualquier difusión de las angustias de la madre altera esta acción.

Freud (1914) resalta la importancia de los padres para el desarrollo del hijo. El amor que los padres les tienen a sus hijos es un retorno al narcisismo propio.

Desde ahí le atribuyen al niño todas las perfecciones negando o cubriendo los defectos. En la expresión de “His majesty the Baby... (Su majestad el bebé)” (p.88), depositan la esperanza del cumplimiento de sus deseos irrealizados.

La mirada de la madre tiene una función constitutiva del yo del niño, desde el nacimiento la relación con el yo materno anuncia el yo que devendrá por lo que constantemente oscila en excesos de gratificación o frustración; si la respuesta de la madre ante las demandas del niño es inmediata se da la omnipotencia simbólica que priva al niño de decir “no” al objeto y por tanto decirse sí a sí mismo; cuando la respuesta se demora excesivamente sobreviene la desesperación instalándose una experiencia dolorosa que hace decir “no” a todo. Estas oscilaciones pueden tener un resultado en común: “provocar una excitación pulsional que desborda las posibilidades de elaboración del yo” (Hornstein, 2000, p. 57). Tanto el desborde de gratificaciones como el de frustraciones obligan al yo a enfrentarse a una doble angustia de intrusión y separación característica de algunos trastornos narcisistas. Si la mirada de la madre esta velada, sus primeros intercambios con el bebé serán débiles en cuanto a la representación que tenga de sí mismo por lo que tendrá un sentimiento cambiante en su integridad narcisista (Mayer, 1989).

Sentimiento de sí

El sentimiento de sí es considerado como la medida en que la estructura narcisista se siente gratificada para un equilibrio en la salud mental. Teicher (1992) explica que el sentimiento de sí debe tener determinada magnitud es decir, que es imprescindible obtener determinada cantidad de gratificaciones narcisistas, reconocimientos positivos del objeto significativo y del grupo de pares.

Freud (1914) menciona que el sentimiento de sí se presenta como “grandor del yo”(p. 94), todo lo que se tiene o ha conseguido contribuye a incrementar el sentimiento de sí, el cual depende exclusivamente de la libido narcisista; el no ser amado deprime este sentimiento mientras que el ser amado lo engrandece, ya que como se ha mencionado el ser amado constituye la meta y la satisfacción en la elección narcisista de objeto. En el sentimiento de sí es posible distinguir tres

características: la primera, el residuo del narcisismo infantil; la segunda se da con el cumplimiento del ideal del yo, y la última proviene de la satisfacción de la libido objetal.

La investidura libidinal de los objetos no eleva el sentimiento de sí, pero la dependencia a los objetos tiende a rebajarlo, por lo que la persona que ama ha sacrificado un fragmento de su narcisismo y sólo se le puede restituir cuando es amado; por lo tanto en todos los vínculos el sentimiento de sí tiene relación con el componente narcisista de la vida amorosa. La incapacidad de amar por consecuencia de perturbaciones anímicas y/o corporales rebaja el sentimiento de sí; la principal fuente de este sentimiento es el empobrecimiento del yo como resultado de la gran cantidad de investiduras libidinales sustraídas de él, es decir por el deterioro del yo a causa de aspiraciones sexuales que han evadido el control (Hornstein, 2000).

En la relación del sentimiento de sí con las investiduras libidinales de objeto (erotismo) se distinguen dos casos: en el primero el acto de amar es considerado como cualquier otra función de yo. El amar en sí, como ansia y privación, rebaja la autoestima, mientras que ser amado, hallar y poseer el objeto de amor la vuelven a elevar. En el segundo caso, cuando la libido es reprimida, la investidura de amor es sentida como reducción del yo y es imposible la satisfacción de amor por lo que el re-enriquecimiento del yo sólo es posible por el retiro de la libido de los objetos. Cuando se retira la libido de los objetos y es devuelta al yo se da un amor dichoso característico del narcisismo donde la libido de objeto y la libido yoica aún no eran diferenciadas (Freud, 1914).

En la vida del sujeto, los otros cumplen diversas funciones: balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección, compensan déficits y neutralizan angustias. La necesidad de ayuda, protección y reproducción, condujo a la necesidad de convivir en sociedad y de ser aceptado, respetado, valorado y querido por el otro semejante significativo, lo cual incluye la necesidad de ser elegido objeto de amor, es decir, ser el objeto del deseo del otro deseado. Esto significa que la estructura narcisista impone determinada relación objetal, un

vínculo que tiene al sujeto como centro e incluye a los otros, pero únicamente en función de él, ya sea para satisfacer sus deseos y necesidades como amar, valorar, construir, despreciar, destruir, o bien ser amado, protegido, castigado etcétera (Teicher, 1992).

Una de las características del sentimiento de sí, es que es fluctuante gracias a las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación real o fantaseada de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros. La satisfacción pulsional aceptable para el ideal, la sublimación y la imagen saludable del cuerpo elevan el sentimiento de estima de sí; y al mismo tiempo lo acosan la pérdida de fuentes de amor, las presiones superyoicas desmesuradas, la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo así como las enfermedades y los cambios corporales indeseados (Hornstein, 2003).

Por otra parte en las relaciones narcisistas se observa la proyección de la imagen de sí-mismo sobre el otro, de lo que ha sido, lo que se querría ser o lo que fueron las figuras idealizadas. Se caracterizan por proyectar exageradamente problemáticas yoicas o buscar un ideal. El sujeto trata de reencontrar en el otro su propia imagen con la finalidad de salvaguardar ese estado de supuesta autonomía (Hornstein, 2000). Considerando que los seres humanos tienen la necesidad de ser reconocidos como tal por otro semejante Teicher (1992) explica que la gratificación narcisista (el reconocimiento positivo por el otro) calma la ansiedad y el miedo de ser un objeto inútil, despreciable y por tanto descartable.

En consecuencia surge la necesidad de crear sustitutos simbólicos para compensar fallas en las fuentes primitivas de protección, creando una serie continua de relaciones de objeto narcisistas, de manera que las pérdidas son predominantemente una herida narcisista en la persona (Del Río, 2000). Asimismo Baranger (1991) menciona que todo lo que viene a disminuir la autoestima del Yo o su sentimiento de ser amado por objetos valorados es considerado como una herida narcisista, por lo que la pérdida de amor y el fracaso dejan una huella permanente en la autoestima de cada persona.

Clínica del narcisismo

Para entender al narcisismo es de suma importancia considerar la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias de cada persona por ejemplo, sus ideales, deseos, prohibiciones, discursos y sexualidad (Bicego, Calleri, Galainena, & Juaneu , 2012).

En la clínica, las personas con rasgos narcisistas presentan importantes dificultades en la regulación de la autoestima, desesperanza, alternancias en el estado de ánimo, apatía, hipocondría, trastornos del sueño y del apetito, ausencia de proyectos, crisis de ideales y valores, identidades borrosas, impulsiones, adicciones, una intensa necesidad de ser amados y admirados centrando su vida en la búsqueda de halagos, al no establecer relaciones significativas con los otros sí esperan gratificaciones narcisistas de ellos. Sin embargo su objetivo nunca es depender de nadie (Hornstein, 2000).

Los narcisistas son considerados personas carenciadas, donde sus heridas no se limitan a uno de los padres sino que se pueden incluir a los dos. Para esto el sujeto tiene que ser un objeto de deseo para la madre que le permita identificarse con ella para construir su narcisismo y posibilitar la formación del yo; estas personas buscan a través de objetos compensar el déficit ocasionado por la falla en la díada madre-niño y a su vez protegerse de la revivencia de la angustia de desamparo y la amenaza de desintegración yoica (Braier, 2000).

Por su parte, Fiorini (1993) propone un “perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista” (p. 98) que conceptualiza los siguiente puntos:

1. Una problemática centrada en el sí mismo, una preocupación constante por definir su identidad y la estima que esa imagen de sí pueda merecer ante los otros significativos y ante sí mismo.
2. Una constante preocupación por toda interacción con los otros.

3. Una constante angustia centrada en la ubicación de esos resultados interaccionales con los otros, en términos de responder a un yo-ideal o al absoluto opuesto, el negativo del ideal.
4. Alteraciones en la percepción y en la configuración de una imagen del propio cuerpo.
5. Frecuentes temores hipocondríacos.
6. Reiteración de la demanda de modos primarios de vínculos, caracterizados por una dependencia patológica.
7. Ansiedades vinculadas con objetos sexuales parciales, pregenitales, a menudo integrados a fantasías perversas y consecuentes dificultades en el plano de la sexualidad genital adulta.
8. Pensamiento confusional prevalente, correlativo de las modalidades de vínculo fusional infantil preservadas como predominantes hasta edades adultas.
9. Estados depresivos frecuentes. Un fondo depresivo constante.
10. Dificultades para el registro y la comprensión empática de las conductas y los motivos de los otros, lo cual acarrea perturbaciones en la esfera social.

En el espacio terapéutico no se trata de que el vínculo narcisista del sujeto desaparezca para siempre sino que comience a convivir con sus vínculos actuales. Esta tarea implica el reconocimiento, por parte del sujeto, de la diferencia entre pasado y presente, saber que los otros tienen vida propia aunque eso implique un sufrimiento; es necesario confrontar y asumir la decepción de una pérdida o responder con una defensiva indiferencia a las afrentas procedentes del otro y de la realidad (Hornstein, 2000).

Para trabajar con el narcisismo en la clínica Hornstein (2003) plantea cuatro modelos que permiten clasificar las patologías narcisistas de acuerdo al conflicto principal y sus manifestaciones. Los cuatro modelos tienen que ver con el yo: consistencia, valor, indiscriminación con el objeto, pérdida o no constitución de funciones yoicas y remiten a distintos conflictos.

Tabla 3

Modelos de patologías narcisistas

	Conflicto principal	Manifestaciones
Modelo 1	Consistencia del yo	Búsqueda constante de identidad
Esquizofrenia	Problemática de la identidad	Reafirmación constante de la frontera entre lo interno y externo.
Paranoia		Drama de supervivencia (el sujeto hace un trabajo psíquico importante ya no por el derecho a amar sino por el derecho a existir)
Cuadros borderline		
Modelo 2	Sentimiento de sí	Angustia ante la pérdida de amor.
Depresión		Sentirse incapaz de vivir acorde con sus aspiraciones.
Melancolía		Se muestran abrumados, con poca energía y motivación para formular proyectos.
Modelo 3	Percepción de la alteridad.	Aceptar la alteridad
Elecciones narcisistas	Confundir el objeto real con el fantaseado-pensado.	La persona puede sentir que entregarse al otro le genera desamparo o sufrimiento donde predominan las angustias de separación y de intrusión; por otro lado se puede sentir que no se tolera mucha distancia con el otro.
Modelo 4	No constitución de ciertas funciones yoicas o su pérdida por el exceso de sufrimiento	El vacío prevalece cuando el sufrimiento prolongado produce desinterés y un movimiento de desinversión.
Patología del vacío		El yo recurre a empobrecer sus relaciones.

Nota: adaptado de "Intersubjetividad y clínica" por Hornstein, 2003, p. 180-197

En conclusión, lo acontecido en el desarrollo del narcisismo se ve reflejado en la dinámica actual del adulto específicamente en su identidad como sujeto diferenciado del otro, el sentimiento de sí, la consistencia de su yo, las relaciones que establece con otras personas y la importancia del cumplimiento del ideal del yo.

Finalmente, es importante puntualizar que el narcisismo es una etapa de la historia del sujeto que involucra el desarrollo libidinal, la constitución del yo, las relaciones con los objetos, el origen del ideal del yo, el sentimiento de sí, la importancia de los padres en el desarrollo del niño y es considerado el preámbulo para el proceso identificadorio.

Capítulo II. La identificación

En psicoanálisis, la identificación es conocida como la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona y desempeña un papel importante en los orígenes del complejo de Edipo (Freud, 1981).

La identificación es el proceso psicológico mediante el cual un sujeto hace suyo un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y diferencia mediante una serie de identificaciones (Laplanche & Pontalis, 2004).

Korman (1977) considera que la identificación no es una copia fiel del original, no se produce con la persona en sí, sino con representaciones o imágenes que el sujeto constituye de esa persona, esta construcción se encuentra influenciada por múltiples factores: proyecciones, necesidades del propio sujeto, estados de su organización pulsional etcétera. Es considerado un mecanismo inconsciente que produce modificaciones perdurables en el sujeto. Asimismo Nasio (1996) refiere que la identificación es un proceso inconsciente realizado por el yo cuando éste se transforma en un aspecto del objeto.

Por su parte H. Bleichmar (2001) menciona que la identificación se encuentra impulsada por el deseo de poseer rasgos del otro constituido como un ideal; y el anhelo de mantener una estrecha relación con el objeto libidinal, especialmente de los objetos primarios, la madre y el padre.

Al inicio de la vida, la supervivencia del niño depende de los cuidados de su madre (el objeto). Esta madre es la encargada de estimular la actividad pulsional y contenerla, de ofrecerse y rehusarse como objeto de placer. El primer encuentro boca-pecho da lugar a tres descubrimientos, en el primero la psique del bebé descubre una experiencia de placer, en el segundo su cuerpo recibe una experiencia de satisfacción y en el último, la madre es necesaria para la vida, aquí el afecto, el sentido y la cultura están siempre copresentes. Una vez que el amor materno ha favorecido el surgimiento de la vida pulsional ahora tiene que

contenerlo; para que esta contención sea posible “un yo debe devenir” como una red de investiduras de nivel constante. El devenir no se da únicamente por maduración sino que requiere la tarea de ligadura del otro primordial, la madre, quien además de cuidar también propicia la identificación (Hornstein, 2000).

Por su parte, Klein (1974) explica que los objetos primarios internalizados forman la base de los procesos de identificación que a su vez forman el mundo interno del niño, siendo la madre el primer objeto internalizado en varios aspectos y situaciones emocionales. Las relaciones entre estas figuras internalizadas tienden a ser experimentadas como hostiles y peligrosas, sin embargo cuando el niño es gratificado y prevalecen sentimientos felices, son experimentadas como buenas y amorosas. Este mundo interno es el producto de los impulsos, emociones y fantasías del niño, especialmente por las buenas y malas experiencias de fuentes externas, principalmente la actitud de la madre desde el comienzo de la vida del niño.

Las identificaciones intervienen en el proceso de la formación del yo, del superyó y del ideal del yo, del carácter y la identidad, siendo a su vez una constante en el continuo interjuego de la relación entre el sujeto y los objetos. Tiene lugar con una o más representaciones de la persona. El niño sólo concibe una versión de la persona de acuerdo a sus propias necesidades, intenciones, estado de ánimo, proyecciones y limitaciones de su apreciación objetiva de esa persona (Grinberg L. , 1976).

Lacan (1971) describe en su trabajo sobre el estadio del espejo, la identificación especular imaginaria. Alude a la mirada en el espejo que hace que el sujeto pueda reconocerse ilusoriamente en la imagen reflejada, que es una imagen donde no somos ni estamos realmente. El sujeto es donde no puede verse, él puede ser en la medida que ese otro, que es su imagen, penetra en él identificándolo. El niño se reconoce en la imagen del semejante en función de la cual organiza su yo primitivo, de esa manera se introduce al mundo de lo imaginario que lo fascina y le crea la ilusión de completud con la imagen ideal. Esta imagen especular podría designarse como el yo ideal.

El estadio del espejo, demuestra que la imagen que opera antes de la organización del yo es la imagen que el niño ve reflejada en el narcisismo parental, el pequeño al verse en la mirada del otro (la madre) reconoce la imagen que ella tiene de él, así se identifica con esa imagen deseada por el narcisismo de los padres y a partir de ahí constituye su yo. De esta manera, la identificación primaria es la identificación con el deseo de la madre, es decir la del primer tiempo del Edipo, que termina cuando en el segundo tiempo la función paterna separa al niño, y deja de ser: el falo ideal de la madre (Bleichmar E. , 1989).

La mirada del otro produce la identidad del sujeto por reflejo, a través de ese otro sabe quién es y en ese juego narcisista es cómo se construye desde fuera. La mirada se refiere a los pensamientos del otro sobre el sujeto, el deseo del semejante, el lugar en la familia, el trabajo, la sociedad, todo aquello que le permita dar cuenta de que existen. Por lo tanto su yo es equivalente a la identificación con el otro y a través del otro (Lacan, 1971). Por consiguiente el desarrollo del yo se realiza gracias a las sucesivas identificaciones de distinta índole que aparecen desde los primeros instantes de la vida y a partir de la relación más precoz del niño con su madre (Grinberg L. , 1976)

Para Lacan (1971) el yo ideal es la imagen de perfección narcisista, y el ideal del yo en cambio es una constelación de insignias, que señalan una función. La identificación que produce el ideal del yo es una relación del sujeto con un papel tipificante, masculino o femenino

El proceso identificatorio implica la renuncia a un conjunto de objetos que representaron los soportes de la libido objetal y narcisista al inicio de la vida. Las representaciones que el yo construye de sí mismo tiene como referencia su propia imagen y la que le brindan los otros. La economía libidinal recurre a la identificación para conservar aquello que el principio de realidad obliga a abandonar: el yo se impone como objeto de relevo transformando el deseo hacia el objeto en identificación. En esta labor seleccionará aquellos que le permitan proseguir y consolidar su construcción identificatoria articulando ser y devenir (Hornstein, 2000).

Identificación en la mujer

Enseguida se explicará brevemente el desarrollo del narcisismo en la mujer.

E. Bleichmar (1989) indica que en la mujer la identificación primaria es portadora de un yo ideal femenino. La relación entre la madre y la niña es mucho más intensa que entre la madre y un hijo, es decir, el peligro de fusión, proyección y extensión narcisista, así como mayores dificultades a la separación se presentan habitualmente entre la madre y la hija. Por ello la relación está cargada de sentimientos de unidad y continuidad, identificación y simbiosis, así como de elementos narcisistas. El yo Ideal de la niña por lo tanto implica la sensación de unidad con la madre, la sensación de no-falta.

Esta unidad entre la madre y la hija está representada por la idea de la existencia de una madre fálica, en donde la niña es quien la complementa y la madre a su vez, está completa gracias a la hija. La niña vive la satisfacción de ser igual a su ideal con quien tenderá a fusionarse y unirse. Ésta percibe a la madre de dos maneras, lo cual genera el conflicto entre ellas: 1) como modelo del ideal de género temprano; y 2) como objetivo anaclítico que otorga o niega (Bleichmar E. , 1989).

La madre no sólo es el objeto de amor también es el ideal narcisista y el semejante del género. Cuando la niña da cuenta que a la madre también le falta algo, que está castrada, sobreviene la angustia de castración que implica a la pérdida de la madre omnipotente, lo cual ocurre antes de que la niña perciba la diferencia anatómica de los sexos. En este punto, el padre adquiere importancia ya que gracias a su participación la niña se da cuenta que no es todo para la madre (Mayer, 1989).

Posteriormente, ante la observación de la diferencia anatómica de los sexos el pene se constituirá en el símbolo del supuesto poder. Lo que el descubrimiento de la castración materna pone en tela de juicio es el papel narcisizante de la madre, ya que ahora es del padre del que se espera la valorización. La castración para la niña significa que el poder de la madre y su deseo no son absolutos, que esta

necesita al padre-hombre para su completud y goce. Es así como la consecuencias del complejo de castración para la niña es la pérdida del ideal femenino primario (Hornstein, 2000).

Para terminar E. Bleichmar (1989) señala que la niña se enfrenta a una doble angustia para resolver a partir del complejo de castración: 1) la reelaboración de su feminidad, ya que el yo ideal femenino primario ha sucumbido y deberá construir otro, ahora tomando en cuenta su condición de segundo sexo; y 2) la narcisización de la sexualidad para su género, ya que la sexualidad femenina es un valor contradictorio en la cultura a la que ella accede.

Aulagnier (1980) explica que la madre es quien le cuenta al niño quién es, cómo es, y cómo será su futuro. Es ella el primer agente identificante del recién nacido. Esta acción identificante de la madre incluye además de las palabras, numerosas actitudes que van conformando una imagen con la cual el niño se identifica. El yo sería entonces el resultado del pensamiento y los deseos maternos. Durante cierto tiempo la niña va a delegar en la madre la tarea de organizar su futuro, lo cual va a sostener los anhelos que darán sentido a la necesidad de cambiar, de tener otros deseos. Existe un segundo momento en que el niño retoma por su cuenta la acción anticipadora que la madre desempeñaba. Esto presupone que el yo tenga acceso y que haga suyos los anhelos identificatorios que catectizan el futuro, que ya no será un simple anhelo de retorno al pasado. Para que el yo funcione es necesario que se autoanticipe catectizando sus propios cambios así como la transformación de los objetos que sostendrán su deseo.

El niño será al principio solamente un repetidor de lo que dice la madre de él, que simultáneamente lo identifica y lo enajena, pero poco a poco este niño hará suyos los anhelos identificatorios en la medida en que los pensamientos de los cuales el yo es referente se presentan con carácter de certeza, en relación a los objetos de la realidad (Bleichmar E. , 1989)

Tipos de identificación

Korman (1977) explica que en términos de las cualidades de la relación de objeto, es posible agrupar las identificaciones de la siguiente forma:

1. Previas a la elección o carga de objeto: identificaciones primarias
2. Como requisito para abandonar al objeto, por ejemplo: las edípicas y post-edípicas
3. Secundarias a la pérdida de un objeto elegido narcisísticamente (identificación narcisista: por ejemplo, melancolía)
4. Simultánea a la relación libidinal con un objeto, por ejemplo en el amor y en una variedad de identificaciones edípicas
5. Con sujetos con los que no existe una relación libidinal sino un elemento en común inconsciente (identificaciones en el seno de las masas).

Belmonte, Del Valle, Kargieman y Saludjian (1976) realizan subdivisiones de las identificaciones tomando como punto de referencia su ubicación respecto al complejo de Edipo, en:

1. Pre-edípica (identificación primaria)
2. Edípica (Identificación secundaria Edípica)
3. Post-edípica (identificaciones secundarias)

A continuación se explicará cada:

Identificaciones primarias o pre-edípicas.

Las identificaciones primarias tienen íntima relación con el narcisismo ya que ambos se implican mutuamente y remiten de algún modo a la constitución del yo, debido a que el sujeto comienza a conformarse según el modelo del otro (madre) (Mayer, 1989).

La identificación primaria se refiere a los procesos tempranos de identificación que tiene lugar en el seno de las relaciones narcisistas, donde no está claramente trazada la diferencia entre el yo y el no yo (Grinberg L. , 1976).

Más que una forma precoz de enlace afectivo con otra persona es una relación temprana objetal que va adquiriendo características específicas a medida que se despliega la organización psicosexual donde se incluye al sujeto, el vínculo y el objeto por igual (Korman, 1977).

De acuerdo a Belmonte, Del Valle, Kargieman y Saludjian (1976) las características de las identificaciones primarias o pre-edípicas son las siguientes:

1. Se realizan antes del periodo en el que pueda darse la elección o carga de objeto
2. No constituyen el resultado de una pérdida
3. No se ha realizado la síntesis pulsional fálica, es decir no hay elección de objeto por parte de un yo unificado esto no quiere decir que no exista una identificación sin relación objetal.
4. La ambivalencia dirigida al objeto de amor cuando el objeto deja estar en el plano de las pulsiones parciales y pasa a ser del yo total.

En resumen las identificaciones primarias implican la incorporación de un objeto no investido con libido objetal y todavía no se encuentra diferenciado del sujeto, esto facilita que los objetos primarios sean sentidos como omnipotentes fomentando la fusión del sujeto y el objeto, es decir el niño considera que él es parte de su objeto amado y viceversa; por lo que la creencia de imitar al padre o a la madre significa en gran parte convertirse en ellos. Las identificaciones nos sirven para dar cuenta de los posteriores procesos de identificación, más evolucionados y maduros en los que el sujeto ya no aspira a fusionarse con el objeto sino a tomar rasgos de él para ser semejante.

El pasaje de la diferenciación en el periodo narcisista se constituye un yo alineado e ilusorio pero también se da paso a la formación del yo *ideal* en el cual es depositado el narcisismo infantil es decir, el niño es incapaz de renunciar a la perfección, omnipotencia, completud etcétera, que caracterizaron al yo narcisista para desplazarlos a esta nueva formación intrapsíquica inconsciente. (Korman, 1977)

El yo ideal es una instancia psíquica que después de tener sucesivas modificaciones llega a cumplir la función de impulsar al yo al logro de determinadas metas consiguiendo así un equilibrio entre el superyó y la realidad. En un nivel preconscious de este yo ideal se encuentran las ambiciones del sujeto, su manifestación está dada por un conjunto de fantasías que suelen ser calificadas como grandiosas, estas ambiciones tienen una dosis de restricción que permiten canalizarlas hacia el logro de metas yóicas de acuerdo con el principio de realidad manteniendo un equilibrio; si este equilibrio no se logra nos encontramos con sujetos que se sobrevaloran a sí mismos, experimentan una gran necesidad de destacarse y sienten afán por la estima ajena (Grinberg L. , 1976)

Identificaciones edípicas.

Korman (1977) explica que el niño pierde a sus padres como objetos sexuales con la finalidad de identificarse con ellos. Este proceso es complejo dada la bisexualidad constitutiva del sujeto y por la organización trádica del campo psicológico. La conjunción de ambos elementos genera una doble triangularidad: Edipo completo; esta triangularidad implica que para el mismo sujeto el deseo de la madre sea identificarse con el padre y el deseo del padre supone la identificación con la madre produciéndose distintos tipos de identificaciones (véase tabla 4). En cuanto a las elecciones de objeto en este tipo de identificaciones, cuando la elección objetal recae sobre el padre es anaclítica (apoyo), mientras que su deseo de poseer a la madre implica una forma narcisista de elección de objeto, es decir, existe un ideal en juego: lo que uno quisiera ser

Las identificaciones que se dan durante la crisis edípica son sobre la base de un rasgo cualidad emocional en común, es decir compartir un mismo objeto de amor y se les conoce como identificaciones con el rival. Mientras que las que se dan cuando fracasa el Edipo siguen el modelo de las identificaciones con el objeto perdido es decir, identificaciones melancólicas (Belmonte, Del Valle, Kargieman, & Saludjian, 1976).

Tabla 4.

Identificaciones edípicas de la niña

	Forma del Edipo	Objeto elegido	Tipo de elección	Objeto de la identificación	Tipo de identificación
Identificaciones femeninas (con la madre)	Positivo	Padre	Por apoyo	Madre	Identificación con el rival
	Negativo	Madre	Narcisista	Madre	Identificación con el objeto perdido
Identificaciones masculinas (con el padre)	Negativo	Madre	Narcisista	Padre	Identificación con el rival
	Positivo	Padre	Por apoyo	Padre	Identificación con el objeto perdido

Nota: Tomada de “Teoría de la identificación y psicosis” por Korman, 1977, p. 46

Las identificaciones masculinas de la niña se producen cuando sus valencias edípicas negativas se identifican con su rival (padre) para darse como objeto a la madre (elección narcisista) y al declinar el Edipo, se apodera del padre por ser éste el objeto que se pierde. En esta situación se hace presente la frustración en la niña por la carencia existente (crisis narcisista) y la ilusión (restauración narcisista) puesta en el anhelo de “ser como mamá” (Korman, 1977).

El pasaje por el Edipo produce una serie de identificaciones que se ven reflejadas en la organización de las estructuras intrapsíquicas a partir de dichas identificaciones, por lo que se puede decir que la estabilidad de tales formaciones es resultante de los equilibrios entre las identificaciones de distintos signos (Grinberg L. , 1976).

Al final del complejo de Edipo se muestra cómo las cargas de objeto son abandonadas y sustituidas por identificaciones yoicas y superyoicas.

Identificaciones secundarias o post-edípicas.

Las identificaciones secundarias constituyen el proceso de identificar con un objeto la identidad separada que ya ha sido descubierta, a su vez son procesadas sobre la base de las primarias e implican formas menos narcisistas, realizándose en un espacio-tiempo en el cual los sexos se diferencian y las identificaciones permiten la identidad sexual del sujeto (Grinberg L. , 1976).

Cuando se habla de identificaciones secundarias nos encontramos con un aparato psíquico más organizado, capaz de asumir como propios los detalles y características de los objetos (Korman, 1977).

En el complejo de Edipo, la niña prodiga amor y afecto a su padre compitiendo con su madre por el amor y afecto hacia ella. Inconscientemente quiere ocupar el lugar de la madre pero al reconocer el poder del padre, le teme. Con este temor, ella reprime sus impulsos sexuales hacia su padre, deja de rivalizar con su madre presentando sentimientos ambivalentes y posteriormente comienza a identificarse con ella. Incluso le teme al padre porque cree que le cortó el pene que, a su parecer, ella y otras niñas tenían y ahora teme que su madre le hará cosas aún peores debido a la rivalidad por el afecto hacia el padre. Al mismo tiempo, ama a su madre y no quiere perder su amor. Así reprime sus sentimientos ambivalentes y al final se identifica con su madre (Mayer, 1989).

En la situación edípica, el objeto no abandona al sujeto, sino que el sujeto debe abandonar el objeto prohibido por la amenaza de castración. La ambivalencia existe porque es inherente a todo proceso identificatorio, pero permanece latente y sólo se expresa cuando hay rivalidad entre el deseo de suprimir a la madre y sustituirlo junto al padre. Cuando se dan cuenta de que los riesgos son demasiado grandes resuelve el Edipo identificándose con el progenitor de su mismo sexo e introduce las normas de los padres para desarrollar el superyó. La identificación con el progenitor ayuda a aliviar la ansiedad provocada por el complejo de Edipo (Freud, 1981).

En la niña, el complejo de Edipo es una formación secundaria, siendo el complejo de castración preparatorio, mientras que en el niño el complejo de Edipo culmina con el complejo de castración. La diferencia es básicamente por el sentido perfilado por el complejo de castración en ambos sexos, como inhibidor y limitador de la masculinidad e impulsor de la femineidad, determinante psíquico, sin dejar fuera el efecto que provoca la diferencia anatómica de los sexos contrastando una amenaza de castración consumada en la niña (Belmonte, Del Valle, Kargieman, & Saludjian, 1976).

En el Edipo, el ello no desea renunciar al objeto, pero el yo se ve obligado a rechazar el deseo incestuoso bajo amenaza de castración. Aquí nos encontramos con dos heridas narcisistas en la primera el yo opta por la menos amenazante: la pérdida del pene y la segunda es la renuncia a la satisfacción sexual que es la más soportable (Grinberg L. , 1976).

Identificación narcisista

Al inicio existía un enlace de la libido de una persona determinada lo que conocemos como elección de objeto que por la influencia de una ofensa real o de un desengaño inferido por la persona amada surge una alteración, la cual se da debido a que el desinvertimiento de ese objeto y su posterior desplazamiento hacia uno nuevo no se llevó a cabo en condiciones normales. Esto tiene su génesis en varias condiciones. La carga de objeto demostró ser poco resistente quedando abandonada, pero la libido libre no se desplazó sobre otro objeto, sino que fue retraída al yo con una función determinada: establecer una identificación del yo con el objeto abandonado (Freud, 1917).

En la identificación narcisista, el yo reemplaza al objeto y se convierte en blanco del odio que el sujeto había dirigido originariamente el objeto (Grinberg L. , 1976).

En la melancolía se da una identificación narcisista sin que exista una regresión al narcisismo, en ésta se disuelven las relaciones de objeto por retiro de las catexias libidinales de aquellos y el yo y los objetos pasa a ser la misma cosa. La pérdida objetual se compensa reconstruyendo el objeto en el yo, seguida de un tipo peculiar

de transformación yoica y la sustitución de una carga de objeto por una identificación (Korman, 1977).

En resumen, la identificación es el enlace afectivo más temprano que el niño tiene con sus objetos primarios, a partir de esta relación toma características de la persona de acuerdo a sus propias necesidades, y el conjunto de estas identificaciones da lugar a la formación del yo, superyó e ideal del yo. Nuevamente se destaca la importancia de la madre, como objeto primario, en el desarrollo del proceso identificatorio del niño.

Las identificaciones pueden tener diferentes clasificaciones de acuerdo a cada autor, sin embargo en este capítulo retomamos las identificaciones primarias, secundarias edípicas, secundarias y narcisistas.

Finalmente en el proceso identificatorio podemos señalar tres fases: la primera tiene lugar en la temprana infancia en que el yo y el objeto se funden en una estructura indiferenciada; a partir de allí en la segunda fase, se origina la elección, es decir la ligazón de la libido a una persona y por último, en la tercera fase frente a la pérdida del objeto, la catexia del objeto queda abandonada, pero se establece una identificación con el objeto abandonado característico de la melancolía (Grinberg L. , 1976). Elemento que será abordado con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Capítulo III. La melancolía

La melancolía se manifiesta de múltiples formas en la práctica clínica, comúnmente es considerada como depresión en el ámbito psiquiátrico (Leader, 2008) donde la principal característica es la pérdida de un objeto de amor. Es un concepto descrito por Freud en 1917 en su texto *Duelo y melancolía*, proponiendo tres premisas principales para el desarrollo de la misma: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo.

El objeto de amor ha sido investido, es decir, ha sido cargado libidinalmente por el sujeto, por así decir el interés de vivir ha sido puesto en el objeto, el narcisismo propio ha sido proyectado total o parcialmente hacia el objeto, a tal punto que el sujeto ha quedado vacío de libido, y es este objeto el que ha absorbido totalmente la libido del sujeto; por consiguiente, cuando los objetos significativos para el sujeto se pierden, él pierde su libido, éste sujeto llora la pérdida de su libido (Alcaide, 2010).

En la melancolía, al inicio existe una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada que posteriormente se ve perturbada por una afrenta real o un desengaño por parte de la persona amada; esta pérdida corresponde más a un ideal donde el objeto no necesariamente tiene que estar muerto pero se perdió como objeto de amor, aunque también abarca pérdidas por muerte. Cuando se habla de melancolía no se logra distinguir lo que se perdió y muchas veces el sujeto tampoco logra concientizarlo. En este caso “él sabe *a quién* perdió, pero no *lo que* perdió en él” (Freud, 1917, p. 243). Por su parte Mayer (1989) explica que el sujeto ha perdido más que un objeto; ha perdido con él un ideal en el que se concentraba la mayor parte de su narcisismo.

La melancolía rebasa muchas veces la pérdida real por causa de muerte y abarca todas las situaciones de afrenta, menosprecio y desengaño donde se hace presente una oposición entre amor y odio en el vínculo o se refuerza una ambivalencia preexistente y suele darse de la siguiente manera: si el amor por el objeto se resguarda en la identificación narcisista, el odio se instala con el objeto

similar insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y gana una satisfacción sádica con este sufrimiento (Leader, 2008).

Las personas que sufren esta pérdida, fueron por lo general sujetos que experimentaron un rechazo materno explícito o encubierto bajo diversas formas como sobreprotección, conductas ambivalentes, entre otros. La madre rechazante suele mostrarse con la imagen de madre sacrificada, siempre agobiada por las exigencias y responsabilidades. El hijo que ha interiorizado este desamor materno encaminará todos sus esfuerzos a obtener de los objetos del mundo el amor que no tuvo de su madre; disociará el vínculo ambivalente con ellos permitiéndose mostrar solamente aspectos sumisos, tiernos y bondadosos pero no la hostilidad dirigida al objeto sino que la coloca sobre sí mismo (Mayer, 1989).

La pérdida del objeto de amor da pie a que se haga evidente la ambivalencia de los vínculos de amor, este conflicto se exterioriza en forma de autorreproches, es decir, el sujeto se siente culpable de la pérdida de objeto de amor porque la quiso (Alcaide, 2010)

Sus relaciones de objeto se encuentran mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto frecuentemente, ya que ningún objeto es capaz de proporcionarle la satisfacción necesaria, únicamente necesitan una parte de sus objetos, una conducta que les permita participar al unísono con el otro. Algunas personas no solo necesitan estos suministros sino que al mismo tiempo temen conseguirlos, por considerarlos peligrosos a un nivel inconsciente (Fenichel, 2008).

En la ambivalencia se dan batallas parciales por el objeto en un nivel inconsciente, por un lado el odio insiste en quitar la libido del objeto y el amor pugna por conservar esa posición libidinal; mientras que en el duelo logran llegar al preconscious y posteriormente a la conciencia, por otro lado en el melancólico este camino se encuentra bloqueado por lo reprimido y a su vez las vivencias traumáticas vividas pueden dar lugar a otro material reprimido en el sujeto (Freud, 1917).

Por otro lado, Sanfeliu (2002) explica que el conflicto ambivalente es tan fuerte que el amor es amenazado inmediatamente por la emoción opuesta; una frustración, una decepción por parte del objeto amado, puede desencadenar en cualquier momento sentimientos de odio por la pérdida del objeto.

En la melancolía el yo solo puede darse muerte si en el retroceso de la investidura de objeto se trata a sí mismo como un objeto, si dirige contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y reemplaza la reacción originaria del yo hacía objetos del mundo exterior (Jackson, 1986). Por su parte Ortiz, Berdullas y Malamud (2013) mencionan que el yo presenta una falla en su estructuración resultado de un proceso identificatorio que se ve obstaculizado por la elección de objeto narcisista.

El resultado normal sería quitar y desplazar la libido que se encontraba depositada en el objeto hacia otro nuevo; sin embargo en la melancolía se dio de manera diferente: la investidura de objeto fue cancelada pero la libido que quedó libre no se desplazó hacia otro objeto sino que se retiró sobre el Yo propio y esta introversión sirvió para establecer una identificación del Yo con el objeto resignado; la sombra del objeto cayó sobre el yo, que se identifica completamente con el objeto abandonado. Por eso Freud (1917) plantea que la pérdida del objeto es una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada se verá alterada como ya dijimos por la previa identificación con el objeto perdido.

Las condiciones para este desenlace estaban predeterminadas por una fuerte fijación y la elección de objeto narcisista, por lo tanto ante la pérdida del objeto se regresa al narcisismo si se presentan dificultades. En la melancolía el objeto que se pierde y retorna al yo por identificación lo hace con la tristeza de la pérdida inconsciente que oscurece al yo y lo va dejando sin ganas de vivir, lo va matando lentamente (Alcaide, 2010).

El desenlace característico de la melancolía consiste en que la investidura libidinal amenazada abandona al objeto pero sólo para ser retirada al Yo. Tras esta

regresión de la libido, el proceso puede devenir consciente y representa un conflicto entre una parte del yo y la instancia crítica en la conciencia (Freud, 1917).

Depresión y melancolía

El concepto de depresión es un preámbulo que nos permite el estudio y comprensión de la melancolía y viceversa.

Leader (2008) explica que la depresión, en su forma más intensa es característica de la melancolía, una persona que se encuentra fijada en un estado depresivo en el que su autoestima es regulada por suministros externos o bien los sentimientos de culpa la hacen regresar a ese estado presenta la primordial necesidad de tener esos suministros.

Fenichel (2008) explica que en la fenomenología de la depresión, una pérdida más o menos grande de autoestima se halla en primer plano; en términos subjetivos es: “lo he perdido todo, ahora el mundo está vacío” (p. 440), si la pérdida de autoestima se debe principalmente a una pérdida de suministros externos. Por el contrario si se debe a una pérdida de suministros internos del superyó, la fórmula es otra: “lo he perdido todo porque no soy merecedora de nada” (p. 440).

Los acontecimientos que dan lugar a una depresión representan una pérdida de la autoestima (fracasos, pérdida de credibilidad, remordimientos) o una pérdida de los suministros externos (un desengaño amoroso, pérdida de una pareja) que el sujeto aseguraba como elevadores de su autoestima. También existen tareas que el sujeto debe realizar que le hacen sentir más claramente su inferioridad y sus necesidades narcisísticas ya sea objetiva o subjetiva (Bleichmar H. , 2008).

Si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende a un nivel peligroso para su funcionalidad; para evitar esta situación, la persona está dispuesta a hacer cualquier cosa, intentará inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder. Estas personas presentan una necesidad constante de suministros que involucren satisfacción sexual elevando simultáneamente la autoestima, al decir que son adictos al amor también hace

referencia a que son incapaces de amar activamente, necesitan ser amados de una manera pasiva; también se caracterizan por su dependencia y por su elección de objeto de tipo narcisista (Ostow, 1973).

Debido a que las depresiones comienzan con una intensificación de las necesidades narcisísticas, con la idea de “nadie me quiere” (Fenichel, 2008, p. 442), el paciente depresivo no puede quererse a sí mismo más de lo que puede quererse a los objetos externos, se muestra tan ambivalente consigo mismo y con los objetos; en relación con los objetos los impulsos de amor con más manifiestos y el odio se oculta. En relación con el propio yo, es el odio el que se hace manifiesto mientras que la sobreestimación narcisista primaria del yo permanece oculta.

La función de la culpa en la melancolía.

H. Bleichmar (2008) explica que el sentimiento de culpabilidad es el estado doloroso que alguien experimenta consciente o inconscientemente cuando cumplen las siguientes condiciones: a) se representa a sí mismo como infractor de una norma, preferentemente que prohíba dañar, perjudicar o hacer sufrir a alguien; b) esta norma es aceptada como legítima y forma parte del ideal del yo.

El sentimiento de culpa frecuentemente se encuentra reprimido y se manifiesta indirectamente a través de la irritabilidad, malhumor, apatía y depresión entre otros (Grinberg, 1971). Cumple la función de defensa contra los impulsos instintivos, aún las personas “normales” necesitan de suministros narcisísticos externos, que al verse carecidos de ellos se verá disminuida su autoestima (Fenichel, 2008).

Por otro lado Ostow (1973) menciona que la culpa representa un deseo de reconciliación con el padre o con la conciencia, y suele conducir a actos de remordimiento y arrepentimiento, tales como el autosacrificio, autocastigo y autohumillación, en otras palabras, se trata de actos cuya finalidad es aplacar a un padre airado. Al experimentar culpa, el sujeto espera y desea el castigo.

Si hay culpa en un individuo es porque previamente tiene que haber habido agresión real o fantaseada. La representación que alguien tiene de sí, en la que aparece como productor de un daño, puede construirse tanto por vía de la identificación, sin que en realidad haya agredido como consecuencia de acciones o fantasías que tengan el carácter agresivo. Una vez construida la representación de que se ha dañado, se puede reaccionar de tres maneras: la primera es tener miedo al castigo, la segunda es sentir pena por el daño realizado y se desea repararlo y; la tercera es sentir odio contra sí mismo por el daño causado y entonces el sujeto toma a su cargo el castigo (Bleichmar H. , 2008).

La culpa, en el melancólico, queda como el único recurso para sentir la presencia de los demás e incluso intentar establecer un vínculo, sin embargo no logra y se autoinculpa todo el tiempo. Los autorreproches se hacen presentes como una presencia insoportable con las que el melancólico, a veces hace el intento de no desaparecer, es decir que la culpa y los autorreproches le permiten aferrarse a la vida de alguna manera (Pereña, 2013).

La regulación de la autoestima puede ser entendida desde la comprensión de las etapas de desarrollo de los sentimientos de culpa. Al inicio de la vida del bebé se alternan las etapas de hambre y saciedad, el bebé hambriento recuerda haber estado satisfecho con anterioridad y trata de retornar a ese estado mediante la afirmación de su omnipotencia con el llanto y la gesticulación; posteriormente, el bebé deja de creer en su omnipotencia proyectándola sobre los padres y en su intento de recuperarla participa en la omnipotencia de ellos; tiene la necesidad de participar y de ser amado como en su momento necesitó de la leche. En este punto la sucesión de hambre y saciedad será reemplazada por la alteración de períodos en los que el niño se siente solo y experimenta autodesvalorización y períodos en los que se siente amado y su estima se verá restaurada. Conforme el yo se va desarrollando, adquiere “la capacidad de juzgar previendo el futuro” (Fenichel, 2008, p. 437) creando estados de autodesvalorización menores que disminuyen su autoestima como una forma de prever la posibilidad de una pérdida real y definitiva de sus suministros narcisísticos. Posteriormente cuando el superyó

se desarrolla y se hace cargo de la regulación interna de la autoestima, la sensación de ser amado ya no es lo único que el bebé necesita sino también hace falta el sentimiento de haberse comportado bien, desarrollándose así la función premonitoria de la conciencia y la mala conciencia; esta última crea estados de disminuciones de autoestima para prevenir nuevamente el peligro de una pérdida real y definitiva de sus suministros narcisísticos, esta vez provenientes del superyó. Cuando la señal premonitoria de la conciencia falla se verá convertida en la angustiosa sensación de aniquilación total, característica de la melancolía.

La regulación de la autoestima depende entre otros factores del papel que juega el superyó, la forma en que éste ejerce poder sobre el yo. Un superyó exigente con demandas inconscientes de perfeccionismo y prohibiciones infantiles favorecerá una baja autoestima. Una baja autoestima también se debe a la falta de satisfacción de las necesidades tanto libidinales como agresivas. La regulación de la autoestima dependerá también de la internalización de los objetos libidinalmente investidos que están bajo la forma de representaciones objetales libidinales reforzando la investidura libidinal en el sí mismo. Son las representaciones de quienes uno ama, de por quién uno se siente amado, reforzando así el amor propio. De la misma manera las relaciones conflictivas debilitan la libido investida en los demás y en las representaciones correspondientes así como en la libido del sí mismo debilitando entonces la autoestima (Kernberg, 2010).

El motivo por el cual el yo, bajo la influencia del sentimiento de culpa, se somete a los mandatos del superyó es el temor de perder su cariño y protección (Grinberg, 1971).

Manifestaciones de la melancolía en el espacio clínico

A continuación se presentan algunas manifestaciones características de la melancolía propuestas por diferentes autores, este desglosamiento nos permite entender de manera más sencilla las manifestaciones que pueden identificarse en el discurso del sujeto y en lo anímico.

Tabla 5

Manifestaciones de la melancolía

Freud (1917)	Tellenbach (1994)	Leader (2008)	Pereña (2013)
Rebaja en el sentimiento de sí	Autoexigencia, gran sentido del deber, intolerancia a la incertidumbre y dependencia de los demás.	Disminución de la autoestima.	Falta la voluntad de vivir como el deseo de vincularse con los demás para construir afectos.
Autorreproches y autodenigraciones.	Tendencia a experimentar culpa.	Autorreproches. Piensa que no es merecedor de nada, sin importar que alguien le muestre o diga lo contrario.	Sabe que no se puede vivir sin el otro.
Cancelación del interés por el mundo exterior.	Dependen de la opinión de los demás.	“No sólo se siente inadecuado, se sabe inadecuado” (p. 38)	Experimenta el hecho mismo de vivir como algo insoportable aunque en realidad el sujeto no pueda vivir sin cuidar de alguien “no hay cuidado de sí sin cuidado de alguien” (p. 101)
Pérdida de la capacidad de amar	Procura mantener el ambiente libre de conflictos	Se percibe como una persona mala.	
Inhibición de toda productividad.	La constituye el “ser para otros” (p. 118)	Se culparán a sí mismos por sus faltas.	
El yo se ha hecho pobre y vacío.	Predomina el deseo de ayudar, servir y sacrificarse por los demás.	La persona elige morir con el objeto perdido “Morir con los muertos” (p. 15)	
Insomnio, repulsa del alimento y un desfallecimiento de la pulsión de autoconservación.			
La pérdida se presenta en un nivel inconsciente.			
Desagrado moral con el propio yo por encima de otras.			

Nota: Adaptado de “Duelo y melancolía” por Freud, 1917, p. 248-254.; “La melancolía” por Tellenbach, 1994, p. 197-206; “La moda negra. Duelo, melancolía y depresión” por Leader, 2008, p. 37-41 y “El melancólico y el creyente” por Pereña, 2013, p. 100-102.

Si bien estos cuatro autores coinciden en varias de las manifestaciones de la melancolía y sin afán de sonar repetitiva, es importante tomarlas en cuenta porque nos permite tener una mejor comprensión de la problemática así como identificar cuáles son las que predominan en la literatura revisada y las que comúnmente suelen identificarse en el espacio clínico.

En el ámbito terapéutico no es recomendable oponerse a las quejas que el sujeto promueve contra su yo, sino suponer que está describiendo correctamente su situación y ha perdido el respeto por sí mismo al tener un yo empobrecido, la autocrítica que tiene sobre sí nos da la impresión de que se acerca al conocimiento de sí mismo aunque al apreciarse así y manifestarse como tal ante los otros nos dice que está enfermo, independientemente si dice la verdad o solo es injusto consigo mismo; ya que entre la autodenigración y su justificación no existe relación alguna en lo real (Freud, 1917).

Si el terapeuta presta atención a las quejas tan fuertes que el paciente dirige sobre sí mismo, podemos dar cuenta que rara vez estas quejas se adecuan a su propia persona y muchas veces, con ligeras modificaciones, se ajustan a otra persona que el enfermo ama, ha amado o amaría. Por lo tanto los autorreproches que el sujeto se hace en realidad son reproches dirigidos contra un objeto de amor (narcisista) que fue con el que el Yo se identificó y desde este ha sido rebotado sobre el yo propio; todo eso que dicen rebajante de sí mismos, en el fondo lo dicen de otro, aquí se estaría hablando de un problema de las identificaciones en el Yo constituido por los otros (Fenichel, 2008).

Podríamos considerar que la melancolía es un estado en el que el sujeto se encuentra y no busca cambiar de posición puesto que es lo que le hace sentido a su vida, donde encontramos una serie de sentimientos que refuerzan esta postura, como lo son todo lo que tiene que ver con la rebaja del sentimiento de sí, la culpa, los autorreproches y la ambivalencia, por mencionar lo más predominantes (Ferrández, 2007)

En conclusión la melancolía se puede entender como un duelo complicado por una elección objetal narcisista, una identificación con el objeto perdido en el cual existían sentimientos ambivalentes previos, la pérdida se encuentra en un nivel inconsciente, y el retorno de la libido al propio yo a causa de la identificación con el objeto. Las manifestaciones de la melancolía en el espacio clínico delimitan las relaciones interpersonales y la concepción que la persona tiene de sí misma. Las manifestaciones más comunes son la rebaja del sentimiento de sí, culpa generalizada, empobrecimiento del yo, autorreproches, y la tendencia de ser y cuidar a los otros. Es importante tomarlas en cuenta porque permite tener una mejor comprensión de la problemática y poder diferenciar un duelo normal de un funcionamiento melancólico ante la pérdida del objeto amado.

Finalmente, en palabras de Leader (2008) “En el duelo, lloramos a los muertos, en la melancolía, morimos con ellos” (p. 15).

En el siguiente capítulo se desarrolla en dos partes la primera corresponde a el tema del cuidador primario y posteriormente de describe el proceso de duelo.

Capítulo IV. El proceso de duelo en el cuidador primario

Cuidador primario

Cuando se producen enfermedades crónico-degenerativas e invalidez, el cuidado y atención cotidiana con frecuencia corren a cargo de la familia y principalmente de una sola persona, conocido como cuidador primario. En algunas ocasiones estos cuidadores entienden el cuidado como un sentimiento de obligación y cualquier delegación a otro miembro de la familia les puede generar sentimientos de culpa (Blanco et al., 2007).

De acuerdo con Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010) las personas con algún padecimiento crónico degenerativo pasan por un proceso de negación, mientras que los familiares viven cambios en su cotidianidad familiar, pues tanto sus expectativas como su organización, tienen que adecuarse a la nueva situación que enfrentan.

Durante el proceso de la enfermedad, la familia suele experimentar sentimientos ambivalentes ante el cuidado, comenzando con ello un desgaste físico, psicológico y social en la persona que se hace cargo del enfermo. Astudillo y Mendinueta (2003) definen al cuidador primario como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, se encarga de proporcionar los cuidados y requerimientos para cubrir todas las necesidades básicas como comer, vestirse, asearse, acudir al hospital, entre otras cosas. En la mayoría de las ocasiones el cuidador primario recae en la figura femenina, ya sea la madre, hija o hermana que no trabajan fuera del hogar, quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente.

Tipos de cuidador primario

Lara, González y Banco (2008) mencionan que existen dos tipos de cuidadores que se encargan de cuidar y atender las necesidades del paciente; estos cuidadores son formales e informales.

Cuidadores primarios formales.

Se refieren al equipo de salud o personal capacitado para dar servicio profesional de manera remunerada, por tiempo limitado y generalmente se enfocan en la atención del enfermo sin tener en cuenta los problemas del cuidador primario o el entorno familiar (Blanco et al., 2007).

Los cuidadores primarios formales son proveedores de cuidados que:

1. Reciben una retribución económica por suministrar cuidados.
2. Están asociados a un sistema de servicio establecido como las organizaciones gubernamentales, nacionales o internacionales
3. Están calificados profesionalmente para la práctica de la asistencia como los profesionales sanitarios.
4. Proporcionan en general servicios de cuidado profesional, visitas de enfermería y tareas de hogar.

Cuidador primario informal.

Es aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo referente a su atención básica, no posee formación formal para suministrar los cuidados, se relaciona emocionalmente con el paciente y su vida diaria se ve permeada por la actividad que realiza. Su trabajo adquiere relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Astudillo & Mendinueta, 2003).

Las actividades cotidianas del cuidador pueden verse afectadas, debido a que tiene menos o escaso tiempo para sus actividades de recreación, relaciones sociales, amistades, intimidad y libertad, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional (González & Reyes, 2012).

Síndrome de carga del cuidador

El término *carga* se define como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como demandas económicas que surgen al cuidar a un enfermo crónico o con discapacidad” (Jerrom, Mian, & Runkanyake, 1993, p. 332).

Lara et al. (2008) mencionan que cuidar de una persona mayor dependiente, se ha asociado con una mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo y tristeza. Muchos de los cuidadores se centran en el cuidado de su dependiente desatendiéndose a sí mismos que traen consigo consecuencias negativas para su salud y bienestar.

La actitud del cuidador hacia la persona enferma, conlleva una serie de implicaciones, entre las que se incluye el síndrome de carga cuidador, el cual se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales. Dentro de los problemas físicos se encuentran cansancio, falta de sueño, falta de apetito, afecciones en el sistema inmunológico como constantes dolores de cabeza y estrés entre otros. La atención por parte del cuidador hacia el paciente representa un conjunto de emociones y conflictos, ya que el cuidador piensa que no puede dejar al paciente en manos de otra persona; este sentimiento puede ser debido a diversas emociones, como amor, culpa, sentido del deber y valores religiosos (Martínez & Torres, 2007).

En el área social, el deterioro en la calidad de vida se refleja en aspectos emocionales tales como ansiedad, temores, preocupaciones y depresión. En relación con el ámbito laboral, los cuidadores que trabajan fuera de casa suelen experimentar un conflicto entre las tareas del cuidado y las obligaciones laborales, con consecuencias como ausentismo, impuntualidad, dificultades de concentración que pueden ocasionar la pérdida del trabajo (Molina, láñez, & láñez, 2005).

Díaz, Arango, Espinosa y Rivera (2014) realizaron una investigación con la finalidad de conocer la relación que existe entre la sobrecarga y las necesidades del cuidador primario informal; en su estudio encontraron que las tres necesidades percibidas como las más importantes se refieren a información sobre la salud (estar informado sobre los cambios en el estado clínico del paciente; que sus preguntas sean respondidas de manera honesta por la persona, sanitario, recibir información completa sobre el estado físico y cognitivo del paciente), seguidas de soporte emocional (tener pareja o amigos que comprendan lo difícil que es el cuidado; hablar de sus sentimientos y apoyo para enfrentar dudas y temores) y por último soporte profesional (saber qué hacer cuando el paciente se siente mal, contar con suficientes recursos para el paciente). En este estudio se puede dar cuenta que a pesar de presentar desgaste por el cuidado del enfermo, los cuidadores siguen priorizando las necesidades del enfermo sobre las propias.

Los cuidadores permanecen la mayor parte del día con el paciente, aun así, no se sienten satisfechos con el cuidado que realizan, teniendo una percepción de autoeficacia baja (Molina et al., 2005).

González y Reyes (2012) realizaron una investigación de corte cualitativo para describir algunos aspectos de la vida de los cuidadores que se ven afectados por la enfermedad crónico-degenerativa de su familiar. Como resultado reportaron que los factores involucrados con la sobrecarga del cuidador son: el deterioro físico, factor económico, laboral, social, familiar, personal y emocional. En el factor de deterioro físico se encontró que los cuidadores se niegan a atender algunos síntomas o molestias generadas por cuidar a un familiar, es decir, se deja de cuidar a sí mismo por cuidar del otro. El factor económico reportó que existe un descenso de los ingresos y a la vez un aumento en los gastos asociados a la enfermedad; en el factor laboral encontraron que el cuidador experimenta conflicto entre sus actividades laborales y el tiempo que dedicaba al cuidado de su familiar, con respecto al factor social reportan que la mayoría de las actividades sociales se ven sustituidas por dedicar el tiempo completo a su enfermo o bien sentir culpa al delegar la responsabilidad a otro integrante de la familia; el factor familiar reporta

que la familia puede aglutinarse y apoyarse mutuamente o lo contrario dispersarse y delegar toda la responsabilidad del enfermo al cuidador; finalmente en el factor personal y emocional encontraron que el cuidador primario necesita saber que sus atenciones sirven al enfermo y que los enfermos así lo ven y esperan que ellos se lo hagan saber, esto los refuerza y motiva a seguir como cuidadores; por otro lado es común que aparezcan sentimientos desagradables tales como ira, impotencia, culpa y una constante desatención hacia su propia persona.

Hasta este momento se habló sobre el cuidador primario y la sobrecarga del mismo, haciendo énfasis en que todo lo mencionado acontece mientras se encuentra al cuidado de su enfermo; sin embargo, es necesario hablar ahora sobre lo que ocurre con respecto al duelo a partir de la pérdida del familiar a quien el cuidador cuidaba.

El proceso de duelo

A lo largo de la vida de un ser humano se atraviesan por diversas pérdidas, unas más dolorosas que otras debido a las diferentes situaciones que se enfrentan día a día, algunas implican la pérdida de un objeto de amor en el plano real y otras en el simbólico. A pesar de que las pérdidas son un proceso natural en la vida de todas las personas, siempre traen consigo dolor, tristeza, culpa, autorreproches y sentimientos ambivalentes entre otras reacciones; más que pensar en la pérdida como tal, es importante tomar en consideración las reacciones que enfrenta el individuo en su vida y sus relaciones.

Con respecto a la pérdida, Leader (2008) considera que la parte más compleja es que el individuo se enfrenta a la desligazón del objeto de amor, esto se complica debido a que en primera instancia, en la relación objetal (sujeto-objeto) existe un vínculo muy fuerte, acompañado de una carga libidinal inconsciente mediante la cual el sujeto deposita todos esos sentimientos hacia el objeto investido, una vez que se establece esta fuerte unión entre ambos es complicado poder separarlos debido a la carga libidinal que los une.

Freud (1917) considera al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga de sus veces como un ideal. El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida del sujeto” (p. 241). El duelo básicamente es dolor por la pérdida que no siempre tiene que ver con la muerte, puede ser una separación física o emocional, frente a esta pérdida el sujeto tendrá que hacer algo porque con frecuencia generan movimientos que hacen a la persona revivir situaciones pasadas y replantearse el lugar que han estado ocupando hasta ese momento (Jackson, 1986).

Klein (1940) menciona que hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos, porque los procesos de duelo en los adultos son una revivencia de los primeros duelos de la vida en el niño. La elaboración de estos duelos permite que el sujeto que ha perdido a un ser querido pueda reinstalar dentro de sí a los padres buenos y a las personas que recientemente ha perdido y así reconstruir su mundo interno que se hallaba desintegrado, siendo el juicio de realidad el tema más importante para la elaboración de un duelo. Por su parte Freud (1917) explica que la pérdida del objeto suele ser un evento para que emerja la ambivalencia de los vínculos de amor, esta ambivalencia da al duelo una conformación patológica y lo impulsa a exteriorizarse en forma de autorreproches, “uno mismo es culpable de la pérdida del objeto de amor, vale decir, que la quiso” (p. 248).

Fenichel (2008) explica que la necesidad narcisística y los conflictos que giran alrededor de la introyección en una persona que está en duelo se intensifican si a) el objeto perdido no ha sido amado en un nivel maduro, sino utilizado como un proveedor de suministros narcisísticos; b) si la previa relación con el objeto fue ambivalente y c) si la persona tenía una fijación oral y tuvo deseos inconscientes de comer.

Algunos autores plantean reacciones comunes que experimentan las personas frente a un proceso de duelo. A continuación se presentarán las propuestas de tres autores.

Tabla 6

Reacciones frente al duelo

Freud (1917)	Leader (2008)	Nomen (2009)
Pérdida del interés por el mundo exterior, específicamente en todo lo que le recuerde a la persona.	Pensamientos recurrentes acerca de los momentos que se vivió con la persona.	La persona no puede hablar de la pérdida sin experimentar un dolor intenso y reciente.
Pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor.	Dar cuenta que la persona no está ahí y que jamás volverá a verla, este hecho hace que la realidad cotidiana parezca vacía y dolorosa.	Un acontecimiento aparentemente poco importante desencadena una intensa reacción emocional.
Extrañamiento de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto.	que la realidad cotidiana parezca vacía y dolorosa.	En la sesión aparecen temas de pérdidas en el pasado.
En el duelo encontramos la ausencia de la perturbación del sentimiento de sí, siendo esta la característica que lo diferencia de la melancolía.	Sentimientos ambivalentes, tristeza, culpa, entre otros.	Cambios radicales de estilo de vida.
El mundo se ha tornado pobre y vacío.	La ambivalencia lleva a que la persona se castigue por lo que no pudo hacer	Tristeza inexplicable que se produce en una época determinada.
Se encuentran ausentes a modo de autocastigo, como si lo acontecido fuera culpa suya, no merecedores de disfrutar de la vida o las cosas que desean.		Conocer las circunstancias que rodearon la muerte y cómo fue para el paciente en aquel momento.

Nota: Adaptado de "Duelo y melancolía" por Freud (1917), p 241-252.; "La moda negra. Duelo, melancolía y depresión" por Leader, 2008, p. 29-32.; y "El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida" por Nomen, 2009, p. 50-60.

La tristeza juega un papel importante en el duelo, ya que se caracteriza por una disminución de la autoestima, por lo que busca consuelo en el exterior y al no encontrarlo se retira de los objetos y se hace narcisista al incorporar el objeto que no satisface (Jackson, 1986).

El fallecimiento de una persona a quien previamente se le había deseado la muerte puede ser percibido como la realización de ese deseo, lo que trae consigo sentimientos de culpa y remordimiento, aunque estos últimos son inherentes al proceso de duelo. Otro aspecto que influye de manera importante en el duelo es la identificación con el muerto que trae consigo un significado de castigo “Porque quisiste que muriera la otra persona, tendrás que morir tú” (Fenichel, 2008, p. 445)

Trabajo de duelo.

El duelo es un proceso que en términos de temporalidad será superado, la persona puede seguir viviendo a modo de ofrenda pues agradece estar vivo y esta es la razón por la que sigue moviéndose (Freud, 1917).

El trabajo del duelo se da cuando la realidad le ha mostrado al sujeto que el objeto amado ya no existe y es necesario quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto, ante esto el sujeto presenta cierta renuencia a abandonar su posición libidinal aun cuando el sustituto del objeto se está haciendo presente (Alcaide, 2010).

La realización del trabajo de duelo suele ser difícil y desagradable especialmente cuando la persona se ha identificado con la persona fallecida (Fenichel, 2008).

Existen variables que pueden afectar la forma en que se realiza el proceso de duelo, éstas pueden ser el tipo de relación que se mantiene con lo que se ha perdido, cómo se ha producido la pérdida, antecedentes personales y familiares, de personalidad y sociales (Nomen, 2009).

En el trabajo del duelo, poco después de la muerte del enfermo, comienza en la persona el trabajo de reproducción que le trae de nuevo ante sus ojos las escenas

de la enfermedad y de la muerte. Cada día que pasa de nuevo por cada una de sus impresiones, llora por ellas y se consuela (Laplanche & Pontalis, 2004).

La existencia de un trabajo intrapsíquico de duelo viene testificada por la falta de interés por el mundo exterior que aparece con la pérdida del objeto: toda la energía del sujeto parece almacenada por su dolor y sus recuerdos, hasta que el yo se ve obligado, a decidir si quiere compartir el destino del objeto perdido o considerar el conjunto de satisfacciones narcisistas que conforman el permanecer con vida, en este dilema el sujeto se determina a romper su lazo con el objeto perdido. Para que este desprendimiento tenga lugar y dé paso a nuevas ligaduras con otros objetos, es necesario que cada uno de los recuerdos, cada una de las esperanzas mediante las cuales la libido se hallaba ligada al objeto, son representadas, y sobre cada una de ellas se realiza el desprendimiento de la libido. En este sentido se ha dicho que el trabajo del duelo consistía en “matar al muerto” (Laplanche & Pontalis, 2004, 246).

Fenichel (2008) explica que el duelo se compone de dos actos: llevar a cabo una introyección y poner fin a la “ligazón” con el objeto introyectado. El duelo suele ser complicado si la persona experimentó ambivalencia con el objeto perdido, siendo así, la introyección creará sentimientos de culpa a lo largo del proceso.

Bauab de Dreizzen (2001) plantea tres tiempos específicos para el trabajo de duelo:

Primer tiempo: frente a la pérdida en lo real, la primera respuesta es la renegación, pero para estar en duelo se requiere que la persona localice su falta, nombrarla, aceptar que algo se ha perdido y no renegar de ello.

Segundo tiempo: comprende estrictamente el trabajo de simbolización que implica un gasto de energía, de investidura y de tiempo. Este movimiento permite ir aceptando poco a poco que el objeto amado investido ya no está, es el examen de la realidad que permite que se retire la libido del objeto perdido y colocarla en uno nuevo; es aquí donde se presenta mayor dificultad y lo que podría desencadenar en la melancolía.

Tercer tiempo: el sujeto, desde una posición activa, puede consumir por segunda vez la pérdida, asesinando al objeto, es decir perder en lo simbólico lo que había perdido en lo real. Este movimiento permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimento libidinal de otros objetos nuevos para así sustituir el ausente.

De un modo muy esquemático podría decirse que, según Freud, en el duelo patológico pasa a primer plano el conflicto ambivalente; en la melancolía se pasa a una etapa suplementaria: el yo se identifica con el objeto perdido. (Laplanche & Pontalis, 2004).

Según Laplanche y Pontalis (2004) lo normal sería que la persona acate su realidad ante la pérdida del objeto amado, sin embargo no puede cumplirse enseguida por lo que se realiza pieza por pieza consumiendo tiempo y energía de investidura, mientras esto sucede el objeto perdido sigue presente en lo psíquico. Una vez culminado el trabajo de duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido con la posibilidad de invertir un nuevo objeto de amor.

Kubler-Röss (1993), afirmó que los cuidadores pasan por las mismas etapas de duelo que el paciente (negación, cólera, negociación, depresión y aceptación), lo que está estrechamente relacionado con una serie de factores que de manera usual preocupan a las familias: la incertidumbre; su capacidad para afrontar la realidad; los cambios de roles dentro de la familia; el proceso de adaptación a la nueva situación; la escasa comunicación con los profesionales de la salud implicados en el tratamiento y atención del familiar afectado; la dependencia del paciente y de la familia, y el aumento del gasto económico.

En conclusión, la función del duelo tiene implicaciones importantes para que el sujeto pueda desprenderse de aquello que se ha ido, para que de alguna forma logre la retirada de la libido del objeto perdido y pueda, finalmente, depositarla en otros objetos. Una vez que el sujeto ha logrado reincorporar la libido, desde su propio narcisismo, el yo quedará libre y exento de toda inhibición. Entonces se puede decir que la importancia del duelo sería que la persona,

independientemente de la inhibición yoica que sufre por la pérdida, pueda seguir con su vida, recordar al objeto amado sin que esto le quite el sentido a seguir viviendo, además de irse dando cuenta poco a poco que la persona que perdió ya no está y ese vínculo que se estableció con ella se haga cada vez menor para que de esta forma algún día se pueda vincular a alguien más y saber que la vida aún tiene algo que ofrecerle.

Una vez revisados los temas de narcisismo, identificación, melancolía y el proceso de duelo en el cuidador primario, se prosigue a analizar en el siguiente capítulo todo lo que se relaciona con el método utilizado en este trabajo para el análisis del estudio de caso.

Método

Planteamiento del problema y justificación

Ferrández (2007) explica que la melancolía se manifiesta de múltiples formas en el espacio clínico, comúnmente es considerada como depresión en el ámbito psiquiátrico y su principal causa es la pérdida de un objeto de amor.

Las pérdidas son parte del proceso natural de la vida de cada persona y el duelo aparece como una respuesta natural del ser humano (Payás, 2010). Más que pensar en la pérdida como tal, es importante tomar en consideración las reacciones que enfrenta el individuo en su vida y sus relaciones, la forma en la que cada persona atraviesa por un proceso de duelo va a depender de su singularidad y de todo lo sucedido en sus etapas de desarrollo. En términos psicoanalíticos el duelo se complica por una elección objetal narcisista y una identificación con el objeto perdido en el cual existían sentimientos ambivalentes previos (Leader, 2008).

De acuerdo a la búsqueda de información realizada se encontró que actualmente existen poco casos clínicos que ejemplifiquen un funcionamiento melancólico analizados desde el discurso de la paciente.

El presente trabajo consistió en una intervención realizada desde la perspectiva psicoanalítica, la cual tuvo una duración de 53 sesiones. Toma relevancia para la disciplina y práctica terapéutica con adultos en el sentido de conocer y comprender la historia de vida del sujeto en cuestión y algunos de los elementos presentes en la dinámica de sus relaciones pasadas y actuales que permitirán una mejor comprensión de lo sucedido en el periodo del narcisismo, el proceso de identificación con las figuras parentales, las pérdidas que ha vivido a lo largo de su vida y el funcionamiento melancólico predominante en la estructura psíquica de la paciente. Lo cual se observa en la rebaja del sentimiento de sí, la necesidad de reconocimiento, la culpa generalizada, el duelo por las pérdidas reales y simbólicas en la vida de la paciente y cómo esto va delimitando la dinámica de su vida actual y es analizado a partir de su discurso. Así como la aplicación y

utilización del método cualitativo del estudio de caso y el modelo psicoanalítico en la práctica clínica realizada en espacios de formación profesional con prácticas supervisadas.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aspectos del desarrollo del narcisismo y del proceso identificatorio que influyen en el funcionamiento melancólico, la rebaja del sentimiento de sí, la culpa generalizada y el proceso del duelo en una mujer de 35 años?

Objetivo general

Comprender las vías de desarrollo por las que se constituyó un funcionamiento melancólico predominante en la estructura psíquica de una mujer de 35 años, a partir del análisis de su discurso.

Objetivos específicos

1. Explicar el periodo del narcisismo y su influencia en la vida de la paciente específicamente la influencia sus heridas narcisistas en la rebaja del sentimiento de sí.
2. Analizar el efecto que tienen las pérdidas reales y simbólicas en la dinámica de la paciente, especialmente en el funcionamiento melancólico que la caracteriza.
3. Comprender el proceso identificatorio en la vida de la paciente y su posible relación con la necesidad de reconocimiento.
4. Explicar la función que tiene la culpa generalizada en la estabilidad de la vida de la paciente.

Estudio de caso

Kratochwill, Mott y Dodson (1989), plantean que el objetivo del estudio de caso de intervención terapéutica se centra en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, no haciendo hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos.

Kazdin (2001) describe los estudios de caso no controlados como son los reportes narrativos del terapeuta (tal como se describió para el Psicoanálisis), intervenciones no documentadas y descripciones subjetivas; sin control de las variables intervinientes.

En el presente trabajo se utilizó el estudio de caso de una mujer adulta y los procesos por lo que ha pasado a lo largo de su vida hasta el momento actual, los cuales son más comprensibles utilizando este tipo estudio para su análisis acorde con los objetivos del mismo.

Caso clínico

Para el resguardo de la confidencialidad de la paciente, todos los nombres utilizados fueron modificados.

Ficha de identificación.

Nombre: Ana

Edad: 35 años

Fecha de nacimiento: 20 de septiembre de 1980

Escolaridad: Media superior trunca

Estado civil: Soltera

Ocupación: Asistente en un consultorio médico

Fecha de ingreso: 5 de septiembre de 2014

Fecha de egreso: 25 de mayo de 2016

Tiempo de tratamiento: 53 sesiones

Motivo de consulta.

En palabras de Ana su motivo de consulta es el siguiente: *“a raíz de la enfermedad crónico-degenerativa que presenta mi hermana mayor, he presentado somnolencia, poco interés en la convivencia familiar, fatiga crónica y casi todo el tiempo me siento enojada con todos. La relación con mi hermana ha empeorado mucho pese a que soy la persona que la atiende primordialmente en casa pues su*

enfermedad es incapacitante, pierdo la paciencia muy fácilmente con ella y he llegado a maltratarla física y verbalmente. Tengo sentimientos de desesperanza ante la situación que no parece que se pueda modificar en un corto plazo, e incluso he tomado decisiones extremas como la interrupción de un embarazo reciente pues no me he sentido con la capacidad ni física ni emocional para llevarlo a buen término. Me siento también angustiada por la situación económica y espero que la atención me pueda ayudar a cambiar mi actitud ante la situación que no puedo modificar” (sic).

Cuando la paciente solicitó el servicio se encontraba al cuidado de su hermana mayor quien padecía una enfermedad crónica degenerativa (esclerosis lateral amiotrófica), que consta del deterioro de las neuronas motoras debilitando o imposibilitando la movilidad de manos, piernas y cuerpo; posteriormente se ven afectados los músculos de la caja torácica dificultando la respiración y dando lugar a la asfixia.

De acuerdo al funcionamiento del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila Ana acudió a una entrevista previa antes de iniciar el tratamiento, en el tiempo que transcurrió entre la entrevista y la primera sesión de tratamiento su hermana fallece.

En la primera sesión de tratamiento Ana menciona “vine a pedir terapia porque mi hermana Lilia estaba enferma y yo no lograba controlar mis emociones pero ahora ella acaba de fallecer y eso me tiene muy mal” (sic).

Familiograma.

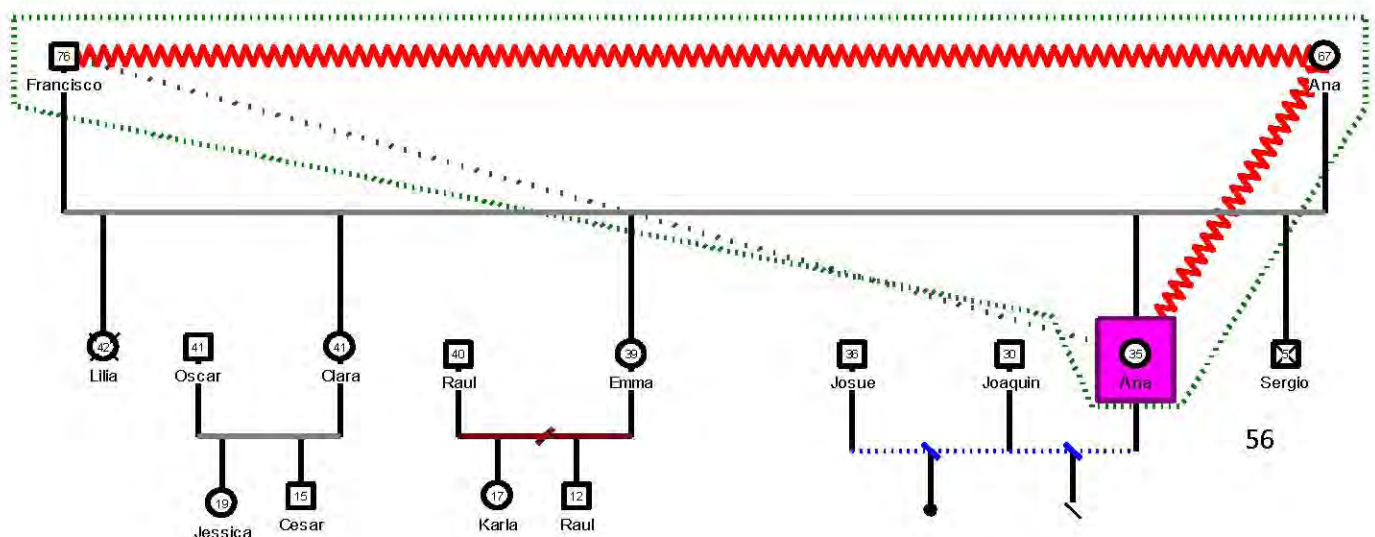


Tabla 7

Composición familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil
Francisco	Padre	76	Secundaria	Empleado de mantenimiento	Casado
Ana	Madre	67	Secundaria	Jubilada	Casada
Lilia	Hermana	42	Preparatoria	Cajera en banco	Fallecida
Clara	Hermana	41	Licenciatura	Ama de casa	Casada
Emma	Hermana	39	Licenciatura	Trabajadora social	Divorciada
Ana	Paciente	35	Preparatoria trunca	Asistente en consultorio homeopático	Soltera
Sergio	Hermano	5	¿?	¿?	Fallecido
Jessica	Sobrina	19	Preparatoria	Estudiante	Soltera
Karla	Sobrina	17	Preparatoria	Estudiante	Soltera
Cesar	Sobrino	15	Secundaria	Estudiante	Soltero
Raúl	Sobrino	12	Secundaria	Estudiante	Soltero

Dinámica familiar.

Ana describe a su padre como un hombre callado y con dificultades para expresarse así como una persona con conductas machistas ya que no se involucra en las actividades del hogar por considerarlas propias de la mujer y siempre solicita ser atendido por ella o por su madre. Ana menciona que su relación con su padre es respetuosa pero muy distante y superficial ya que su comunicación se basa en temas comunes como el trabajo, el tráfico o las noticias pero no logran compartir cuestiones personales y en ocasiones tienen diferencias de pensamiento, y *“en varias ocasiones llegó a golpearme, empujarme o jalarme el pelo por mi actitud desafiante, en su momento me parecía humillante lo que hacía pero después justificaba sus acciones asumiendo que reaccionaba así por mi comportamiento” (sic).*

Ana describe a su madre como una persona insegura, alegre pero enojona, evita realizar actividades que no le resultan conocidas, sus comportamientos se rigen por prejuicios o valores muy conservadores, *“muchas veces se hace la víctima y es muy buena manipulando a las personas con tal de conseguir lo que quiere y pienso que es dependiente porque se apega mucho a las personas y a las cosas y le resulta difícil soltarlas” (sic)*. Ana describe la relación con su madre como *“amor-odio, pienso que de ninguna manera creo que haya odio entre nosotras y aunque yo sé que no tengo ningún resentimiento con ella, debo reconocer que en ocasiones he sentido mucha rabia contra ella cuando discutimos porque siento que su enojo es desmedido contra mí, por ejemplo que me grite y aviente cosas; sin embargo, la otra parte de la relación suele ser buena, a ambas nos gusta viajar y convivir y cuando está de buenas bromeamos y platicamos de muchas cosas” (sic)*. Durante el proceso terapéutico, Ana manifestaba sentimientos ambivalentes hacia su madre y a pesar de ser la relación más hostil, también es la más cercana.

Su hermana mayor, Lilia de 42 años de edad al momento de fallecer, fue diagnosticada con esclerosis amiotrófica lateral en 2012, dejó de trabajar y comenzó un tratamiento por lo que necesitaba que alguien la acompañará, con el paso del tiempo su condición fue empeorando, resultándole difícil moverse y Ana fue la encargada, la mayor parte del tiempo, de proporcionarle los cuidados necesarios: visitas médicas, suministro de medicamentos, alimentación y cuidados higiénicos. Ana describe a su hermana como una persona amable, cariñosa y platicadora; explica que al inicio su relación era hostil *“en la adolescencia Lilia me regañaba como si fuera mi mamá y muchas veces discutíamos” (sic)*, pero también fue la relación más cercana ya que convivían mucho *“Lilia siempre me apoyaba en todo y convivíamos mucho, me platicaba sus cosas y yo le platicaba las mías, nos teníamos mucha confianza” (sic)*.

Ana describe a su hermana Clara como una persona conservadora y muy apegada a su familia, así como reservada y responsable; considera que su relación es cordial pero distante ya que no comparten cuestiones personales a no ser que le pida algo a Ana. Con respecto a Emma, menciona que es indecisa,

conservadora y poco asertiva, valora mucho a su familia y siempre busca la manera de apoyar a su esposo. Menciona que su relación es más distante en comparación con los demás integrantes de su familia, ya que identifica que sintió celos y envidia hacia ella en su adolescencia, por las constantes comparaciones que sus padres hacían.

Su hermano menor, Sergio fallece a la edad de 5 años a causa de muerte cerebral ocasionada por asfixia por la ingesta de un juguete pequeño que le obstruyó la garganta.

En la dinámica familiar los roles de cada uno de los integrantes están difusos. Los padres han estado ausentes en la vida de la paciente a partir del fallecimiento de su hermano cuando él tenía 5 años y ella 7 años; en ese momento hubo un rompimiento en la relación de sus padres, ya que se culpaban y siguen culpándose mutuamente por la muerte de su hijo, dejando de lado el cuidado de las hijas además de que ambos trabajaban en ese momento. A raíz de este evento Lilia se hizo cargo de sus hermanas especialmente de la paciente, por ser la menor, situación que se prolongó hasta la enfermedad de ella. Fue entonces cuando Ana cuida y se hace cargo de su hermana mayor y de su familia, especialmente de sus padres.

Antes de la enfermedad de Lilia la familia era dispersa, cada uno de los integrantes realizaba actividades lejos del núcleo familiar y la convivencia era escasa, sin embargo cuando su hermana enfermó la familia se unió con el objetivo de cuidarla aunque la mayor responsabilidad estaba a cargo de Ana. A partir de la muerte de Lilia la familia vuelve a distanciarse. Cuando Lilia vivía era la encargada de organizar y reunir a la familia así como un constante esfuerzo por mantener a la paciente en casa. Además cuidaba a sus papás y generalmente acompañaba a su mamá en todas sus actividades, posterior a su deceso, la mamá de Ana le pide que realice las actividades que hacía Lilia; Ana asume esa responsabilidad y se esfuerza en seguir manteniendo a la familia unida y satisfacer a ambos padres en sus necesidades, especialmente con la madre.

Con respecto al papel de Ana en su familia al parecer es la pieza que hace que todo el sistema familiar siga funcionando lo cual se refleja cuando la paciente organiza reuniones familiares y funge como mediadora en las discusiones con sus padres. En la familia existe un constante recordatorio de las pérdidas (hermano y hermana) por lo que los fantasmas de estas personas dan a la familia un sostén para seguir funcionando.

Actualmente, la paciente vive en casa de sus padres y menciona que hay que cuidarlos porque son adultos mayores. Su papá permanece ausente de la casa y cuando está ahí comienzan las discusiones con su esposa. La mamá demanda atención y cuidado de Ana además de complicidad en contra del esposo, sin embargo ella trata de mantenerse neutral.

Ana menciona la interrupción de un embarazo por no sentirse capaz de cuidar a su hermana y a un bebé por los riesgos que esta situación implicaba, además de un aborto espontáneo en 2003.

Relaciones interpersonales.

Ana se limitaba mucho a hablar de sus relaciones interpersonales y en la mayoría de las sesiones se enfocó a la familia, posteriormente comenzó a hablar acerca de su círculo de amigos. Considera que tiene dificultades para hacer nuevos amigos, pero por lo que narraba en la sesiones, pude identificar que su círculo de amigos es muy amplio y la mayoría de ellos la busca para convivir con ella. La paciente conserva a varios amigos de la adolescencia y con los cuales tiene buena relación.

En cuanto a su sexualidad, Ana se limita a mencionar que se cuida con anticonceptivos por su negativa a ser mamá, considera que sus experiencias han sido satisfactorias, sin embargo sus relaciones de pareja son ocasionales.

A continuación describiré las relaciones de pareja que ha tenido durante su vida:

Josué: tuvo una relación de 2 años (19-21 años) con el cual procreó un hijo, sin embargo tuvo un aborto espontáneo en 2003 y después de esto y del distanciamiento que él presentó con ella después del aborto la relación terminó.

Aarón: salió con él por 8 meses durante los cuales ella pagaba las cuentas de él y termina endeudándola en un banco por un préstamo que solicitó a nombre de la paciente, después de esto Ana decide terminar la relación y hacerse cargo de la deuda.

Joaquín: comenzó su relación en 2012, con el cual procreó un hijo sin embargo decide practicarse un aborto en julio 2014 y terminar la relación. Actualmente se frecuentan “como amigos” (sic) y menciona no querer una relación sentimental con él.

Mario: es un compañero de trabajo y comenzó a salir con él “como amigos” para conocerlo mejor, aunque con la reaparición de Joaquín decide que no quiere frecuentarlo más.

Cuando menciona sus relaciones de pareja se limita a decir lo que sucedió cuando terminaron la relación pero no hay descripción de emociones, sentimientos y experiencias; y cuando se le cuestionó sobre eso solo contesta “nos llevábamos bien” (sic); la razón por la cual no profundiza en las relaciones es porque realmente no tuvo una relación estable con ninguno de ellos a pesar de haber mantenido la relación por un tiempo considerable; jamás accedió a involucrarse con la familia de ellos, ni incluirlos en la propia, sus encuentros eran ocasionales y generalmente era para tener relaciones sexuales.

Impresión diagnóstica.

La paciente presenta imposibilidad de hacerse cargo de sí misma por lo que se hace cargo de los demás. Su “sacrificio por los otros” es funcional en cuanto la mantiene estable y esto le permite no preguntarse sobre sus relaciones interpersonales, lo que implica hacerse cargo de los problemas de los demás por

no hacerse cargo de los propios. La parte conflictiva para la paciente es acceder a su deseo por la dificultad de asumirlo.

Ana busca su lugar a través de los demás y a través de su rol ella se ubica en un lugar dentro de la familia.

Generalmente resuelve sus conflictos a través de los silencios por lo que su negativa a hablar puede deberse a no acceder a sus emociones para no moverse del lugar donde se ha colocado y donde se encuentra la mayor parte del tiempo.

Ana tiene capacidad de insight que le permite conocer sus recursos y su problemática sin embargo aún falta pasar del reconocer al hacer; ya que cuando toma la decisión de hacer algo por ella y para ella aparecen sentimientos de culpa que la llevan a regresar a la situación donde se encontraba con anterioridad.

También se identifica cierta parte de reparación de lo que ella no tuvo o no hizo que quiere hacer con los demás y eso la mantiene estable. Existe cierta parte omnipotente que la hace creer que es necesaria para los otros y que de ella depende el bienestar de los demás lo que le proporciona tener el control de las situaciones y un lugar importante ante los otros.

En Ana se puede notar un temor constante de ya no ser necesaria para los otros. Además puede verse que la paciente ocupa un lugar desde el cual tiene que ser vista por los demás tanto de la familia, los amigos e incluso el jefe; sin embargo no es vista por ella misma.

Hipótesis diagnóstica.

La rebaja del sentimiento de sí, la necesidad de reconocimiento por parte de otros, la dificultad para asimilar las pérdidas reales e imaginarias y el sentimiento de culpa generalizado pueden deberse a una herida narcisista, la identificación con las figuras parentales desde la hostilidad y al funcionamiento melancólico predominante en la estructura psíquica de la paciente.

Focos de intervención.

Rebaja del sentimiento de sí.

El sentimiento de sí es todo lo que tiene que ver con la autoestima. El no ser amado lo deprime mientras que ser amado lo engrandece ya que constituye la meta y la satisfacción en la elección narcisista de objeto. La principal fuente de este sentimiento es el empobrecimiento del yo como resultado de la gran cantidad de investiduras libidinales sustraídas de él, es decir por el deterioro del yo a causa de aspiraciones sexuales que han evadido el control (Freud, 1914).

Necesidad de reconocimiento.

Para la definición de este concepto es importante abordar el tema de las identificaciones siendo estas “el más temprano enlace afectivo a otra persona” (Freud, 1981, p. 42) las identificaciones no se limitan únicamente al periodo de la infancia, sino que son una constante en la vida de cada persona.

La mirada del otro produce la identidad del sujeto por reflejo, a través de ese otro sabe quién es y en ese juego narcisista es cómo se construye desde fuera. La mirada se refiere a los pensamientos del otro sobre el sujeto, el deseo del semejante, el lugar en la familia, el trabajo, la sociedad, todo aquello que le permita dar cuenta de que existe. Por lo tanto su yo es equivalente a la identificación con el otro y a través del otro (Lacan, 1971).

En la necesidad de reconocimiento se observa la constante del “ser para otros” (Tellenbach, 1994, p. 118) a través de establecer relaciones interpersonales en las que predomina el deseo de ayudar, servir y sacrificarse por los demás ya que por medio de estas acciones se obtiene admiración y halagos desde fuera, siendo así que el reconocimiento sea la parte esencial de las relaciones porque le permite al sujeto dar cuenta de que existe en el plano familiar, social y laboral.

Pérdidas reales y simbólicas.

Todo ser humano establece vínculos con las personas para crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Cuando estos vínculos se rompen, aparecen sentimientos de

gran intensidad, como la tristeza, remordimiento, culpa, enojo y en algunos casos puede existir la presencia de reacciones físicas, como el insomnio, la falta de apetito, desinterés por ciertas actividades entre otros.

Con respecto a la pérdida, la parte que se considera más compleja es que el individuo se enfrenta a la desligazón del objeto de amor, esto es complicado debido a que en primera instancia en la relación objetal (sujeto-objeto) existe un vínculo muy fuerte, acompañado de una carga libidinal inconsciente mediante la cual el sujeto deposita todos esos sentimientos hacia el objeto investido, una vez que se establece esta fuerte unión entre ambos es complicado el poder separarlos debido a la carga libidinal que los une (Leader, 2008).

En este trabajo las pérdidas reales se refieren específicamente al fallecimiento de una persona amada ya que señala su ausencia real en la vida de la persona que queda con vida.

Las pérdidas simbólicas hacen referencia a la pérdida del vínculo con el objeto de amor, puesto que sigue estando presente en el plano real, pero la relación con ese objeto cambio.

Tanto las pérdidas reales como las simbólicas traen consigo un proceso de duelo o la presencia de rasgos melancólicos ya que tanto duelo como melancolía son respuestas del ser humano ante la pérdida del objeto amado, las cuales dependerán de la naturaleza del vínculo que se estableció con el objeto perdido así como aspectos propios de la dinámica de cada sujeto.

Culpa generalizada.

La culpa, en el melancólico, queda como el único recurso para sentir la presencia de los demás e incluso intentar establecer un vínculo, sin embargo no logra y se autoinculpa todo el tiempo. Los autorreproches se hacen presentes como una presencia insoportable con las que el melancólico, a veces hace el intento de no desaparecer, es decir que la culpa y los autorreproches le permiten aferrarse a la vida de alguna manera (Pereña, 2013).

El sentimiento de culpa cumple la función de defensa contra los impulsos instintivos, aún las personas “normales” necesitan de suministros narcisísticos externos, que al verse carecidos de ellos se verá disminuida su autoestima (Fenichel, 2008).

Procedimiento.

El tratamiento psicoterapéutico se realizó bajo el encuadre de una sesión por semana con una duración de 50 a 60 minutos por sesión, se trabajó acorde con la orientación psicoanalítica cara a cara y con un total de 53 sesiones. El motivo de consulta manifiesto de la paciente hacía referencia a trabajar con las pérdidas reales que ha vivido a lo largo de su vida, especialmente la más reciente que fue el fallecimiento de su hermana mayor.

El acceso a la paciente fue gracias al Programa Único de Especializaciones en Psicología de la UNAM, realizando prácticas profesionales supervisadas en el Centro Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila en la Facultad de Psicología, UNAM.

La paciente acudió al centro solicitando servicio psicoterapéutico de manera voluntaria. La investigación se realizó bajo condiciones ambientales apropiadas dentro de un cubículo adecuado para la actividad a realizar. Al inicio del tratamiento se trabajó en coterapia, sin embargo por cuestiones del coterapeuta, ajenas a la paciente, se continuó el tratamiento sólo con una terapeuta. Cabe señalar que la paciente acudía a talleres de tanatología durante la enfermedad de su hermana y posterior a su deceso.

Para este estudio se utilizaron como instrumento el análisis de contenido y la observación de la intervención que se llevó a cabo dentro de un cubículo de consulta. El análisis de contenido se obtuvo a partir del discurso de la paciente durante las entrevistas iniciales, las sesiones psicoterapéuticas y las notas clínicas. La observación de los comportamientos y reacciones del paciente fue a través de la cámara de Gesell y dentro del espacio terapéutico. Se mostrarán los resultados obtenidos tanto de la observación de la paciente dentro del espacio

terapéutico y el análisis de contenido para llegar al establecimiento de una hipótesis diagnóstica del caso.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue realizada de acuerdo a los artículos 122 y 134 respectivamente, capítulo IV, del Código Ético del Psicólogo (2010), que refieren lo siguiente:

“El psicólogo no menciona en sus trabajos escritos... información confidencial obtenida durante el curso de su trabajo, en que se identifiquen personas o grupos...” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 67).

“El psicólogo que realiza una investigación o estudio, bajo cualquier circunstancia, obtiene consentimiento informado de los participantes... tal consentimiento informado se documenta de manera apropiada, informándoles la naturaleza de la investigación” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 78).

“El psicólogo discute la información confidencial obtenida en relaciones clínicas...únicamente para los propósitos apropiados de tipo científico o profesional, y sólo con las personas clara y adecuadamente relacionadas con dicho asuntos” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 80).

Al respecto, la paciente estaba enterada de la posibilidad de utilizar su caso con fines de investigación por medio del consentimiento informado que se le dio a conocer antes de iniciar el proceso psicoterapéutico en la institución.

Referencias Empíricas

A continuación se presentan las referencias empíricas obtenidas durante la entrevista inicial y las 53 sesiones de tratamiento psicoterapéutico, tomadas a partir del discurso de la paciente, la observación en cámara de Gesell y las notas clínicas. La información recopilada se ha dividido en cuatro subtemas que sustentan la hipótesis diagnóstica.

Rebaja del sentimiento de sí.

Sesión 2 del 12/septiembre/2014

“Siempre me hago cargo de las cosas de los demás”.

Ana se constituye a partir de ser para otros por medio de sus relaciones interpersonales donde prevalece el deseo de ayudar, servir y sacrificarse por los demás, en su caso observamos que la mayor parte del tiempo decide realizar actividades y tomar decisiones en función del bienestar de otras personas incluso a pesar de su propio bienestar. Esta es una característica predominante en la estructura de Ana además de ser un componente importante en la constitución de rasgos melancólicos que se encuentra íntimamente relacionados con la rebaja del sentimiento de sí. Esto puede observarse en diferentes fragmentos de su discurso.

Sesión 1 del 05/septiembre/2014

“Vine a pedir terapia, porque mi hermana se encontraba en una situación difícil, tenía una enfermedad crónico degenerativa y la situación se me salió de control y quería aprender a controlarme; pero ya no puedo porque Lilia murió en agosto... de repente dejo de respirar y murió en mis brazos lo último que me dijo fue ‘perdóname por darte tanta lata”.

Al inicio del tratamiento Ana se presentó como una mujer que ha vivido muchas pérdidas en su vida, y en su discurso predomina la mención de esas pérdidas y sus faltas. Sin embargo Ana toma la decisión de iniciar un proceso terapéutico con la finalidad de controlar sus emociones y acciones para poder darle un mejor trato

a su hermana, desde este momento se hace visible que la paciente toma decisiones con base en el bienestar de otras personas, en este caso su hermana.

Sesión 7 del 17/octubre/2014

“Mis amigos me dicen que soy la mamá de todos, a veces no quiero hacerlo pero me desespera que los demás no se muevan entonces yo me muevo a veces hasta me dan ganas de llevarlos de la mano...me hago cargo de los demás porque no puedo hacerme cargo de mi misma”.

Ana verbaliza nuevamente la dificultad que presenta sobre hacerse cargo de sí misma por lo que decide hacerse cargo de los demás, en este caso de sus amigos.

Sesión 29 del 02/junio/2015

“He estado saliendo con Joaquín pero ya no vamos al hotel decidimos que estaría padre para los dos salir a otros lados y no únicamente tener relaciones sexuales, me gusta pasar tiempo con él, así que ambos decidimos estar juntos mientras encontramos a alguien que vaya acorde a lo que queremos y yo sé que él la va a encontrar y cuando lo haga tranquilamente nos separamos sin ningún problema; esa idea me agrada, no compromisos, no responsabilidad y nos la pasamos increíble porque además ya me pasó que me enamoré de alguien y lo di todo y realmente sólo me lastimó así que están mejor las cosas así, me da miedo volver a pasar por lo mismo porque no me fue tan bien que digamos”.

Una de las características del sentimiento de sí es que tiende a rebajarse cuando la persona no es amada por el objeto valorado, la importancia en este caso es que como ya hemos mencionado, Ana no se siente digna de que la amen, en su afán de no sentirse suficiente tiene la idea de que la van a abandonar porque se darán cuenta de lo indigna que es o bien, seguramente encontrarán a alguien mejor que

ella con quien sí decidan continuar una relación, por lo tanto Ana toma la decisión de manera consciente de no involucrar emociones debido a que asegura se irán, en este caso lo vemos ejemplificado con las parejas sin embargo también se ve reflejado en todas las relaciones que establece con las personas que la rodean.

Con las pérdidas que Ana ha vivido a lo largo de su vida podemos suponer que esto trajo consigo una pérdida importante de la autoestima la cual se ve reflejada en el pensamiento de no ser digna de merecer algo, sin embargo existe el anhelo de tenerlo.

Sesión 44 del 09/diciembre/2015

“Me da miedo perder, porque cuando pierdo siento un vacío y porque me hace saber que no soy lo suficientemente buena para alguien y por eso me dejan... me hace saber que me falta algo, siempre me falta algo y por eso no me aceptarán... en ocasiones pienso que no soy exitosa, o lo suficientemente responsable o buena para hacer las cosas... el gran problema es que aparentemente siempre encontraré un pero o un me falta algo...nunca será suficiente”.

Retomando el tema acerca de la importancia de la mirada de los padres en la constitución del yo de la persona, podemos decir que la infancia de Ana estuvo plagada de carencias afectivas por parte de los padres y en su momento de las hermanas, cayendo en el abandono afectivo por parte de las personas que la rodeaban. En repetidas ocasiones la madre de Ana le hacía saber su insuficiencia dentro de la dinámica familiar la cual se vería completada con la llegada del hermano varón; siendo una situación que Ana revive en su presente y en sus relaciones con los otros.

En el presente Ana se visualiza como una persona insuficiente en todos los sentidos, por lo que sin importar lo que haga, diga o piense para la versión que tiene de ella misma no es suficiente o lo suficientemente buena para ser merecedora de algo.

Damos cuenta del empobrecimiento yoico en el cual Ana se encuentra sumergida lo cual le dificulta verse como una persona capaz y en su lugar lo único que ve cuando intenta verse sí misma, es insuficiencia, faltas y fallas por todos lados.

Sesión 27 del 19/mayo/2015

“Siempre he sido muy autoexigente conmigo misma y me gusta tener el control de la situación... siempre siento que me falta algo o algo no está bien y si tengo el control me permite saber lo que va a salir mal o bien”.

Ana manifestó en diversas ocasiones que para ella es importante estar al tanto de las situaciones de su vida porque aparentemente esto le da el control de las situaciones, sin embargo la posibilidad de fallar le genera angustia la cual se ve disminuida si cree que tiene el control total de la situación.

Sesión 18 del 03/marzo/2015

“Pienso que el vacío que siento es porque me faltó afecto y cuidado por parte de mis papás, pero nos los culpo porque no lo hicieron intencionalmente”.

Las personas que presentan carencias narcisísticas que tienden a rebajar su autoestima, no solo se limitan a uno de los padres si no que pueden incluir a los dos, en este caso identificamos que Ana siente la ausencia de afecto y cuidado por parte de los padres siendo que en repetidas ocasiones hace referencia a la hostilidad de la madre y la ausencia física y emocional del padre.

Sesión 43 del 02/diciembre/2015

“Siempre que quiero hacer algo yo solita me pongo el freno, con excusas y esas cosas... me asusta intentar cosas nuevas porque seguramente algo saldrá mal, me da miedo el rechazo y el fracaso y si no tengo el control me frustró horrible... creo que por eso ni siquiera lo intento”.

Ana se visualiza como una persona que será rechazada en algún momento de su vida por lo que manifiesta su desánimo a intentar las cosas debido a que desde su punto de vista ya conoce el resultado. Esto nos habla de una importante baja en la autoestima como una señal premonitoria de la conciencia ante la amenaza de pérdida real de sus suministros externos, si se mantiene haciendo lo que hace no corre el riesgo de perder nada.

Sesión 38 del 21/octubre/2015

"Me di cuenta que cuando se trata de mí siempre divido mis características en buenas o malas y si hay algo bueno siempre va pegado con algo negativo, es como si tuviera dos versiones de mí, la mala y la no tan buena, así que hice una lista de las características que veo en mi misma y que creo que me definen como Ana...me cuesta trabajo no dividirlo en bueno y malo, a veces siento que no soy auténtica, que con los cambios que he realizado y de las cosas de las que me he dado cuenta es como si fueran versiones diferentes de mi cuando estoy con algunas personas, con mi familia soy una, con mis amigos soy otra, bueno muchas porque tengo amigos que son muy diferentes y pues con las parejas soy otra, y sinceramente me gustaría poder ser la misma con todo... siento que no soy yo sino solo una parte de mi... no me siento auténtica, ese es el problema".

Ana presenta dificultades importantes para verse y asumirse como una persona capaz y merecedora, para ella es difícil identificar aspectos positivos en su persona y cuando logra hacerlo generalmente va acompañado de algo negativo o no lo suficientemente bueno como para tomarlo en cuenta. También observamos dificultades en la conformación de su propia identidad y esto está íntimamente relacionado con la ausencia de la mirada de la madre para poder construir su yo sumado a esto, si la madre solo ve a su hija desde la hostilidad por consiguiente Ana solo puede verse a sí misma desde la misma hostilidad.

Sesión 3 del 19/septiembre/2014

“Pude tratar mejor a Lilia, pude hacer algo más, tal vez no maltratarla como lo hacía porque a veces me desesperaba y le gritaba o le contestaba de mala gana y ella no se merecía eso porque estaba enferma, no era su culpa”.

Ana presenta una rebaja del sentimiento de sí en muchos aspectos de su vida, en este caso se ve reflejado en los autorreproches que constantemente se hace a partir de lo que ella considera que no se realizó de manera adecuada o como tendría que haber sido. Los autorreproches en Ana le permiten aferrarse a la vida de alguna manera.

Sesión 30 del 12/agosto/2015

“Me cuesta trabajo tomar decisiones entre las cosas que quiero hacer y las que tengo que hacer...a veces me preocupa hacer sentir mal a los otros con las decisiones que tomo y siempre termino diciendo que sí aunque no quiera”.

Ana basa su vida en el cumplimiento del ideal impuesto por fuera especialmente de las personas con las que establece algún vínculo ya sea amigos, parejas, compañeros de trabajo y principalmente con la familia.

En Ana observamos una constante lucha entre el deseo y el deber donde generalmente decide inclinarse hacia el deber, es decir hacia el cumplimiento del ideal, a través del cual obtiene la satisfacción necesaria para su estabilidad; por el contrario si decide hacer las cosas que quiere hacer se hace presente la culpa.

Sesión 11 del 28/noviembre/2014

“Últimamente me he sentido muy angustiada, no duermo bien y tengo sueño todo el día, no quiero ir a trabajar, todo me da flojera, ya no quiero hacer nada”.

Sesión 37 del 14/octubre/2015

“Me duele mucho la garganta y tengo mucho escurrimiento nasal y sigo preocupada y presionada por las deudas económicas porque por más que estiro el dinero a veces no me alcanza y eso me frustra porque no puedo terminar con esa situación”.

Sesión 34 del 09/septiembre/2015

“Llevo mucho tiempo sintiéndome cansada y angustiada, no duermo bien y me sobresalto por cualquier cosa”.

En estos tres ejemplos, Ana manifestó en su discurso no tener ganas de hacer nada, sin embargo lo hacía porque desde su punto de vista eso es lo que se supone que se tiene que hacer además de que si no lo hacía daba cuenta de que no estaba cumpliendo con sus obligaciones como debe de ser. En este caso damos cuenta de la cancelación del interés por las actividades del mundo exterior especialmente por las relacionadas con el deseo propio de Ana así como algunas manifestaciones físicas que van encaminadas a la dificultad de darle una voz a su deseo.

Sesión 20 del 17/marzo/2015

“Si me sigo conociendo a donde va ir a parar todo esto... creo que me daré cuenta que no tengo tantos amigos en común porque identifiqué que sólo nos gustan algunas cosas y otras no tanto y es como si no tuviera amigos y darme cuenta de que lo que conozco no lo es todo y que realmente no soy la persona que creo ser... Me da miedo conocer más de mi porque tal vez no me guste y pienso que a los demás tampoco les gustará”.

Podríamos decir que Ana vive en una constante angustia acerca del abandono por parte de las personas que le importan, es como un constante revivir el abandono por parte de la familia que Ana experimentó en la infancia además de que la misma familia le hizo saber que no era lo suficiente importante como para que alguien reparará en ella, ya que ni los padres ni las hermanas la tomaron en

cuenta después de la llegada y posteriormente la partida del hermano menor. Desde al discurso de Ana, ella se vive como una persona que no es tomada en cuenta dentro del núcleo familiar; sin embargo esto puede corresponder a su mundo interno aunque puede no corresponder del todo a la realidad. Desde su lugar asume y da por hecho que el conocer más de sí misma y mostrarlo con las personas que la rodean es sinónimo de abandono y podríamos decir que para ella sería revivir el abandono que ha vivido en su vida y también puede deberse a su yo empobrecido y vacío.

Sesión 37 del 14/octubre/2015

“Yo si siento que me hago cargo de mi aunque también me haga cargo de otras personas, porque hasta ahora ya me es más fácil decir que NO cuando no quiero hacer las cosas y a pesar de que decir no hace que me sienta culpable después, ya lo puedo hacer, bueno con algunas personas porque con la familia me sigue costando trabajo especialmente con mi mamá, siento que me necesita porque es una persona mayor y además me gusta pasar tiempo con ella cuando no está de mal humor jaja”.

Desde el punto de vista de la melancolía, el sujeto no logra vivir sin cuidar a alguien, es decir la voluntad de vivir está vinculada con el otro, no existe sin el otro, y eso es algo que Ana tiene concientizado ya que en diversas ocasiones manifestó su necesidad de cuidar o ver por alguien más que no sea ella misma, siendo así que el hecho de vivir le resulta menos insoportable si se encuentra al cuidado de alguien. Al considerar que Ana está vinculada con el otro es porque no logra diferenciarse de él, y esto tiene relación con el proceso identificador de las figuras parentales porque ellos son los encargados de producir la identidad del sujeto indiferenciado de ellos mismos, lo cual se da a partir de la mirada del otro.

Sesión 45 del 03/febrero/2016

“Terminé con Joaquín porque no me sentía cómoda con él, la verdad es que siempre criticaba todo lo que decía o hacía, en su momento pensé

en dejar de hacerlo o pensar las cosas antes de decirlas le dije: 'dime qué quieres de mí y lo hago', pero la sola idea de pensar en convertirme en la persona que él necesita me enoja y me dije a mí misma que no tenía por qué satisfacerlo a él sino a mí, entonces conversamos le planteé la situación y decidimos terminar... me siento muy contenta con la decisión que tomé, porque él no me acepta como soy y así no se puede tener una relación"

Ana tomaba decisiones para satisfacer a las demás personas aunque eso implicará sacrificar las propias, esta situación no se la había planteado con anterioridad, pero el reconocerlo y hacerlo fue un gran paso para ella misma.

Sesión 48 del 16/marzo/2016

"Las últimas semanas he estado asistiendo a mis cursos para acreditar las materia del bachillerato y después salgo con mis amigas por un café, a bailar, vamos a conciertos o tocadas, es más todavía no terminamos el día y ya estamos pensando que hacer el siguiente fin de semana... a mi mamá no le agrada mucho que esté fuera de casa todos los fines de semana, pero me gusta hacerlo, me siento contenta y no tengo que preocuparme por nada"

En diversas ocasiones Ana mencionó estar realizando actividades que le gusta hacer, sin tomar en cuenta la negativa de su mamá ante lo que hace, siendo que generalmente se permanecía en casa a petición de su mamá; se puede notar que Ana comienza a tomar decisiones para su propia satisfacción dejando en segundo plano satisfacer las necesidades y deseos de los otros, especialmente de la madre puesto que es ella la que muestra inconformidad ante lo que Ana hace.

Necesidad de reconocimiento

Sesión 1 del 05/septiembre/2014

"En julio me enteré que estaba embarazada por segunda ocasión pero decidí interrumpir mi embarazo porque no me sentía capaz de cuidar a

mi hermana y continuar con el embarazo, debido a los esfuerzos físicos que tenía que hacer y entonces decidí cuidar a mi hermana porque ella me necesitaba más”.

En varias ocasiones Ana renunció a sus deseos por cumplir con un ideal, sin embargo donde puede verse un sacrificio en la renunciación de sus deseos, para Ana este sacrificio trae consigo el apremio narcisista, cumplir con ese ideal impuesto por la familia es donde ella obtiene el reconocimiento y la satisfacción.

Sesión 2 del 12/septiembre/2014

“Hace unos meses estuve saliendo con una persona, se llama Aarón, y me pidió mis tarjetas de crédito para comprar un celular...como él no pagó, la deuda aumentó y decidí hacerme cargo de liquidarla porque no quería discutir con él”.

En este caso Ana ejemplifica una relación de pareja en la cual decide hacerse cargo de la responsabilidad de otro con la finalidad de no llegar a un conflicto con él, además de ser un ejemplo claro del “ser para otros” también damos cuenta de la predominancia de la escrupulosidad en sus relaciones que le permiten convivir en un ambiente libre de conflictos característica de la melancolía.

Sesión 6 del 10/octubre/2014

“Decidí que quiero estudiar enfermería para ayudar a las personas porque sé que las puedo tratar bien y no como lo hice con Lilia, porque si estudio sabré qué hacer”.

El planteamiento que Ana hace acerca de estudiar enfermería va enfocado al cuidado de los otros y también se puede observar que Ana tiene la idea de compensar con otros lo que ella considera que no logró con su hermana. Aunque parece que este deseo viene desde un deseo propio nuevamente damos cuenta de que lo hace por y para los demás y no por ella misma; actualmente Ana tiene la misma idea sin embargo se está deteniendo en la conclusión de la prepa.

Sesión 20 del 17/marzo/2015

“Me cuesta mucho trabajo responder la pregunta ¿Quién soy? Me es más fácil si lo proyectó en otra persona, por ejemplo mi amiga es responsable (me gusta creer que soy responsable, de hecho sí lo soy, bueno a veces), sabe escuchar y le gusta platicar con otros, le gusta viajar, la música y creo que por el momento eso, tal vez después podré decir más cosas”.

Ana manifiesta las dificultades que presenta para tener una imagen de sí misma, ya que como hemos mencionado generalmente lo hace desde los aspectos negativos únicamente, cuando toca ver aspectos positivos solo lo logra si lo hace a través de otra persona y no de su propio reflejo, sin embargo sigue presente la imposibilidad de reconocerse a sí misma.

Sesión 27 del 19/mayo/2015

“Si acompaño a mi mamá en su actividades me siento contenta porque no se va sola, y si atiendo a mis animalitos siento la satisfacción de que cumplí como su mamá, además de que recibo cariño por parte de ellos”.

En la personalidad de Ana destaca la necesidad de suministros externos, es decir la necesidad de obtener la admiración y halagos de las otras personas lo cual se obtiene a través del cumplimiento de un ideal impuesto desde afuera y asumido por ella como el único medio de ser reconocida y querida por las personas que la rodean.

Sesión 41 de 11/noviembre/2015

“Siento que doy a las personas el cariño que no sentí en mi familia o como si diera el cuidado que no recibí... creo que las relaciones familiares han influido en la forma en cómo me relaciono con las personas especialmente con mis parejas, siempre voy desconfiada y

con reservas por miedo al rechazo o que vean que no soy suficiente o no soy lo que ellos quieren”.

Ana verbaliza las carencias afectivas que vivió en la infancia por parte de los padres, con esto podemos hablar de un proceso identificatorio cargado de indiferencia, hostilidad y de abandono psíquico; si bien en este proceso Ana logra percibir estas características en sus padres y siendo esta la relación más temprana de Ana con los progenitores y una etapa importante para el desarrollo del yo podemos decir que desde la constitución del yo de Ana solo existe indiferencia, hostilidad, ausencia de afecto y atención hacia ella misma.

Sesión 40 del 04/noviembre/2015

“La relaciones con mi familia generalmente son distantes, mi papá siempre ha sido muy callado y ausente la mayor parte del tiempo, con mis hermanas pues cada quien en su rollo, excepto con Lilia, con ella siempre tuve una relación más cercana... cuando pienso en mi mamá lo primero que se me ocurre es amor-odio, no creo que exista odio entre nosotras y aunque yo sé que no tengo ningún resentimiento hacia ella he de reconocer que en ocasiones he sentido mucha rabia cuando discutimos porque siento que su enojo es desmedido hacia mí, cuando cometo un error o un descuido me parece injusto que se encolerice, grite y aviente cosas para hacerme sentir mal; sin embargo la otra parte de la relación suele ser buena, a ambas nos gusta viajar y convivir; a veces bromeamos como si fuéramos amigas, nos gusta reírnos, ver películas... muchas veces me he sentido chantajeada por ella y siento que proyecta en mí sus esperanzas o busca apoyo, pero he de reconocer que me da mi espacio pero lo que más me asusta es parecerme a ella siento que somos tan iguales... a veces siento que más que decirle las cosas a ella es como si me las dijera a mí misma ”.

La mirada que los padres le proporcionan a la hija hace que ella pueda ir construyendo su propia imagen, la mirada de su madre la coloca como objeto de

deseo de la misma y a partir de ahí constituye su yo. Si tomamos en cuenta que la madre es el primer agente identificante de Ana lo que incluye palabras, actitudes, cuidado y amor, Ana va conformándose una imagen a través de cómo la madre la mira, si consideramos toda la hostilidad y carencia de afecto en la mirada de la madre podemos concluir que Ana sólo puede verse a sí misma como una persona indigna de afecto y atención y dirige sus hostilidad hacia ella misma, Ana no existe si no es desde las carencias y la hostilidad.

Ana da a los demás lo que considera que no le fue dado por no ser digna de ello y en estas actitudes ella logra compensar ese déficit que existió en una etapa temprana de su desarrollo.

Sesión 10 del 21/octubre/2014

“Estoy saliendo con Joaquín y me gusta porque no es invasivo con mi tiempo y porque es la única persona que no se relaciona con lo sucedido en mi familia y estando con él me da chance de olvidar todo, solo que no tengo ningún plan de establecer una relación seria con él”.

“Cuando salía con Mario me sentía bien porque me entendía por la situación que tenía con mi hermana porque su mamá también estaba enferma y él la cuidaba”.

Ana establece sus relaciones desde la identificación con la persona, es decir solo se relaciona con nuevas personas a partir de lo que tienen en común y su relación gira en torno a eso, en el momento en que esa conexión se pierde, Ana se aleja de la persona aparentemente sin el menor problema.

Sesión 9 del 14/noviembre/2014

“Una noche soñé que regresaba de mi viaje e iba a mi trabajo, había mucha gente y cuando llegaba, mi jefe me decía que estaba despedida por irresponsable y porque había encontrado a alguien mejor para el trabajo... me di cuenta que mi trabajo lo puede hacer cualquier persona por eso necesito algo más para ser suficiente”.

La mirada de los demás produce en el sujeto la identidad, lo que le permite dar cuenta de que existe en el plano familiar, laboral y social, siendo este fragmento de su discurso un ejemplo del plano laboral en la vida de Ana.

Sesión 36 del 07/octubre/2015

“Pensé y llegué a la conclusión de que buscó el reconocimiento y la aceptación de mi familia para sentirme parte de ella, siento que estoy ahí pero como si no perteneciera a la familia, ahí me siento diferente... no soy como ellos siento que nunca me he sentido parte de la familia creo que desde siempre, aunque fue más cuando murió Sergio porque como la familia se separó no supe en donde incluirme; mis hermanas hicieron como un club y yo quede excluida, y pues mis papás cada uno estaba en sus asuntos. Era la rara de la familia, me vestía diferente hacia cosas diferentes las demás, no era lo que todos esperaban que fuera porque no me portaba tan bien, mis calificaciones no eran tan buenas por eso siempre me comparaban con mis hermanas. Todos me decía que lo hacía por llamar la atención pero en lo único que pensaba era en que me dejaran en paz y ya no me dijeran nada”

En este fragmento de su discurso Ana verbaliza a un nivel consciente su necesidad de reconocimiento y aceptación por parte de los otros, especialmente de la familia por no considerarse parte de la misma, ya que de una u otra forma los integrantes de su familia la hicieron sentir que no encajaba y esto formó parte de su mundo interno; ante esto Ana busca diferenciarse de ellos actuando diferente, con el anhelo de conseguir sus miradas por ella misma y no por medio de la comparación con alguien más; a pesar de que Ana menciona no querer llamar su atención sí lo hacía porque aunque fuera por medio de la desaprobación, ella podía dar cuenta que en el plano familiar aun reparaban en ella.

Sentimiento de culpa generalizado

Sesión 12 del 05/diciembre/2014

“Lilia me pidió perdón y la que tenía que pedirselo era yo porque fui la que la trató mal, no era su culpa estar enferma, pero no pude hacerlo y me siento muy mal por eso... no importa que haya hecho algo diferente cuando todavía vivía Lilia, siempre encontraré una excusa para sentirme culpable... si le hubiera pedido perdón ella lo hubiera aceptado porque siempre fue buena y comprensiva”.

La culpa en Ana la podemos considerar como un movilizador, algo que la mantiene estable y le permite vivir o saber que está viva.

Sesión 18 (03/marzo/15)

“Falleció la abuelita de mi amiga, la acompañé un rato porque ya tenía planeado asistir a una firma de autógrafos, el problema fue que ni siquiera disfrute del evento porque empecé a sentirme culpable por haberme ido y no haber estado con mi amiga cuando más me necesitaba, ella llorando a su abuelita y yo de pachanga en el evento, se supone que soy su amiga... al siguiente día fui a su casa pensando en pedirle una disculpa porque tal vez estaba molesta conmigo por no haberla acompañado, pero ella me dijo que no importaba que mi vida no tenía que pararse por cosas que les pasaban a los demás, así que después de irme me sentí aliviada por su reacción”.

Con el evento relacionado con su amiga, Ana pone expectativas en ella misma y cuando no las cumple se siente culpable por considerar que les falló a las personas que la rodean, sin embargo cuando logra cumplir esas expectativas siente gratificación al ser reconocida como buena amiga si esta presenta cuando alguien la necesita.

Sesión 22 del 07/abril/2015

“Cuando iba con Lilia a unos talleres de tanatología, ella siempre estaba de buen humor y se supone que ella era la enferma no yo y estaba peor que ella, no era lógico”.

Sesión 29 del 02/junio/2015

“Uno de mis amigos está hospitalizado por insuficiencia renal...cuando me enteré me acordé de Lilia, mi hermana Emma me comentó que las personas que han visitado a mi amigo dicen que él está muy mal y quiere morirse y yo aquí que estoy sana no puedo ser feliz, y él no se merece eso es tan bueno... me siento culpable porque estoy sana y nunca puedo concluir lo que me propongo y sé que tengo todo lo necesario para hacerlo, por ejemplo tenía planes con la terminar la escuela y al final de cuentas ya no hice nada, como si algo me lo impidiera...nunca me siento completamente feliz, como si siempre me faltará algo y cuando trato de pensar qué es no encuentro la respuesta”.

Ana no se siente merecedora de nada e incluso no se siente merecedora de vivir o no se siente lo suficientemente digna de estar sana por lo que considera que ese beneficio debe ser otorgado a otras personas, porque cualquiera es merecedor menos ella.

Sesión 6 del 10/octubre/2014

“Cuando cuidaba a Lilia hacía sacrificios como no salir con mis amigos y si salía me sentía culpable por dejarla sola y no podía disfrutar estando fuera”.

Sesión 8 del 24/octubre/2014

“Si salía con mis amigos me sentía bien por un rato y después me sentía incómoda y culpable por haberme salido y dejado a Lilia sola y cuando regresaba a la casa la culpa siempre me esperaba en la puerta”.

La culpa en Ana es un constante recordatorio de que no hizo lo que ella considera correcto y puede considerarse una forma de castigo por faltar a sus responsabilidades, y esto se manifestaba en no poder disfrutar sus actividades.

Sesión 24 del 21/abril/2015

“Sentir culpa me permite hacer o no hacer ciertas cosas, así como el estrés... tampoco es que la culpa sea completamente negativa, un día no lleve rápido a mi perrita al veterinario por irme con Joaquín, pero al siguiente día estuve todo el tiempo con ella porque no la cuide y no me gusta evadir mis responsabilidades y la culpa me recuerda eso... no estoy segura de querer que desaparezca porque me permite funcionar”.

La culpa de Ana es funcional porque le recuerda sus responsabilidades por ejemplo sus mascotas, sin embargo en la temática de los duelos la culpa aparentemente cumple la función de castigarla por lo que hizo, lo que no hizo y lo que pudo haber hecho diferente, que a pesar de que ella racionalmente menciona que hacer cosas diferentes no hubiera cambiado el resultado es algo que constantemente está presente en su vida.

Sesión 22 del 07/abril/2015

“En ocasiones sueño con Lilia y en el sueño siempre le pido perdón, me digo a mí misma: no la trates mal porque ya se va a morir”.

En los sueños de Ana existe una reparación del daño que ella considera le causó a su hermana, sin embargo esto no la hace sentir mejor si no por contrario es algo constante en su vida como un recordatorio de lo que no hizo en un momento dado.

Sesión 23 del 14/abril/2015

“Si dejo de sentir culpa es como si dejara ir a Lilia por completo y si hago eso pienso que los demás piensan que no la quiero o no la quise lo suficiente porque me olvide rápido de ella”.

Ana asoció la culpa con la presencia de su hermana en su vida, por tanto la negación a dejar ir la culpa es no aceptar definitivamente que su hermana ya no está. Hasta cierto punto podemos decir que Ana se mantiene estable a través del

sentimiento de culpa y dejarlo ir sería desestabilizador para ella ya que lo ha hecho parte de su vida misma.

Sesión 52 del 30/marzo/2016

“En ocasiones pensaba que la culpa era como una mochila de explorador, enorme pesada y que no me dejaba avanzar, no diré que ya no cargo nada, pero digamos que ahora es solo monedero... sé que va haber situaciones que me harán sentir culpable, pero también sé que no será por todo y la verdad me siento mucho más ligera”

Ana tenía la característica de exteriorizar su emoción o sentimiento en algo tangible, por ejemplo la mochila y el monedero; con esto se puede notar que ella misma visualiza que la culpa era algo que la limitaba y que disminuyó de manera considerable permitiéndole avanzar.

Pérdidas reales y simbólicas

Sesión 28 del 26/mayo/2015

“Mi mamá siempre me decía que cuando naciera Sergio ya no iba a ser más la consentida de mi papá, pero yo nunca me sentí como la consentida, creo que a todos nos trataba igual... también me decía que ya no iba a ser la chiquita de la casa porque ahora lo sería mi hermano”

Con la llegada del hermano se ejemplifica lo que E. Bleichmar (1989) menciona acerca de la completud y goce de la madre castrada es decir, el hijo varón deseado llega a completar a la madre siendo que Ana no podía llenar ese espacio en la vida de su madre, cuando en un inicio se tenía la idea de que la hija completa a la madre y la madre completa a la hija, es decir no hay lugar para la falta; posteriormente la niña da cuenta de que tanto ella como su madre están castradas y esta falta en la madre sólo puede ser llenada con la llegada del hijo varón.

La mirada que la madre le otorga a Ana está cargada de hostilidad que se manifiestan en sus acciones y las palabras que van dirigidas hacia Ana, esto tiene una fuerte influencia en la manera en cómo Ana se ve a sí misma: “no soy suficientemente buena”.

Sesión 1 del 05/septiembre/2014

“Cuando tenía 8 años mi hermano menor, Sergio, se murió, estábamos jugando en el patio de la casa mientras se suponía que mi papá nos cuidaba y se ahogó enfrente de mí”.

Sesión 16 12/mayo/2015

“Después de la muerte de Sergio la familia se dividió, porque mis papás se culpaban mutuamente y cada quien estaba por su lado; mis hermanas hicieron un grupito y nunca me dejaron entrar por lo que quedé sola, de hecho la que se hizo cargo de nosotras fue Lilia, por ser la mayor, ella fue como mi mamá, aunque no era lo mismo porque como hermanas también peleábamos y a veces le decía ‘tú no eres mi mamá’ aunque realmente la que estuvo ahí haciéndola de mamá fue ella”.

El fallecimiento de Sergio representó para Ana la primera pérdida real en su vida, con la corta edad que tenía y debido a todos los cambios sucedidos en la familia, Ana perdió más que un hermano si no que con él se fue la atención, cuidado y afecto principalmente por parte de los padres seguido de las hermanas, que además de que se percibe abandonada y prácticamente excluida de la dinámica familiar. A partir de esto Ana comienza a intentar tener un lugar dentro de la familia a través del reconocimiento el cual obtiene por medio del cumplimiento del ideal.

Sesión 32 del 26/agosto/2015

“A veces pienso que con la muerte de Sergio la familia se separó y creo que la muerte de Lilia puede dar pie a que nos unamos porque como

familia hemos tenido muchas pérdidas que no todos hemos trabajado pero sería bueno que estuviéramos juntos y no cada quien por su lado”.

En Ana observamos que existe la fantasía de unión en la familia en torno a la pérdidas que han tenido, como sí el causante de la separación familia haya sido Sergio quien además fue el centro de atención por mucho tiempo, posteriormente la dinámica familiar gira en torno a la enfermedad de Lilia. Ahora que ya no están Sergio y Lilia puede verse como la oportunidad de Ana de ser vista, querida y tomada en cuenta por la familia cuando ya hemos visto que su lugar está dado a partir de los que hace por los demás y nunca por ser ella misma.

Sesión 28 del 26/mayo/2015

Sergio, Emma y yo jugábamos en el patio de la casa mientras mi mamá trabajaba y mi papá se encontraba en su taller de herrería que está instalado en la casa, pero no nos veía desde donde estaba. Mientras jugábamos, no recuerdo exactamente cómo paso porque todo fue muy rápido, pero Sergio comenzó a hacer ruidos extraños y agarrarse la garganta entonces yo corrí a gritarle a mi papá, cuando él llegó pregunto ¿Qué pasó? Pero nadie supo que decirle porque no sabíamos que pasaba. Mi papá cargó a Sergio, lo subió al coche de un vecino y lo llevaron al hospital, pero cuando llegó ya tenía muerte cerebral por la falta de oxígeno al cerebro. Después supimos que lo que se le atoró fue una frutita de plástico con las que jugábamos. Yo no vi a mis papás hasta el siguiente día y cuando llegaron nos explicaron que Sergio estaba enfermo y que ya no lo íbamos a poder ver porque tenía muerte cerebral y que si vivía no se iba a poder mover, ni jugar, ni comer ni nada; yo no entendía nada de lo que decía y lo único que entendí fue muerte”.

En el espacio terapéutico, Ana presento dificultades para hablar acerca de lo sucedido con la muerte de Sergio esto podemos relacionarlo con el deseo inconsciente que en su infancia pudo haber tenido acerca de la desaparición del

hermano que le quito todo lo que pudo haber tenido en la familia, por tanto se le dificultaba darle una voz a ese evento.

Si bien Ana no verbalizó textualmente el deseo de que Sergio muriera podemos hablar de que existían sentimientos de ambivalencia y rivalidad en el momento del nacimiento del mismo, ya que su llegada implicó la pérdida de su lugar como la hija menor y en palabras de su mamá como la consentida del papá y posteriormente con su fallecimiento. A pesar de que Sergio fallece Ana no logra recuperar su lugar como la hija menor sino que además pierde su lugar como hija frente a los padres.

Sesión 1 del 05/septiembre/2014

“En 2003, tuve un aborto espontáneo”.

Sesión 4 del 26/septiembre/2014

“Cuando perdí a mi bebé tenía 4 meses y medio, el doctor me dijo que no podía hacer muchos esfuerzos y yo me eche a correr para alcanzar el camión, después de eso perdí a mi bebé... a veces pienso que si no hubiera corrido ahorita tendría a mi hijo conmigo”.

Sesión 33 del 02/septiembre/2015

“... a veces pienso que todo lo que hice en la adolescencia culminó con mi aborto porque a partir de ahí empecé a ser diferente a como era en la adolescencia... no creo que haya sido un castigo como tal no, pero si pienso que fue como un estate quieto para mi... porque sinceramente no sabía hacia donde estaba dirigiendo mi vida, no tome las mejores decisiones y eso me hizo pensar en que tenía que comenzar a cambiar ciertas actitudes como pelear con mi familia, tener la relación que tenía con Josué que sinceramente no era la más sana del mundo, no termine la prepa por estar en mi desmadre, todo eso..., en primer lugar me sentí fatal por perder a mi bebé, pero después comencé a buscar trabajo,

deje mi desmadre, empecé a trabajar y a ser más responsable, de mí y de los demás”.

Con la pérdida de su primer bebé, Ana lo interpreta como un castigo por haber sido rebelde en su adolescencia además de ser el preámbulo para que ella decidiera que hacer con su vida además de que la concepción fuera del matrimonio es una conducta reprobable por parte de la familia, especialmente por parte de la madre.

Si tomamos en cuenta este evento y el discurso de Ana podemos dar cuenta que se constituye a partir de otros; las pérdidas reales que ha tenido en su vida delimitan la posición que ella asume frente a los demás.

Para Ana la pérdida siempre trae consigo sentimientos de culpa, remordimiento y ambivalencia; en su caso podríamos hablar de cierta omnipotencia al asumir que sus acciones buenas o malas o bien sus deseos siempre culminan en una pérdida es decir, se cumplen.

Sesión 11 del 28/noviembre/2014

“He tenido miedo de salir de casa...siento que algo malo les va a pasar a mis papás... no soportaría perder a alguien más de mi familia y pensar que puede pasar me perturba”

Sesión 23 del 14/abril/2015

“En una ocasión me preguntaste por qué me daba angustia que alguno de mis papás muriera y pensé que es cómo ya habíamos comentado que sí ya no tengo a quien ver me tengo que ver a mi misma y yo creo que es por eso además de ¿Qué voy hacer sola?”

Ana expresa su angustia ante la pérdida de alguno de los miembros de su familia, si bien esto podría estar relacionado con el deseo inconsciente de que pase debido a la ambivalencia que tiene hacia ambos progenitores o bien, como una angustia ante la pérdida de la persona que en realidad sería una pérdida propia

porque al no haber a quién cuidar o no tener la presencia del otro se hace presente la insoportable voluntad de vivir o de verse a ella misma como principal objeto deseante; es decir existe porque los demás existen si no, no es nada.

Sesión 39 28/octubre/2015

“Yo pienso que cuando me imagino que algo malo pasa es porque me da miedo que pase y me angustia mucho pensar que mis papás ya no estarán porque no lo soportaría además pues como ellos ya son muy mayores considero que es más fácil para ellos si estoy cerca... solo son telarañas en mi cabeza porque realmente no pasa así... creo que lo que más me asusta es que no me necesiten, me gusta que me necesiten pero a la vez no porque si es mucha responsabilidad, no sé a veces me hago bolas yo sola, pero también me gusta que puedan estar juntos sin estar peleando todo el tiempo”

Sesión 1 del 05/septiembre/2014

“Por un lado me siento aliviada porque cuidar a Lilia era muy cansado, pero también me siento muy triste y culpable porque puede haberla tratado mejor de lo que la trate”

Sesión 31 del 19/agosto/2015

“Cuando Lilia estaba enferma pensaba que ojalá terminará pronto pero nunca deseé que muriera pero la parte racional me dice que yo no lo provoque ni llame a la muerte; pero creo que si hay una parte de mí que se culpa por ello”

Fenichel (2008) menciona que el fallecimiento de una persona a la que se le haya deseado la muerte y sucede así, se puede sentir como la realización de este deseo generando en la persona sentimientos de culpa y remordimiento por dicho pensamiento. En el caso de Ana si bien, ella no lo verbaliza explícitamente como el deseo de la muerte de su hermana si deseaba que terminara la situación en la que estaban, siendo que la única manera de que finalizará era con el descenso de

Lilia, sin embargo la paciente no reconoce haber deseado que la situación finalizará de esa manera aunque la idea le sigue generando sentimientos de culpa. La pérdida del objeto amado genera culpa en la persona especialmente cuando se tiene la creencia de que quiso que eso pasara y esto no solo es característica de un duelo sino que también lo podemos encontrar en el funcionamiento melancólico.

Sesión 53 del 25/mayo/2016

“Entendí que la muerte es inevitable por mucho que nos asuste pensar en ello, sé que la muerte de Sergio y Lilia no fueron mi culpa, me da nostalgia su ausencia pero sé que lo que viví con ambos especialmente con Lilia, se queda conmigo para siempre, porque Lilia fue mi hermana, mi mamá y mi mejor amiga y eso yo lo sé, lo siento y nunca nadie me lo va a quitar”.

Ana consigue visualizar a la muerte como algo inevitable e inherente a todo ser humano, reconoce que es un evento doloroso y que la ausencia de sus hermano dejó una huella en ella, sin embargo logra ver el evento como una experiencia y entender que aunque sus hermanos no estén, los vínculos que pudo establecer con ambos le pertenecen.

Discusión y conclusión

De acuerdo a lo expuesto en la hipótesis diagnóstica podemos decir que los pilares de la rebaja del sentimiento de sí, la necesidad de reconocimiento, la culpa generalizada y la forma de procesar las pérdidas; se encuentran en lo acontecido en el periodo del narcisismo, las identificaciones parentales cargadas de hostilidad e indiferencia, las condiciones para el proceso de duelo así como el funcionamiento melancólico que delimitan la dinámica del sujeto en la actualidad.

En el espacio terapéutico no se trata de que el vínculo narcisista del sujeto desaparezca para siempre sino que comience a convivir con sus vínculos actuales. Esta tarea implica el reconocimiento, por parte del sujeto, de la diferencia entre pasado y presente, saber que los otros tienen vida propia aunque eso implique un sufrimiento; es necesario confrontar y asumir la decepción de una pérdida o responder con una defensiva indiferencia a las afrentas procedentes del otro y de la realidad (Hornstein, 2000).

Lo sucedido en la etapa más temprana del desarrollo, lo que tiene que ver con la relación del sujeto con sus figuras parentales son lineamientos importantes en la vida del sujeto, ya que tanto el desarrollo del narcisismo y el proceso identificatorio forman parte de la formación del yo, superyó e ideal del yo, aspectos de la vida amorosa, sus relaciones objetales, la regulación del sentimiento de sí y la conformación de la identidad del sujeto.

La relación que el sujeto tiene con sus figuras parentales son un pilar fundamental en su desarrollo y la conformación de su psique, ya que como sabemos la supervivencia del bebé depende de completamente del cuidador (la madre o quien ocupa su lugar) siendo esta persona la encargada de proveer al infante todo lo necesario; además de ser el primer enlace afectivo que la persona establece para dar paso a su yo, indiferenciado del yo de la madre. Antes de que el yo se desarrolle en la psique del sujeto existía un yo provisto por la madre por medio de las palabras, actitudes pensamientos pero sobre

todo el deseo de la madre; que dan a la niña una imagen con la cual identificarse (Bleichmar E. , 1989).

En este punto la figura de la madre adquiere especial importancia en el desarrollo del yo de Ana, en este caso hacemos frente a una mirada cargada de la hostilidad e indiferencia a partir de la cual Ana fue formando su yo considerándolo insuficiente e indigno, por lo tanto para dar cuenta de que existe y es vista por los otros, Ana tiene que realizar acciones por y para los otros para así sentir que existe y es vista aunque sin importar lo que haga siempre considerará que no será suficiente. La mirada de la madre no fue la única que nos encontramos en la vida de Ana, si no que existe la ausencia afectiva por parte del padre y la indiferencia por parte de las hermanas, que a pesar de que Ana se encontraba en un ambiente familiar compuesto por cinco personas, se vivía como alguien invisible para todos; por lo tanto a falta del cuidado y mirada de las figuras parentales ella asume ese lugar frente a los otros.

Además de la pérdida de la hermana en sí, Ana pierde su lugar como cuidadora, perdió a quién cuidar. También es importante mencionar que Ana se encontraba identificada con su hermana lo cual adquiere el significado de “porque quisiste que muera tendrás que morir tú” (Fenichel, 2008) por lo tanto si el otro no existe ella pierde su voluntad de vivir la cual hemos mencionado en el apartado de rebaja de sentimiento de sí.

Ana presenta rasgos predominantes de un funcionamiento melancólico; basándome en el supuesto principal de la melancolía podemos destacar, las pérdidas reales y simbólicas que ha experimentado a lo largo de su vida, la rebaja del sentimiento de sí aunado al sentimiento de culpa generalizado y la necesidad de reconocimiento que se hace presente en la mayoría de las acciones que ella lleva a cabo.

La insuficiencia yoica que Ana siente sobre sí misma está íntimamente relacionada con la rebaja del sentimiento de sí siendo un aspecto desarrollado

en el periodo del narcisismo y el proceso identificatorio; que a su vez es un pilar en el funcionamiento melancólico.

El supuesto básico de la melancolía según Freud (1917) es “él sabe a quién perdió pero no lo que perdió en él”, una vez revisada la historia de la paciente damos cuenta que es una mujer que ha experimentado múltiples pérdidas a lo largo de su vida, en un inicio perdió su lugar privilegiado dentro de la familia según el discurso de la madre, posteriormente pierde a su hermano menor, pero con eso no recupera el lugar que en su momento le fue “arrebatao por el hermano” aunado a esto la familia se desintegra y Ana queda en el olvido, la única persona que la cuidó y tomo en cuenta después de lo sucedido fue Lilia, la hermana mayor, quien a pesar de su corta edad logró proporcionarle afecto y cuidado a Ana. En el inicio de la adultez tiene un aborto espontáneo y mientras se encontraba al cuidado de su hermana Lilia decide practicarse un aborto con la finalidad de poder seguir cuidando de la hermana, aunque pocos meses después ésta fallece.

Tanto la melancolía como el duelo son respuestas que nos permiten comprender como se lidia con las pérdidas que son inherentes a la vida humana y que puede acontecer en cualquier momento de la vida, claro está que la manera en que se presentan y cómo se enfrentan depende de la naturaleza del vínculo con el objeto perdido y las características previas que el sujeto trae consigo en su historia de vida.

En el duelo y la melancolía, el narcisismo y la identificación toman relevancia pues al haber colocado en el exterior parte del narcisismo propio y al haber colocado parte de la libido en el exterior a través de la identificación, el sujeto tomará posturas diferentes ante la pérdida de un objeto con el que se ha identificado y con el cual ha establecido un vínculo.

Es importante mencionar los movimientos psíquicos que Ana logró durante el proceso terapéutico. Inicialmente Ana presentaba dificultades para hablar de sí misma generalmente hablaba sobre Lilia, se encontraba a la espera de que se

le realizarán preguntas para poder hablar y frecuentemente en el espacio terapéutico abundaban los silencios, posteriormente Ana fue desenvolviéndose con más confianza dentro del espacio, comenzó a compartir situaciones difíciles para ella como lo eran la muerte de su hermano menor y sus abortos, la constante hostilidad de la madre y comenzó a compartir sus emociones, preocupaciones y angustias.

Ana al ser cuidadora primaria de su hermana presentaba signos y síntomas característicos del síndrome de sobrecarga del cuidador cuando iniciamos el proceso terapéutico sin embargo los síntomas físicos como enojo, constante cansancio, falta de sueño y apetito, dolores de cabeza y llanto predominante fueron disminuyendo conforme fue hablando sobre sus pérdidas y lo sucedido mientras se encontraba al cuidado de su hermana. Con respecto a este tema me parece importante mencionar que tanto la melancolía como el síndrome de sobrecarga del cuidador comparten características similares tales como culpa, gran sentido del deber, autoexigencia, autorreproches e insomnio; no se trata de asemejarlos pero si de considerar que si bien, la paciente sí tiene rasgos melancólicos característicos de su personalidad también es importante tomar en cuenta que algunos aspectos podrían deberse a la sobrecarga de fungir como cuidadora primaria. En mi opinión en la melancolía esos efectos provienen de su propio yo mientras que en el síndrome de sobrecarga del cuidador son propios de la situación en la que se está viviendo.

Una característica de Ana que jugó un papel importante en el proceso fue su capacidad de insight y de reconocer los conflictos que ella consideraba que tenía ya que los verbalizó en diferentes ocasiones, así como la capacidad de cuestionarse acerca de lo que hace y por qué y esto le permite la posibilidad de realizar algún cambio, o bien tenerlo presente en su dinámica. Ana utilizaba la escritura como recurso propio para poder expresarse libremente y en algunas ocasiones compartió sus escritos con la terapeuta, así mismo tenía la característica de visualizar sus emociones o sentimientos en algo tangible.

La relación con su mamá sigue siendo muy hostil por parte de ella, sin embargo también es la relación más cercana que tiene en la dinámica familiar, ante esto Ana expresa ya no sentirse tan afectada por las actitudes de su mamá *“no sé qué es lo que ella tiene conmigo y probablemente no sea necesario saberlo, porque eso tiene que ver con ella, con su vida en la cual yo no tengo nada que ver”* (sic), el tema con su mamá no puede considerarse resultado en el espacio terapéutico, sin embargo el grado de afectación que tiene en Ana se vio disminuido puesto que realiza actividades sin necesitar la aprobación de su mamá ya que con anterioridad no realizaba ninguna actividad si su madre no lo consideraba adecuado.

La dinámica familiar sigue siendo distante entre todos los integrantes de la familia de Ana, sin embargo ella decidió acercarse a ellos sin considerar necesario que estén todos juntos como en su momento ella anhelaba que fuera; Ana pasa más tiempo con su papá conversan, salen juntos a lugares y comparten sentimientos mutuamente, con sus hermanas la relación se hizo más cercana pues conviven más y conversan sobre situaciones personales, especialmente acerca de sus abortos y la respuesta de sus hermanas fue de comprensión y apoyo. Actualmente pasa más tiempo con sus hermanas, Emma y Clara, y refiere sentirse cómoda con ellas.

En el tema de las relaciones de pareja, Ana se planteó la posibilidad de mantener una relación de pareja siendo que al inicio no era una opción a considerar; posteriormente identifica que para ella tener una pareja es para compartir su vida con esa persona y no necesariamente tener a alguien a quien cuidar o quién la cuide *“no necesito tener una pareja a quien proteger o cuidar y tampoco que haga eso conmigo, quiero y me merezco a alguien con quien compartir mi vida y eso es lo que voy a buscar”* (sic).

La paciente reconoce que ser para lo otros es parte fundamental de su personalidad y manifiesta verbalmente no estar segura de querer cambiarlo totalmente pero comenzó a realizar actividades para ella misma sin postergarlas por hacer cosas por los demás.

La paciente acredita sus materias después de dos intentos y finalmente su certificado de conclusión del bachillerato se encuentra en trámite. Decide que estudiar enfermería no es la mejor opción para ella debido a que lo hacía en memoria de Lilia, sin embargo descubrió que le gustaría estudiar computación por considerarse buena con las computadoras.

Durante el proceso Ana manifestaba su preocupación acerca de realizar cosas que son de su agrado debido a que se sentiría culpable por ello puesto que al hacerlo tenía que dejar de realizar otras actividades; posteriormente Ana poco a poco fue reconociendo las actividades que le gustaba realizar y en diversas ocasiones verbalizó haber disfrutado hacer lo que le gusta sin sentirse culpable por ello. Siguiendo en tema de la culpa y tomando en cuenta el discurso de Ana, es una característica que no se eliminará de su personalidad puesto que cumple la función de estabilizarla, sin embargo logró identificarla y cuestionarse acerca de eso y lo más importante empezar a hacer cambios.

A pesar de las dificultades que presentó para reconocer aspectos positivos en ella conforme fue avanzando el proceso logró identificar por sí misma esos aspectos dentro de los cuales destacó el compromiso, la responsabilidad, y la honestidad. Reconoce que en conjunto sus características no son buenas ni malas sino características que la definen como persona

En todo el proceso Ana mostró compromiso en el uso de su tiempo y espacio dentro del consultorio puesto que llegaba puntual en todo momento, solo faltó en una ocasión la cual fue previamente avisada dentro del espacio.

Cuando Ana hablaba acerca de su hermana, predominaba el llanto y la culpa posteriormente logró hablar acerca de su hermana sin llorar y sin mencionar situaciones que pudo haber hecho diferente si no que rescata momentos buenos que tuvo con ella durante su vida. Ella misma reconoce que no podrá dejar de sentir nostalgia por la partida de Lilia pero que sabe que hizo lo que pudo hacer y que no hay nada que se pueda cambiar. Verbaliza que se sintió desplazada por su hermano menor porque toda la atención se centró en él y a

pesar de su muerte la atención seguía enfocada en él aunque físicamente ya no estuviera; sin embargo reconoce que esa situación no tuvo nada que ver con ella, porque fue un accidente ante el cual no podía intervenir puesto que solo era una niña. Ahora cada vez que recordaba lo ocurrido con Sergio, Lilia y los dos abortos que tuvo, ya no llora menciona que los considera experiencias y acepta que la muerte es un hecho inevitable en la vida ante lo cual ella no puede hacer nada.

Conclusión del proceso terapéutico en palabras de Ana *“Me controlo más, ya no me desesperé tanto porque de todas maneras no gané nada más que enfermarme sola; entendí que no puedo llorar por todo porque es mejor hablar las cosas, comprendí que la responsabilidad y la culpa son cosas muy diferentes pero que ambas tienen que ver conmigo nada más; siento que ya no me cuesta tanto hacerme cargo de mi misma porque al principio me costaba mucho disfrutar de las cosas que hacía y ahora disfruto mucho hacerlo y no me siento culpable por ello; sé que soy responsable únicamente mí, de lo que digo, pienso y hago nada más, que no está en mis manos el bienestar de los otros pero que puedo decidir ayudar cuando me lo pidan. Sé que lo que pasó en mi vida no fue culpa de nadie, especialmente la muerte de Sergio y Liliana, pero también sé que no puedo cambiar las decisiones que tomé o las que tomaron los demás, sólo me queda aprender de ello y procurar no tropezarme con la misma piedra y ver únicamente mi presente y mi futuro” (sic)*

La realización del trabajo terapéutico siempre estuvo acompañado de constante supervisión por parte de la Maestra Iliana González y un equipo terapéutico formado por compañeras de la especialización; tener la oportunidad de recibir orientación de una experta y la retroalimentación recibida por compañeras de trabajo es una experiencia invaluable porque me permitió conocer los diversos puntos de vista que podemos tener acerca de un mismo caso, por la retroalimentación brindada en cuanto a mi función dentro del espacio terapéutico y sobre todo porque en equipo se pudo delimitar el marco teórico sobre el cual se analizó a la paciente.

La realización de este trabajo trajo en mí una grata experiencia pues fue la primera vez que me desempeñe como terapeuta y todas mis ansiedades estaban a flor de piel, esto fue un preámbulo para iniciar mi propio análisis.

Me gustaría finalizar este trabajo con la siguiente frase: “Hablar es una necesidad, escuchar es un arte” (Goethe).

Limitaciones

Una vez analizadas las sesiones trabajadas durante el proceso terapéutico se puede decir que el sentimiento de culpa generalizado sigue teniendo una función estabilizadora en Ana y no podemos asegurar que siempre será de esta manera.

Contratransferencialmente Ana fue una paciente que me generó angustia ante las dificultades que presentó para hacer cambios en su vida y su discurso donde prevalece la rebaja del sentimiento de sí, así como las dificultades que se presentaron para seguir avanzando en el proceso ya que en algún momento del trabajo Ana se limitó a hablar acerca de las actividades que realizaba día a día dejando de lado el trabajo analítico respecto a sus conflictos psicológicos.

Ana acudía a talleres grupales de tanatología, sin embargo no puedo asegurar que su asistencia a esos grupos haya influenciado en el trabajo que se realizó dentro del espacio terapéutico, aunque si es importante tomar en cuenta cuando un paciente realiza un trabajo terapéutico ajeno al que se realizó para fines de este trabajo.

Referencias bibliográficas

- Alcaide, I. (2010). Duelo y Melancolía, Complemento del Narcisismo. *Revista de Psicología, GEPU*, 1(1), 25-31.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2003). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. *Gupia de Recursos Sanitarios y Sociales en la Fase Final de la Vida en Gipuzkoa*, 235-250. Recuperado de http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf
- Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer*. Buenos Aires: Paidós.
- Baranger, W. (1991). El narcisismo en Freud. En J. Sandler, *Estudio sobre Introducción al narcisismo de Sigmund Freud* (págs. 29-43). Madrid: Julián Yebenes.
- Bauab de Dreizzen, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Argentina : Homo Sapiens Ediciones.
- Belmonte, O., Del Valle, E., Kargieman, A., & Saludjian, D. (1976). *La identificación en Freud*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bicego, M., Calleri, V., Galainena, M., & Juaneu, L. (2012). Abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo: especificidades y modificaciones técnicas. *Revista Tesis*(1), 105-119.
- Blanco, I., Librada, S., Rocafort, J., Cabo, R., Calea, T., & Alonso, M. (Enero de 2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo a desarrollar duelo patológico. *Medicina Preventiva*, 14(3), 1-5.
- Bleichmar, E. (1989). *El feminismo espontáneo de la histeria: Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad* (3 ed.). Madrid, España: Siglo veintiuno.
- Bleichmar, H. (05 de noviembre de 2001). La identificación y algunas bases biológicas que la posibilitan. *Aperturas Psicológicas*(009). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=187&a=La-identificacion-y-algunas-baa>
- Bleichmar, H. (2008). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Braier, E. (2000). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica. *Intercanvis*(6), 21-24.
- Del Río, J. (2000). Narcisismo sin espejo: sufrimiento por déficit. *Intercanvis*(6), 25-29.
- Fenichel, O. (2008). Depresión y manía. En O. Fenichel, *Teoría psicoanalítica de las neurosis* (págs. 436-465). México: Paidós.
- Ferrández, F. (marzo de 2007). La melancolía, una pasión inútil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99), 169-184.
- Fiorini, H. (1993). El abordaje de los trastornos del narcisismo. En H. Fiorini, *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas* (págs. 95-130). Buenos Aires: Nueva visión.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XIV,
- Freud, S. (1981). La identificación. En S. Freud, *Psicología de las masas* (págs. 42-47). Madrid: Alianza.
- González, U., & Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636-661. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/32371/29767>
- Grinberg, L. (1971). *Culpa y depresión: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Grinberg, L. (1976). *Teoría de la identificación*. Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2000). *Narcisismo. Autoestima, identidad y alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Jackson, S. (1986). Tristeza, duelo y melancolía. En S. Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna* (págs. 287-298). Madrid: Turner.
- Jerrom, B., Mian, I., & Runkanyake, N. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown of community care. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 331-337. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.930080409/pdf>

- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3° ed.). México: Pearson Educación.
- Kernberg, O. (2010). Narcisistic personality disorder. *Aperturas Psicoanalíticas*(41), 257-287.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniáco-depresivos. En M. Klein, *Obras completas* (Vol. II, págs. 279-301). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1974). Sobre la identificación. En M. Klein, *Obras completas* (Vol. IV, págs. 301-331). Buenos Aires: Paidós.
- Korman, V. (1977). *Teoría de la identificación y psicosis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kratochwill, T., Mott, S., & Dodson, C. (1989). Estudio de caso e investigación de caso único en psicología clínica y aplicada. En A. Bellack, & M. Hersen, *Métodos de investigación en psicología clínica* (págs. 67-114). España: Desclée de Brouwer.
- Kubler-Rôss, E. (1993). Actitudes con respecto a la muerte y al moribundo. En E. Kubler-Rôss, *Sobre la muerte y los moribundos* (págs. 25-58). Barcelona: Grijalbo.
- Lacan, J. (1971). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (págs. 11-18). México: Siglo XXI.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de Psicoanalís*. Buenos Aires: Paidós.
- Lara, G., González, A., & Banco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166.
- Le Poulichel, S. (1996). El concepto de narcisismo. En J. Nasio, *Enseñanzas de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis* (págs. 63-88). Madrid: Gedisa.
- Leader, D. (2008). *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. Madrid: Sexto piso.
- Martínez, B., & Torres, L. (julio-diciembre de 2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Revista de Psicología y Salud*, 17(2), 229-241.

- Mayer, H. (1989). *Volver a Freud. De la teoría del narcisismo a la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, J., Iáñez, M., & Iáñez, B. (enero-junio de 2005). Apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Revista de Psicología y Salud*, 15(1), 33-42.
- Nasio, J. (1996). El concepto de identificación. En J. Nasio, *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis* (págs. 135-165). Madrid: Gedisa.
- Nomen, L. (2009). *El duelo y la muerte. Tratamiento de la pérdida*. Madrid : Pirámide.
- Ortíz, G., Berdullas, P., & Malamud, M. (2013). EL objeto en la melancolía. *Anuario de investigaciones*, 20, 157-161.
- Ostow, M. (1973). *La depresión: psicología de la melancolía*. Madrid: Alianza.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pereña, F. (2013). Culpa melancólica y cuidado de sí. En F. Pereña, *El melancólico y el creyente* (págs. 99-102). España: Síntesis.
- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L., & Ortega, P. (enero-junio de 2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Revista de Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Sales, L. (2000). Narcisismo en la obra de Freud. *Intercanvis*(6), 43-46.
- Sanfeliu, I. (2002). *Karl Abraham o el descubrimiento de la melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Teicher, M. (1992). Teoría vincular del narcisismo. En M. Teicher, *Teoría vincular del narcisismo* (págs. 79-114). Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano.
- Tellenbach, H. (1994). *La melancolía*. Madrid: Morata.
- Trechera, J. (1996). *¿Qué es el narcisismo?* Bilbao: Desclee de Brouwer.