



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

**FALLAS EN LA CONSTITUCIÓN DEL APARATO PSÍQUICO EN RELACIÓN CON LA
CALIDAD DEL VÍNCULO PRIMARIO Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

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

**PRESENTA:
JAVIER MORALES OLIVARES**

**TUTOR PRINCIPAL:
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO SOLÍS, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.,

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 1. El modelo geográfico de la mente..... | 6 |
| 1.1. La formación de los cuatro espacios indispensables para el funcionamiento psíquico..... | 8 |
| 1.2. El funcionamiento bidimensional: Reminiscencias de la etapa autística..... | 12 |
| 1.3. La identificación adhesiva como defensa ante la angustia de desintegración..... | 14 |
| 2. Las funciones elementales del vínculo primario..... | 21 |
| 2.1. El <i>holding</i> como soporte de la experiencia emocional..... | 22 |
| 2.2. La importancia de la función continente en etapas tempranas..... | 26 |
| 3. La resignificación de una sexualidad con rasgos incestuales durante la adolescencia..... | 34 |
| 4. El funcionamiento bidimensional como consecuencia de fallas en la función continente y la resignificación de la sexualidad en la adolescencia..... | 45 |
| CAPÍTULO II. MÉTODO..... | 49 |
| Planteamiento del problema..... | 49 |
| Objetivo general..... | 53 |
| Objetivos específicos..... | 53 |
| Definición de categorías..... | 53 |
| Tipo de estudio..... | 54 |
| Participantes..... | 55 |
| Escenario..... | 56 |
| Instrumentos..... | 56 |

| | |
|---|------------|
| Procedimientos..... | 57 |
| Consideraciones éticas..... | 58 |
| CAPÍTULO III. LA PACIENTE..... | 60 |
| 1. Ficha de identificación..... | 60 |
| 2. Descripción de la paciente..... | 60 |
| 3. Motivo de consulta..... | 61 |
| 4. Proceso diagnóstico..... | 62 |
| 5. Entrevistas iniciales..... | 63 |
| 6. Historia clínica..... | 65 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 73 |
| 1. La bidimensionalidad y la identificación adhesiva en Mariel como evidencia de un aparato psíquico empobrecido..... | 73 |
| 2. La insuficiencia en la capacidad de <i>rêverie</i> en la historia de Mariel..... | 81 |
| 3. Las características incestuales en la familia de Mariel y su relación con la constitución del psiquismo..... | 89 |
| CAPÍTULO V. EL PROCESO TERAPÉUTICO | |
| 1. Análisis transferencial y contratransferencial..... | 97 |
| 2. Alcances terapéuticos..... | 104 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 108 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 111 |

INTRODUCCIÓN

La constitución del aparato psíquico es un tema sumamente relevante e íntimamente relacionado con la concepción de diversos tipos de psicopatología, en especial con las estructuras límite de la personalidad. Aquellas funciones necesarias para el desarrollo de una personalidad sólida y auténtica tienen que ver con la calidad de los vínculos primarios que se logran durante las primeras etapas de la vida.

Este estudio de caso pretende ahondar en la comprensión sobre la constitución de un psiquismo con funciones sumamente empobrecidas y relacionar dicho tema con la calidad de los primeros vínculos además de las características del funcionamiento familiar. Mariel, la paciente de este trabajo, asistió a psicoterapia presentando una intensa angustia y un funcionamiento mental caracterizado por la ausencia de sueños, identidad y pensamiento auténticos. Mediante el proceso terapéutico de esta paciente se pudo relacionar dicho funcionamiento mental empobrecido con las funciones elementales de los objetos primarios y con las características endogámicas de su familia.

Primero se realiza un recorrido teórico siguiendo la teoría psicoanalítica sobre la constitución del *self* como una especie de aparato que interactúa tanto con el mundo interno como con el externo. Para ilustrar este importante e intrincado proceso se recurrió a la propuesta de Meltzer (1975a, 1975b) sobre el “modelo geográfico de la mente”. Posteriormente se describen las principales aportaciones sobre las funciones elementales del objeto primario, como la función de *rêverie* propuesta por Bion (1962a) y el *holding* propuesto por Winnicott (1960); se describen también aquellas consecuencias que señalan estos autores cuando aquellas funciones del objeto primario no se ven cubiertas de manera satisfactoria. Por último dentro del desarrollo teórico de este trabajo, se describen diversos puntos de vista de diferentes psicoanalistas que han estudiado la intensa endogamia en algunas familias, haciendo especial hincapié en la conceptualización que realiza Racamier (citado en Hurni y Stoll,

2002) sobre el funcionamiento familiar de tipo incestual y la diferenciación que establece entre lo incestuoso y lo incestual.

Después del desarrollo teórico se especifica la metodología científica que se siguió durante la elaboración de este trabajo, siendo un estudio de caso único basado en las impresiones clínicas obtenidas a lo largo del tratamiento psicoterapéutico de Mariel, el cual tuvo en total 38 sesiones. El objetivo de este análisis de caso pretende la comprensión profunda de las dificultades emocionales de la paciente, en relación con su historia tanto personal como familiar. Es por esto que se cuenta de manera detallada la historia de Mariel, además de sus características personales, importantes para el análisis del caso.

Retomando la historia de Mariel, se realizó un análisis del caso retomando la teoría psicoanalítica consultada, haciendo énfasis también en el proceso terapéutico y en aspectos transferenciales y contratransferenciales que se fueron desarrollando a lo largo del tratamiento. Se buscó constatar una estrecha relación entre la teoría psicoanalítica y el material clínico obtenido durante el tratamiento.

El principal objetivo de este análisis de caso fue relacionar tres temas principales concernientes a tres registros diferentes. Por un lado, el funcionamiento mental como un aspecto de carácter individual e intrasubjetivo; por otro lado las funciones del objeto primario durante los primeros meses de vida como un tema de carácter intersubjetivo y por último, el funcionamiento familiar como un aspecto transgeneracional que antecede incluso el nacimiento de la paciente.

En este trabajo se intenta constatar la importancia de la historia familiar que ha desembocado en un funcionamiento incestual que atenta contra la creación de una identidad auténtica y que ha mantenido estancadas las funciones del *self* para crear un mundo interno rico e integrado. En medio de estos temas se insertan las funciones de *holding* y de *rêverie*, íntimamente relacionadas con las vicisitudes en la historia de la maternidad dentro de la familia de Mariel.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. El modelo geográfico de la mente

El ser humano es un organismo con una vida mental interna que vive dentro de un mundo externo. Al tener una vida mental interna, no está sujeto solamente a un sistema neurofisiológico de respuestas a estímulos provenientes de fuentes internas o externas. El mundo interno de cada persona es algo sumamente intrincado, teniendo en cada persona una estructura única, contando con diferentes espacios en donde la libido y las fantasías puedan ser colocadas. El psicoanálisis es la ciencia que estudia la interacción dinámica de estas dimensiones, las cuales resultan únicas en cada individuo.

Hablar de un modelo geográfico de la mente implica la conceptualización de una serie de espacios abstractos en los que la mente pueda funcionar e interactuar con otros objetos mediante sus diversos mecanismos. De acuerdo con Meltzer (1975a) Freud no hizo ninguna conceptualización sobre los espacios que operan en el funcionamiento mental, sin embargo la concepción de este tipo de espacios queda de alguna manera implícita en su obra. Prueba de esto es la explicación que otorga Freud sobre la identificación e introyección en diversos escritos como el caso Dora (1901), el Hombre de las ratas (1909), el análisis de Leonardo (1910), el caso Schreber (1911) y de manera más delimitada en “Duelo y melancolía” (1917); dando por hecho que existe un espacio dentro del aparato psíquico en el que se pueden contener y albergar las representaciones de otros objetos.

Estudiar el espacio interno es sumamente importante ya que las características de dicho espacio afectan los contenidos mentales, y viceversa. Este espacio le da el contexto y la perspectiva al pensamiento y marca el camino para que la experiencia sea significativa. La manera en que los pacientes actúan, sienten y piensan da mucha

información sobre cómo opera su espacio interno y cómo conciben el espacio externo. Tal como menciona Grotstein (1978, p. 55): “Los pensamientos y los sentimientos, como los ejércitos, necesitan de un campo en el cual maniobrar, y ese espacio en el que maniobren determina las características de la batalla”.

Dentro de los pioneros en abordar directamente la importancia del tema de los límites que rodean al espacio mental se encuentran Tausk (citado en Grotstein, 1978) y Federn (1932). Tausk describió el “aplanamiento” del funcionamiento del *self* dentro de la esquizofrenia, en cuanto a sus imágenes y objetos internos; relacionándolo con un espacio interno muy desordenado. Por otro lado, Federn hizo énfasis en la disolución de las fronteras del yo en la psicosis, que acarrea una dificultad entre la diferenciación del mundo interno y externo.

Más adelante, fue Melanie Klein (1946) quien prestando atención a los niños que tenía en tratamiento se interesó por los diversos espacios que le describían en análisis, especialmente le intrigaron aquellos espacios internos que los mismos niños describían dentro de ellos, dentro de su cuerpo y dentro del cuerpo de la madre. Meltzer (1975a) menciona que Freud en el caso del pequeño Hans (1909) tenía disponible esta descripción infantil de los espacios mentales y de cómo opera la fantasía en ellos, sin embargo no se interesó en el tema. Fue dentro de la Escuela Inglesa donde diversos autores ahondaron desde diferentes perspectivas en el tema del espacio intrapsíquico como tal. Klein (1946) lo abordó desde el tema de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, en específico con el concepto de identificación proyectiva. Bion (1962a) se refirió de manera más específica al concepto del espacio intrapsíquico definiendo los componentes de continente y de contenido. El origen de la función continente lo asoció con los cuidados maternos primarios que pueden absorber el contenido de las angustias proyectadas por el bebé. Por otro lado, Winnicott (1971) abordó el tema del espacio y los fenómenos transicionales; mientras que Bick (1968) mediante la observación de bebés, propuso importantes ideas sobre la función de la piel como envoltura primitiva del psiquismo.

En el caso de Meltzer (1975a, 1975b), después de estudiar el fenómeno del autismo, propone la conceptualización de un modelo geográfico de la mente, según el

cual la mente opera en cuatro diferentes compartimentos geográficos: adentro del *self*, fuera del *self*, adentro de objetos internos y adentro de objetos externos. Además agrega un quinto compartimento correspondiente a la nada, el “no lugar del sistema delirante”.

Este desarrollo de una dimensionalidad con respecto a la concepción y visión del mundo va de la mano con los procesos de separación-individuación (Mahler, 1963) y con los mecanismos de escisión, idealización-devaluación e identificación proyectiva (Klein, 1946).

1.1. La formación de los cuatro espacios indispensables para el funcionamiento psíquico.

Meltzer (1975b) al elaborar la organización geográfica de la mente propone cuatro diferentes dimensiones que caracterizan las experiencias psíquicas. Dándose de manera evolutiva y progresiva, las cuatro dimensiones son: unidimensionalidad, bidimensionalidad, tridimensional y tetradimensionalidad.

La unidimensionalidad corresponde a lo que Freud expresó en su teoría sistemática original en textos como el *Proyecto de psicología para neurólogos* (1895), *La interpretación de los sueños* (1900) o en los *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905). La descripción de la unidimensionalidad consiste en impulsos que son determinados de una manera neurofisiológica y genética. Al vivir dentro de esta concepción del mundo, se está atrapado en un espacio no mental, no experiencial y con eventos no disponibles para la memoria o el pensamiento. Se da una falla en la coordinación de los sentidos que no permite lograr el proceso específico de la atención, ocasionándose un esparcimiento anárquico del funcionamiento de los sentidos (Correa, 2005). En términos de Bion (1962a) el continente y el contenido de la psique son lo mismo, no hay diferenciación; la psique se rige por el proceso primario y por la experiencia del autismo, por lo que no se cuenta con un espacio en el que los pensamientos puedan maniobrar.

Sobre la unidimensionalidad Meltzer (1975b, p. 224) menciona: “No es un mundo conducente a la emocionalidad fuera de la forma más simple y polarizada. La gratificación no podría diferenciarse de la fusión con el objeto”. En este mundo la relación con los objetos carece de significado, por lo que el alejarse de un objeto traería como consecuencia acercarse a otro. La patología autista severa o la esquizofrenia son claros ejemplos de esta organización de la mente, en donde el individuo carece de voluntad y se desplaza sin propósito, siendo sus vínculos meramente accidentales.

Al progresar las cualidades del espacio, se ingresa a la bidimensionalidad, tema central en este trabajo. Aquí los objetos adquieren significación, pero únicamente significación sensorial. El self se experimenta como una superficie sensitiva cuya única función disponible es la percepción de los objetos. Aún se carece de un espacio interno dentro de la mente en el cual se pueda contener el pensamiento y la fantasía. Es por esto que la imitación, el cercenamiento de la memoria y la falta de deseo propio son característicos de este funcionamiento. Es aquí donde se inserta el mecanismo de la identificación adhesiva como un tipo de identificación narcisista (Meltzer, 1975a), tema que se describe más adelante a profundidad en este trabajo junto con la descripción del funcionamiento bidimensional.

Cuando después de la simbiosis materna se puede dar paso a la separación-individuación y la angustia persecutoria se transforma en angustia depresiva, se puede comenzar a tener una visión más profunda de los objetos. Es aquí donde puede comenzar a darse un proceso de representación de la experiencia (Grotstein, 1978). De manera simultánea a este proceso, se da el paso a la tridimensionalidad, espacio que se puede adquirir una vez que el objeto que funja como cuidador se haya vivenciado como resistente a la penetración de las propias ansiedades y que a su vez devuelva la experiencia de ser contenido. Es a partir de esta experiencia que surge la noción de orificios o espacios dentro del *self* y del objeto, comenzando también una visión del mundo mucho más elevada y compleja. Surge además la potencialidad de un espacio, de un continente que puede albergar contenidos, tal como lo describe Bion (1962b). Para lograr este importante paso, Meltzer (1975b) indica que primero es necesaria la función de esfínter mental, la cual se logra al contar con un objeto que logre proteger al

self y controlar sus propios orificios, para que así después el propio *self* por medio de una identificación con la función del objeto, realice un movimiento en esa dirección, de continencia tanto como de resistencia a la penetración agresiva de otros objetos. La gran precondition para lograr tener una función continente capaz de contener y mantener los propios pensamientos y fantasías es la experiencia de haber sido contenido por un objeto, mediante un proceso de subjetivación que se da a partir del contacto con el otro, función elemental que han descrito numerosos autores dentro del psicoanálisis (Aulagnier, 2001; Bion, 1962a; Winnicott, 1969) y que también será descrito a fondo más adelante en este trabajo.

Es en la tridimensionalidad donde se puede llevar a cabo el segundo tipo de identificación narcisista, el mecanismo de identificación proyectiva, siendo un proceso en el que una parte escindida del yo puede ser proyectada y depositada en el interior del espacio mental de un objeto externo. Esto se da con una fuerte carga de fantasías omnipotentes a través de las cuales se busca un control en el objeto (Klein, 1946; Krause, 2010; Ogden, 1979).

Con respecto a la identificación proyectiva, Bion (1962a) hizo importantes aportes al describir cómo mediante este mecanismo el niño puede depositar sus angustias de muerte en el interior de la madre, la cual mediante la capacidad de *rêverie*, puede regresarle ese temor desintoxicado y metabolizado en algo que el bebé pueda soportar e integrar a sus experiencias. Es así como la identificación proyectiva tiene un papel primordial en la comunicación preverbal primitiva, siendo el mecanismo básico para formar lo que Bion (1962a, 1962b) llamaría el “aparato para pensar los pensamientos”.

Aunque la identificación proyectiva es un mecanismo muy importante y constitutivo en el desarrollo del aparato mental, cuando se generaliza y se usa de manera patológica se encuentra detrás una continua omnipotencia, ya que se rehúsa a ser sujeto al tiempo como un factor externo continuo, unidireccional e irreversible (Meltzer, 1975b). Sobre este empleo masivo de la identificación proyectiva que se da dentro de la tridimensionalidad, Correa (2010, p. 5) menciona: “el objeto continente no puede ser visto como alguien que “digiere y luego nutre” sino como un lugar

exclusivamente destinado para la “evacuación”, por lo tanto, la posibilidad de desarrollar una función contenedora interna se obstaculiza, no pudiéndose asimilar nuevos significados”. De esta manera, aunque en una persona que utilice la identificación proyectiva existe la posibilidad de un espacio interno tanto dentro del *self* como dentro del objeto, los espacios aún no se perciben de una manera suficientemente contenedora para producir pensamientos nuevos y auténticos. Esta deficiencia puede acarrear varias dificultades en el pensamiento, ya sea al momento de prevenir eventos futuros o al reconstruir de una manera objetiva los eventos del pasado. Este tipo de deficiencias en las funciones yoicas se observan en pacientes psicóticos y limítrofes.

El siguiente y último espacio indispensable para el funcionamiento psíquico corresponde a la tetradimensionalidad. Este funcionamiento sólo puede emerger cuando el *self* se ha experimentado suficientemente contenido por otro, surgiendo entonces la capacidad de contener los propios pensamientos, fantasías y emociones. Sobre este funcionamiento Meltzer (1975b) menciona:

Es solamente una vez que se ha montado la lucha contra el narcisismo y ha disminuido la omnipotencia que imponen la intrusión y el control sobre los objetos buenos en los mundos interno y externo, que puede comenzar la formación de un mundo tetradimensional. Donde la envidia y los celos no podían hallar otro alivio que la afirmación de la voluntad del individuo, puede ahora surgir una nueva esperanza (p. 200).

En la tetradimensionalidad disminuye la necesidad del uso de la identificación proyectiva, siendo posible la nueva esperanza a la cual se refiere Meltzer, el mecanismo de identificación introyectiva, descrito por Freud (1923) en “El yo y el ello”. Se trata de un mecanismo muy diferente a las identificaciones narcisistas (identificación adhesiva, identificación proyectiva) y también es un tema mucho menos estudiado en comparación con la identificación proyectiva. Llama la atención que ni en el diccionario de Laplanche y Pontalis (1996) ni en el diccionario kleiniano de Hinshelwood (1989) se define este término tan importante. La identificación introyectiva tiene como condición el renunciamiento a la omnipotencia, el cual nunca se da por completo. Mediante este tipo

de identificación el *self* podrá aprender a enriquecerse de los vínculos con otros objetos, sin tratar a las introyecciones de manera intrusiva y paranoide.

Dada la nueva capacidad del *self* para contenerse, se está también capacitado para organizar su espacio interno en función a la estructura del espacio interno del objeto. De esta manera se posibilita la incorporación de los contenidos mentales de otros objetos ajenos al *self*, además del pensamiento experimental. Es aquí donde se puede pensar sobre el propio pensamiento y por medio de la identificación introyectiva, enriquecerse con el pensamiento de los demás (Bion, 1962a). Se pasa de una relación narcisista (unidimensionalidad, bidimensionalidad, tridimensionalidad) a una relación objetal (tetradimensionalidad), lográndose también el desarrollo de una identidad auténtica, diferenciada, coherente y sólida.

1.2. El funcionamiento bidimensional: Reminiscencias de la etapa autística

Aunque el modelo geográfico de la mente propuesto por Meltzer (1975b) incluye cuatro diferentes tipos de dimensionalidad en los que puede operar la mente, el presente trabajo pretende ahondar en el tema de la bidimensionalidad, sus características, mecanismos y diferentes patologías que operan dentro de este funcionamiento.

Meltzer fue quien propuso el funcionamiento bidimensional, pero no es el único que ha hecho aportes al respecto, ya que autores como Bick (1968) y Tustin (1978) han abonado al tema desde el estudio de la patología autista. Más recientemente, Thomas Ogden (1979) ha integrado las ideas de estos autores al proponer el término de la posición autística-contigua, en consonancia con la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva de Melanie Klein.

Dentro de la bidimensionalidad el *self* funciona como una superficie con habilidades sensitivas, las cuales pueden hacer que la persona funcione de una manera sorpresivamente inteligente en cuanto a la percepción de los objetos y de las cualidades superficiales de los demás. Sin embargo, en estas personalidades se observa una empobrecida imaginación, ya que se carece de habilidades para construir

dentro del propio pensamiento, objetos o situaciones diferentes a los hechos experimentados de manera concreta. En términos de Bion (citado en Meltzer, 1975b) el *self* no cuenta aún con la habilidad para distinguir entre un objeto bueno ausente y la presencia de un objeto ausente persecutorio. Estas grandes limitaciones en el pensamiento y la fantasía se deben a la carencia de un espacio interno dentro del *self*, en el cual se pudiera tener a la fantasía como un pensamiento de ensayo experimental.

Además, el *self* que se encuentra inmerso en la bidimensionalidad queda también incapacitado para utilizar la memoria, la previsión y el deseo propio. El pensamiento que conciba tanto el pasado como el futuro está afectado, siendo muy difícil reconstruir vivencias pasadas de manera segura y certera o planear posibilidades en el futuro con cierto grado de convicción.

La relación con el tiempo dentro de esta organización es particularmente importante, tal como Meltzer (1975b) menciona:

Su relación con el tiempo será esencialmente circular, pues sería incapaz de concebir cambios perdurables y, por lo tanto, de concebir su desarrollo o su cesación. Las circunstancias que amenazan esta inmutabilidad tenderán a vivenciarse como una ruptura de las superficies: rajar, desgarrar, supuración, disolución, liquenificación o desensibilización ictiótica, entumecimiento congelante (*freezing numbness*) o una sensación difusa, sin sentido y por ende atormentadora, como de picazón (p. 199).

La falta de profundidad no sólo se da en el propio *self*, sino también en la concepción que se tiene de los otros objetos, siendo imposible la concepción de la fantasía también dentro de los otros, lo cual restringe la posibilidad de intercambio y enriquecimiento social con otros objetos. Es así como las experiencias dentro de la bidimensionalidad quedan limitadas a su conexión con sus cualidades superficiales del mundo externo, no pudiendo contener o albergar las experiencias como registros mentales que se puedan utilizar después para el pensamiento. De acuerdo con Grotstein (1975) este tipo de funcionamiento se puede observar en la apatía de los

pacientes depresivos o en el aplanamiento afectivo de los esquizofrénicos, siendo pacientes que carecen de una profundidad en la personalidad y tampoco perciben profundidad en sus relaciones con los demás ni con el mundo.

El mecanismo que rige la bidimensionalidad es la identificación adhesiva. Aparentemente, el sujeto siente, piensa y actúa como una persona de funcionamiento superior, sin embargo funciona solamente mediante una fachada, al imitar, adherirse y calcar características del mundo interno. Detrás de esa fachada hay un mundo vacío y ausente. Es aquí donde entran las características esquizoides de la bidimensionalidad, ya que la persona intenta, por medio de la identificación adhesiva, pegarse a un objeto externo para adquirir una aparente identidad con la que pueda funcionar y contactar con los demás.

1.3. La identificación adhesiva como defensa ante la angustia de desintegración.

El concepto de identificación adhesiva fue descrito primero por Bick (1968) y posteriormente fue desarrollado por Meltzer (1975a, 1975b) y por Tustin (1978,1990). Las puntualizaciones que hicieron serán descritas a lo largo de este apartado. Estos tres autores elaboraron sus conceptualizaciones gracias al método psicoanalítico de observación de bebés y de niños pequeños, en especial aquellos con patologías autistas.

En su artículo pionero sobre “La función de la piel en las relaciones de objeto tempranas” (1968), Bick alude a un tipo de identificación narcisista más temprano y más primitivo que la identificación proyectiva descrito por Klein (1946). Hablar de identificación adhesiva es hablar de fallas en la constitución de la función psíquica de la piel. Por medio de una apegada observación, Bick (1968) se dio cuenta de que ciertos bebés experimentaban la ausencia de límites o fronteras suficientemente fuertes para sostener sus propios contenidos mentales, los cuales aún no se han diferenciado de las partes del cuerpo, ya que como menciona Freud (1923), el yo primitivo es antes que nada un yo corporal. Bick (1968) propuso entonces el término de “piel psíquica”

(*psychic skin*) similar al término de fronteras del yo, aunque con una denotación más primitiva, ya que hace referencia al yo corporal. Describió a la “piel psíquica” como una función, como una proyección hacia la piel del cuerpo cuya función contenedora es “inicialmente dependiente de la introyección de un objeto externo, experimentado con una capacidad de lograr esta función” (p. 484). Además, puntualiza que la identificación con esta función de la piel psíquica podrá integrar a la mente para dar lugar a fantasías de espacio interno y externo. Esta fantasía que permite la concepción de un espacio es la base esencial para que se lleve a cabo la escisión normal en el desarrollo, que permitiría una idealización del *self* y del objeto descrita por Klein (1946). Sobre esto, Bick (1968) menciona: “hasta que se introyecten las funciones contenedoras del objeto, la concepción de un espacio dentro del *self* no puede emerger, ni tampoco la construcción de un objeto interno contenedor” (p. 484).

Siguiendo una concepción de un funcionamiento bidimensional debido a la deficiencia de un espacio interno, Bick (1968) hace una diferenciación crucial entre un estado de desintegración y un estado de escisión del yo. El primero corresponde a un estado de pasividad, indefensión y dependencia total, en el cual se experimenta una angustia de aniquilación. Mientras tanto, el segundo es un estado más activo en el que se llevan a cabo maniobras defensivas basadas en la escisión con el objetivo de sobrevivir; a este segundo estado corresponden las angustias persecutorias y depresivas anteriormente descritas por Klein (1946). Bick (1968) menciona al respecto:

La necesidad de un objeto contenedor en el estado de desintegración del bebé produce una búsqueda frenética por un objeto - una luz, una voz, un aroma o cualquier otro objeto sensual - que pueda sostener la atención y por lo tanto ser experimentado, al menos momentáneamente, como un sostén de las partes desintegradas de la personalidad. El objeto óptimo para lograr esto es el pezón en la boca, junto con el *holding*, la voz y el olor de la madre que serán experimentados concretamente como una piel (...) Conflictos en la formación de la función de la piel psíquica pueden llevar a la formación

de una “segunda piel” por medio de la cual la dependencia al objeto es reemplazada por una pseudo-independencia (p. 484).

Es justamente dentro de la formación de la segunda piel donde se inserta el mecanismo de identificación adhesiva. En un trabajo posterior Bick (1986) menciona que este tipo de mecanismo defensivo puede perdurar en una personalidad madura, siendo la identificación adhesiva un mecanismo “no mental” construido para proteger al yo de la catastrófica angustia de desintegración, correspondiente a la sensación de caer en un espacio sin forma.

Dentro de la escuela francesa hay consonancia con los aportes que hizo Bick. Anzieu (1989) y otros psicoanalistas independientes a la Escuela Inglesa han delineado toda una categoría de fenómenos correspondientes a la segunda piel. Han usado el término de “envolturas psíquicas” para hablar sobre aquellas protecciones encapsuladoras que se pueden construir por medio de sensaciones auditivas, gustativas, kinestésicas, visuales y olfatorias, además de afectos.

Con respecto a la función de la piel en el psiquismo es interesante mencionar que Winnicott (1960) precedió a Bick en remarcar el papel de la piel en las funciones de objeto tempranas. Winnicott (1960) remarcó que hay una parte del desarrollo que denomina la etapa del *holding*, considerada una fase de absoluta dependencia en donde se establece la “existencia psicósomática” del bebé. Dentro de su teoría del desarrollo de la mente, propuso además que de darse una deficiencia en un “maternaje suficientemente bueno” o en el más temprano ambiente de *holding*, el bebé estará sujeto a una sensación crónica de desconexión, caracterizada por “ansiedades impensables” (*unthinkable anxieties*) que se asocian con un estado de desintegración. Estas “ansiedades impensables” a las que se refiere Winnicott (1962) se refieren a lo que él enumera como “1. deshacerse en pedazos, 2. caer por siempre en un precipicio, 3. no tener ninguna relación con el propio cuerpo, 4. no tener ninguna orientación en el espacio” (p. 58). A estas angustias relacionadas con la identificación adhesiva se puede sumar el miedo a la disolución o licuefacción (Tustin, 1978) y el miedo a evaporarse (Mitrani, 1994).

Mitrani (1994) menciona que las descripciones de la angustia de desintegración que hacen Winnicott, Bick y Tustin corresponden a una etapa natural dentro del desarrollo temprano que antecede la introducción de la función alfa de la madre en los elementos beta del bebé. Esta etapa corresponde a cuando la “piel psíquica” que menciona Bick (1968) no se ha consolidado o está en proceso de consolidarse. En este contexto, la desintegración se puede pensar como un estado primario normal que sólo es experimentado, temido y evadido cuando el mínimo soporte del objeto externo está ausente. Es por tanto una etapa de la experiencia humana que se da en el desarrollo normal de la mente.

Ogden (1989) con el objetivo de integrar las ideas de Bick y Meltzer a las teorías del desarrollo y en consonancia con la idea de las posiciones de Klein, propuso la existencia de una posición anterior a las posiciones esquizo-paranoide y depresiva; la denominó la “posición autística-contigua” (*autistic-contiguous position*). Dentro de esta posición existe un tipo de angustia que se presenta con determinados mecanismos defensivos, como la identificación adhesiva. La experiencia mental dentro de esta posición coincide con la bidimensionalidad, tratándose de un conjunto de sensaciones carentes de simbolismo que se adhieren al *self* formando una especie de cubierta que genera la sensación de una capa defensiva que protege contra la angustia de desintegración.

En relación a la angustia de desintegración vale la pena mencionar lo que Meltzer (1975a, 1975b) denomina como “desmantelamiento” (*dismantling*) del yo, describiéndolo como una escisión o fragmentación del aparato sensorial y consecuentemente de las experiencias con los objetos. Dentro de este desmantelamiento se da lo que denomina el “reverso de la función alfa” (*reversal of the alpha function*), asumiendo que los pensamientos que ya estaban contenidos en el espacio interno son despojados del sentido que ya tenían. Desde este punto de vista, Meltzer (1975a, 1975b), seguido por Ogden (1979), sugieren que los rasgos autistas en la personalidad se relacionan con una regresión destructiva y con un colapso de las funciones mentales que ya se habían consolidado. Por lo tanto, la desintegración se puede considerar una etapa muy primitiva del desarrollo normal de la mente, mientras

que el desmantelamiento es una angustia que viene *a posteriori* y que puede ocasionar la pérdida de las funciones mentales que ya se habían adquirido.

Además, Meltzer (1975a) se dio cuenta de que a estos pacientes de pronto no les era posible hacer varias cosas, entraban en un estado de congelamiento en el que sólo se sentaban y se quedaban mirando fijamente al analista. No es que estuvieran teniendo un ataque de pánico, simplemente quedaban mudos, paralizados, confundidos y sin saber qué hacer. Además, en ellos son característicos los sueños con algún tipo de desintegración, con algo que no se contiene o algo que no mantiene sus partes unidas. Como ejemplos de estos sueños, Meltzer (1975a) menciona reporta imágenes oníricas de caída de dientes, un costal de papas que se rompe y que deja salir todo su contenido, o caída de extremidades, casi siempre sin dolor.

Habiendo delineado la descripción del tipo de angustia a la que responde la identificación adhesiva, así como el papel de la piel en la consolidación de las fronteras del yo, es posible ahondar en los importantes aportes que hace Meltzer (1975a) sobre la identificación adhesiva. Basándose en el trabajo que hizo con niños autistas, describió el fenómeno de identificación adhesiva con cuatro características principales: 1. dependencia, 2. separación-colapso, 3. vacío en la cabeza (*empty-headedness*) y 4. caricatura. Ilustra estas características con diversas comparaciones entre la dinámica de la identificación adhesiva y la identificación proyectiva.

Sobre la dependencia, la persona identificada adhesivamente produce siempre un tipo de dependencia con características sensoriales en el objeto al cual se adhiere, ya que no se reconoce la existencia separada de ese objeto. Esto es diferente a quien se identifica proyectivamente, ya que en ese caso se tiende a dar lugar a la ilusión de independencia al haber siquiera un espacio en el que se pueden proyectar los contenidos.

La segunda característica es la de separación-colapso. Meltzer (1975a) menciona:

Mientras el niño en identificación proyectiva experimenta el rechazo de su tiranía como una amenaza a su omnipotencia y duplica sus

esfuerzos, un rechazo similar en el caso de la identificación adhesiva produce colapso, como si el niño se sintiera arrancado y arrojado por el objeto (...) Por tanto, para el niño identificado adhesivamente la negativa por parte del objeto a ser controlado y su desaparición son prácticamente indiferenciables, mientras que el niño en identificación proyectiva puede evitar totalmente la experiencia de separación al volver a invadir su objeto interno en ausencia del objeto externo (p. 202).

Como se aprecia, en ambas identificaciones hay un temor a la separación del objeto, sin embargo en la identificación adhesiva, gracias a sus características tan pegajosas y pasivas, no parece ser tan tiránica ni tan necesitada como la identificación proyectiva. Pero para Meltzer (1975b) esta es una paradoja y a la vez un engaño, ya que el colapso después de la separación del objeto suele ser más grave en la identificación adhesiva, en especial cuando no se previene a la persona de la inminente separación.

La tercera característica de la identificación adhesiva es el “vacío en la cabeza” (*empty-headedness*), Meltzer menciona que la capacidad de *insight* parece estar ausente en este tipo de identificación, siendo frecuente que la inteligencia de la persona sea sobreestimada. Esto se debe a que el proceso de identificación adhesiva se basa más en la “mímica de la apariencia y la conducta superficial del objeto que en sus estados o atributos mentales, de modo que muy frecuentemente parecen ser un poco cabezas huecas, como uno puede ver en atletas, artistas, bailarines, actores y modelos” (Meltzer, 1975a, p. 203).

Los rasgos caricaturescos comprenden la cuarta característica que Meltzer ofrece sobre la identificación adhesiva. En el caso de la identificación proyectiva, los pacientes tienden a representar al mundo externo como una caricatura hostil de sus objetos internos, además de que en la transferencia tienden a causar enojo debido a lo tiránico del mecanismo y a la omnipotencia. En contraste, en la identificación adhesiva la caricatura no es hostil, sino imitativa, utilizando la mímica de una manera no inteligente para imitar a su objeto interno o externo.

Posteriormente Tustin (1978, 1990) dedicó gran parte de su obra al estudio de los fenómenos autistas, siendo una autora obligada en este campo. Sus aportaciones sirven en gran medida para delimitar hasta dónde llegan los fenómenos adhesivos puramente autistas y dónde comienzan los que personalidades más avanzadas suelen utilizar. Para esto, Tustin (1978) propuso el término de “ecuación adhesiva” (*adhesive equation*) en lugar de la identificación adhesiva propuesta por Bick (1968) y desarrollada por Meltzer (1975a, 1975b). La ecuación adhesiva es un término que Tustin creyó más específico para comprender los procesos que se dan de manera única en las encapsulaciones autistas. Le quitó el término de identificación porque según su razonamiento, sin la noción de un espacio intrapsíquico no puede haber en realidad una relación con el objeto, y sin esta relación no se puede poner en marcha un proceso de identificación. Puntualiza además que la “ecuación adhesiva” sirve para establecer una sensación de existencia en el yo, mientras que la identificación adhesiva se utiliza para obtener una sensación de la superficie del propio *self* y del objeto. “En la ecuación adhesiva el individuo se siente igual al objeto (no hay espacio entre ellos) mientras que en la identificación adhesiva el sujeto se siente similar al objeto (sí hay espacio entre ellos)” (Tustin citada en Mitrani, 1994, p. 355).

Aunado a las clarificaciones que hace Tustin sobre los fenómenos adhesivos y a pesar de que la identificación adhesiva es un fenómeno que primero fue descrito a la luz de las patologías autistas, cabe mencionar que para autores como Meltzer (1975a), Tustin (1978) y Ogden (1979) es un mecanismo que se puede usar también dentro de la neurosis. Tal como menciona Meltzer, hay casos en los que “la bidimensionalidad no es un fracaso primario del desarrollo, sino que fue instrumentada regresivamente en la infancia como una organización defensiva ante el complejo de Edipo genital y reforzada en la tardía adolescencia frente a la posible muerte de alguno de los padres” (1975b, p. 208). Es con estas aportaciones que Meltzer (1975a), al concluir su célebre artículo sobre la identificación adhesiva se pregunta si este mecanismo podría ser en ocasiones un problema secundario, en vez de primario; existiendo profundidad detrás de una superficialidad aparente.

2. Las funciones elementales del vínculo primario

Durante este apartado se pretenden explicar dos principales teorías concernientes a los prerequisites necesarios para el crecimiento mental y para la formación de un espacio interno lo suficientemente fuerte como para contener una personalidad y una identidad integradas. Se ahondará en las condiciones necesarias para la creación de una experiencia tridimensional y tetradimensional, descritas en el apartado anterior. Estas funciones corresponden al vínculo con el primero objeto, que casi siempre es la madre, llevándose a cabo durante los primeros meses de vida.

Se revisará por un lado el amplio concepto de *holding* propuesto por Winnicott (1956) y por otro lado el concepto de “continente-contenido” de Bion (1962a, 1962b). Ambos conceptos tienen que ver con el desarrollo de una subjetividad y de una identidad, por lo que es frecuente que se confundan, sin embargo se refieren a funciones diferentes. Aunque sean diferentes, estos conceptos no se oponen entre sí, sino que se unen como dos puntos de un posible análisis del inicio de la experiencia emocional.

Antes de ingresar a los temas de *holding* y continente-contenido, resulta interesante abordar algunas hipótesis sobre la actividad mental antes del nacimiento, dichas hipótesis implicarían que las características de la vida psíquica estarían en parte determinadas por aspectos que preceden al nacimiento. En sus investigaciones perinatales, Mancía (1981) integró datos empíricos sobre funciones motoras, sensoriales y la aparición del sueño MOR (Movimientos Oculares Rápidos) en fetos entre 28 y 30 semanas de gestación. Interpretó la presencia del sueño MOR como indicación de un funcionamiento “protomental” de características puramente instintuales. Aunque la naturaleza de este tipo de datos se podría considerar fuera del marco psicoanalítico, Mancía (1981) retomó las teorías de Bick y Bion para elaborar una hipótesis sobre los resultados de sus investigaciones. Consideró al útero como el “ambiente original de holding” (*original holding environment*), una envoltura originaria cuyas perturbaciones tenían efectos en la actividad cerebral del feto. Dentro de sus principales hallazgos, reportó que cuando se perturbaba fuertemente el ambiente que

rodeaba a la madre (ya sea por causas emocionales o físicas), el sueño MOR en el feto disminuía y la actividad motora se incrementaba. Mancina (1981) relacionó estos resultados como “una indicación de la evacuación de elementos beta en lugar de una transformación en elementos alfa” (p. 355).

Estas interesantes hipótesis profundizan y amplían el entendimiento de las primeras experiencias psíquicas, especialmente en relación a las características emocionales del embarazo, al considerarlo el ambiente de contención más temprano.

2.1. El *holding* como soporte de la experiencia emocional

El término de *holding* que introdujo Winnicott (1956) evoca frecuentemente a la clásica imagen de una madre que carga de manera firme, tierna y amorosa a su bebé. Y cuando el bebé se frustra, lo arrulla o lo acurruca en su pecho. Este referente físico es correcto para ilustrar cómo se lleva a cabo físicamente el concepto, sin embargo lo que interesa al psicoanálisis es el correlato interno y psicológico de lo que representa esa acción para el desarrollo interno del bebé. Tal como indica Ogden (2004): “El *holding* para Winnicott es un concepto ontológico que usa para explorar las cualidades específicas de la experiencia de estar vivo y sentirse vivo en diferentes etapas del desarrollo, así como para explorar los cambios intrapsíquicos e interpersonales sustentados por esa experiencia de estar vivo que se sostiene a través del tiempo” (p. 1350).

Para Winnicott (1956) la experiencia más temprana de sentirse vivo se da bajo un contexto de *holding*. El contexto de *holding* más temprano es para él una situación “infinitamente expuesta que nunca más se repetirá” (p. 148). En la explicación de este concepto utiliza la frase *going on being*, una frase con puros verbos, carente de sujeto, en la que trata de plasmar la idea de un movimiento de la experiencia de estar vivo en un proceso de subjetivación. Al estado en el que se encuentra la madre durante la primera experiencia de *holding* temprano lo denomina “preocupación maternal primaria” (*primary maternal preoccupation*) y lo describe paradójicamente como un estado

ausente de sujeto. Menciona que esto debe de ser así porque la presencia de la madre como un sujeto puede coartar el delicado proceso del bebé en ese proceso de *going on being*. Winnicott (1956) incluso plantea que en ese estado de preocupación maternal primaria no hay una madre, sino que “la madre toma el lugar del propio bebé” (1956, p.304) y al hacerlo, la madre se suprime a sí misma no sólo mientras el bebé la experimenta, sino también mientras ella se experimenta a sí misma.

Este estado psicológico para Winnicott (1960, 1971) es casi como una enfermedad dentro de la normalidad, ya que tal como menciona: “la madre tiene que estar sana para desarrollar este intenso estado mental y para recuperarse de él cuando el bebé la libere” (p. 302). Es tal el estado mental necesario en la madre, que a consideración de Winnicott, incluso se arriesga a una psicosis. Además, este estado es necesario para que el desarrollo del bebé se comience a desenvolver y para que pueda experimentar e identificar sus propias reacciones espontáneas, tales como movimientos o sensaciones. Esto es crucial para que después la persona se pueda apropiarse de estas reacciones auténticas como parte de un verdadero *self*.

El proceso de *holding* se puede ejemplificar e incluso sentir durante el proceso de tratamiento psicoanalítico, ya que el analista se “presta” (tanto mentalmente como en presencia física) mostrándose receptivo de las necesidades del paciente y por unos momentos, tal como lo hace la madre durante el *holding* más temprano, anulando su propia existencia, para dar lugar a la existencia del paciente. Esta experiencia, según Ogden (2004) tiende a ser una experiencia incluso de sensaciones físicas para el analista y llena de experiencias psicológicas para el paciente.

Mientras el bebé crece, el *holding* va cambiando en cuanto a su función. Pasa de proteger ese proceso de *going on being* a salvaguardar y sostener un espacio o un “lugar” interno donde el bebé pueda integrar su personalidad. Este espacio interno lo ilustra Winnicott (1971) con la técnica psicoanalítica, por ejemplo, cuando el paciente cuenta con lujo de detalle todo lo que hizo en el fin de semana, y se siente satisfecho cuando ha contado absolutamente todas sus actividades. Winnicott interpreta esto como una necesidad del paciente de ser conocido en todos los aspectos por su analista y aunque la interpretación no sea comunicada verbalmente, el analista provee ese

espacio y ese ambiente en el que puede tolerar al paciente sin entrometerse en su proceso, permitiéndole integrar su propia personalidad. Es un proceso que implica una experiencia emocional y psicológica, pero también física ya que se da en presencia del analista, en el ambiente determinado de su consultorio y todo lo que acarrea esa experiencia.

Además del *holding*, Winnicott (1971) propuso otro término de primera importancia en el desarrollo de la personalidad, los llamados “fenómenos transicionales”. Dentro del desarrollo, específicamente entre los 4 y 12 meses, surge el objeto transicional como un fenómeno normal que permite al niño efectuar la transición entre la primera relación oral con la madre y la verdadera relación de objeto (Winnicott, 1971). El niño se aferra y aficiona a un objeto en particular, que suele ser una cobija, un juguete o un peluche, el cual lo mantiene cerca de su cuerpo y se vuelve indispensable para calmarse y dormirse. Al mismo tiempo se pueden dar ciertos gestos, contactos y sonidos bucales que llamó “fenómenos transicionales”. Con estos fenómenos surge lo que Winnicott llama la “primera posesión no-yo”, encontrándose el objeto transicional en un espacio intermedio entre lo subjetivo y lo objetivo. Indica que aunque para la perspectiva de los adultos puede parecer que el objeto transicional proviene del mundo externo, desde la perspectiva del niño el objeto viene del interior, pero tampoco se trata de una alucinación.

El objeto y el espacio transicional representan para Winnicott algo básico en la experiencia humana que siempre tendrá importancia en el campo de la existencia ya que este campo intermedio de experiencia, del no necesitar justificar la pertenencia a la realidad interior ni a la realidad exterior (y compartida), constituye la parte más importante de la experiencia del niño. Se prolongará a lo largo de toda la vida, en la experiencia intensa que corresponde a la esfera de las artes, de la religión, de la vida imaginativa, de la creación científica.

El desarrollo adecuado de los fenómenos transicionales así como la capacidad para estar solo, se pueden pensar como consecuencias y facetas de un proceso de internalización del *holding* como una función que fue primariamente de la madre. Es así

como el *holding* se engarza con los fenómenos transicionales, siendo ambos la raíz del pensamiento simbólico.

Cuando el estado mental del niño es tal que le impide tolerar el miedo a estar en la ausencia de su madre, ya sea por experiencias traumáticas o por fallas en el *holding*, se frustra ese proceso transicional de creación-descubrimiento de sus objetos internos. Al suceder esto Winnicott (1956) indica que los fenómenos transicionales son reemplazados por la fantasía omnipotente, la cual impide el desarrollo de la simbolización además de la capacidad de reconocer, enriquecerse y hacer uso de los objetos externos.

Otro gran aporte que hizo Winnicott (1956) fue sobre la “capacidad de estar solo”, la cual está estrechamente relacionada con el desarrollo de los espacios transicionales. Como una condición para desarrollar esta capacidad se encuentra la internalización de ese ambiente de *holding* que la madre proveyó al principio del desarrollo. La experiencia fundamental para la capacidad de estar solo es aquella en la que el niño puede estar solo en presencia de la madre. Este proceso no se debe confundir con el logro de la constancia o permanencia objetal. Todos estos procesos intervienen en la formación estable de una representación interna de la madre como un objeto que sostiene la existencia. Además, al hablar sobre la capacidad de estar solo, Winnicott hace referencia a un proceso aún más sutil: el paso de la función de *holding* materno a la experiencia y capacidad de que el propio niño tome las riendas de la creación de los contenidos de su mente.

Otro aspecto funcional del *holding* es que funge como precursor del paso de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva. Para Winnicott (1956) la posición depresiva implica el sostenimiento (*holding*) de uno mismo en una situación emocional que dure un tiempo determinado. Ya que el niño ha alcanzado ese “estado de unidad” (*unit status*) está equipado con un espacio interno y uno externo. Sin embargo, aunque ya se cuente con estos importantes espacios de funcionamiento psíquico, en la posición depresiva surgen angustias que requieren de un *holding* con nuevas características. Como ejemplo de esto se puede recurrir al proceso de alimentación durante la posición depresiva, en el cual el bebé siente que está destruyendo o

lastimando al pecho, haciéndole agujeros (aquí ya se observaría el inicio de un funcionamiento tridimensional descrito en el apartado anterior). Se podría decir que esta destrucción del pecho es en parte real, especialmente por el daño al cuerpo materno durante el embarazo, parto y lactancia. Winnicott (1956) menciona que el *holding* en esta etapa se da mediante la alimentación y el proceso digestivo, ya que durante la experiencia de digestión el bebé puede elaborar la idea de reconocer la consecuencia (o daño) en el cuerpo de la madre que toma la lactancia en beneficio de su alimentación y desarrollo, tanto físico como psicológico.

El *holding* en la posición depresiva incluye también el reconocimiento por parte de la madre de la existencia del bebé como un ser en formación, separado de su propia existencia. La madre tiene que estar dispuesta a tolerar esta separación de su bebé y a poder lidiar con el cambio y evolución de una relación que era más simbiótica. Poco a poco, la madre ya no representa todo el mundo del bebé y esto se acompaña de mucho dolor, además de mucho alivio, como consecuencia de esa relación simbiótica perdida. La relación emocional en sí es destructiva además de creativa, ya que el bebé se arriesga a destruir a la madre, al hacerle agujeros dentro de su fantasía, mientras la agrede y se alimenta. Mientras tanto, el bebé toma de ella lo que necesita para eventualmente poder alimentarse a sí mismo y emerger como una persona separada.

Durante este proceso el bebé se va convirtiendo en un sujeto diferenciado de la madre y va reconociendo también la otredad del tiempo como algo a lo que se está siempre sujeto. La omnipotencia va disminuyendo al reconocer que no puede controlar a los demás para que se muevan como él quiere, ni tampoco puede adelantar el tiempo para no tener que esperar lo que desea. El *holding* en la posición depresiva tal como lo describe Winnicott, sostiene una forma de experiencia correspondiente a estar constantemente transformándose, una experiencia de seguir existiendo de manera segura aún con el reconocimiento del flujo del tiempo.

2.2. La importancia de la función continente en etapas tempranas

Al igual que el concepto de *holding* en la obra de Winnicott, la aportación de Bion (1962a) sobre la función “continente-contenido” es uno de los aportes más grandes al psicoanálisis. La idea de continente-contenido se refiere no a lo que pensamos, sino a cómo pensamos; es decir, cómo procesamos la experiencia emocional y qué ocurre internamente cuando no podemos aprender de ella (Ogden, 2004).

Para explicar a fondo el concepto de continente-contenido tal como Bion lo describió a lo largo de su intrincada obra, es preciso abordar algunos conceptos clave en su manera de comprender la mente. De acuerdo con Ogden (2004) el concepto de continente-contenido comenzó a formarse cuando Bion (1962a) comenzó a teorizar sobre la “función psicoanalítica de la personalidad” (*psycho-analytic function of the personality*). Con la introducción de este término, Bion considera que la personalidad está constitutivamente equipada con el potencial de desarrollar una serie de operaciones mentales que le permitirán a la persona tener procesos de pensamiento consciente e inconsciente en relación a la experiencia emocional. Dicho proceso implicaría un crecimiento del aparato psíquico, para el cual son necesarios los procesos experienciales desde un punto de vista consciente e inconsciente.

Para Bion (1962b) la más clara manifestación de esta función psicoanalítica de la personalidad es la experiencia de soñar, la cual implica un funcionamiento mental que incluye un intercambio de aspectos preconcientes que puján para surgir en la consciencia. Esto lo puede hacer cualquier persona que haya logrado una diferenciación entre el consciente y el inconsciente (represión primaria), independientemente de las circunstancias buenas o malas que haya tenido su vida.

Justamente el soñar es un proceso que ayuda a ubicar adecuadamente el concepto de continente-contenido. Para Bion (1962a, 1962b) el sueño no es algo que solamente se da cuando estamos dormidos, es un proceso que opera incluso cuando estamos despiertos. Los pensamientos oníricos son pensamientos inconscientes que se generan en respuesta a las experiencias emocionales que vive la persona, y son estas experiencias las que constituyen el motor del trabajo inconsciente de pensamiento. De acuerdo con Ogden (2004) el concepto de Bion (1962a) sobre la experiencia de soñar es lo opuesto a lo que Freud (1900) describió como el “trabajo del

sueño”. Con este término, Freud (1900) se refirió a una serie de mecanismos mentales que sirven para disfrazar elementos inconscientes, tales como la condensación y el desplazamiento. Estos mecanismos forman parte de lo que Freud (1895, 1900) describió como el proceso primario, el cual se da de manera similar en los síntomas neuróticos. Agrega que estos aspectos inconscientes estarán disponibles a la consciencia sólo mediante el proceso secundario de pensamiento.

En contraste a estas ideas, para Bion (1962a) el trabajo del sueño consiste en una serie de operaciones mentales que permiten que las experiencias vividas de manera consciente se puedan alterar de tal manera que se vuelvan disponibles para el trabajo de pensamiento inconsciente, el cual sería soñar. A manera de condensación, para Freud (1900) el trabajo del sueño permite que las derivaciones inconscientes del sueño se vuelvan en parte conscientes; mientras que para Bion (1962a) la experiencia de soñar permite que las experiencias vividas conscientemente se puedan convertir después inconscientes y por lo tanto disponibles para que la parte inconsciente de la mente pueda trabajar sobre ellas generando pensamientos oníricos y soñando dichos pensamientos. Para Bion, la mente en un estado sano debe de funcionar dinámicamente con frecuentes intercambios entre la parte consciente y la parte inconsciente, siendo la psique como un motor en constante funcionamiento.

Habiendo explicado a grandes rasgos el proceso del soñar de acuerdo a las ideas de Bion, se puede construir una definición tentativa de “continente”. El continente no es en sí una cosa que existe dentro de la mente, sino un proceso que implica la capacidad de que tres diferentes tipos de pensamiento funcionen en concordancia y en constante comunicación. Estos tres procesos serían: 1. pensamiento inconsciente característico de los sueños, 2. pensamiento preconsciente parecido al sueño, correspondiente al *rêverie* y 3. pensamiento consciente, característico del proceso secundario (Bion, 1962a, 1962b; Ogden, 2004; Dorado, 2010).

Bion (1962a) considera dentro de la función continente la habilidad de soñar, correspondiente a la parte inconsciente de la mente, como un proceso de primera importancia para el cambio intrapsíquico y el crecimiento mental. Además, Bion (1962a) pide que los analistas no tengan prejuicios a favor de alguno de los tres tipos de

pensamiento. Considera que es común que se sobrevalore el pensamiento consciente, pero los otros dos son igual de importantes.

Con respecto al “contenido”, al igual que el continente, no es una cosa estática sino un proceso que en la salud está en constante expansión, cambio y crecimiento. El término contenido “se refiere a los pensamientos (en el sentido más amplio de la palabra) y a los sentimientos que están en proceso de ser derivados de la propia experiencia emocional vivida” (Ogden, 2004, p. 1356). Aunque los pensamientos y sentimientos conscientes y preconscientes forman parte del “contenido”, la noción del término de Bion hace énfasis en los pensamientos inconscientes.

Es preciso también ahondar en los tipos de pensamientos involucrados en la metapsicología de Bion. Para este autor, los pensamientos más elementales y constitutivos del contenido son las impresiones sensoriales puras derivadas de la experiencia emocional. Estas impresiones puramente sensitivas las denominó “elementos beta”, describiéndolas también como “cosas en sí mismas” en el sentido en que Kant las describió filosóficamente. Los elementos beta pueden corresponder a las “representaciones cosa” descritas por Freud (1895). Laplanche y Pontalis (1996) puntualizan sobre las representaciones cosa:

La representación de cosa consiste en una catexis, si no de imágenes mnémicas directas de la cosa, por lo menos de huellas mnémicas más alejadas, derivadas de aquéllas (...) La representación consciente engloba la representación de cosa más la representación de palabra correspondiente, mientras que la representación inconsciente es la representación de cosa sola (p. 369).

Aunque los elementos beta coinciden con las características de las representaciones cosa, para Bion los elementos beta consisten en un tipo especial de pensamiento. Para clarificar la descripción de los elementos beta, Ogden (2004) recurre al verso de un poema de Edgar Allan Poe (1848, p. 161) que dice: “Pensamientos no pensados que son el alma del pensamiento” (*Unthought-like thoughts that are the souls of thought*).

Los elementos beta corresponden a pensamientos básicos que no se han podido ligar unos con otros; su única conexión es de tipo sensorial en contacto con la realidad externa. Estos “pensamientos no pensados” se pueden transformar por medio de la “función alfa” en “elementos alfa”, los cuales ya están conectados con otros pensamientos y se pueden representar por medio de los sueños, el lenguaje, el pensamiento o la memoria. La función alfa se puede comprender mejor mediante el proceso de *rêverie*.

El término *rêverie* fue adoptado por Bion (1962a) para referirse a un estado de la mente que el bebé requiere de su madre. Es una palabra francesa cuyo significado en español es “fantasía o ensueño”. Dicho estado mental en la madre debe de caracterizarse por una gran calma y receptividad para poder recibir los sentimientos y angustias del bebé y poder darles un significado. La relación madre-hijo que Bion describió se basa en la revisión que hizo del mecanismo de identificación proyectiva propuesto por Klein (1946). El bebé proyecta adentro de la madre las experiencias emocionales que no puede procesar él solo, dado lo rudimentario de su capacidad de utilizar la función alfa. La idea es que mediante la identificación proyectiva, el niño pueda inducir en la madre estados de intensa angustia y miedo que por el momento está incapacitado para tolerar.

El *rêverie* de la madre es un proceso mediante el cual dará sentido a estas angustias, lográndose la función alfa. Al recibir esos contenidos mentales del bebé y al regresárselos de una manera más significativa y simbolizada por medio de la introyección, la madre funciona como un continente. La madre hace el trabajo inconsciente del bebé ya que de alguna manera “sueña” por medio del *rêverie* las angustias proyectadas por el bebé, y se las puede devolver de tal manera que el propio bebé las pueda usar en soñar sobre su propia experiencia. Después, el bebé podrá desarrollar esta capacidad, hacerla suya y utilizarla en sus propios estados mentales (Bion, 1962a, 1962b; Dorado, 2010; Bott, Milton, Garvey, Couve y Steiner, 2011).

Cuando por alguna razón la madre es incapaz de esta función de *rêverie*, estando poco disponible para recibir y procesar esas proyecciones, el bebé no podrá recibir un significado de su parte. En lugar de una simbolización (función alfa) el bebé

experimentará un despojo de cualquier significado que dichas proyecciones angustiantes pudieran haber tenido, acompañado de una intensa angustia sin nombre (*nameless dread*). Un *rêverie* insuficiente o inadecuado puede deberse a características de la madre o también del bebé. Por el lado de la madre, puede encontrarse demasiado frágil o preocupada para recibir las emociones del bebé. Otra posibilidad es que el *rêverie* “no se asocie con el amor hacia el niño o hacia el padre” (Bion 1962a). De darse esta situación, el bebé puede atacar por medio de la envidia a la función continente de la cual depende. Cualquiera que sea la causa de la falla en el *rêverie*, la experiencia de no ser contenido es internalizada por el bebé como una manera de pensar, o de manera más precisa, internaliza una forma inversa de pensamiento caracterizada por los ataques hacia los procesos que pudieran dar algún tipo de significado a la experiencia emocional (función alfa) y la ligazón entre los sueños y el pensamiento (Bion, 1959).

Bion (1962a) agrega que cuando la relación entre continente (la capacidad de soñar, tanto dormido como despierto) y contenido (pensamientos inconscientes derivados de la experiencia emocional) es en mutuo beneficio sin dañarse uno al otro, ocurre un crecimiento y una expansión en ambos. El crecimiento de la función continente incluye un incremento de la capacidad de soñar, es decir, de hacer un trabajo inconsciente sobre la propia experiencia emocional. Por otro lado, con respecto al contenido, su crecimiento se puede dar al recordar los propios sueños y tener asociaciones sobre ellos que abonen al cambio intrapsíquico.

Ogden (2004) menciona un par de ejemplos que ayudan a comprender el crecimiento en estas instancias:

Para un paciente la expansión de la capacidad de soñar (continente) se puede reflejar en una disminución de sintomatología psicósomática o comportamiento perverso, en conjunción con el incremento de la capacidad para experimentar sentimientos y sentir curiosidad hacia ellos. Para otro paciente el crecimiento de la función continente se puede manifestar al cesar las repetitivas pesadillas post-traumáticas, siendo sueños que no implicaban algún trabajo mental (p. 1358).

En el caso de la parte del contenido, la expansión se puede observar cuando, derivado de las experiencias emocionales, incrementan los sentimientos y los pensamientos en cuanto a su variedad, profundidad e intensidad. El contenido crece mientras se expande la complejidad de las situaciones emocionales que va experimentando, como por ejemplo, cuando un paciente encuentra un nuevo significado emocional mucho más profundo en un recuerdo (Bion, 1962a; Ogden, 2004).

De acuerdo con Ogden (2004) y Dorado (2010) cualquier caso de cambio intrapsíquico y crecimiento mental incluye una expansión tanto del continente como del contenido. En ocasiones es difícil diferenciar dentro de la práctica clínica en cuál de los dos se dio la expansión, pero ambos conceptos son incluso reversibles por lo que un cambio en el contenido ocasiona un cambio en el continente y viceversa.

Esta relación tan estrecha en ambas funciones hace que también se puedan afectar de manera perjudicial. Bajo circunstancias patológicas, el continente puede volverse destructivo del contenido, resultando en una constricción del rango y profundidad de los pensamientos y también de las emociones. De esta manera, el continente puede drenar la cualidad y la profundidad al contenido, despojando contenidos que pudieran haberse convertido en pensamientos oníricos enriquecedores para el pensamiento. Ogden (2004) menciona como ejemplo clínico de esta situación patológica a aquellos pacientes que después de alguna interpretación dicen cosas como “¿y eso en qué me ayuda?” o “mejor dígame algo que sí me pueda servir”. Otra forma de continente patológico la ilustra este autor con pacientes, casi siempre de estructura psicótica, que imitan todo lo que dice el analista, incluyendo su postura y forma de hablar. Este comportamiento se da como un ataque al continente (analista) al fusionarse con él y por lo tanto despojándolo tiránicamente de cualquier subjetividad y capacidad de pensar. Un tercer ejemplo de continente patológico se daría con sueños largos y repetitivos que se vuelven como una especie de parásitos que abarcan todas las sesiones, incluso por meses, y que roban la energía de pensar, tanto del paciente como del analista, sobre otros aspectos experienciales enriquecedores. Ogden (2004)

menciona que este tipo de sueños, al tener imágenes tan poco ligadas entre ellas, además de disminuir la capacidad de pensar, también merman el *rêverie* del analista.

Asimismo, el contenido puede afectar también la función continente e incluso destruirla. Esto se puede identificar cuando se sueña una pesadilla (contenido) cuyos pensamientos oníricos resulten demasiado perturbadores que la capacidad de soñar (continente) se quiebra y la persona despierta aterrorizada. Otro proceso similar se daría en el juego, cuando ciertos pensamientos inconscientes al jugar se vuelven tan intolerables que se afecta toda la capacidad de jugar.

El concepto de Bion (1962a) de continente-contenido expandió el campo de estudio del psicoanálisis al ver más allá de los conflictos entre ciertos sentimientos o pensamientos, como por ejemplo el amor-odio característico de la situación edípica o el deseo de separarse de la madre o fusionarse con ella. Por lo tanto, en la obra de Bion (1962a) la preocupación central del psicoanálisis es la interacción dinámica entre dos instancias, por un lado los pensamientos y sentimientos derivados de la experiencia emocional (correspondiente a la parte del contenido) y por otro lado la capacidad de pensar y de soñar sobre esas experiencias (el continente).

Desde esta perspectiva el objetivo del psicoanálisis como técnica se ampliaría ya que no solamente se intentaría resolver conflictos inconscientes, sino que también se tendría que facilitar el crecimiento tanto del continente como del contenido. En concordancia con esto, la tarea del terapeuta sería entonces crear las condiciones necesarias dentro del *setting* analítico que permitan el crecimiento del continente como una capacidad de soñar y del contenido como capacidad de producir nuevos pensamientos.

Para Bion (1962a), cuando el paciente desarrolla de manera estable cierta capacidad para generar un rango más amplio y profundo de pensamientos y sentimientos en respuesta a sus experiencias, tanto del pasado como del presente, y además demuestra que puede soñar sobre esas experiencias, mostrando que puede realizar un trabajo inconsciente sobre ellas, ya no necesita más del *rêverie* del terapeuta para que “sueñe” sobre su experiencia. Por lo tanto, el final de un tratamiento

no depende solamente de la resolución de conflictos inconscientes que se avivaron gracias a los procesos de transferencia y contratransferencia, sino también de la capacidad del paciente para soñar y simbolizar sobre su propia experiencia.

Por último, y a manera de resumen sobre las ideas de Bion, es preciso mencionar que el continente y el contenido son intrínsecamente dependientes uno del otro. La capacidad de soñar, que corresponde a la función de continente, requiere de pensamientos, correspondientes a la función de contenido y los pensamientos a su vez requieren de una capacidad de soñar y de pensar para que puedan seguir siendo asociados. Sin los pensamientos oníricos, la persona no tendría experiencias para poder soñar; mientras que sin la capacidad de soñar, no se podría realizar un trabajo de pensamiento sobre los propios acontecimientos de la vida.

Después de la descripción de algunas secciones de los trabajos de Winnicott y de Bion sobre las funciones elementales del vínculo primario, es posible concluir mencionando que el concepto de *holding* de Winnicott tiene cierta relación con los conceptos de Bion ya descritos, pero ambos autores estudiaron estos fenómenos desde puntos de vista diferentes. El *holding* es un concepto más global que incluye una amplia gama de situaciones ambientales provistas por la madre. Mientras tanto, el *rêverie*, que implica la función de continente-contenido, es un concepto más delimitado y específico, referente al funcionamiento mental.

3. La resignificación de una sexualidad con rasgos incestuales durante la adolescencia

A lo largo de este apartado es oportuno describir en primer lugar las características que adquiere la sexualidad al ingresar a la adolescencia. Posteriormente se ahondará sobre las principales aportaciones psicoanalíticas que dan luz sobre la resignificación y las consecuencias de experiencias incestuosas durante la adolescencia. Por último, es de suma importancia para la comprensión del caso clínico de este trabajo, la especificación y diferenciación clínica que propone Racamier (citado en Hurni y Stoll,

2002) entre los términos incestuoso e “incestual”, la cual se aborda al final de este apartado y corresponde de mejor manera al caso que posteriormente se analizará.

El desarrollo del ciclo vital del ser humano está formado por diversas etapas de la vida, hay algunas que resultan tranquilas y otras que implican importantes cambios en el funcionamiento psíquico. La adolescencia es para varios autores la etapa más crítica y turbulenta de la vida en la que se dan crisis de diversa índole (Freud, 1915; Aberastury y Knobel, 1988; Carvajal, 1993). Las principales crisis de la adolescencia se dan dentro de tres áreas: identidad, autoridad y sexualidad (Carvajal, 1993). Con el paso a esta etapa se dan diversos procesos de primera importancia para la consolidación de una identidad sólida. Además, ocurre una reorganización de las defensas, ya que las pulsiones sexuales surgen de manera intensa, poniendo en graves aprietos al yo para cumplir con las acrecentadas demandas del ello. Aunado a esto, dentro del desarrollo normal, se da una gradual separación de las figuras paternas que desemboca en una mayor independencia.

En relación a la sexualidad, durante la adolescencia los cambios en el funcionamiento del aparato psíquico son importantes. Anna Freud (1958, citada en Aberastury y Knobel, 1988) señaló que la genitalidad implica modificaciones del funcionamiento yoico, ya que el yo se ve en graves conflictos con el ello, obligándole a recurrir a nuevos y más específicos mecanismos de defensa. Por otro lado, Melanie Klein (1964, citada en Aberastury y Knobel, 1988) sostuvo que el resurgimiento de la libido en una etapa posterior a la latencia, refuerza las demandas del ello, al mismo tiempo que las demandas del superyó se incrementan. La lucha entonces no es sólo entre el yo y el ello, también el superyó se involucra activamente. Aquí es preciso recordar que en la configuración del superyó intervienen desde el primer momento los padres, por lo que la lucha con el superyó representa también una pugna hacia las identificaciones que se tienen con los padres. Dichas identificaciones llegarán a una cristalización después de la adolescencia, al lograr tener una identidad adulta.

Para los adolescentes, la sexualidad se vive como una fuerza que irrumpe sobre la persona, en vez de ser vivida como una expresión de sí mismo. La sexualidad es vivida en esta etapa como una fuerza impuesta en el cuerpo y que se siente

obligado a separarla de su personalidad, siguiendo un mecanismo esquizoide mediante el cual concibe a su cuerpo como algo apartado de sí mismo (Aberastury y Knobel, 1988).

De acuerdo con Carvajal (1993) la crisis sexual de la adolescencia consiste en “una reorganización del erotismo bajo unas nuevas leyes estructurales. Se trata de transformar una estructura infantil de funcionamiento erótico en una estructura adulta del mismo” (p. 91). El erotismo infantil está caracterizado por un enfoque narcisista en el que no se le da importancia a lo que siente o piensa la otra persona. Se trata solamente de un sujeto que goza del placer, aún no se comparte ese placer con el disfrute mutuo de otro objeto. Los placeres sensoriales en el infante se obtienen de manera normal, principalmente por medio de la piel, del contacto sensorial con los padres. Posteriormente se va integrando un erotismo que involucra las mucosas de algunas partes del cuerpo, como en las funciones de comer, orinar, defecar, dormir y moverse. Por medio de estas experiencias de placer, el niño se va haciendo consciente de su propio cuerpo y de su condición como un ser separado de la madre. El erotismo infantil está también caracterizado por una preparación física que aún no está lista para el orgasmo.

Es en la etapa de la latencia cuando en el niño se acrecienta el goce erótico del conocimiento y el aprendizaje. Esto involucra la excitación de órganos de los sentidos, especialmente el ojo como un órgano sexual importante (Freud, 1915).

Al llegar la pubertad, acompañada por la madurez de los órganos sexuales, surge otra manera de sentir placer. El sistema nervioso se inunda de sensaciones placenteras que hasta ese momento eran inusuales y ahora resultan amenazantes y avasallantes. Estos niveles altos de excitación acarrearán una gran ambivalencia, ya que por un lado demandan su placentera descarga, pero por otro causan gran angustia.

De acuerdo con Aberastury y Knobel (1988), con los cambios corporales y la irrupción de la sexualidad genital, la importancia de las figuras parentales reales es enorme. Los cambios biológicos producen gran ansiedad y preocupación ya que el adolescente debe de reaccionar pasiva e impotentemente a los mismos. Hay una gran

tentativa a negar la pérdida del cuerpo y el rol infantil; dicha tentativa provoca y modifica el esquema corporal que se trata de negar, en la elaboración de los procesos normales de duelo en la adolescencia.

Otra característica de la sexualidad durante la adolescencia es la reactivación del complejo de Edipo, la cual se da con mucha intensidad ya que la instrumentación de la genitalidad incestuosa con los padres es ahora posible, dados los cambios físicos recientes. Se reactiva el tabú hacia el incesto, siendo necesarias defensas drásticas del yo, tales como la disociación y la negación.

El tema del incesto ha sido ligado desde inicios del psicoanálisis con la psicopatología. Freud toca el tema del incesto en contados textos de su obra. El *Manuscrito N* (1897) es el primer texto en donde aborda el término mencionando, meses antes de descubrir el complejo de Edipo, indicando que el incesto es una conducta de carácter “antisocial”. Posteriormente, en “Totem y tabú” (1912) menciona que la barrera del incesto está probablemente dentro de las adquisiciones históricas de la humanidad, y junto con otros tabúes morales, es probable que esté fijada en muchas personas por herencia orgánica. Es en sus “Tres ensayos sobre teoría sexual” (1915) donde habla de la “barrera del incesto”. Menciona que esta barrera se forma en la infancia y es transmitida tanto por la familia como por la sociedad, siendo sobre todo una exigencia cultural. Uno de los fines de la barrera del incesto es “impedir que la familia absorba unos intereses que le hacen falta para establecer unidades sociales superiores” (p. 205).

Posterior a los trabajos freudianos, algunos psicoanalistas que han abordado el tema del incesto durante la adolescencia (Wencelblat de Rascovsky y Rascovsky, 1950; O'Brien, 1987; Levy-Warren, 2000; Price, 1993) coinciden en que el tabú del incesto implica una inhibición en contra de las relaciones eróticas explícitas con los familiares en general, siendo una inhibición de carácter fundacional para la capacidad de intimidad. En esta etapa los impulsos sexuales se acrecientan, y gracias a que los adolescentes sanos identifican que la expresión de esta sexualidad no corresponde dentro de la familia, comienzan a proyectarse hacia los objetos exogámicos fuera de la familia. Ya que se han establecido relaciones eróticas fuera de la familia, la persona

puede regresar a una convivencia más serena con su familia, sucediendo esto en las etapas finales de la adolescencia.

La adolescencia es un fenómeno que no solamente reestructura la economía libidinal del adolescente, sino también de toda la familia. Algo se transforma en la atmósfera familiar. Como menciona Levy-Warren (2000) “cada miembro de la familia responderá (a la sexualidad emergente del adolescente) con su propia historia, conjunto de fantasías, necesidades y experiencias culturales” (p. 127). Los padres se comienzan a dar cuenta de la sexualidad genital que se está desarrollando en su hijo, mientras que el adolescente se da cuenta también de los aspectos de la sexualidad de los padres. Tanto los padres como el adolescente se comienzan a sentir incómodos con los modelos anteriores de contacto afectivo que se tenían en la infancia. Este modo de contacto ya no es aceptable cuando necesitan consuelo durante este periodo de confusión, ambivalencia e incertidumbre. Cuando antes se sentían sostenidos por los padres, ahora es un área de conflicto entre la dependencia hacia ellos y la cercanía física. Es aquí donde se involucra el tabú del incesto.

Con respecto a la sexualidad incestuosa, es preciso mencionar que los cuidados primarios se dan inevitablemente mediante contactos incestuosos. Tal como menciona Freud (1915) en sus “Tres ensayos sobre teoría sexual”:

El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona —por regla general, la madre— dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho. La madre se horrorizaría, probablemente, si se le esclareciese que con todas sus muestras de ternura despierta la pulsión sexual de su hijo y prepara su posterior intensidad. Juzga su proceder como un amor “puro”, asexual, y aun evita con cuidado aportar a los genitales del niño más excitaciones que las indispensables para el cuidado del cuerpo (p. 203).

Es a través del sistema muscular y sensorial de la piel, a través del toque experimentado mediante el *holding* materno y a través de la experiencia contenedora, que el niño se erotiza por medio del contacto con el otro. Pero, ¿qué sucede cuando si estos contactos incestuosos continúan dentro de la familia? ¿Qué consecuencias tendrían en el psiquismo del adolescente?

Si los contactos incestuosos con algún miembro de la familia se dieron antes de la adolescencia, es inevitable pensar en la significación que cobrarán con posterioridad estas vivencias al llegar a la adolescencia. Freud (1895) usó frecuentemente el término alemán *nachträglich* para ilustrar esta noción de temporalidad en la causalidad de psicopatología. Su principal propuesta en esta materia consiste en que ciertas experiencias, impresiones y huellas mnémicas son modificadas al adquirir un nuevo sentido cuando la persona alcanza etapas más avanzadas de desarrollo. Siguiendo este concepto, las experiencias de incesto alcanzarían en la adolescencia, gracias al surgimiento de la sexualidad genital, una reorganización y una reinscripción que sólo se podía dar al llegar a esa etapa del desarrollo.

Es preciso mencionar también que las experiencias que se elaboran o se requieren elaborar con posterioridad no son en sí todas las que se han vivido, sino específicamente aquellas que no pudieron integrarse plenamente dentro del contexto de la etapa de desarrollo que la persona estaba viviendo (Laplanche y Pontalis, 1996). Las experiencias devienen traumáticas entonces a lo largo de dos momentos; el primero queda como un recuerdo que se logra reprimir y con posterioridad, en un segundo momento durante una etapa más avanzada del desarrollo, el primer recuerdo deviene traumático. Este proceso lo explica Freud (1895) cuando teoriza sobre la génesis de la histeria y la seducción de los padres.

Es probable que el mismo proceso de significación en un segundo momento suceda con las experiencias incestuosas vividas en la infancia. Al adquirir nuevas nociones sobre la sexualidad genital, los recuerdos incestuosos se aprecian con otra mirada y aquí se incluyen diversos puntos de apreciación, como el superyóico. Aquellas vivencias quedarían inconciliables con la propia concepción de la identidad, surgiendo una intensa culpa, angustia persecutoria y rechazo al familiar con quien se dio la

experiencia incestuosa. Sin duda todas estas consecuencias tienen que ver con una escisión tanto del yo como del objeto. El yo se escinde ya que, por un lado, se experimenta una tremenda culpa y por otro lado, el placer experimentado durante el incesto queda negado dado su carácter inconciliable con el propio yo. Mientras tanto, el objeto queda por un lado repudiado, pero por otro lado, al ser un familiar, ocupa un lugar de cariño importante, en especial si se trata de alguno de los padres.

Sobre esto, Aberastury y Knobel (1988) mencionan: “El individuo que realizara el incesto tendría un impedimento en el proceso de *individuación*, ya que permanecería mantenido en una relación genital temprana, sin posibilidades de definición sexual real. (La figura parental que permitiría el incesto actuaría la fantasía de impedir el desprendimiento del hijo.)” (p. 80). Aquel proceso de la adolescencia normal en el que las pulsiones sexuales deben de ser proyectadas fuera de la familia para lograr una ulterior elección de objeto quedaría gravemente truncado con la experiencia de incesto con uno de los padres.

Wencelblat de Rascovsky y Rascovsky (1950) realizaron un detallado estudio psicoanalítico basado en numerosos casos sobre el tema de los acercamientos incestuosos, específicamente entre padre e hija. Concluyeron que como consecuencias ligadas al incesto consumado entre padre e hija se dan una serie de cuadros psicopatológicos. El primero es una depresión melancólica relacionada con los autorreproches en la adolescencia y con la resignificación de la experiencia incestuosa en un segundo momento. Posteriormente, las relaciones de pareja de la hija estarían caracterizadas por una inclinación a incorporar de manera casi canibalística a la pareja, fusionándose intensamente con ella. Las satisfacciones de la etapa oral son las que, según estos autores, predominan en chicas con experiencias incestuosas con el padre.

Durante el incesto consumado, el pene del padre se experimentaría de alguna manera incorporado en la hija. De acuerdo a lo que describen Wencelblat de Rascovsky y Rascovsky (1950) se daría entonces una identificación con el pene del padre, lo cual a su vez incrementaría fuertemente la envidia de pene. El padre, y los hombres en general, quedarían entonces como seres drásticamente escindidos ya que por un lado son deseados pero por otro, envidiados.

Aunado a la envidia de pene, las relaciones homosexuales también se relacionan con el incesto padre-hija. El lesbianismo surgiría como una manera de cubrir o negar la experiencia de incesto, además de estar ligado a la incorporación del pene del padre.

En otro estudio más amplio, aunque psicoanalíticamente menos profundo, O'Brien (1987) junto con un equipo de paidopsiquiatras, estudiaron el efecto del incesto padre-hija en 60 casos de niñas y adolescentes. Encontraron resultados estadísticos importantes, como por ejemplo, el 50% de los padres que perpetraron en acto de incesto se encontraban bajo la influencia del alcohol o drogas. Con respecto a las madres, el 28% habían tenido historia de incesto y 20% padecían de algún trastorno psiquiátrico, incluyendo adicciones.

O'Brien (1987) identificó que como consecuencia del incesto consumado, las adolescentes presentaban diversas afectaciones. El proceso de separación-individuación se ve gravemente afectado ya que el padre se entromete en la separación de la hija y la desalienta en la búsqueda de vínculos exogámicos. Para lograr esto, la principal táctica es la seducción. La adolescente experimenta entonces un intenso sentimiento de pérdida, ya que no quiere perder aquel vínculo tan estrecho y tan "especial" con el padre. La familia es el principal ambiente de socialización para estas adolescentes, sintiéndose encadenadas a su familia.

Otra característica en estas adolescentes es la percepción negativa que tienen de sí mismas. De acuerdo con O'Brien (1987) se conciben como una materia prima dañada o defectuosa. Creen que algo había mal en ellas incluso antes del incesto. Aunado a esto, con respecto a la percepción de su propio cuerpo, sienten que en realidad no les pertenece del todo. Funciones yoicas como el sentido de realidad se ven afectadas. El incesto implica el extenuante y constante funcionamiento de la negación, no sólo en la adolescente sino en el resto de la familia.

Las relaciones de pareja también se ven afectadas, sintiéndose extrañadas y sin saber qué hacer si algún hombre las trata bien. Sus relaciones de pareja están caracterizadas por luchas de poder, vergüenza, malestar, secrecía y miedo a ser

maltratadas. O'Brien (1987) también reporta, al igual que otros autores, una dificultad por encontrar una pareja heterosexual.

Por otro lado, resultan de especial interés las aportaciones de Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002) al estudiar los fenómenos incestuosos ya que le otorgó una nueva interpretación teórica que amplía la visión clínica de esos fenómenos. De acuerdo con Hurni y Stoll (2002) el incesto constituye lo contrario absoluto del Edipo. El incesto y el Edipo se contraponen en cuanto a que al primero corresponde la actuación no simbolizada mientras que en el segundo corresponde la fantasía. A esta diferenciación también se puede añadir que el Edipo es de carácter individual e intrapsíquico, mientras que lo incestual es familiar y alcanza lo transgeneracional. Además, el Edipo desemboca en la autonomía del deseo, organizando lo social e introduciendo al sujeto en ese ámbito; en cambio lo incestual combate la autonomía y aglutina a las familias en contra la socialización (Racamier, citado en Jarolavsky, 2010).

Es importante precisar que el equivalente del incesto deriva de un desplazamiento no simbolizado y por lo tanto, no representado, encontrándose generalmente en un funcionamiento de tipo psicótico.

Además del registro del incesto, el cual incluye contactos sexuales reales entre el hijo y alguno de los padres, Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002) propone a lo incestual como un término más refinado que designa un tipo de relación invadida y parasitada por la sombra del incesto, en contacto directo con la seducción narcisista. Esta sombra que menciona el autor puede abarcar a familias enteras. Lo incestual designa y califica aquello que en la vida psíquica individual y familiar conlleva la marca del incesto no fantaseado, sin estar necesariamente presente en una forma física y real.

Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) originó el concepto a partir de su trabajo clínico con la psicosis y en especial con las familias de pacientes con esta estructura. Indica que la aplicación del concepto de lo incestual se puede aplicar no sólo a pacientes con psicosis manifiestas, también se relaciona íntimamente con formaciones

perversas y déficits en la constitución del aparato psíquico. Es en estos últimos casos donde, según este autor, la sombra del incesto acecha constante e intensamente.

Lo incestual designa a un clima familiar en el cual el niño está llevado contra su deseo, con una violencia todavía más perniciosa que la del incesto. Constituye una forma, todavía en gran medida desconocida, de lo que es posible llamar la muerte psíquica (Hurni y Stoll, 2002).

De manera más puntual, Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) menciona: "Incestual califica aquello en la vida psíquica individual y familiar que lleva la impronta del incesto no fantaseado, sin que sean necesariamente cumplimentadas las formas genitales. Lo incestual en cierta forma está tomado (aprisionado) entre el incesto fantaseado y el incesto genitalmente consumado. Su área, singular es específica (aunque más que de un área, habría que hablar de una falla)."

El registro de lo incestual se generaliza casi por completo en las problemáticas de patologías no neuróticas, definiendo una modalidad de organización psíquica más que individual, de un orden familiar. Lo incestual busca perpetrar lo indisoluble y lo indiferenciable en la familia, existiendo en las familias con este funcionamiento un duelo que ha sido rechazado o renegado. La incestualidad se juega fuera del registro de las fantasías y representaciones mentales, ya que corresponde a contenidos que no se representan, fantasean ni imaginan, correspondiendo a una falta de simbolización. Tal como menciona Jarolavsky (2010): "En síntesis, la fantasía no deseada es al registro incestual lo que la fantasía propiamente dicha es el registro edípico."

Resulta interesante definir ahora cómo es que se transmite el funcionamiento incestual, ya que no alcanzan a ser manifestaciones incestuosas consumadas directamente. Los medios o vehículos de transmisión de lo incestual suelen ser objetos incestuales que de manera simbólica funcionan como equivalentes del incesto. Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) indica que pueden ser cosas como objetos de uso personal, ropa, prendas íntimas, dinero o incluso síntomas. Todos estos objetos son erotizados y son manipulados mutuamente por varios miembros de la familia. Pueden adquirir así valor de objetos fetiches, circulando alrededor de toda la familia y

careciendo de cualquier función transicional. Estos objetos, actividades o síntomas no equivalen a ninguna simbolización ni fantasía, simplemente son el sustituto de un acto incestuoso disfrazado.

Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) ofrece también la descripción de diversas características del funcionamiento de estas familias en las que predomina el funcionamiento incestual. En estas familias se erige un bloqueo en contra de cualquier intervención terapéutica para proteger el funcionamiento incestual y los secretos que subyacen. Es común también cierta indiferencia a cualquier marco legal, tanto familiar como social, ya que como se reniega el tabú del incesto sucede lo mismo con las leyes sociales. Es por esto que cualquier regla, tal como el encuadre terapéutico, es vivida como una agresión. Otros indicadores clínicos de las características incestuales son la ausencia de fantasía, el vacío de pensamiento, la ausencia de fenómenos transicionales en la familia y la renegación del sentido de las prohibiciones.

Sin embargo, Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) menciona que el mayor indicador de la incestualidad en las familias son las sensaciones contratransferenciales, ya que tal como Jarolavsky (2010) lo indica, los terapeutas experimentan a causa de la atmósfera que provoca lo incestual: “perplejidad, sideración vacua del pensamiento, sentimientos de vacío, viviendo que toda aproximación es una violación puede desencadenar la explosión o la muerte tanto de los protagonistas como la de los intrusos”.

Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002) al igual que Hurni (2002) sostienen que la clínica es la manera indicada para estudiar los fenómenos incestuales. Los pacientes en los que se han identificado estos rasgos incestuales presentan una ausencia de deseo propio, sensación de vivir solamente para los demás, acompañado de una incapacidad para vivir para sí mismos. Además es muy característica una sexualidad alienada, transgresiva y compulsiva. Estos pacientes han descrito también sentirse de alguna manera monstruosos y con una apariencia fuera de lo normal. Las habilidades de pensamiento se observaron también mermadas, ya que el reflexionar era experimentado como algo catastrófico. El aparato mental funciona de manera limitada,

teniendo acceso solamente a los hechos y a las cosas concretas, dificultándose el acceso a la fantasía o a la elaboración psíquica.

Hurni y Stoll (2002) mencionan diferentes estrategias incestuales que los padres, respondiendo a su propia historia con los mismos rasgos, utilizan en la crianza del niño. Una estrategia incestual consiste en la “antiedipización” del niño, o sobre cómo los padres evitan que el niño ingrese en una situación edípica. Esto se trata de una manipulación de la historia individual del niño, induciéndolo a la inversión de la responsabilidad en las generaciones. El niño es el que deviene responsable de varias situaciones en la familia, en especial debido a su llegada al mundo. El discurso de la madre hacia el niño contiene principalmente reproches, atribuciones de responsabilidades y ataques; advirtiendo la ausencia de ternura y de deseo. El niño después no tendrá otra opción que ir en contracorriente de un pensamiento autónomo.

En resumen, el término de la incestualidad le brinda una nueva dimensión interpretativa ampliando la visión de los fenómenos familiares con tintes incestuosos y lo relaciona con el funcionamiento psíquico, resultando particularmente ilustrativo para los casos en los que se observan déficits en la constitución del aparato mental, tal como corresponde a este trabajo.

4. El funcionamiento bidimensional como consecuencia de fallas en la función continente y la resignificación de la sexualidad en la adolescencia

La bidimensionalidad se ha descrito como un funcionamiento de la mente en el que no se cuenta con un espacio interno lo suficientemente fuerte para contener los propios pensamientos, fantasías, sueños, recuerdos, sentimientos o cualquier contenido mental. Dentro de este funcionamiento, el yo opera como una superficie solamente con dos dimensiones, sin profundidad, que percibe a los objetos por medio de las características sensitivas que le ocasionan.

A falta de este espacio interno, los contenidos mentales se ven gravemente empobrecidos, encontrándose adheridos casi de manera exclusiva a los hechos

concretos, sin recurrir a la imaginación o a la fantasía que permita la creación de contenidos mentales más profundos.

Esta falta de profundidad no sólo se da en el propio espacio interno, sino también en la percepción de los demás. Es difícil entonces, para personas cuyo funcionamiento tiende más hacia lo bidimensional, imaginar las fantasías o motivaciones de los demás. Debido a todas estas características, su vida tanto interna como externa se ve sumamente empobrecida. La vida interna carece de ese “motor” de pensamiento que Bion (1959) describe en su modelo de pensar. Los pensamientos no se pueden utilizar para enriquecer la vida, tener creatividad y generar nuevos contenidos elaborativos. Asimismo, el continente se ve empobrecido, ya que al no tener pensamientos y emociones con suficiente calidad para ser soñados y fantaseados, la habilidad de soñar y de pensar se ve mermada casi por entero.

Como ya se ha descrito, las ideas de Bion (1962a, 1962b) sobre el concepto de continente-contenido no se refieren específicamente a que dentro de la mente haya un cierto espacio mental con determinadas características y coordenadas. Aunque otros autores como Grotstein (1978) y Meltzer (1975a) sí concibieron esta idea de espacios internos dentro de la psique, fuera de la psique, dentro del objeto y fuera del objeto; para Bion esto no corresponde a la principal idea de su concepto de continente-contenido. Este concepto corresponde mejor dicho a un conjunto de funciones tan intrínsecamente relacionadas que son imposibles de dividir. El continente consiste en la habilidad de la mente para soñar y fantasear, tanto despierto como dormido. Por otro lado, el contenido consiste en la habilidad para tener pensamientos, sueños y fantasías de calidad, elaborados y ricos que permitan el constante crecimiento, evolución y expansión de la mente. Cuando el continente funciona bien, el contenido se enriquece, y viceversa.

Las funciones de continente-contenido se adquieren por medio de la introyección de la madre que contiene las angustias del bebé. Esto se logra por medio del proceso de *rêverie* descrito también por Bion (1962a). En las primeras etapas de la vida, se necesita de la mente de la madre para digerir y metabolizar las propias angustias. Esto mismo sucede cuando se inicia un proceso psicoterapéutico, se necesita de otra mente

para procesar aquellos elementos beta que han quedado de alguna manera no ligados y enquistados en la mente.

La capacidad de *rêverie* se encuentra relacionada con el ambiente de *holding* descrito por Winnicott (1969). Este autor describió la noción del *holding* como una habilidad de la madre que protege, salvaguarda y garantiza la continuidad del ser de su bebé. Implica además que la madre se suprima a sí misma como sujeto, dando lugar a que la subjetividad del bebé surja como algo auténtico y verdadero.

Dorado (2010) sostiene que la habilidad del *rêverie* se remonta a cuando la niña fantasea, por medio del juego, el tener un bebé. Es ahí donde la capacidad de *rêverie* se ejercita y se comienza a practicar. La madre, desde que es niña, hace un espacio en su mente donde podrá albergar y contener a su futuro bebé. Por lo tanto, la capacidad de *rêverie* se puede ligar claramente a las experiencias transgeneracionales que se transmiten por medio de este tipo de identificación proyectiva.

¿Qué sucede cuando las fallas en la función continente-contenido, en la capacidad de *rêverie* y en el ambiente de *holding*, se prolongan generaciones atrás? ¿Qué tipo de contención y sostén emocional puede proveer una madre que nunca cubrió estas necesidades primordiales en ella misma? Si una madre no cuenta con un espacio interno lo suficientemente fuerte y sereno para contener sus propios pensamientos y emociones, es muy probable que le resulte sumamente difícil mostrarse disponible para contener, metabolizar y simbolizar las angustias de su bebé.

Más aún, si la madre ha tenido experiencias de abandono por parte de su propia madre, su maternaje estará caracterizado por la ansiedad y el enhuellado de abandono se reactivaría frecuentemente. Los rasgos narcisistas en los padres no les permitirían entonces recibir las angustias de su hijo, ni mucho menos regresárselas en algo más asimilable por su mente en desarrollo.

Por medio del *rêverie*, la madre “sueña” por su hijo, simboliza por él para echar a andar su mente. Pero si esta habilidad de soñar está estancada en la propia madre, debido a fallas en su propia constitución como sujeto, es esperable que esas fallas se transmitan también al funcionamiento mental del hijo. Esto correspondería a la

transmisión de las fallas en la función continente, en la habilidad de pensar el propio pensamiento y la capacidad de soñar la propia experiencia. Tal como indica Freud (1915), los padres tienen maneras más directas que la herencia para transmitir un funcionamiento patológico a sus hijos.

El funcionamiento incestual de la familia correspondería a la parte del contenido. Ya Meltzer (1975a) y Ogden (1989) han descrito casos en los que experiencias que devienen traumáticas, pueden “congelar” o empobrecer gravemente el aparato psíquico, como un modo de funcionamiento regresivo a la etapa autística-contigua propuesta por Ogden (1989). Se podría pensar que con la llegada de la adolescencia, se resignifican las experiencias que no se pudieron integrar ni ligar con otros contenidos mentales, quedando como representaciones cosa o elementos beta, de acuerdo a las ideas de Bion. Es probable que el funcionamiento incestual funja como un contenido que paraliza los pensamientos y fantasías. Esto a su vez perjudicaría la capacidad continente, despojándola de contenidos con suficiente profundidad para ser soñados y elaborados. Sería difícil entonces determinar en dónde comenzó la falla, si en el continente o en el contenido.

Es posible que las fallas en la función continente desembocaran en un psiquismo frágil y endeble, imposibilitado para contener los propios productos mentales. Si a esto se añaden las experiencias de incesto, el funcionamiento mental y el pensar sobre el propio pensamiento, quedarían aún más afectados. Esto se puede pensar también como un proceso defensivo. Al ser inconciliable el funcionamiento incestual de la familia con el resto de las representaciones psíquicas, el aparato mental se frena casi por completo. Puede corresponder a una manera de sobrevivir, de prevenir el sentirse devorado o disuelto dentro de la mente de los padres. De esta manera, recurriendo a un funcionamiento con rasgos autistas, se terminaría sacrificando la riqueza de contenido mental y de relaciones de objeto.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Planteamiento del problema

El funcionamiento de la mente implica una serie de intrincados procesos que de darse en consonancia, la vida se podría experimentar como un proceso enriquecedor y evolutivo. El aparato mental que permite pensar, soñar, asociar, fantasear o imaginar no se da de manera innata en el ser humano; requiere de un desarrollo en el que se involucran diversas funciones del objeto primario. Al nacer, una mente funciona para dos personas. El pensamiento y la habilidad de soñar son prestados por los padres en las etapas tempranas del desarrollo, para posteriormente ser introyectados como habilidades propias.

Cuando las funciones elementales del vínculo primario tienen éxito, se puede formar un espacio interno lo suficientemente fuerte para albergar las producciones de la propia mente. De fallar en este proceso, el espacio interno no podrá contener los propios sueños ni los pensamientos secundarios a las experiencias emocionales. Esta carencia, de acuerdo con Meltzer (1975a, 1975b) es característica del funcionamiento bidimensional de la mente.

Aunado a esto, el periodo de la adolescencia implica la resignificación de experiencias infantiles que en un segundo momento pueden devenir traumáticas. En el caso de un funcionamiento sumamente endogámico en la familia, pueden tener un grave impacto en la capacidad continente del psiquismo individual.

De esta manera, la bidimensionalidad como funcionamiento mental se puede dar como consecuencia del fallo de las funciones del vínculo primario o como un proceso defensivo de carácter regresivo a etapas autistas del desarrollo. Es posible también una combinación de ambos, dando como resultado un grave empobrecimiento del funcionamiento mental.

Mariel es una chica de 18 años que asiste al centro de psicoterapia de su escuela después de terminar una relación de noviazgo que duró 3 años. Reporta en su motivo de consulta sentimientos de soledad y tristeza. Le es imposible estar sola y cuando lo está, duerme sin importar la hora del día. Durante los primeros meses del tratamiento el tema del ex novio perduró como el eje central de las sesiones ya que la separación la experimentó de manera catastrófica. Sobre su relación de noviazgo menciona: “Yo era muy abrasiva y me pegaba a él. Me di cuenta que él me hacía todo y sin él casi no puedo hacer nada. Ni siquiera sé cómo irme a mi casa porque él me llevaba en el camión, ahora mis papás tienen que pasar por mí. Él me hacía la tarea, me llevaba a la escuela y me regresaba, ¡hasta me amarraba las agujetas! Antes de él, mi papá me las amarraba. Conforme el tratamiento fue avanzando, se dio cuenta de lo que denominó una adicción hacia su ex novio: “Me di cuenta que tengo una adicción sexual hacia él, a sentir su piel que toque la mía y sentirlo pegado a mí.”

Desde las primeras entrevistas se identificó una marcada superficialidad en su personalidad, además de una gran dificultad por asociar, pensar, fantasear o imaginar por su propia cuenta. Dependía enormemente del pensamiento y de las preguntas del terapeuta, de no obtener material verbal por parte de terapeuta simplemente dirigía una mirada fija y casi congelada.

Su habilidad de soñar también está mermada. Refiere que normalmente no recuerda sus sueños, aunque sí tiembla y llora cuando duerme. Sus sueños además de ser sumamente concretos no tienen imágenes, personajes o simbolismos; solamente sensaciones. A poco más de un año de tratamiento, el único sueño que ha recordado consiste en: “No se cómo contarlos, no tiene ninguna imagen, sólo una sensación extraña (le dan escalofríos). Soñé que presenciaba mi muerte, todo se desbarataba, era una sensación horrible, como si todo se desvaneciera, como cuando algo te gusta mucho y termina. Me desbarataba en el espacio. Me desperté con escalofríos.”

Cada sesión a la que atendía llegaba acompañada de una amiga, tal como si necesitara de un acompañante a donde quiera que fuera. A pesar de buscar siempre compañía, se identificó una falta de involucramiento profundo con los demás. Sobre la

amiga que siempre la acompaña al consultorio menciona: “No es mi amiga, sólo es mi compañera, en realidad no la conozco mucho.”

Todo esto que demuestra un gran empobrecimiento emocional y mental se acompañó de una sensación contratransferencial que dio cuenta de un fallo en el uso de identificación proyectiva. A Mariel se le dificultaba proyectar algún contenido emocional en los demás, simplemente se adhería a las personas como si fueran superficies, carentes de contenido.

Conforme fueron avanzando las sesiones, se obtuvieron importantes datos de su desarrollo en relación a los vínculos con los padres. Ha hecho numerosas referencias al consumo excesivo de alcohol tanto en la madre como en el padre. Pertenece a una familia en el que el alcoholismo es habitual.

Fue evidente también la falta de contención emocional por parte de sus padres en etapas críticas de su vida. A los 13 años Mariel se quería suicidar debido a una fuerte situación de *bullying* en contra de ella y de su hermano. Al comunicarle sus preocupaciones a su madre, le respondía: “Ya deja de hacerte la sufrida, estás loca, solamente me quieres espantar... otra vez tus pendejadas.” Alrededor de la misma edad, Mariel se autolesionaba las piernas y los brazos. Al comunicárselo a su mamá, le dijo: “Ya deja de hacer tus pendejadas.”

Presenta también una gran inseguridad corporal, presenta sobrepeso, característica que hace que se identifique con su padre, quien le dice: “Hija, nosotros los gorditos nunca nos veremos bien, no importa qué hagamos, nunca habrá ropa que se le vea bien a las personas gorditas.” Relacionado con su cuerpo, en todo momento usa varias capas de ropa que cubren sus brazos y piernas. Estas capas de ropa, comenta, le brindan seguridad y contención.

Al pasar del tema correspondiente al ex novio, a otros temas de mayor profundidad, han surgido a modo de cuentagotas referencias importantes sobre acercamientos incestuosos en su familia que no han llegado a un incesto propiamente consumado. Cuenta Mariel que cuando no puede dormir o cuando llora mientras duerme, su papá le dice: “vente a la cama hija.” Cuando se encuentra muy angustiada

duerme con sus padres. Desde los 8 años se han dado tocamientos sexuales con un primo de su misma edad. Mariel menciona que esto se ha repetido a los 11 y a los 13 años, nunca le dijo nada a sus padres ya que siente culpa de que nunca hizo nada para detener estos acercamientos incestuosos. Hasta la fecha su primo le manda peticiones sexuales por mensajes de celular, a los que Mariel nunca se ha negado o rechazado. Por último, de manera más reciente, ha comentado tocamientos con sus primas, los cuales se dieron en grupo. La angustia secundaria a estos deseos homosexuales se ha dado de manera intensa.

Englobando la problemática que presenta Mariel, desde la predominancia de la bidimensionalidad en su funcionamiento mental, pasando por los hallazgos de falta de contención emocional en su infancia y terminando con las confesiones progresivas de acercamientos que se pueden considerar dentro de un registro incestual en su familia, es preciso plantear la incógnita sobre cómo se relacionan estos tres conjuntos de datos.

El psicoanálisis no sólo permite estudiar los conflictos entre representaciones inconciliables con la propia representación del *self*, a lo cual corresponderían las experiencias de intensa endogamia en la familia. También abarcaría el estudio de la dinámica entre las instancias en las que se contienen las experiencias y qué se hace con las representaciones de esas vivencias.

Retomando estas dos perspectivas del estudio psicoanalítico, se puede plantear la siguiente pregunta: *¿De qué manera se pueden relacionar las fallas en las funciones del vínculo primario y el funcionamiento incestual de la familia con el funcionamiento de predominancia bidimensional que presenta Mariel?*

Supuesto

Con el conocimiento que se tiene del caso hasta el momento, es posible establecer de manera tentativa la siguiente respuesta: Mariel presenta rasgos de funcionamiento bidimensional y hace uso del mecanismo de identificación adhesiva, que se relacionan

directamente con las fallas en las funciones de continente-contenido y *holding* por parte de los padres y por el funcionamiento incestual en su familia. .

Objetivo general:

Mostrar la posible relación entre la insuficiencia de las funciones de continente-contenido, el funcionamiento incestual en la familia y el funcionamiento mental de predominancia bidimensional, incluyendo el mecanismo de la identificación adhesiva.

Objetivos específicos:

1. Comprender cómo fue la calidad de los vínculos tempranos de Mariel, tomando en cuenta las funciones de continente, *rêverie* y *holding*.
2. Indagar sobre el funcionamiento mental de tipo bidimensional, así como sobre el mecanismo de la identificación adhesiva, para poder ofrecer una explicación sobre su posible origen en Mariel.
3. Analizar las consecuencias en Mariel del funcionamiento incestual en su familia.

Definición de categorías

Funcionamiento bidimensional:

Funcionamiento de la mente en el que no se cuenta con un espacio interno lo suficientemente fuerte para contener los propios pensamientos, fantasías, sueños, recuerdos, sentimientos o cualquier contenido mental. El yo opera como una superficie bidimensional, sin profundidad, que percibe a los objetos por medio de las características sensitivas que le ocasionan. Los contenidos mentales se ven gravemente empobrecidos, encontrándose adheridos casi de manera exclusiva a los hechos concretos (Meltzer, 1975a, 1975b).

Identificación adhesiva:

Tipo de identificación narcisista propia del funcionamiento bidimensional, al cual se recurre cuando la identificación proyectiva no se puede realizar. Consiste en adherirse o pegarse a un objeto, copiando sus características superficiales y obteniendo seguridad mediante las experiencias sensoriales que se obtienen a partir de ese contacto perceptivo (Bick, 1968; Meltzer, 1975a).

Función continente:

Proceso que en etapas tempranas del desarrollo realiza la madre en beneficio del desarrollo mental del bebé, mediante la capacidad de *rêverie*. Implica la capacidad de que tres diferentes tipos de pensamiento funcionen en concordancia y en constante comunicación: 1. pensamiento inconsciente característico de los sueños, 2. pensamiento preconscious parecido al sueño, correspondiente al *rêverie* y 3. pensamiento consciente, característico del proceso secundario (Bion, 1962a, 1962b; Ogden, 2004; Dorado, 2010).

Funcionamiento incestual en la familia:

Lo incestual designa y califica un tipo de relación familiar invadida y parasitada por la sombra del incesto, sin que sea necesariamente cumplimentado de forma genital. En cierta forma está tomado (aprisionado) entre el incesto fantaseado y el incesto genitalmente consumado. El principal objetivo de este funcionamiento es perpetrar lo indisoluble y lo indiferenciable en la familia, además de que responde a importantes duelos no resueltos y situaciones traumáticas que se han dado a través de la historia transgeneracional de la familia (Hurni y Stoll, 2002; Jarolavsky, 2010).

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cualitativo, por lo que no se busca de ninguna manera hacer generalizaciones sobre la población que presenta sintomatología similar al caso estudiado. La principal ambición de este estudio es conocer e indagar sobre las

experiencias que ha vivido la paciente y comprender de qué manera han sido experimentadas para desembocar en la estructura mental que presenta. Este tipo de datos subjetivos no son cuantificables debido a su extrema complejidad, por lo que ha sido necesario recurrir a algunas técnicas de la investigación cualitativa para poder ofrecer una explicación del caso (Cuenya y Ruetti, 2010).

Debido a la profundidad que se intenta alcanzar en esta investigación, se trata de un *estudio de caso*, cuya metodología permitirá ahondar en la comprensión de la subjetividad de la paciente (Flybvjerg, 2005).

Los datos obtenidos por medio de las diferentes técnicas e instrumentos utilizados, se analizarán siguiendo un *análisis hermenéutico*. Este tipo de análisis implica un entendimiento a partir de un diálogo entre paciente y terapeuta que reconoce no sólo la subjetividad de la paciente, sino también la del terapeuta, como un filtro interpretativo que responde a su propia experiencia subjetiva y que es puesto al servicio de la comprensión del inconsciente de la paciente. El análisis hermenéutico reconoce también la importancia de la historicidad como un proceso que permite la creación y la comprensión de nuevos sentidos. Su materia de análisis es el diálogo, sin embargo pretende ahondar en los elementos históricos de carácter personal y subjetivo que subyacen al discurso (Cárcamo, 2005). Por lo tanto, el análisis hermenéutico implica el reconocimiento de importantes ejes, como la riqueza de las experiencias subjetivamente simbolizadas por la paciente, así como las intelecciones que el terapeuta ha realizado en forma de interpretaciones, a lo largo del tratamiento psicoterapéutico (Cárcamo, 2005). Dichas interpretaciones del caso fueron a su vez supervisadas constantemente, lo cual ha permitido ahondar en la comprensión clínica y teórica del caso.

Participantes

Dentro de esta investigación se toma en cuenta únicamente la participación de una adolescente de 18 años que acude a una clínica de psicoterapia de su preparatoria

para recibir tratamiento psicoterapéutico. Recurre a este tratamiento después de sentirse sumamente triste y desolada, experimentando intensa ansiedad al estar sola.

Escenario

La paciente fue atendida en un centro de psicoterapia que se encuentra dentro de su preparatoria. El centro atiende exclusivamente a los alumnos del colegio, contando con varios consultorios y terapeutas. El procedimiento para ingresar al tratamiento psicoterapéutico tiene determinados pasos que han sido previamente establecidos por la institución.

Instrumentos

Durante la primera fase del tratamiento, en la etapa diagnóstica, se utilizó la técnica de la *entrevista a profundidad*. Este tipo de entrevista consiste en un encuentro en el que se trata de indagar sobre la perspectiva que tiene el paciente sobre su propia vida, además de tratar de conocer cómo ha experimentado las diferentes situaciones de su vida y cómo las expresa con sus propias palabras o acciones (Ruiz, 2004; Taylor y Bogdan, 1987). En este tipo de entrevista el investigador es el propio instrumento de la investigación y no cuenta con un protocolo rígido de entrevista o con un formulario establecido. El principal objetivo de la entrevista a profundidad es aprehender las experiencias destacadas de la vida del paciente y comprender cómo, mediante su subjetividad única, visualiza su propia vida (Taylor y Bogdan, 1987).

Aunado a la entrevista a profundidad, la *observación* fue otra técnica que se utilizó en todo momento durante esta investigación, principalmente tomando en cuenta elementos no verbales de la comunicación tales como la mirada, distintos tipos de posturas, tono de voz, etc. (Callejo, 2002). La observación no sólo fue dirigida hacia la paciente, ya que parte importante de las indagaciones de esta investigación consiste en una auto-observación de las propias reacciones del terapeuta durante las sesiones de tratamiento, ligándolas al contenido clínico de la paciente.

Después de la etapa diagnóstica se han utilizado técnicas propias de la psicoterapia psicoanalítica, la cual es definida por Coderch (1897, p. 56) como “aquella psicoterapia que se funda tanto en su estructura conceptual y teórica como en su metodología operativa, en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica”. Asimismo, la psicoterapia psicoanalítica parte del supuesto de la existencia de determinados conflictos intrapsíquicos que permanecen inconscientes para el paciente, siendo entonces el principal objetivo de la psicoterapia el solucionar dichos conflictos a través de una relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta, utilizando como instrumentos curativos distintos tipos de intervenciones verbales por parte del terapeuta. Dichas intervenciones son instrumentos técnicos de la psicoterapia psicoanalítica, siendo principalmente tres: clarificación, confrontación e interpretación. Además de ser intervenciones, estas técnicas han sido también métodos de investigación ya que han arrojado distintos tipos de información para el análisis del caso.

Procedimientos

El centro de psicoterapia al que atendió la paciente es una de las sedes de la Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. En todas las fases del tratamiento, se contó con una supervisión por parte de una experimentada psicoanalista docente del mismo posgrado.

Para ingresar al tratamiento psicoterapéutico en el centro es necesario seguir una serie de pasos que han sido previamente reglamentados por la coordinación del programa de residencia. Primero, la persona asiste a solicitar la psicoterapia, una secretaria le explica que consiste en una psicoterapia de una o más veces por semana y que es posible que se tarde unas semanas en que se desocupe un lugar para poder ser atendida. Posteriormente se le otorga un cuestionario breve que tiene que contestar, consistiendo en que reporte principalmente el motivo de consulta y sus datos principales. Además se le pide que conteste tres instrumentos: los cuestionarios de Ansiedad y de Depresión de Beck y el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS.

Habiendo contestado estos requisitos se le asigna el caso a un terapeuta, quien realizará primero una preconsulta en la que se establecerá una hipótesis diagnóstica. De considerar a la persona apropiada para el tratamiento psicoterapéutico, se prosigue con la elaboración de la historia clínica, cuya duración en este caso fue de tres entrevistas, aunque los datos para elaborar la historia clínica se obtuvieron a lo largo de casi todo el tratamiento. Tanto la paciente como sus padres firmaron dos cartas de consentimiento sobre el tratamiento además de una conformidad con el reglamento del centro. Asimismo, se acordó con la paciente en un principio una sesión a la semana y meses después se incrementaron por mutuo acuerdo a dos sesiones a la semana. El tratamiento de la paciente constó de un total de 41 sesiones durante las cuales se hicieron diversas intervenciones psicoterapéuticas propias del tratamiento psicoanalítico, tales como clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

Consideraciones éticas

La práctica responsable de la psicoterapia psicoanalítica implica el seguimiento de importantes ejes de la clínica psicoanalítica, como son el tratamiento psicoanalítico del propio terapeuta, el respaldo teórico y la supervisión por parte de un psicoanalista experimentado en la materia. Todos estos ejes se han cumplido para la elaboración de esta investigación, además de que han enriquecido enormemente el trabajo interpretativo.

Se siguieron además importantes preceptos éticos que están plasmados en el Código Ético del Psicólogo, emitido por la Sociedad Mexicana de Psicología. Se estableció una relación exclusivamente profesional con la paciente y la información obtenida en el caso se ha manejado en todo momento de manera confidencial, almacenando la información del caso de manera segura (art. 61). Para proteger el anonimato de la paciente, se ha utilizado un pseudónimo (art. 68) respetando y protegiendo en todo momento sus derechos (art. 73).

Después de realizar tres entrevistas diagnósticas, se realizó un encuadre para iniciar el tratamiento. Se realizó un acuerdo oral con la paciente donde se acordó la

frecuencia de las sesiones por semana, el precio de cada sesión, el reconocimiento del reglamento del centro de psicoterapia donde fue atendida y reconociendo su libertad de retirarse del tratamiento cuando ella quisiera. La paciente firmó una carta donde venía esta información plasmada y en la que se especificaba que el contenido de las sesiones podía ser utilizado con fines investigativos.

CAPÍTULO III

LA PACIENTE

1. Ficha de identificación

Nombre: Mariel

Edad: 17 al inicio del tratamiento

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Lugar de residencia: México, D. F.

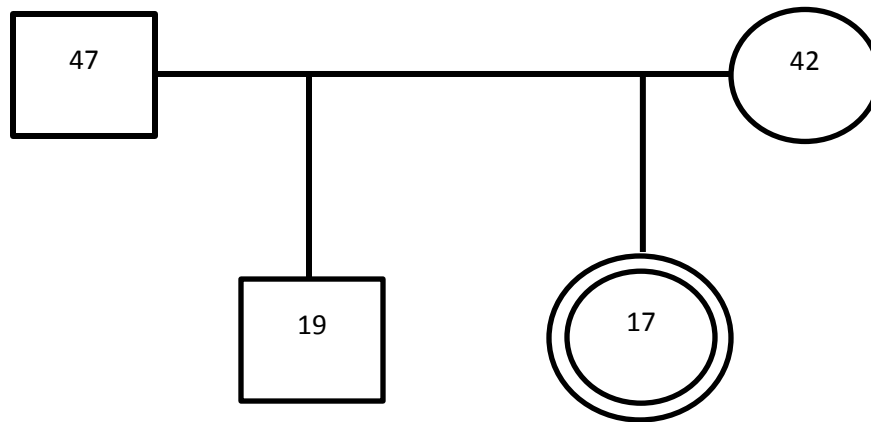
Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

2. Descripción de la paciente

Mariel es una chica relativamente alta, mide aproximadamente 1.7 m. Su complexión es robusta, presentando sobrepeso. Viste normalmente con prendas ajustadas y entalladas, usando siempre manga larga. Aún en días muy calurosos usa varias capas de ropa incluyendo normalmente blusas ajustadas de colores brillantes, suéter, chamarra o algún chaleco voluminoso. Viste también pantalones de mezclilla y zapatos deportivos. Tiene ojos grandes, muy redondos, con mirada fija, demandante y a la vez melancólica. El celular o la mochila son objetos que comúnmente en las sesiones tocaba o jugaba con ellos.

Familiograma



Familia nuclear

| Parentesco | Edad | Escolaridad | Ocupación |
|------------|------|----------------------------|-------------|
| Padre | 47 | Licenciatura | Economista |
| Madre | 42 | Bachillerato | Ama de casa |
| Hermano | 19 | 2° semestre universidad | Estudiante |

3. Motivo de consulta

Mariel asiste de manera voluntaria a psicoterapia después de escuchar la recomendación de algunos profesores. Reporta sentirse triste y llorar mucho todos los días. Además menciona experimentar una angustia muy intensa desde que terminó una relación de noviazgo que duró aproximadamente tres años. Esta relación terminó dos semanas antes de la primera entrevista. Menciona también que duerme la mayor parte del día y sólo despierta si su ex novio la llama por teléfono. Experimenta un gran temor a estar sola, por lo que su madre se ve obligada a acompañarla siempre; de estar sola, prefiere dormir.

4. Proceso diagnóstico

Mariel asiste al centro de psicoterapia de su escuela después de haber escuchado por parte de unas compañeras que se ofrecía el servicio de psicoterapia para los estudiantes, a bajo costo en el plantel de su preparatoria. Dos semanas antes de su primera entrevista asistió al centro a llenar unos cuestionarios, como parte de su proceso de ingreso a la psicoterapia.

Antes de comenzar las sesiones psicoterapéuticas se realizaron tres entrevistas con el objetivo de explorar la problemática que presentaba y conocer sobre su historia. Se le comunicó esto desde la primera entrevista. Además, se contó con el consentimiento de los padres, para que Mariel ingresara al tratamiento, al firmar unas cartas donde firmaban su conformidad con las reglas del programa de psicoterapia. Aunque ambos padres firmaron las cartas, solamente la madre manifestaba interés en que su hija asistiera a psicoterapia, principalmente porque se sentía harta de la situación de su hija. Esta información se obtuvo vía telefónica ya que nunca se contó con una entrevista con los padres, siendo uno de los errores técnicos de este tratamiento. Por otro lado, por parte del padre había un rotundo y continuo rechazo al tratamiento de Mariel.

Desde la primera entrevista Mariel asiste acompañada de una amiga que le cuida la mochila mientras entra al consultorio, asiste acompañada de su amiga la mayor parte del tratamiento. Lloró durante casi toda la primera entrevista comentando que se ha sentido muy triste, que llora la mayor parte del día y pelea mucho con sus padres. Todo lo adjudica a que la relación con su novio está por terminar. Se ha dado cuenta también de que no sabe hacer muchas cosas sin el novio, como transportarse en la ciudad, hacer su tarea o incluso funciones tan simples como amarrarse las agujetas.

La segunda entrevista sirvió para recabar datos sobre la historia clínica y la evolución del padecimiento. Fue en esta entrevista cuando mencionó que la relación con su novio había terminado definitivamente, estaba un poco más tranquila aunque ahora lo que predominaba era la culpa, ya que sentía que ella había arruinado la

relación de noviazgo. La interacción con el ex novio se prolongó algunos meses después. Expresó también conflictos con la percepción de su imagen corporal, relacionando este tema con la convivencia en su familia.

Asistió aún más tranquila a la tercera entrevista diagnóstica, durante la cual comentó varios temores que experimenta desde que era niña y ahondó en la descripción del vínculo que tiene con sus padres. Fue en esta entrevista en la que manifestó por primera vez curiosidad sobre cómo es el tratamiento. Al final de esta entrevista se realizó un encuadre consistiendo en una sesión de 50 minutos a la semana. El tratamiento inició en marzo del 2014 y en agosto del mismo año las sesiones se incrementaron a dos por semana, teniendo la misma duración. Esto se logró al proponerle un aumento de las sesiones el cual aceptó con mucha satisfacción, aunque mostrando también inquietud por creer que incrementábamos las sesiones debido a algún empeoramiento. Le aclaré que quizás las dos sesiones por semana le beneficiarían más y podríamos cubrir más aspectos de su vida. Su asistencia fue sumamente constante a lo largo de todo el tratamiento. Finalmente, en abril del 2015 después de comentar una mejoría, decidió abandonar el tratamiento ya que decidió ingresar a un trabajo de medio tiempo, mencionando ya no tener tiempo para asistir a sus sesiones.

5. Entrevistas iniciales

Cuando Mariel llegó a la primera entrevista lo hizo aproximadamente 15 minutos antes de su cita, permanecía sentada con su amiga que la acompañó muchas sesiones más. Al verlas juntas yo no sabía cuál de las dos era la paciente, fue hasta que la llamé por su nombre que Mariel se puso de pie, muy nerviosa pero a la vez motivada y decidida. Mientras se ponía de pie, su amiga la motivaba y le decía con un tono alto de voz “¡Vamos amiga! Tú puedes”, gracias a lo cual Mariel entró al consultorio con una posición muy erguida y orgullosa. Posteriormente durante la entrevista menciona que esa chica en realidad no es su amiga, sólo la acompaña y en realidad ni la conocía bien.

Durante este primer encuentro se recabaron datos generales sobre su familia, la percepción que tenía en ese momento de sus padres y de su hermano, además de su historia escolar.

Me llamó la atención su cambio de afecto en esta primera entrevista, ya que al poco tiempo de hablar, rompió en llanto. Me cuenta que se ha sentido muy triste y llora todos los días, además de pelearse mucho con sus padres, a los cuales ya los percibe hartos y no saben qué hacer con ella. Además describe una angustia que la invade frecuentemente y no la puede describir, sólo sabe que se calma cuando está con alguien más. Mariel en ese momento ubica el inicio de esta problemática desde que comenzó a tener problemas con su novio, con quien ya llevaba 3 años. Los conflictos en el noviazgo surgieron 6 meses antes de la primera entrevista, cuando se separaron unos días. Desde ese entonces Mariel le reclamaba a su novio que seguramente él veía a otra chica, reconoce que lo maltrataba mucho y que se portaba muy posesiva, tal y como ella lo mencionó. Dos semanas antes de esta entrevista el novio le dijo que mejor se separaran por un tiempo, lo cual intensificó los síntomas.

La segunda entrevista fue dos días después. De nuevo se identificó un cambio en el afecto, me decía que ya no se sentía tan ansiosa ya que ya había terminado definitivamente su relación con Sergio, su ex novio. Surgió rápidamente un discurso sumamente culpígeno, experimentando gran remordimiento ya que sentía que había saboteado su relación de noviazgo con Sergio. Desde esta segunda entrevista se identificaron datos de un funcionamiento endogámico en su familia, mencionando que duerme en la cama de sus papás, donde descansa mejor; esto lo dice acompañado de una expresión de satisfacción.

Se identificó también que los padres la rechazaban en cuanto a su sufrimiento ya que se muestran hartos hacia ella y le dicen que le advirtieron desde un principio que no debería de tener novio ya que siempre acabaría así de lastimada. Por otro lado, al no contar ya con el novio, los padres la sobreprotegen y le hacen muchas actividades que una adolescente de su edad debería de lograr sola, tales como la tarea, llegar a su casa e incluso amarrarse las agujetas. Mariel me cuenta muy impresionada que estas funciones las cubría Sergio, menciona que incluso no sabe

cómo llegar a su casa desde la escuela ya que él la llevaba. Al terminar la segunda entrevista reconoce también su inseguridad corporal, razón por la cual cree que cubre siempre su cuerpo con varias prendas. Recuerda haber sido molestada por sus compañeros de la secundaria por el sobrepeso. Después se descubrirá que el primero que la molestaba por su sobrepeso fue su padre, quien también presenta la misma complejión corporal.

En el tercer encuentro la noté muy alegre y risueña con la “compañera” que la acompañaba, sin embargo al ingresar al consultorio de inmediato le cambia la expresión y se le tornaron los ojos llorosos. Describió cómo el novio tenía deudas con la familia de Mariel y le llamó la atención cómo antes ella lo trataba mal y lo rechazaba, mientras que ahora él se convirtió en el rechazante y ella en la rechazada.

Fue en esta tercera entrevista cuando opté, a modo de evaluación, por hacer menos preguntas y brindarle un poco más de espacio a sus respuestas y asociaciones. Mariel reaccionó de inmediato sorprendida ante los más breves silencios diciéndome “¿le puedo preguntar algo? ¿por qué no dice nada y sólo se me queda viendo?”. Se comenzó a identificar entonces cierto detenimiento de los procesos de pensamiento, mecanismos que se describirán más adelante.

6. Historia clínica

Historia personal:

Mariel refiere que sus padres le han contado que el embarazo fue una etapa que disfrutaron mucho, en especial la madre. Deseaban tener una niña para tener “la parejita” ya que dos años antes tuvieron a su hermano. Mariel menciona que la madre “compartió” el embarazo con una tía de Mariel, hermana del padre. Tanto la madre como la tía de Mariel se embarazaron casi al mismo tiempo, naciendo Mariel en agosto y su primo en septiembre. Menciona Mariel que en eso ella “le ganó al primo”, ya que nació primero. Su relación con este primo, casi de su misma edad, tendrá importancia después durante el tratamiento. Su madre le ha contado que era una bebé “muy

berrinchuda, chillona, necia y traviesa”. Fue la madre quien escogió su nombre al llamarle la atención el nombre de una reportera en la televisión que le pareció muy bonita.

Desde la primera entrevista cuenta que desde que era una niña pequeña le tiene mucho miedo a la soledad, por lo que su mamá tiende a acompañarla siempre en casa para “distraerla” y que no se sienta mal. También desde niña le tiene miedo a la oscuridad y a la muerte, sobre todo a qué sucede cuando uno muere o a qué pasa después de morir.

Desde un principio habla de su familia y ahondamos en datos sobre sus padres y la percepción que tiene de ellos. Me cuenta que ve a su mamá como alguien que trata de comprenderla y que habla mucho con ella, pero se harta fácilmente cuando no se entienden. La describe como una mujer cariñosa, sensible e inteligente. Posteriormente menciona que la madre padece de artritis, enfermedad que le causa intensos dolores. Lo primero que menciona de su papá es que tiene un carácter muy fuerte; es economista y trabaja en un partido político. Mariel se avergüenza cuando le pregunto en qué partido trabaja su papá, ya que dicho partido le parece muy pequeño. Desconoce las funciones de su padre en su trabajo, sólo menciona que es muy responsable.

Su hermano es un año y medio mayor que ella, es un chico muy aislado, aplicado en la escuela y acata todas las órdenes y los deseos de los padres. Es por esto que Mariel es constantemente catalogada como la “rebelde”, “la hija mala” o “la hija problemática”. Dice que la hacen sentirse mal cuando sale con sus amigos y se divierte, ya que la comparan con el hermano, quien nunca sale de casa y tiene un alto promedio. Su hermano está siempre en casa con los padres, Mariel menciona que les gusta mucho jugar juntos, dándome la impresión como si fueran niños pequeños. El hermano además padece de asma desde que era muy pequeño, Mariel cree que su mamá lo quiere más por tener asma y por ser hombre. Percibe a la enfermedad como una ventaja que ocasiona que los demás muestren más cariño y atenciones.

Mariel se queja mucho de características que considera machistas en su familia. Le parece injusto que a su hermano le permiten muchas más cosas que a ella, además de que ella tiene que prepararse su propia comida y tiene que cocinar también para su hermano y su papá.

Mariel ha sido muy cercana a una prima que es dos años menor que ella, la cual es hermana del primo que ya se mencionó, cuyo embarazo fue compartido con el de Mariel. Cuenta que cuando se quedaba a dormir con su prima, dormían ambas en una cama y llegaba su primo, se metía en la cama del lado en el que Mariel dormía y la tocaba en los genitales. Mariel pretendía seguir durmiendo. Menciona que estos tocamientos se dieron desde los 5 años y continuaron hasta los 15 años. Meses antes de que abandonara el tratamiento, el primo le seguía pidiendo fotos de su cuerpo por medio de mensajes de celular, además de que le pedía tener relaciones sexuales con ella.

Por otro lado, semanas después de contarme sobre esta relación con el primo, Mariel mencionó que igualmente hasta los 15 años se tocaba de la misma manera junto con otras tres primas. Esto le causa mucha culpa ya que en su familia le han hecho sentir que los contactos homosexuales son terribles. Sólo en una ocasión hizo referencia a estos escarceos eróticos grupales que realizaba con las primas.

Por último, una etapa muy difícil en la vida de Mariel ha sido alrededor de los 13 años, cuando asistía a la secundaria. Refiere que la molestaban mucho en la escuela por su sobrepeso, tanto a ella como a su hermano. Ella era la que intentaba defender a su hermano, mencionando que él recibía tratos incluso más crueles. A los 13 años menciona que se cortaba en las piernas y en los brazos con la navaja del sacapuntas: “Yo creo que lo hacía para llamar la atención. Me enojaba mucho y ocultaba todo. De pronto una compañera se dio cuenta, y yo lo que quería era ver si tenía amigos y si le importaba a alguien. Con Sergio también me llegué a cortar para llamar su atención, sobre todo si él estaba enojado conmigo. Si me cortaba se volteaba todo y ya no se enojaba conmigo”. Cuando su mamá se enteró de que se cortaba le dijo a su hija: “Ya deja de hacer tus pendejadas”, percibiendo Mariel que nunca le daba importancia a sus cortes.

Alrededor de la misma edad Mariel cuenta que se quería morir: “Sentía que en todos lados era un cero a la izquierda y que no le importaba a nadie”. Dice que nunca tuvo intentos suicidas pero sí ideación suicida: “Se me ocurría juntar varias pastillas diferentes, cortarme más las venas o aventarme de alguna ventana”. En alguna ocasión Mariel le confesó a su mamá sobre sus ganas de morirse, a lo que la madre respondió: “Estás loca hija, sólo quieres llamar mi atención. ¿Qué quieres lograr con tus pendejadas? ¿Qué te lleve a un psicólogo? Ya deja de hacer tus chingaderas”.

Historia escolar:

Desde las primeras entrevistas Mariel menciona: “En realidad no tengo amigos desde hace tiempo, sólo conocidos aquí en la escuela”. Cuando ingresó al tratamiento cursaba el 4° semestre del bachillerato. Anteriormente asistía a otra escuela también pública, pero perdió un año escolar ya que reprobó varias materias. En su anterior escuela tenía compañeros con los que ingería mucho alcohol y no entraban a clases.

Después de perder un año escolar decidió ingresar a su actual escuela, esforzándose mucho para su examen de admisión. Se siente más cómoda en esta escuela, aunque le intimida su gran tamaño y la cantidad de alumnos que asisten.

A lo largo del tratamiento se estabilizó el área escolar teniendo un promedio alrededor de 8.0. Sin embargo reprobó matemáticas aproximadamente a la mitad del tratamiento. Esto le llamaba mucho la atención ya que era su materia preferida. Aquellas asignaturas que requerían una producción verbal, creativa y original de su parte, tales como lectura y redacción, le cuestan mucho trabajo. En una sesión, mientras expresaba su dificultad por cumplir con un ensayo que tenía que escribir, me dijo que lo numérico se le facilita más, mientras veía fijamente un cuadro en el consultorio. Después me dijo: “Por ejemplo, si tú me pides que interprete ese cuadro que está ahí, no puedo, no sabría qué decir, nada se me ocurre”.

Siempre manifestó inquietudes por seguir estudiando. En las primeras entrevistas mostraba interés por estudiar veterinaria, diciendo: “Me encantan los ojos de los animales, sus expresiones tienen algo que jamás he visto en una persona”.

Por otro lado, el padre pugnaba porque estudiara medicina ya que siempre había querido tener un hijo médico. El hermano mayor recibió la misma exigencia pero optó por estudiar ingeniería química, quedando el padre muy decepcionado.

Conforme avanzó el tratamiento, abandonó la idea de estudiar veterinaria diciendo que nunca querría lastimar a un animal para que ella pudiera aprender. Surgió entonces, durante las últimas sesiones, un interés por estudiar enfermería, mencionando: “Es que las enfermeras tocan más a los pacientes, están más con ellos y los cuidan más. Los doctores ven menos tiempo a los pacientes”. La idea de estudiar enfermería provocó una gran oposición por parte de la familia, en especial de los padres, quienes le decían a Mariel: “Ay hija, para qué estudiar enfermería si puedes estudiar medicina. Los médicos le mandan a las enfermeras, ellas son como sus chachas”.

Antes de abandonar el tratamiento Mariel bajó ligeramente su promedio, quedando justo por debajo de lo requerido para ingresar a medicina, tal y como lo deseaban sus padres. Gracias a esto no le quedó otra opción más que inclinarse por enfermería.

Historia familiar:

Mariel cuenta que de niña pensaba que sus papás llevaban una relación perfecta ya que nunca los veía pelearse. Ahora sabe que esa relación ya no es tan perfecta, pelean frecuentemente porque la madre le pide al padre explicaciones sobre sus gastos con las tarjetas de crédito, además de que el padre le debe dinero a la madre. Esta vigilancia comenzó cuando Mariel tenía 13 años, recuerda que su mamá encontró un cargo en una tarjeta bancaria del padre que correspondía a una casa de citas. La madre también checa el olor del aliento del padre cuando llega a casa, en búsqueda de aliento alcohólico. Cuando lo huele a alcohol sospecha inmediatamente que estuvo con otra mujer. También es común que la madre inspeccione constantemente el celular del padre, además de que cuando no se encuentra en casa, le pide que le mande su ubicación por medio del teléfono móvil. Gracias a esto Mariel menciona que se ha dado cuenta de que “los hombres siempre pueden engañar”.

Curiosamente, este estilo vigilante también lo ha mostrado en ocasiones el padre con la misma Mariel. El padre desconfía que su hija se encuentre de nuevo con su ex novio Sergio, por lo que si Mariel sale con sus amigas, el padre le pide que le mande una foto de sus amigas para comprobar que en realidad está con ellas.

Las mujeres de la familia, en especial la madre y las tías de Mariel, le han transmitido ideas correspondientes a que los hombres no son confiables sentimentalmente ni dignos de confianza. Su ex novio Sergio era percibido por la madre como un chico muy callado y tranquilo, diciéndole a Mariel: “Uy hija ¡Mucho cuidado con los calladitos, eh! Luego son los que salen peores. Ve como salió tu tío que le acabó siendo infiel a tu tía”.

La abuela materna abandonó a la madre, al tío y a las tías de Mariel cuando la madre tenía 12 años. La madre de Mariel a esa edad tuvo que hacerse cargo de sus dos hermanas y de su hermano menor. La historia que Mariel conoce consiste en que la abuela se llevó a sus 5 hijos a vivir a un cuarto donde no tenían nada, la abuela tomó esta decisión porque el abuelo, quien ingería mucho alcohol, la golpeaba a ella y también a sus hijos. Posteriormente los hijos (la madre y los tíos de Mariel) regresaron con el abuelo ya que tenían muchas carencias en donde la madre los llevó. La abuela se fue entonces sola a Mexicali durante varios años y regresó a la capital cuando Mariel era una bebé. La abuela vive ahora en un pequeño cuarto en el centro de la ciudad, en ocasiones visitaba la casa de la familia de Mariel, principalmente para limpiar la casa, siendo ahora su única opción relevante dentro de la familia.

El hermano menor de la madre padece de algún tipo de psicopatología psicótica grave. La información respecto a este tío de 34 años ha surgido a modo de cuentagotas. Primero lo menciona a los 3 meses del tratamiento cuando lo visitó junto con su madre, mencionando que es esquizofrénico, que “alucina, ve y oye cosas” además de que está internado de por vida. Mariel menciona que sus tías “hacen como si este tío ya hubiera muerto”, siendo únicamente la madre de Mariel quien lo visita de vez en cuando. Tres meses después cuenta que su tío en realidad enfermó por la adicción a varias drogas, entre ellas piedra y cocaína. La última información que mencionó Mariel sobre esto consiste en que su tío está en unos separos del Estado de

México, lejos de la ciudad, ya que antes estaba recluido en otro lugar y se escapó. Mariel menciona: “Así si se fuga no reconocerá en dónde está y no sabrá a dónde ir”. Dice que en realidad no sabe qué tanto hizo su tío para estar encerrado, ya que ella era muy pequeña. Anteriormente el tío vivía con el abuelo y la madre de Mariel era la encargada de cerciorarse de que se tomara sus medicinas, pero de pronto se escapó de casa y lo encerraron. Al hablar de su tío Mariel menciona que le da mucho miedo llegar a escuchar cosas que los demás no escuchan, especialmente si son voces de niños.

El alcoholismo ha sido un tema común tanto en la familia del padre como en la familia de la madre de Mariel. Mariel toma bebidas alcohólicas con una prima y con una tía, hermana del papá. Sus padres le dicen “no vayas a terminar como tus tíos”. A los 6 meses de tratamiento comenzó a manifestar un temor de volverse alcohólica, ya que hay varios antecedentes de esta adicción en ambas familias. Su abuelo materno falleció en el penúltimo mes de tratamiento debido a complicaciones hepáticas relacionadas con el alcoholismo, ya había sufrido también un infarto cerebral. Además, varios tíos y tías tienen problemas con la ingesta excesiva de alcohol. Mariel menciona que incluso sus padres pueden tener este tipo de problemas, en especial su mamá, mencionando: “Ella toma porque está feliz, para celebrar, para relajarse, porque hace calor, porque hace frío, porque está triste, para descansar... y por muchas otras cosas”.

Cuando el abuelo materno enfermó, la abuela que había abandonado a la familia anteriormente, regresó para cuidarlo. La abuela llegaba temprano a casa del abuelo a fungir de enfermera y también de sirvienta y después regresaba a donde vivía. Al morir el abuelo, la abuela fue la principal heredera y regresó, después de 30 años, a vivir a la casa del abuelo.

Sobre la familia del padre hay menos información. Un hermano del padre critica fuertemente al padre de Mariel por tener sobrepeso. Este tío también molesta a Mariel por su apariencia física y sobrepeso, le dice en frente de otros familiares que se ponga a dieta y que haga ejercicio. Mariel menciona con rencor que nadie la defiende ya que es un tío mayor que el padre, con autoridad en la familia.

Mariel le guarda mucho rencor a su abuelo paterno. En una ocasión hace referencia a él como un hombre machista que constantemente ofende y sobaja a su abuela. De manera más reciente, durante la fiesta de XV años de una prima, Mariel tomó mucho alcohol y le gritó cosas muy ofensivas al abuelo. Esto ocasionó que sus padres se preocuparan por la ingesta de alcohol de Mariel, por lo que por un tiempo prohibieron cualquier bebida alcohólica en la casa. Sin embargo, después de unos días Mariel descubrió que sus papás escondían botellas y cervezas para su propio consumo encubierto.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A lo largo de este capítulo se presentan diversos fragmentos del tratamiento de Mariel con la finalidad de analizarlos bajo la teoría psicoanalítica consultada en este trabajo.

1. La bidimensionalidad y la identificación adhesiva en Mariel como evidencia de un aparato psíquico empobrecido

Durante este apartado pretendo constatar que en Mariel predomina un funcionamiento de tipo bidimensional, caracterizado por el mecanismo de la identificación adhesiva. Busco hacerlo por medio del discurso, estilo de pensamiento y forma de relacionarse de Mariel, interpretando estos contenidos con la teoría psicoanalítica consultada.

Mi objetivo es analizar primero cómo funciona el aparato psíquico de Mariel, siguiendo la teoría de Bion (1962a) sobre el “aparato para pensar los pensamientos”. Me interesa plantear cómo es que Mariel procesa la experiencia, de qué manera experimenta los objetos que la rodean y sobre todo cómo se concibe a sí misma.

Desde el primer encuentro con Mariel, algo que resaltó fue una parte de su subjetividad, de aquello que la hace una persona única, que después pude en parte esclarecer y nombrar con la teoría psicoanalítica. Dicha característica que llamó mi atención fue algo ausente en su proceso de pensamiento.

Las primeras entrevistas se dieron sin mayores complicaciones, Mariel respondía satisfactoriamente a lo que yo le preguntaba, haciéndolo de manera puntual, siempre ofreciendo como parámetro lo que le habían dicho sus padres o lo que ellos pensarían. La verdadera herramienta diagnóstica en este caso, además de la elaboración de la historia clínica, se dio cuando dejé el espacio de las sesiones libre a que Mariel pudiera hablar y asociar libremente de lo que ella quisiera. Fue entonces cuando aquel funcionamiento psíquico empobrecido se hizo verdaderamente evidente. Se dieron silencios muy largos, tanto de su parte como de la mía, como si de pronto,

después de tener entrevistas con suma soltura, nos hubiéramos metido en un congelador en el que nada se movía.

Fue entonces cuando yo la sentí como una paciente que estaba atravesando por una adolescencia muy diferente a la de mis otros pacientes que atendía en ese momento. No podía evitar comparar su funcionamiento con mis otros pacientes, y esto me daba la sensación de que algo faltaba en el funcionamiento psíquico de Mariel, algo aún no arrancaba, permaneciendo frenado, casi truncado.

Es difícil describir y ofrecer evidencias de aquello que está ausente, sobre todo cuando hablo de algo tan complejo como lo es el aparato para pensar los pensamientos. Comenzaré con describir cómo en Mariel estaba ausente casi cualquier pensamiento creativo o fantasioso, abandonando incluso la posibilidad de pensar de esa manera, entregándome casi por completo la habilidad para hacerlo. Después de las entrevistas diagnósticas, durante las primeras sesiones de psicoterapia surgió algo que fue característico en ella durante todo el tratamiento, una mirada muy particular, con unos ojos grandes, muy redondos y casi estupefactos que me miraban fijamente con una mirada vacía. Con esta mirada, a cualquier pregunta que le planteaba, cualquier señalamiento, por más sencillo que fuera, Mariel respondía simplemente: “No sé”.

Otra característica que dio cuenta de un funcionamiento psíquico empobrecido perduró durante la primera mitad del tratamiento. Mariel casi cada sesión imploraba una solución a sus problemas diciéndome: “¿No me puedes decir cómo sentirme mejor?” o “¿qué puedo hacer para ya no sentirme triste porque se fue Sergio?”. Esto se ilustra también con el siguiente fragmento de una de las primeras sesiones:

Después de llorar durante varios minutos y platicar sobre cómo su ex novio Sergio la borró en Facebook, Mariel menciona: “¿Le puedo preguntar algo? ¿Por qué no me dice casi nada y sólo se me queda viendo? Creo que era más fácil cuando me hacía preguntas.”

Yo le respondí: “Quizás lo difícil es que aquí tú te tienes que guiar sola, aquí no está tu papá o Sergio que te decían para dónde ir o qué camino tomar.”

Se sintió sorprendida y después de llorar un poco más respondió: “Es que nunca me ha gustado estar sola. Siento que si no me hablan no existo, si estoy sola no existo”.

En este fragmento se observa cómo para Mariel no solamente era necesaria una guía totalmente directiva para su pensamiento, sino que la percepción de su propia existencia dependía de la presencia, o mejor dicho, de la percepción de que hay alguien más físicamente cerca de ella.

Como se detalló al principio de este trabajo, Meltzer (1975a) propone cuatro funcionamientos mentales en los cuales el *self* interactúa de diferente manera con los objetos tanto internos como externos. Este autor especifica que en el funcionamiento bidimensional se observa una imaginación empobrecida y se carece de habilidades para construir algo auténtico dentro del propio pensamiento. De esta manera, además del pensamiento sumamente concreto que se ha descrito en Mariel, se identificó que sus deseos y ambiciones variaban de acuerdo a qué persona se adhería. Por ejemplo, si comenzaba a juntarse con compañeros que asistían a marchas de protestas políticas llegaba muy entusiasmada a las sesiones diciendo que se dedicaría a la lucha social; o por otro lado, si un fin de semana convivía mucho tiempo con su padre, llegaba a la sesión del lunes convencida de que estudiar medicina es la mejor opción para ella (el deseo del padre era tener un hijo médico). Aunque aquí se aprecia una identidad en construcción, la cual es siempre característica en la adolescencia, en Mariel se presenta una gran endeblez en el yo, dependiendo sus deseos y creencias del objeto con el cual estuviera físicamente de manera reciente.

Otra característica de la personalidad de Mariel que me llamó mucho la atención fue la manera en la que percibe a las otras personas y cómo se relaciona con ellas. Siempre fue característico en ella el llegar acompañada de una amiga, quien la esperaba pacientemente en la sala de espera cuidándole su mochila, mientras Mariel

entraba a su sesión. Me daba la sensación de que la amiga me entregaba la estafeta de “sostener” a Mariel durante los 50 minutos de la sesión. Esta interacción con los demás se tornó aún más interesante cuando le pregunté sobre esta chica que siempre la acompañaba: “Ah ella no es mi amiga, sólo es mi compañera aquí en la escuela, en realidad no la conozco mucho.” Meltzer (1975a) menciona que en el funcionamiento bidimensional la falta de profundidad no sólo se da en el propio *self*, sino también en la percepción que se tiene de los otros objetos, lo cual restringe gravemente la interacción social. Es así como a Mariel nunca le interesó conocer a esa “compañera” que iba con ella una y después dos veces a la semana a su psicoterapia. Lo que importaba para ella es la sensación de compañía que obtenía, de seguir existiendo gracias a esa percepción visual y auditiva que obtenía de la presencia de esa chica.

Algo similar ocurría cuando Mariel hablaba de alguien significativo en su vida. Sobre Sergio, su ex novio y uno de los personajes más recurrentes e importantes durante su tratamiento, habló de él prácticamente todas las sesiones. Sin embargo para mí fue de alguna manera imposible crearme en mi mente una imagen de qué tipo de persona es o qué características de personalidad tiene, siendo para Mariel lo importante aquella contención perceptual que obtenía del contacto físico con Sergio. Meltzer (1975a, 1975b) menciona que en este tipo de funcionamiento mental el *self* funciona como una superficie con habilidades sensoriales que pueden hacer que la persona funcione de una manera sorprendentemente ágil e inteligente, percibiendo únicamente las cualidades superficiales de los demás. De esta manera, Mariel ofrecía una concepción de los demás como si fueran superficies, carentes de contenido.

Resulta impresionante también pensar, tal como lo menciona Meltzer, en que a pesar de tener un funcionamiento bidimensional, Mariel ha logrado alcanzar metas consideradas normales para una adolescente de su edad, tal como mantenerse en la escuela y estar próxima a ingresar a una carrera universitaria. Su funcionamiento se ha apoyado en esta capacidad de sostenerse ágilmente de las cualidades perceptuales que obtiene de los demás, tal y como ella se dio cuenta al hablar sobre su separación de Sergio:

“Yo era muy abrasiva y me pegaba a él. Me di cuenta que él me hacía todo y sin él casi no puedo hacer nada. Ni siquiera sé cómo irme a mi casa porque él me llevaba en el camión, ahora mis papás tienen que pasar por mí. Él me hacía la tarea, me llevaba a la escuela y me regresaba. ¡Hasta me amarraba las agujetas! Antes de él, mi papá me las amarraba.”

Continuando con el análisis del aparato psíquico de Mariel, recorro a lo que propone Bion (1962a) con respecto a que el aparato mental, para su correcto funcionamiento, debe de contar con las habilidades para soñar, tanto dormido como despierto, sobre la experiencia. Para este autor la importancia del pensamiento no recae solamente en lo consciente, sino más aún en el pensamiento inconsciente que procesa las vivencias en forma de sueños y fantasías. En Mariel observé importantes alteraciones en el proceso de soñar. Cuando inició su tratamiento, relataba que mientras dormía temblaba y se quejaba mucho, incluso lloraba. Esto se lo han contado sus padres. Cuenta incluso que tenía que irse a dormir con sus papás porque con ellos no tenía estas sensaciones displacenteras.

Continuando con el tema de los sueños, el único sueño que logró recordar y verbalizar durante el tratamiento fue el siguiente:

“No se cómo contarle, no tiene ninguna imagen, sólo una sensación extraña (le dan escalofríos). Soñé que presenciaba mi muerte, todo se desbarataba, era una sensación horrible, como si todo se desvaneciera, como cuando algo te gusta mucho y termina. Me desbarataba en el espacio. Me desperté con escalofríos.”

Es en este sueño donde se localizó de manera muy nítida el tipo de angustia que Mariel presenta. Para comprender este tipo de angustia, es preciso recordar la diferenciación que establece Bick (1968) entre un estado de desintegración y uno de escisión del yo. El primero es el que corresponde de manera más predominante con la angustia que presenta Mariel, caracterizado por la pasividad, indefensión y dependencia total de otros objetos. Anteriormente Winnicott (1962) equiparó esta

angustia de desintegración a deshacerse en pedazos, perder la orientación en el espacio o quedar diluido en un espacio sin forma. En el funcionamiento bidimensional, de acuerdo con Meltzer (1975a), son comunes los sueños con algún tipo de desintegración, con algo que no puede mantener sus partes unidas, tal y como muestra el sueño de Mariel.

Uno de los principales mecanismos defensivos que presenta Mariel es la identificación adhesiva, siendo el mecanismo más característico de la bidimensionalidad. Al hablar de este mecanismo se hace referencia también a fallas en la constitución de la función psíquica de la piel, tal y como lo menciona Bick (1968). Durante el tratamiento de Mariel, han existido numerosas referencias a su piel, o mejor dicho, a la función de contención de su piel. Utiliza muchas capas de ropa, siempre trae manga larga, suéteres y chalecos gruesos o chamarras, incluso en días calurosos o en la playa. Su ropa es siempre entallada. Sobre esto menciona: “Usar ropa así me hace sentir segura y además así no se ven mis cicatrices ni mis partes gordas. Aunque me dé calor, así me siento más tranquila.” Parece que Mariel necesita de una protección adicional que cubra su cuerpo ya que su piel no le ha sido suficiente, sobre todo cuando la percibe como una piel ya defectuosa por los cortes que se hacía años antes. La ropa pegada siempre a su piel le brinda esa seguridad de sentir los límites entre su cuerpo y el mundo externo. Además, al tener esa sensación de límite geográfico, la protege de la disolución que amenaza la angustia de desintegración.

Tal y como se mencionó anteriormente, la identificación adhesiva es un mecanismo anterior a la identificación proyectiva, que consiste en adherirse o pegarse a un objeto, copiando sus características superficiales y obteniendo seguridad mediante las experiencias sensoriales que se obtienen a partir de ese contacto perceptivo (Bick, 1968; Meltzer, 1975a). La presencia de este mecanismo en Mariel tiene que ver con lo que se ha mencionado sobre cómo adquiere las características superficiales de aquellos objetos a los que tiende a adherirse.

En una sesión, después de la suspensión del trabajo durante semana santa, Mariel llegó muy impresionada después de darse cuenta de algo muy importante para ella: “Me di cuenta que tengo una adicción sexual hacia él (Sergio), a sentir su piel que

toque la mía y sentirlo pegado a mí.” Algo que le preocupaba y le intrigaba mucho era el averiguar por qué aquello que la mantenía unida a su ex novio era ese contacto físico, tal y como ella lo dice, esa necesidad de sentir que su piel tocara la suya. Es aquí donde actúa la identificación adhesiva, dándole prioridad a la percepción y desestimando la profundidad tanto del *self* como del objeto. Mariel recurría a su ex novio como a un objeto meramente perceptual.

Tal y como menciona Bick (1968) al hablar sobre la función de la piel en etapas muy tempranas del desarrollo, el bebé necesita de cualquier estímulo que pueda mantener la atención del *self* en incipiente formación. Este estímulo perceptual, que puede ser según esta autora una luz, el abrazo de la madre, el sonido de una voz o el contacto del pezón con la boca, es experimentado de manera momentánea como algo que sostiene y mantiene unidas aquellas partes desintegradas del *self*. Por lo tanto, en Mariel al seguir tan presente la angustia de desintegración se tornó necesaria la identificación adhesiva como un mecanismo sumamente primitivo que le brindó en múltiples ocasiones la calma y la sensación de unificación de su personalidad.

Cuando inició su tratamiento Mariel mencionó que como acababa de terminar la relación con su novio y como ya casi no lo veía, permanecía dormida casi toda la tarde. Dormía incluso más tiempo en caso de que su madre saliera de casa. Lo único que la despertaba rápidamente era una llamada de Sergio, su ex novio. Era como si su existencia se limitara únicamente a la interacción con el objeto al cual se adhería.

El miedo a la soledad se hizo presente también desde las primeras etapas del tratamiento. Mariel cuenta que desde pequeña le ha dado miedo la soledad y ha acostumbrado a su mamá a que nunca la deje sola. Cuando se quedaba sola durante las tardes simplemente dormía. Su mamá se preocupaba por este hábito de dormir tanto e incluso la quería llevar con un médico, sin embargo después se dio cuenta que el papá de Mariel en ocasiones hace lo mismo, en especial cuando consume alcohol.

Sobre su miedo a la soledad Mariel menciona: “No me gusta estar sola, siento que si estoy sola todo puede acabar. Mi mamá para distraerme nunca me deja sola.” A este fragmento del discurso de Mariel añado también lo que ha mencionado como “si

no me ven no existo, si estoy sola no existo”. Es en estas palabras que Mariel logra ofrecer, donde se esclarece que el miedo a la soledad es en realidad un temor que corresponde a la angustia de desintegración, a no existir y a quedar disuelta. Para ella la soledad significa una amenaza a perder el objeto que la contiene por medio de la percepción física.

A manera de resumen, Meltzer (1975a, 1975b) describió el fenómeno de la identificación adhesiva basándose en tres características principales que Mariel presenta y que coinciden con el funcionamiento bidimensional: dependencia, separación-colapso y vacío en la cabeza (*empty-headedness*). La dependencia en Mariel se observa en esa incapacidad de siquiera llegar a su casa sola o incluso de poderse amarrar las agujetas. De alguna manera ha logrado, con una tremenda astucia, rodearse siempre de personas que fungen como objetos que además de contenerla, cubren varias necesidades propias de una niña pequeña. Sin embargo la dependencia no sólo abarca estos aspectos superficiales como el transporte o sus tareas, de manera inconsciente Mariel depende de los demás para sentir que existe y para defenderse de la angustia de desintegración.

La separación-colapso después de terminar con su novio fue quizás el verdadero motivo de consulta que llevó a Mariel a recurrir a psicoterapia. Aunque quizás esta separación sea la representante de separaciones más antiguas, de duelos por funciones maternas no obtenidas que también pueden remitirse a duelos no resueltos en la historia familiar. Meltzer (1975a) menciona que para la persona que está identificada adhesivamente, la separación del objeto equivale a la desaparición del propio *self*. Además, Mariel creó un tipo de dependencia con características puramente sensoriales, careciendo de la concepción de un espacio interno lo suficientemente fuerte como para introyectar al objeto. Es por esto que en el caso de Mariel no se reconoce claramente la separación de ese objeto. Cuando se utiliza la identificación adhesiva y se da una separación del objeto con el cual estaba identificada adhesivamente, tal y como le sucedió a Mariel con el ex novio, se produce un colapso significativo en el cual se sentía arrancada, arrojada y expulsada por el objeto. Fue tal

el colapso que su aparato psíquico mermó aun más su funcionamiento, teniendo que hacer una especie de “pausa” del proceso de pensar al dormir varias horas al día.

Por último, Meltzer (1975a) habla de *empty-headedness*, que lo he traducido como esa impresión que tuve de Mariel como si en su cabeza estuviera solamente un vacío, carente de contenidos. Esta sensación me daba su mirada fija y vacía, además de la ausencia de asociaciones significativas o de ideas que surgieran a partir de alguna interpretación o señalamiento. Ella simplemente esperaba que yo le diera expresas indicaciones sobre qué hacer. Meltzer (1975a) indica que en el funcionamiento bidimensional la capacidad de *insight* parece estar casi ausente, siendo frecuente que su inteligencia sea sobreestimada. Al fijarse únicamente en la apariencia y la conducta superficial de los objetos, dejando a un lado los contenidos mentales, las personas cuyo funcionamiento es predominantemente bidimensional pueden aparentar ser “cabezas huecas”. Creo que aunque esta característica es una sensación que describe Meltzer (1975a) y que yo mismo experimenté con Mariel, no es algo que tenga que ver con la inteligencia, sino con un funcionamiento mental que se trata de defender ante situaciones afectivas que amenazan la vida psíquica. Después de todo Mariel ha sido bastante inteligente para hacerse valer de objetos que la han sostenido y le han permitido seguir un desarrollo relativamente bueno a pesar de sus graves conflictos en la constitución de su aparato psíquico.

2. La insuficiencia en la capacidad de *rêverie* en la historia de Mariel

Habiendo descrito cómo funciona el aparato psíquico de Mariel, durante este apartado intentaré ahondar en aquellos vínculos tempranos con los padres, buscando conocer la naturaleza interna de estas relaciones de objeto para después, en el siguiente apartado, poder relacionarlas con el funcionamiento bidimensional y con la identificación adhesiva que presenta Mariel.

Anteriormente durante el marco teórico describí, apoyándome en las propuestas de psicoanalistas como Winnicott y Bion, sobre las condiciones necesarias en la calidad del vínculo primario para alcanzar un funcionamiento tridimensional o

tetradimensional, según la propuesta del modelo geográfico de la mente de Meltzer (1975b). Tanto el concepto de *holding* de Winnicott como el de *rêverie* de Bion tienen que ver con el desarrollo de una subjetividad y de una identidad, por lo que son temas que resultan obligados para comprender el psiquismo de Mariel.

Desde el inicio del tratamiento fue clara cierta disparidad en la relación de Mariel con su madre y también con su padre. Mariel dentro de su familia ha sido colocada como la incomprendida, a la que nadie ha podido ayudar, la que protesta injustificadamente porque le tiene envidia a otros familiares o la hija problemática que a pesar de asistir a psicoterapia no ha mejorado ante los ojos de la familia.

Ha sido evidente también que Mariel se siente muy lejos de lo que sus padres esperaban de una hija. Para empezar, su padre repite constantemente el discurso de cuánto deseaba un “hijo que sea médico”, a lo que Mariel reacciona queriendo estudiar esa carrera, pero queda el mensaje subyacente de que Mariel no fue del género deseado por el padre. Lo mismo sucede cuando la madre le ha dicho, al compararla con su hermano: “Mira hija, a ti también te quiero, pero a tu hermano más porque él nació con su problema del asma y pues él necesitó más cuidados”. Pareciera entonces que a Mariel le faltó “algo” para que su madre la quisiera como a su hermano. Es probable que esto tenga que ver con la envidia de pene no en Mariel, sino en su madre, quien de alguna manera ha intentado depositar esta envidia en su hija.

El cuerpo de Mariel juega un papel muy importante en este tema ya que el padre se refiere al cuerpo de su hija como algo defectuoso y hasta despreciable: “Hija, las gorditas nunca se verán bien, no importa lo que se pongan, nunca habrá ropa que se les vea bien”. El padre ha hecho diversos señalamientos de este tipo con respecto a su cuerpo.

De esta manera pareciera que Mariel dentro de su familia ha sido una hija con características no esperadas y no deseadas. Es como si desde el inicio de su existencia hubiera algo de ella que no se ha acoplado con lo que los padres deseaban, lo cual se lo han remarcado de diversas maneras a lo largo de su historia. Es probable que esta desilusión que experimentaron y que quizás siguen experimentando los

padres de Mariel con respecto a sus expectativas, en parte inconscientes, haya prevenido que Mariel ocupe aquel lugar tan importante de *her majesty the baby* descrito por Freud (1914), siendo una condición necesaria para la constitución del aparato psíquico.

Es importante mencionar que en gran parte se carece de datos sobre la infancia Mariel y sobre sus primeros años de vida, los cuales serían cruciales para la interpretación de una posible insuficiencia de la función de *rêverie* a lo largo de su historia. Sin embargo durante el tratamiento, en especial durante los últimos meses, Mariel proporcionó información correspondiente al inicio de su adolescencia que se puede considerar evidencia para la insuficiencia de la función de *rêverie*.

Mariel cuenta que a los 13 años sufría una fuerte situación de *bullying* en la secundaria, la cual también padecía su hermano. Menciona que no logra recordar con precisión lo que sucedía en esa época, pero sí recuerda que llegó un momento en el que su sufrimiento era tan alto que incluso llegó a tener ideación suicida. Al llegar a este punto, decidió pedirle ayuda a su madre, quien le respondía: “Ya deja de hacerte la sufrida, estás loca, solamente me quieres espantar... otra vez tus pendejadas.”

Para comprender el impacto de esta respuesta en el psiquismo de Mariel, es preciso recordar que de acuerdo con Bion (1962a), el término *rêverie* corresponde a un estado de la mente que el niño requiere de su madre, caracterizado por una gran receptividad y calma orientada a recibir las angustias del niño y poderles dar un significado. Este proceso basado en el mecanismo de la identificación proyectiva, consiste en que el niño proyecte adentro de la madre aquellas experiencias emocionales angustiantes que le es imposible procesar solo, ya que no cuenta aún con lo que Bion (1962a) llama “función alfa”. La madre por medio de la función de *rêverie* le dará sentido a estas angustias, lográndose la función alfa. Al recibir esos contenidos mentales del niño y al regresárselos de una manera más significativa y simbolizada por medio de la introyección, la madre funciona como un continente. La madre hace el trabajo inconsciente del niño ya que de alguna manera “sueña” por medio del *rêverie* las angustias proyectadas por el niño, y se las puede devolver de tal manera que el propio niño las pueda usar en soñar sobre su propia experiencia. Posteriormente, el

bebé podrá desarrollar esta capacidad, hacerla suya y utilizarla en sus propios estados mentales. Hasta ahora es lo que describe Bion con respecto a lo necesario para formar un aparato psíquico que pueda aprender de la experiencia emocional, sin embargo diversos fragmentos del tratamiento indican que en el caso de Mariel este proceso de *rêverie* no se dio de tal manera.

A la misma edad en la que se daba la ideación suicida, Mariel recuerda que su conducta de autolesión estaba en pleno auge. Con la navaja de un sacapuntas se hacía cortes en los muslos y en los antebrazos. Las cicatrices de estos cortes aún perduran, tal como Mariel menciona, sin embargo durante el tratamiento siempre las ocultó con sus múltiples capas de ropa. Me explica que en ocasiones se cortaba más profundo en las muñecas, en especial cuando tenía ganas de morirse. Llama la atención que según Mariel, su madre no se daba cuenta de esta conducta. A veces la intensificaba para ver si su madre se daba cuenta pero no tenía éxito. De pronto decidió hacer lo mismo que hizo con lo de su ideación suicida, decidió decirle a su mamá sobre los cortes que se hacía, reaccionando la madre de la misma manera: “Ya deja de hacer tus pendejadas, sólo quieres asustarme.”

Interpretando este fragmento tan importante del pasado de Mariel, y siguiendo las ideas de Bion (1962a), es posible considerar a la ideación suicida y a la autolesión como expresiones plasmadas de elementos beta, carentes de simbolización. Los elementos beta corresponden a pensamientos básicos que no se han podido ligar unos con otros, siendo su única conexión de tipo sensorial en contacto con la realidad externa. Estos elementos beta recuerdan a la energía desligada correspondiente la pulsión de muerte. Mariel le imploraba a su objeto primario, a su madre, que le dotara de algún tipo de significado a aquella angustia innombrable que experimentaba, pero contrario a esta necesidad emocional, obtenía cierta agresión y desestimación de su angustia.

Tanto Bion (1962a) como Ogden (2004) indican que cuando por alguna razón la madre es incapaz de esta función de *rêverie*, estando poco disponible para recibir y procesar esas proyecciones, el niño no podrá recibir un significado de su parte, tal y como ha sucedido con Mariel. En lugar de una simbolización (función alfa) que de

manera idónea la madre dotaría al hijo, experimentará un despojo de cualquier significado que dichas proyecciones angustiantes pudieran haber tenido, acompañado de una intensa angustia sin nombre (*nameless dread*).

Siguiendo con esta línea interpretativa, hay que recordar que en los inicios de la vida psíquica, y en consonancia con el proceso de *rêverie*, las funciones mentales son prestadas por parte de la madre para después ser introyectadas por el bebé. Habiendo explorado de cierta manera el vínculo de Mariel con su madre, es válido sospechar sobre la calidad del vínculo entre ellas y sobre qué tan exitosas fueron las funciones de *holding* y de *rêverie*, siendo ambas precondiciones para la formación de un aparato psíquico.

Al interpretar procesos tan primarios que tienen que ver con la formación y la constitución del aparato psíquico, queda la sensación en este análisis de contar al menos con una mínima punta visible de un iceberg que subyace de información inconsciente, a la cual no se pudo acceder durante el tratamiento. Quedando también con el error terapéutico de nunca haber entrevistado a los padres, las principales evidencias que sostienen una argumentación sobre la insuficiencia de *rêverie* corresponden a la pubertad. Sin embargo resulta lícito también pensar que dicho estilo de reacción en la madre, que se puede considerar inverso a la función alfa, no haya variado en la infancia de Mariel ni en sus primeros meses de vida.

También al hablar de estos procesos fundantes del psiquismo es necesario reflexionar sobre qué sucede con aquella madre que le fue en parte imposible “prestar” estas funciones elementales a Mariel. Hay que recordar que en la historia familiar, anterior al nacimiento de Mariel, se dio como evento traumático el abandono por parte de la abuela materna, quien decidió abandonar a sus cinco hijos al sentirse harta del alcoholismo del abuelo materno de Mariel. Al darse este abandono, la madre de Mariel tenía 12 años y tuvo que hacerse cargo de sus cuatro hermanos menores (el tío y las tías de Mariel). Es preciso recordar también que el tío de Mariel era un bebé cuando la abuela los abandona, y ahora dicho tío presenta una psicosis grave relacionada con adicción a sustancias, encontrándose al parecer recluido desde hace varios años.

Habiendo recordado este aspecto transgeneracional es preciso plantear entonces la pregunta sobre qué calidad de *holding* y de *rêverie* pudo ofrecer una madre cuyo pasado estuvo marcado por el abandono de su propia madre y quedando con un padre alcohólico con conductas violentas. A esta incógnita se le añade también el aspecto de que, al tener que funcionar a los 12 años como madre de sus hermanos, es probable que se haya creado cierto rencor a esa maternidad precoz y obligada que truncó su infancia. El aspecto del alcoholismo en la madre también es importante, ya que Mariel mencionó en múltiples ocasiones que su mamá tomaba muchas bebidas alcohólicas por cualquier situación. De esta manera queda en parte dibujado un perfil de una madre con diversas dificultades, tanto por su historia como por sus rasgos de personalidad, para fungir como objeto continente para su hija.

Regresando al análisis del mundo interno de Mariel, una incógnita que permanecerá en este trabajo será siempre ¿qué sucedía en la vida, tanto interna como externa de Mariel, durante esa época caracterizada por la autolesión y la ideación suicida? Hasta donde el tratamiento llegó y hasta donde Mariel logró recordar, la situación de *bullying* era la única situación externa directamente relacionada con esa sintomatología tan grave a los 13 años. Resulta inevitable pensar también en los cambios puberales circundantes a tal edad y el efecto que provocan en el psiquismo. El considerar este aspecto del desarrollo emocional le brinda una nueva posible dimensión a la interpretación de ese momento en la vida de Mariel, ya que como se explicó anteriormente, es durante esta etapa cuando se da el proceso que Freud (1915) denominó *nachträglich* que corresponde a una resignificación de las experiencias sexuales anteriores. Aquí es donde es posible insertar el tema del funcionamiento incestual y sumamente endogámico, en el cual ahondaré en el siguiente apartado.

Además del concepto de *rêverie*, el concepto de *holding* resulta muy oportuno en este análisis al escuchar fragmentos del discurso de Mariel como: “Si no me ven no existo, si estoy sola no existo” o al tener en cuenta su tendencia a permanecer dormida varias horas mientras está sola o su intenso miedo a la soledad. El *holding* es un concepto que Winnicott (citado en Ogden, 2004) usa para explorar las cualidades específicas de la experiencia de estar vivo y sentirse vivo en diferentes etapas del

desarrollo, así como para explorar aquellos cambios intrapsíquicos e interpersonales sustentados por esa experiencia de estar vivo que se sostiene a través del tiempo. En el caso de Mariel parece que algo no sostuvo tal existencia, tal como lo haría la función de *holding*. Al seguir esta línea interpretativa encuentro que algo tampoco se logró consolidar, teniendo consecuencias importantes en el psiquismo de Mariel. Aquel proceso en el que la madre mediante el *holding* protege, salvaguarda y sostiene aquel espacio interno donde el niño pueda integrar adecuadamente su personalidad se vio de alguna manera coartado, ya que Mariel carece de una representación interna de la madre como un objeto que sostiene su existencia.

Su incapacidad para estar sola y su tendencia a permanecer siempre acompañada de otras personas, sean conocidas o extrañas, para hacerle frente a sus actividades cotidianas, abona a las sospechas de que los fenómenos transicionales no se dieron adecuadamente. Y es que según Winnicott (1956, 1971) los fenómenos transicionales, así como la capacidad para estar solo, son consecuencias y facetas de un proceso de internalización del *holding*, como una función elemental del objeto primario. Es así como se puede pensar en la función de *holding* como un importantísimo antecedente necesario para la capacidad de estar solo y también para el pensamiento simbólico, ambas funciones observándose empobrecidas en Mariel.

Con base en algunas narraciones de Mariel, su padre también ha fallado en el cumplimiento de dichas funciones. Cuenta la paciente que después de cortar con su ex novio y al sentirse invadida de angustia, su papá le decía: "Por eso yo siempre te dije que nunca tengas novio porque siempre vas a terminar así. Ya sabía que ibas a acabar lastimada." Por otro lado, el padre le repitió durante varias fases del tratamiento: "Yo no sé para qué vas al psicólogo, yo fui dos veces (dos sesiones) con un psicólogo y no me sirvió de nada."

Con este discurso del padre se repite cierto patrón que consiste en que cuando Mariel solicita algún tipo de contención emocional y de simbolización de su angustia, propio de la función de *rêverie*, obtiene a cambio una respuesta desesperanzadora que la deja sola con su angustia como un material que se ha despojado de alguna posibilidad de ser simbolizado. Pareciera que ante la mirada del padre, Mariel siempre

permanecerá como una persona sufriente y doliente, que además nunca encontrará solución a su angustia.

Algo que ha sido evidente también en el discurso de los padres han sido sus propias angustias y cómo se las han transmitido a Mariel. El padre tiene una historia en la que ha sido molestado por su hermano mayor y por su propio padre a causa de su sobrepeso. Además queda la incógnita sobre por qué el padre decidió asistir esas dos sesiones a psicoterapia, siendo claro que presentaba cierta afección emocional que lo orilló a pedir ayuda. En el caso de la madre, ha intentado introyectar en su hija ciertas ideas celotípicas relacionadas con la percepción de los hombres. Por ejemplo, cuando Mariel estaba ansiosa e insegura sobre el futuro de su relación de noviazgo, su madre le decía: “Hija, cuidado con los hombres, siempre salen infieles y siempre te lastiman. Y los que son más tranquilitos como Sergio son los peores”. Pareciera entonces que aquello que Mariel logró introyectar por parte de sus padres, lejos de ser funciones contenedoras correspondientes a la función continente, se acercan más a contenidos ansiosos que ni siquiera los padres han sabido simbolizar.

Por último, es preciso comentar algo que en parte no he logrado analizar a fondo pero es algo muy ilustrativo para comprender la subjetividad de Mariel. Desde la primera entrevista platicó sobre la gran cercanía e identificación que siente hacia los animales, en especial en cuanto a su mirada, mencionando: “Los ojos de los animales tienen algo que nunca he visto en una persona”. Esta frase tan contundente pero también enigmática me hizo pensar en aquello perdido que a Mariel le faltó por parte de la mirada de las personas y principalmente de sus padres. La mirada remite también a lo que Bick (1968) menciona sobre aquellos elementos perceptuales que en el desarrollo temprano le brindan estructura y seguridad al aparato psíquico. Ulteriormente parece que Mariel ha encontrado ya sea una mayor contención, ternura o intercambio afectivo en la mirada de los animales que en la mirada con las personas, evidenciando también la pobreza afectiva de sus primeros vínculos.

3. Las características incestuales en la familia de Mariel y su relación con la constitución del psiquismo

Antes de ingresar al tema del funcionamiento incestual en la familia de Mariel es importante abordar aquella etapa en la que se ha ubicado el inicio de la sintomatología grave. A los 13 años es cuando se ubica el comienzo de síntomas como la autolesión y la ideación suicida, los cuales han cesado pero han sido relegados por el funcionamiento bidimensional que se ha descrito. Es probable que la llegada a la pubertad haya implicado hacerle frene a conflictos nuevos, ya que tal y como menciona Anna Freud (1958, citada en Aberastury y Knobel, 1988), la genitalidad implica modificaciones del funcionamiento yoico, ya que el yo se ve en graves conflictos con el ello, obligándole a recurrir a nuevos y más específicos mecanismos de defensa. Dentro de estas nuevas defensas se pueden incluir las conductas autolesivas y después la identificación adhesiva.

Freud (1915) planteó el concepto de *nachträglich* para referirse a ciertas experiencias, impresiones y huellas mnémicas que son modificadas al adquirir un nuevo sentido cuando la persona alcanza etapas más avanzadas de desarrollo. Esto sucede con la sexualidad durante la adolescencia, adquiriendo aquellas experiencias sexuales anteriores un nuevo significado con las nuevas nociones de la sexualidad genital. Pero ahora es preciso plantear la pregunta con respecto a *¿qué tipo de sexualidad se vive en la familia de Mariel?*

Mariel desde un principio me impresionó como una adolescente con un funcionamiento mucho más inmaduro al correspondiente a su edad cronológica. Parte de esta impresión estaba sustentada en la intensa cercanía, tanto psíquica e interna, como externa con sus padres. Resaltaba el hecho de que buscaba estar pegada físicamente a su mamá para tener paz interna, lo cual implicaba una diferencia grande con respecto a lo que desea un adolescente que lleva un desarrollo relativamente normal.

Tanto Aberastury y Knobel (1988) como Carvajal (1993) indican que el adolescente “normal” atraviesa por períodos en los que la prioridad es la búsqueda de objetos exogámicos, convivir y desarrollar lazos intensos con otros chicos de su edad.

Las expresiones de sexualidad dentro de la familia así como la intensa cercanía con los padres comienzan a causar gran incomodidad. Tanto los padres como el adolescente se comienzan a sentir incómodos con los modelos anteriores de contacto afectivo que se tenían en la infancia. Este modo de contacto ya no es aceptable cuando necesitan consuelo durante este periodo de confusión, ambivalencia e incertidumbre. En el caso de Mariel, después de terminar la relación con su novio, ocurrió lo contrario a lo que señalan estos autores.

En la familia de Mariel se observan importantes características endogámicas. El hecho de que tuviera una relación de noviazgo con Sergio causaba gran incomodidad en sus padres, en especial en su papá, siendo un rechazo que iba más allá de los típicos sentimientos derivados del complejo de Edipo. Cuando Mariel terminó la relación con su ex novio y estaba sumamente triste y angustiada, su papá le decía: “Hija, yo siempre te dije que no tuvieras novio porque siempre que tengas novio vas a acabar así. Mejor quédate aquí con nosotros.”

Después de esa separación con el ex novio fue cuando obtenía cierta contención de los padres, pero de manera perceptual, propia de la identificación adhesiva. Fue entonces cuando, llevados con el pretexto de que no dormía apasiblemente, su papá la invitó a dormir en la cama de los padres, dándose todo esto a los 19 años. Para Mariel el hecho de dormir con sus padres era sumamente reconfortante ya que así “no temblaba ni lloraba al dormir, no sentía nada.”

De acuerdo con varios autores (Wencelblat de Rascovsky y Rascovsky, 1950; O'Brien, 1987; Levy-Warren, 2000; Price, 1993) durante la adolescencia se reactiva el tabú del incesto como algo necesario para continuar con un desarrollo óptimo para la personalidad. Freud (1915) indicó que uno de los fines de la barrera del incesto es “impedir que la familia absorba unos intereses que le hacen falta para establecer unidades sociales superiores” (p. 205). De nuevo, en la historia de Mariel, este proceso en su adolescencia se dio de otra manera. Su deseo era deshechado o desconocido para ser reemplazado por el de los padres. Desde aspectos como qué profesión escoger, voltear hacia relaciones endogámicas, su percepción hacia la psicoterapia o incluso la cercanía física; todos fueron poco a poco conquistados por los deseos y percepciones familiares.

El proceso de creación de una identidad auténtica y diferenciada en la adolescencia era obstaculizado por amenazas internas que Mariel experimentaba, al sentirse desterrada o arrancada irremediabilmente de su familia.

El erotismo infantil que describe Freud (1915) como aquel enfoque narcisista en el que no se le da importancia a lo que siente o piensa la otra persona, tratándose solamente de un sujeto que goza del placer solitario, continuó en Mariel. Prueba de esto es el completo desinterés que Mariel sentía hacia la chica que la acompañaba siempre a terapia o el similar desinterés hacia cualquier compañero: “Desde la primaria en realidad no tengo amigos.”

La obtención del placer sexual también lo ha obtenido dentro de su familia, con sus primos. Mariel comenzó a narrar progresivos eventos incestuosos con sus primos después de una sesión en la que se encontraba particularmente callada, mirándome fijamente con una mirada congelada y vacía, seguida del siguiente diálogo:

Como un intento para echar a andar su discurso le dije: “Recuerda que en este espacio tú puedes decir lo que quieras, no hay temas ni buenos ni malos, es un espacio abierto a lo que tú quieras platicar.”

Mariel me contestó: “Mm... bueno, pues entonces te tengo que contar algo, pero no sé cómo decirlo... es que no encuentro las palabras para decirlo.” Siguió sin poderse expresar en palabras, notaba cómo su cuerpo se retorció un poco y quería llorar pero no le salían lágrimas.

Le contesté: “Inténtalo.”

Reaccionó diciendo: “Desde que era chiquita me quedaba a dormir con mi prima (dos años menor que ella) hacíamos pijamadas y me dormía con ella en su cuarto. Pero a veces él entraba y se quedaba... cuando dormíamos, mi primo se metía en la cama del lado en el que yo me estaba durmiendo, él me tocaba y me acariciaba, yo me hacía la dormida y nunca opuse resistencia.” Después de una pausa continuó: “Esto pasó primero a los 5 años, después se daba mucho a los 8 y a los 13 o a los 12, después a los 15... yo no sé si mi prima se daba cuenta, ella estaba ahí cerquita y tampoco dijo nunca nada. Nunca lo

había hablado con nadie y me hace sentir muy mal, muy culpable. A mis papás no les puedo decir porque mi primo es el consentido de mi papá, y como es niño, es más apreciado en la familia. Lo consienten mucho sus papás y también mis abuelos.” Después de esto lloraba mucho y se limpiaba la nariz con los pañuelos de papel del consultorio, los cuales en lugar de tirarlos en el bote de basura que tenía a un lado, los guardaba en su mochila.

Estas confesiones fueron progresando en las siguientes sesiones, después Mariel comentó: “Es que mi primo me manda mensajes y quiere que nos veamos para que tengamos relaciones, quiere también que le mande fotos de mí desnuda. Yo no le he respondido.” En sesiones posteriores mencionó que estos acercamientos no se han dado solamente con ese primo, después de llorar mucho y no saber qué decir, mencionó: “Sabes, lo peor es que no sólo fue con mi primo, también con unas primas... no se cómo decirlo... nos tocábamos entre cuatro, en grupo, todas juntas. Esto es peor, mucho peor, porque para mi papá la homosexualidad es muy mala.”

En las siguientes sesiones surgía una intensa culpa superyóica, acrecentada por los acercamientos homosexuales que mencionó, como si de pronto ya se hubieran tornado reales después de haberlos verbalizado.

Su familia ha abarcado entonces su convivencia social, sus gustos, preferencias, la percepción de su futuro y también la cercanía física y el placer sexual. Es aquí donde resultan muy pertinentes las aportaciones de Racamier sobre lo incestual en la familia de Mariel. Recordando los aportes de Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) y de Hurni y Stoll (2002), lo incestual designa y califica aquello que en la vida psíquica individual y familiar conlleva la marca del incesto no fantaseado, sin estar necesariamente presente en una forma física y real.

En la familia de Mariel el acceder al placer con sus primos es algo cotidiano, incluso ella mencionó en alguna ocasión que algo que la horrorizaba es que algunos primos seguían teniendo contactos sexuales. De esta manera, lo incestuoso queda actuado, no fantaseado ni imaginado, sino puesto dentro del plano de lo real, lejos de la simbolización. Fue hasta que Mariel comenzó a hablar de ello durante el tratamiento,

cuando comenzó a simbolizarse y a hacerse un lugar en el psiquismo para registrar dichas vivencias.

Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002) indica que el paciente que se encuentra inmerso dentro de estas familias experimenta acercamientos o conductas incestuales como si estuvieran llevados en contra de su propio deseo por medio de una perniciosa violencia. Mariel, más allá de negar aún el placer sentido en los escarceos eróticos con sus primos, los narraba con gran enfado, como si la hubieran obligado a hacerlo.

Lo incestual abarca no sólo el psiquismo y la subjetividad de Mariel, es un término de orden familiar cuyas metas son las contrarias a la normatividad social cuya base es el complejo de Edipo. Las características incestuales de la familia de Mariel combaten la autonomía de su pensamiento, haciéndole parecer peligroso y traicionero que piense de manera diferente o que se atreva a hablar sobre los actos incestuales que no se han simbolizado en la familia. Lo incestual pesa y se siente en su familia, pero no se habla, simplemente contribuye a una aglutinación que ha continuado por generaciones.

De acuerdo con Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) lo incestual predomina en las familias de pacientes con déficits en la constitución del aparato psíquico, tal como es el caso de Mariel. En su familia el incesto acecha de manera silenciosa y constante, haciendo que el pensamiento sea muy peligroso ya que echaría luz en aquello que nadie quiere hablar.

Al ser un registro fuera de la fantasía, de la imaginación o de cualquier simbolización, lo incestual se transmite de manera sutil por medio de objetos incestuales cuya utilización mutua suele representar un equivalente del incesto (Jarolavsky, 2010). La cama de los padres de Mariel puede representar uno de estos objetos incestuales, ya que es utilizada de manera indiferenciada por los padres y por Mariel, usándose para un colecho prolongado y careciendo de una intimidad propia de la adolescencia.

Otro vehículo en el que lo incestual actúa puede ser incluso un síntoma o algo compartido de manera mutua entre miembros de la familia. El padre de Mariel utiliza

tanto su propio sobrepeso como el de su hija como un medio para permanecer indiferenciados diciendo cosas como: “Hija, tú siempre serás gordita como yo” o “los gorditos nunca nos veremos bien, no hay ropa que nos quede.” Mariel queda así atada por medio del sobrepeso, manejado como una herencia del padre, atada a la familia siguiendo un legado obligatorio y siendo además condenada por eso, ya que como su padre lo dice “nunca se verá bien” y por lo tanto no podrá salir de su familia ya que no la encontrarán atractiva fuera de ella. Así es como se observa el funcionamiento de lo incestual como algo que busca mantener a la familia indiferenciada, casi libre de identidades individuales, acercándose mucho a la muerte psíquica.

El alcoholismo como una patología compartida tanto en la familia materna como en la paterna puede funcionar también como un medio de transmisión de lo incestual, ya que el alcohol los mantiene aglutinados, enfermos e incapaces de acceder a objetos exogámicos.

Otras características incestuales del funcionamiento de la familia de Mariel se identificaron cuando contó sobre su hermano, como un chico sumamente aislado que permanece siempre en casa, nunca sale a fiestas y a su novia solamente la ve en casa. El hermano está puesto en un lugar ideal por parte de los padres, percibiéndolo como un hijo perfecto porque permanece en casa y nunca sale. Cuando Mariel salía con su ex novio le hacían sentir que tener novio era peligroso ya que terminaría siendo engañada y muy lastimada, predicción que en parte se cumplió e hizo que Mariel se volcara de nuevo hacia sus padres.

Lo incestual es algo que se extiende más allá de Mariel, su hermano y sus papás. Mariel contó que incluso sus tíos le son infieles a sus esposas con sus cuñadas, reafirmando la idea de que en esa familia el placer sexual se obtiene únicamente de manera endogámica.

Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) señala algunas características que ha identificado al tratar a pacientes con familias con este funcionamiento de tipo incestual. Estas familias tienden a oponerse a cualquier intervención psicoterapéutica, sintiéndose muy amenazados a que el funcionamiento incestual se descubra y se

disuelva. Durante el tratamiento de Mariel nunca experimenté un apoyo por parte de los padres, quizás por eso, como un error terapéutico, evadí citarlos ya que sentía que una confrontación era muy probable. A través de Mariel recibía mensajes de sus padres, quienes le decían que estaban molestos porque la terapia no estaba funcionando ya que Mariel quería salir más con amigos y estar menos en casa. Para ellos la mejoría equivaldría a que Mariel se sometiera por completo a sus deseos. La oposición más fuerte provenía del padre, quien constantemente desanimaba a Mariel con su tratamiento diciéndole: “Ay hija, ya hasta vas dos veces por semana y sigues mal. Yo fui dos veces con un psicólogo y no me sirvió de nada.” Es probable que estos vaticinios del padre se hayan cumplido cuando su hija abandonó el tratamiento.

Otra característica que menciona Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) sobre estas familias es la renegación de cualquier regla o acuerdo social, ya que el tabú del incesto es en parte renegado. Mariel tenía diversos conflictos a lo largo del tratamiento para seguir el encuadre, comenzando con su dificultad para acatar los horarios. Una de sus sesiones era en lunes, días que le desagradaban mucho para ir a la escuela, por lo que en ocasiones faltaba y como la clínica de psicoterapia estaba dentro de su colegio, faltaba también a sus sesiones. Pedía constantemente cambio de los días de sus sesiones porque le incomodaba esperarse un par de horas después de sus clases. Cuando le respondía que no había ningún otro horario disponible reaccionaba como si fuera agredida. Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) menciona que cualquier regla, tal como el encuadre terapéutico, es vivida como una agresión. Lo mismo sucedía con el pago de sus sesiones. Le costaba mucho trabajo mantenerse al corriente de sus pagos, a pesar de que eran costos muy reducidos. El pago lo tenía que realizar en una caja dentro de las instalaciones de su colegio, sin embargo le daba mucha flojera tener que ir a formarse a ese edificio que le parecía lejano diciendo: “Ay Javi, es que está muy lejos ese edificio ¿en serio tengo que ir hasta allá a pagar siempre? ¿no te lo puedo dar a ti en efectivo o depositártelo en el banco?”. Le era complicado también, si debía alguna sesión, mantener la cuenta sobre cuántas sesiones debía. De esta manera, por más sencillas que fueran las reglas a seguir en el encuadre, buscaba que para ella no aplicaran o que aplicaran de manera diferente, denegando por momentos la ley impuesta de manera externa.

De acuerdo con la revisión que hace Jarolavsky (2010) de las ideas de Racamier, otras características de estos pacientes corresponden a ausencia de fantasía, sensación de vacío de pensamiento y ausencia de fenómenos transicionales en la familia. Todas estas características las presenta Mariel y han sido descritas como parte del funcionamiento bidimensional. Al provenir de una familia con un funcionamiento incestual, las habilidades de pensamiento en Mariel se ven también mermadas, ya que el pensar es experimentado como algo catastrófico que evidenciaría la sombra del incesto presente en las relaciones familiares. El aparato mental funciona de manera limitada, teniendo acceso solamente a los hechos y a las cosas concretas, dificultándose el acceso a la fantasía o a la elaboración psíquica.

CAPÍTULO V.

EL PROCESO TERAPÉUTICO

1. Análisis transferencial y contratransferencial

”Si dos personas se encuentran a solas repetidamente, se desarrollará entre ellas algún tipo de vínculo emocional”

Phyllis Greenacre (1954)

Durante este capítulo describiré de qué manera se fueron desarrollando tanto la transferencia como la contratransferencia en el proceso terapéutico de Mariel, siendo los ejes principales de cualquier tratamiento con orientación psicoanalítica. Decidí analizarlos juntos ya que fueron procesos cuya evolución se dio a la par tanto en Mariel como en mí.

La transferencia es un proceso en el cual los deseos inconscientes del paciente se actualizan y se repiten dentro de la relación terapéutica. Aquellos prototipos infantiles además de repetirse, se experimentan como si fueran de carácter actual (Laplanche y Pontalis, 1996). Sin embargo, de acuerdo con Bollas (2012, p. 8) la transferencia es un proceso que comienza a desarrollarse dentro de la mente del paciente incluso antes de conocer al terapeuta:

Mucho antes de conocer lo “real” en el consultorio, los analizandos han conocido lo virtual de muchas maneras diferentes. La misma palabra “psicoanálisis” evoca dentro de los órdenes imaginarios y simbólicos una plenitud de significados que se encuentran con uno mismo de un modo inevitablemente único... Las primeras reuniones inconscientes con un analista pueden comenzar con la primera infancia o con la niñez, décadas antes de cruzar el umbral del maravillosamente nombrado “consultorio”.

De esta manera la transferencia, de manera interna en todos nosotros, se forma antes del primer encuentro “real” con el terapeuta, tal y como los padres fantasean sobre las cualidades de sus hijos, incluso antes de que sean concebidos. Habiendo redondeado lo que es la transferencia y comprendiendo desde dónde comienzan las concepciones transferenciales que todos traemos desde antes de conocer a nuestro terapeuta, ahondaré en cómo me fue percibiendo Mariel a lo largo de su tratamiento y cómo la fui percibiendo yo a ella.

Recuerdo el primer contacto con Mariel, en un principio no la reconocía ya que al estar acompañada de su amiga, de la misma edad que ella, no sabía cuál de las dos era la paciente. Es curioso cómo desde este primer momento permanecía indiferenciada, al estar adherida a su amiga. Fue hasta que llamé su nombre cuando se puso de pie, suspirando varias veces y caminando con una actitud decidida hacia el consultorio, dándome la impresión como si fuera a enfrentar algo que requería de mucho valor. Mientras Mariel caminaba, su amiga le gritaba efusivamente echándole porras: “¡Vamos amiga, tú puedes!”

Para mí este momento fue muy cómico, me sentía como si estuviera llevándola a una gran misión o a una travesía. Después comprendí que su actitud era muy oportuna ya que durante este tratamiento de 41 sesiones se enfrentó contra aspectos muy oscuros e intimidantes de su historia.

La psicoterapia siempre fue algo muy mal visto en su familia. Cuando Mariel decidió asistir por decisión e iniciativa propia ya había comenzado, por cuenta propia, cierto proceso de separación y diferenciación de las ideas de los padres. Además, en alguna parte de su psiquismo, se encontraba una esperanza de resolver algo, que aún desconocía qué era, para que su vida fuera más llevadera. De alguna manera Mariel se había dado cuenta que la endogamia de su familia no le estaba resultando para aliviar su malestar emocional.

Las primeras entrevistas con Mariel se caracterizaron por su mirada tan expresiva y a la vez tan vacía de contenidos para trabajar con ella. Con su mirada me imploraba que le diera una solución rápida a su tristeza y a su ansiedad. Quería que le

dijera específica y concretamente qué hacer para solucionar su malestar. En esta primera etapa ella clamaba, con su mirada o de manera verbal, por una cura “mágica” para aquella angustia sin nombre que experimentaba. Fue así como me quedó claro que lo que ella esperaba de su objeto fantaseado como terapeuta eran soluciones rápidas que no la hicieran pensar, sino todo lo contrario, que la enterraran más dentro de ese funcionamiento bidimensional, dependiente y carente de cualquier actividad de pensamiento.

Después se fortalecieron estas peticiones mágicas de Mariel por una cura rápida, yo le respondía que lo que ella pedía no existía, le decía que no hay una pastilla que tomara o una actividad que hiciera que solucionara mágicamente sus conflictos. Le señalaba que hablara de lo que sentía y de lo que pensara. Mariel reaccionaba entonces disgustada, como si yo estuviera escondiendo esa cura mágica adentro de mí y egoístamente no se la quisiera dar. En esos momentos yo me sentía como si estuviera tratando a una niña pequeña, caprichosa y demandante. Pero también me sentía frustrado porque no tenía aquella solución que ella me pedía y no sabía qué hacer o qué decir para ayudarla.

Fue entonces cuando mis señalamientos para propiciar que hablara fueron seguidos de silencios largos, miradas fijas y congeladas, como si de pronto el tiempo no pasara y como si la experiencia mental se detuviera. Estas sesiones largas y pesadas, seguramente para ambos, fueron reemplazadas por el tema de su ex novio, lo congelado continuaba porque su discurso, su llanto y su sufrimiento se repetía de una manera en la que yo casi podía cronometrar la repetición de cada diálogo de su parte durante varias sesiones. Durante esta etapa mis intervenciones las percibía como un intento mío de juzgarla, de decirle si lo que estaba haciendo o diciendo estaba bien o mal. En estas sesiones Mariel evaluaba siempre la bondad y la maldad de sus actos.

El tema del ex novio acaparó las sesiones durante varios meses. En algunas ocasiones lo veía y se sentía contenta, otras se sentía confundida, pero siempre hablaba de él y muy rara vez de ella misma. Comencé a intervenir entonces diciéndole cómo al hablar de su ex novio casi no hablaba de ella, o tratando de transmitirle la idea

de que el tema del ex novio era una gran barrera que nos impedía ver algo más allá de ella misma.

Mariel comenzó a experimentar una gran culpa, al sentir que ella hizo cosas terribles para que su ex novio la dejara de querer. El discurso culpígeno era tan repetitivo que yo me sentía frustrado percibiéndola como una niña pequeña y egocéntrica que pensaba que todo lo que sucedía era a causa de algo que hizo. Después pensé que esa percepción mía coincidía con la de sus padres, quienes se sentían hartos de su sufrimiento y la veían como una niña egocéntrica, envidiosa y exagerada. Vi entonces cómo se repetía, por medio de la transferencia, aspectos emocionales de Mariel y de su familia.

Los primeros meses del tratamiento, mientras predominaba el tema de su ex novio, me sucedió algo que me hizo voltear a ver al caso con mucho más detenimiento y cuidado. Durante las supervisiones yo sentía que Mariel, en comparación con otros pacientes que veía durante las mismas fechas, no estaba tan grave. Pensaba que como no tenía fuertes *acting outs* o un pasado violento como mis otros pacientes, su patología no era tan grave. No pensaba tanto en ella, de hecho en una ocasión mientras actualizaba los expedientes de todos mis pacientes, recordé a Mariel y sentí que había faltado durante varias sesiones. Fue hasta que chequé su expediente cuando me di cuenta que no había faltado y llevábamos ya varias sesiones. Este evento para mí fue un escarmiento, una manera de despertar, voltear a ver qué estaba pasando en su tratamiento y porqué la estaba borrando de mi mente.

La explicación que me doy ahora es que Mariel no depositaba nada en mí. Aquellas sesiones con sensación de congelamiento eran una muestra de cómo funcionaba su psiquismo y cómo experimentaba la vida. Me di cuenta del fallo en el uso de la identificación proyectiva, al no recibir algún material mental memorable de su parte y al experimentar las sesiones como si no hubieran sucedido. Después de esto fue cuando comencé a documentarme sobre la identificación adhesiva y el funcionamiento bidimensional.

Antes de realizar varias lecturas que explicaban el funcionamiento psíquico de Mariel, sentía una gran frustración y temor al pensar que no encontraba algún material significativo en Mariel. Es como si me hubiera topado con un gran vacío que no sabía cómo interpretar o cómo intervenir. Me preguntaba sobre dónde estaba la subjetividad de Mariel dentro de ese vacío, al tener un funcionamiento mental tan empobrecido. Me fui dando cuenta que la gravedad de su patología era silenciosa, pero muy preocupante, ya que se acercaba mucho a la muerte psíquica.

Mientras tanto, Mariel comenzó a sentir más cercanía conmigo. La relación terapéutica estaba cambiando y de pronto me tenía más confianza para hablar de temas diferentes al ex novio. De alguna manera sentí que yo estaba reemplazando la función continente del ex novio, sintiendo que Mariel se sostenía mucho de mi mirada y en ocasiones del sonido de mi voz. Alrededor de estas sesiones comenzó a llamarme “Javi”. Durante las vacaciones, ya sean de verano o de semana santa, comenzaba a mandarme algunos mensajes breves contándome sobre cosas de las que se había dado cuenta, como por ejemplo lo que ella denominó como una “adicción sexual hacia su ex novio” o una “cercanía muy fuerte con sus papás.” Aunque las sesiones se suspendieran parecía que Mariel continuaba pensando en un diálogo con una representación interna de su terapeuta.

Al sentirse Mariel cada vez más cercana a mí, comenzaba a atrasarse en los pagos de sus sesiones o faltaba en las sesiones de los lunes porque le daba “mucha flojera asistir los lunes.” Sentí que tenía que fortalecer el encuadre ya que, aunque comenzaba a diversificar su discurso, denegaba en parte el encuadre. En una ocasión le pregunté si se había dado cuenta que ahora se refería a mí como “Javi”. Le llamó mucho la atención este señalamiento y comenzó a hablarme simplemente de tú.

Aunque Mariel comenzaba a salir más con amigos y a diversificar tanto su vida como el material que contaba en las sesiones, yo tenía la sensación de que algo pesaba mucho en la atmósfera de sus sesiones. Sentía que había algo crucial de lo que no hablaba y que no correspondía con lo banal y superficial de su discurso. En varias ocasiones experimentaba ya no un congelamiento, sino una gran somnolencia

en su presencia. Sin embargo era una somnolencia cercana a la muerte, como si mi mente se fuera apagando mientras ella hablaba.

Acompañado de estas sensaciones nada placenteras para mí, sentía que debía de intervenir de manera más drástica para simbolizar de alguna manera estas sensaciones y comenzar a trabajar sobre aquello de lo que no se hablaba. En una ocasión estaba muy contenta porque había salido con sus amigos y había tenido éxito con un proyecto escolar, actuaba como si todo estuviera arreglado en su vida. Mientras tanto yo experimentaba la somnolencia intensa que ya he comentado, me sentí desesperado por decirle algo de eso y ponérselo en palabras para echar a andar un diálogo sobre eso, le dije entonces: “Me llama la atención que te ves muy contenta, pero aún hay algo que pesa ¿no crees? Se siente como una tristeza muy fuerte... ¿qué opinas?”. Después de decirlo temí que lo había dicho había sido algo muy disparatado y que no tendría sentido para ella, pero de pronto comenzó a llorar y a platicarme sobre aquella época a los 13 años cuando se autolesionaba y se quería suicidar. Creo que así fue como comenzamos juntos un proceso propio de comunicación siguiendo la identificación proyectiva y después la introyectiva.

Las sensaciones de congelamiento y también de somnolencia continuaban. Tal y como señala Racamier (citado en Jarolavsky, 2010) al referirse a las sensaciones contratransferenciales con pacientes cuyas familias tienden al funcionamiento incestual, mencionando que es común experimentar: “perplejidad, sideración vacua del pensamiento, sentimientos de vacío, viviendo que toda aproximación es una violación y puede desencadenar la explosión o la muerte tanto de los protagonistas como la de los intrusos.”

Cuando Mariel comenzó a hablar sobre los acercamientos sexuales con su primo y con sus primas, además de lo cotidiano de estas actividades en su familia, me sentí de pronto como si estuviera haciendo algo muy peligroso y como si yo la hubiera orillado a hablar de eso. Creo que esto era en respuesta a las reacciones de Mariel, ya que después de hablar de lo incestual en su familia, me dirigía miradas con rencor, percibiéndola enojada por abrir un tema tan peligroso.

Es probable también que ese enojo que notaba en su mirada tuviera que ver con el odio que a veces sentía hacia los hombres, como personas que bajo su perspectiva introyectada de la madre, recibían mayores beneficios.

Después de hacerse evidente lo incestual en su familia por medio de sus palabras comprendí en parte el por qué de aquel funcionamiento bidimensional. Con su discurso ya había pensamiento y simbolización de lo incestual en la familia y en las últimas sesiones Mariel sentía que era el tema obligado y que tenía que hablar de eso. Creo ahora que quizás eso le resultó muy amenazante y displacentero, faltándome quizás a mí como terapeuta el proveerle de cierto *holding* para continuar con la psicoterapia.

Durante este tratamiento se dieron importantes intercambios psíquicos entre Mariel y yo como su terapeuta. Creo que logramos cierto proceso de *rêverie* en especial cuando Mariel notó que yo no reaccionaba como su familia, tratando de colonizar su mente y aniquilar cualquier pensamiento auténtico.

En las últimas sesiones noté cómo Mariel comenzaba a identificarse conmigo como una figura de terapeuta cuyo trabajo consistió en “cuidar” y rescatar su identidad. Se acercaba el momento de decidir una carrera universitaria y en gran parte del tratamiento estaba convencida de seguir el deseo paterno de estudiar medicina. Sin embargo después se interesó por la enfermería, ya que le parecía que así estaría más cerca de los pacientes, los podría cuidar mejor y de manera más constante. Aunque quizás Mariel siga respondiendo a aspectos de la identificación adhesiva al buscar un mayor contacto sensorial con los pacientes, al ser enfermera, fue introyectada a su personalidad una parte que brinda atención y cuidados.

2. Alcances terapéuticos

”Casi parece que el análisis fuera la tercera de esas empresas imposibles en las que uno puede estar seguro de antemano de no alcanzar resultados satisfactorios. Las otras dos que se conocen desde hace mucho más tiempo son la educación y el gobierno.”

Sigmund Freud (1937)

Resulta complicado hablar de logros y fracasos terapéuticos en una psicoterapia psicoanalítica, ya que los cambios internos en ocasiones no se pueden observar de primera mano y toman tiempo en ser elaborados. Sin embargo en el tratamiento de Mariel, su trabajo tuvo como resultado varios logros importantes. Por otro lado describiré aquellas áreas que quedaron pendientes de trabajar y también los fracasos que considero que sucedieron en parte por mi corta experiencia como psicoterapeuta y también por aspectos contratransferenciales.

Uno de los logros más importantes fue que Mariel verbalizó por primera vez en su vida sobre los acercamientos eróticos en su familia y las características incestuales. Esta área dejó de ser en parte algo no pensado y no simbolizado, pasando a ser algo incorporado a la experiencia emocional de Mariel. Cuando un contenido puede ser simbolizado, puede disminuir las actuaciones y las conductas autodestructivas. Pudo hablar también de cómo la incomodaban ciertos acercamientos en su familia, extrañándose de cómo nadie lo hablaba. Además, Mariel pudo hablarlo sin sentirse desaprobada ni ofendida, encontrando contención en la relación terapéutica.

El duelo sobre la pérdida del ex novio pudo poco a poco resolverse. Mariel fue desarrollando habilidades de autosuficiencia, ya que cuando comenzó el tratamiento no sabía ni siquiera amarrarse las agujetas. De pronto comenzaba a salir a fiestas con sus amigos y las preocupaciones se transformaban entonces en inquietudes sobre cómo interactuar más con los chicos y cómo competía con sus otras amigas. Estas evidencias fueron indicando cómo poco a poco Mariel ingresaba en situaciones con características más edípicas. A la par, características propias del desarrollo

adolescente comenzaron a surgir, tales como peleas con los padres por no recibir suficientes permisos o dinero. Comenzó a sentirse incómoda al permanecer siempre en casa y los objetos exogámicos empezaron a ser más interesantes que los endogámicos.

Un gran esfuerzo del tratamiento fue defender sus productos mentales auténticos, apareciendo primero con preferencias que no compartía con sus padres, como la carrera de enfermería que quiso emprender. Cada vez que surgía una idea nueva sobre su futuro, le parecía algo imposible ya que sus padres se opondrían, sin embargo creo que mediante el *holding* en la psicoterapia se logró un espacio en el que Mariel pudo desenvolver una identidad auténtica, sin ser avasallada por alguien más.

Otro logro evidente del tratamiento tuvo que ver con la distribución de la libido. Cuando comenzó a asistir a psicoterapia dormía varias horas en la tarde y solamente convivía con su familia. Posteriormente, de manera paulatina fue ampliando sus actividades, comenzó a participar en actividades de servicio social en un banco de sangre, formaba parte de las actividades de su escuela y comenzó a interesarse por asistir a manifestaciones políticas que la motivaban mucho. De esta manera, comenzaron a surgir características propias de la adolescencia normal descritas por Aberastury y Knobel (1978).

Semanas antes de que abandonara el tratamiento comenzó a buscar un trabajo de medio tiempo ya que no soportaba que sus papás la quisieran manipular con el dinero que le daban, sentía que de pronto tenía que hacer cosas “que no iban con ella” para recibir el dinero de los padres. La búsqueda de trabajo tuvo una gran oposición de su papá, quien se preocupaba por qué diría el resto de la familia extensa al saber que Mariel trabaja en cualquier lugar. Días después Mariel consiguió un trabajo vendiendo películas piratas en un tianguis, donde estaba muy satisfecha con el dinero que ganaba. Sin embargo, después le incomodó mucho el ambiente donde trabajaba y renunció. Posteriormente consiguió otro trabajo con la ayuda de la mamá de una compañera del colegio, dicho trabajo consistía en labores administrativas en una oficina, como sacar copias y ordenar papeles.

El motivo manifiesto para abandonar el tratamiento tenía que ver con su nuevo trabajo, ya que me comentaba que ya no tendría tiempo para asistir a terapia y mucho menos dos veces por semana como lo estaba haciendo. Yo sentía que el motivo latente era lo incestual de su familia que ya se había abierto, siendo un contenido muy pesado para continuar. Me daba la sensación de que Mariel se había asustado con lo que había surgido en el tratamiento. Le comenté que estaba abandonando un trabajo por otro y planteaba la incógnita sobre a qué tema habíamos llegado que quería abandonar el tratamiento. Sin embargo se sentía ya muy decidida, diciéndome también: “Y es que además mi papá me dice mucho que la terapia ya no me sirve de nada. Yo sí creo que sí me sirvió mucho, para muchas cosas, pero en de verdad ya no tendré tiempo de venir”.

Al ser un tratamiento relativamente corto de 41 sesiones, considerando que es de orientación psicoanalítica, quedaron varias áreas pendientes por trabajar. Quizás la más evidente fue que nunca convoqué a los padres a una entrevista, pudiendo quizás haber prevenido el abandono del tratamiento. Mariel me hacía sentir que convocar a sus padres podría ser algo peligroso, me decía: “Mi mamá sí vendría, pero mi papá de plano no. Él no cree en los psicólogos.” Sentía que el entrevistar a los padres podría poner fin al tratamiento de Mariel, identificándome quizás con el temor de la paciente. Postergué entonces el citarlos y simplemente nunca se dio, siendo un área que requirió un mejor manejo de la contratransferencia.

Otra área que quedó pendiente de trabajar tiene que ver con que no se verbalizó aquel enojo en la transferencia que yo veía en su mirada. Los conflictos concernientes a la percepción que tiene de los hombres no fueron muy trabajados. Mariel envidiaba cosas que pensaba que los hombres podrían lograr y que ella no podría por el hecho de ser mujer. Se dieron varios indicios de envidia de pene, relacionados con una identificación con su madre.

Otro aspecto que también tiene que ver con una identificación con sus padres y que funcionaba también como un síntoma que mantenía aglutinada a su familia, es el alcoholismo. Durante los últimos meses del tratamiento, al comenzar a salir más con sus amigos, empezaba a consumir alcohol en exceso, conducta que le preocupaba

mucho. Sus papás se preocupaban también, pero más por el aspecto sobre qué dirían los demás si vieran a su hija borracha. La regañaban mucho por llegar tomada a su casa y le prohibían tomar más. Sin embargo sus papás continuaban bebiendo todos los días en casa, tal como decía Mariel “por cualquier pretexto”. Al final del tratamiento quedó pendiente entonces analizar por qué estaba recurriendo tanto a las bebidas alcohólicas, quedando muy latente la posibilidad de desarrollar esa psicopatología como el resto de su familia.

A pesar de la brevedad de la psicoterapia, Mariel se vio beneficiada de la técnica psicoanalítica. Logró comenzar a simbolizar algunas áreas sumamente conflictivas en su vida y a defender una identidad auténtica. Sin embargo, el funcionamiento incestual en su familia, aunado a las fallas en la constitución de su aparato psíquico requieren de un tratamiento de mayor duración. Al final, Mariel llegó hasta donde quiso y quizás hasta donde pudo llegar dentro de la travesía psicoanalítica que fue su tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

A lo largo de la discusión del proceso terapéutico de esta paciente se describió el funcionamiento de su aparato psíquico siguiendo las propuestas teóricas de Bion y de Meltzer. Este funcionamiento bidimensional (Meltzer, 1975a, 1975b) observado en Mariel se ha relacionado con aspectos intersubjetivos retomando procesos concernientes a la constitución del psiquismo, tales como las funciones de *rêverie* propuesta por Bion (1962a) y de *holding* propuesta por Winnicott (1960). A su vez, la bidimensionalidad como una característica de su funcionamiento mental individual se ha engarzado con el funcionamiento familiar y sus aspectos transgeneracionales, siguiendo el registro de lo incestual propuesto por Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002).

Durante el análisis de este trabajo se constató que el funcionamiento mental y la personalidad tienen una relación muy estrecha con la calidad de los vínculos tempranos y con las características de la familia. El aparato psíquico se constituye a partir de las funciones “prestadas” por parte de la madre y de los primeros objetos. Sin embargo la calidad de dichas funciones depende de aspectos históricos de la familia, siendo aspectos que anteceden incluso el nacimiento tanto físico como psicológico del sujeto.

El funcionamiento incestual en la familia se relaciona con aquellos duelos no resueltos en la historia familiar, tales como abandonos importantes por parte algún abuelo o una psicopatología importante en algún familiar, tal y como se observó en la historia familiar de la paciente de este trabajo. Cuando una familia funciona de tal manera, se generan contenidos mentales que lejos de simbolizarse, se actúan mediante síntomas compartidos como la adicción al alcohol o mediante acercamientos eróticos entre sus miembros que de acuerdo a Racamier (citado en Hurni y Stoll, 2002) no necesariamente tienen que ver con actos de incesto consumado. Lo importante al considerar esta propuesta teórica es su efecto en el mundo interno de la paciente, más allá de la consumación o no del incesto. Siguiendo este funcionamiento patológico, las identidades individuales quedan truncadas con el objetivo de permanecer todos indiferenciados en la masa familiar. Relacionando estas características familiares con la

teoría freudiana de las pulsiones, es posible inferir que el funcionamiento incestual está estrechamente relacionado con la pulsión de muerte, ya que favorece que la energía permanezca desligada de cualquier representación psíquica que pudiera generar trabajo mental y morigeración de cargas energéticas. En el caso de esta paciente, la angustia perenne correspondía a la desintegración de su identidad dentro de la familia, siendo algo equiparable a la muerte psíquica.

Patologías tan primitivas con fallas importantes en la constitución del aparato psíquico hacen reflexionar sobre qué sucede con la subjetividad de estos pacientes, ya que impresionan en un primer momento como identidades vacías y carentes de sentidos. Estos funcionamientos se ven acompañados de intensas sensaciones contratransferenciales caracterizadas por un embotamiento, congelamiento y detención del funcionamiento psíquico del terapeuta. Sin embargo, en estas patologías ubicadas dentro de una estructura límite de personalidad, contrasta diametralmente aquella superficialidad externa con un funcionamiento interno sumamente intrincado cuyo objetivo es preservar la vida psíquica mediante mecanismos sumamente primitivos, ya que el funcionamiento mental se vuelve peligroso al contactar con una realidad externa sumamente amenazante para la vida psíquica.

El funcionamiento bidimensional responde a un pensamiento antipsicoanalítico por excelencia, debido a sus características tan superficiales y vacías. Sin embargo, es justamente mediante la teoría psicoanalítica que se logra comprender dicho funcionamiento en cuanto a su concepción. Es primordial en estos casos realizar una conceptualización de caso que no sólo incluya aspectos del funcionamiento psíquico individual, sino que trate de comprender también el funcionamiento familiar en el que el psiquismo individual ha nacido y se ha formado.

Habiendo comprendido el funcionamiento mental de la paciente, es posible realizar también algunas reflexiones sobre la técnica psicoanalítica. Las características tanto del funcionamiento bidimensional de carácter individual, como del funcionamiento incestual de carácter familiar, hacen que el abordaje terapéutico sea sumamente complicado en estos casos, ya que la ausencia de pensamiento creativo auténtico dificulta la técnica psicoanalítica tradicional de asociación libre. Además, el terapeuta

como un objeto exogámico y externo a la familia, actúa como una intensa amenaza que atenta con dismantelar el funcionamiento tan endogámico. Quizás entonces el abordaje en cuanto a la técnica de la psicoterapia psicoanalítica en estos casos se debe de caracterizar justamente por aquellas funciones de *holding* y de *rêverie* que fueron insuficientes para formar un aparato psíquico integrado, salvaguardando siempre el surgimiento de aquella subjetividad única del paciente.

Durante el tratamiento de Mariel se constató que la pobreza en el funcionamiento y la constitución del *self* está directamente relacionada con una pobre integración de objetos externos que cuentan una representación interna. Ambos procesos parecen ir a la par, siendo en realidad un sólo proceso de carácter interno.

Es la sensación de estar vivo y de conservar una identidad lo que está en juego en estas patologías que resultan un gran reto para la técnica psicoanalítica, requiriendo para su abordaje de una profunda comprensión metapsicológica sobre la constitución del psiquismo en relación siempre con aspectos transgeneracionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- Anzieu, D. (1989). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (2001). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psychoanalysis.*, 49:484-486.
- Bick, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy.*, 2:292-299.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis.* 40: 308-315.
- Bion, W. R. (1962a). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Bion, W. R. (1962b). The psycho-analytic study of thinking. *International Journal of Psychoanalysis.*, 43:306-310.
- Bollas, C. (2012). La travesía psicoanalítica. *Cuadernos de Psicoanálisis*. Vol. XLV: 3 y 4.
- Bott, E., Milton, J., Garvey, P., Couve, C. y Steiner, D. (2011). *The new dictionary of kleinian thought*. New York: Routledge.
- Callejo, G. J (2002) Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de salud pública.* 5 (76), 409-422.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta moebio*, 23, p. 204-216.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Segunda edición. Bogotá: Tiresias.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Correa, A. (2005). El mecanismo de identificación adhesiva y la ausencia de identidad psicológica. *Revista Chilena de Psicoanálisis*; 22(2): 139-149.

Cuenya, L. y Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*. 2 (19): 271-277.

Dorado, A.B. (2010). Rêverie re-visitado. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. 9: 54-72.

Federn, P. (1932). Ego feelings in dreams. *Psychoanalytic Quarterly*. 1:511-542.

Flybvjerg, B. (2005). Cinco equívocos sobre la investigación basada en estudio de caso. *Estudios Sociológicos*. XXIII (2): 561-590.

Freud, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. *Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1897). Manuscrito N. *Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. *Obras Completas*. Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso "Dora"). *Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. *Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño (Caso del "pequeño Hans"). *Obras Completas*. Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del "Hombre de las ratas"). *Obras Completas*. Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci. *Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1911). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber). *Obras Completas*. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). Tótem y tabú. *Obras Completas*. Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Greenacre, P. (1954). The Role of Transference. Practical Considerations in Relation to Psychoanalytic Therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2: 671-684.

Grotstein, J.S. (1978). Inner Space: Its Dimensions and its Coordinates. *International Journal of Psychoanalysis*. 59:55-61.

Harris, M. (1975). Some notes on maternal containment in “good enough” mothering. *Journal of Child Psychotherapy*. 4:35-51.

Hinshelwood, R.D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hurni, M. y Stoll, G. (2002). *Saccages psychiques au quotidien. Perversion narcissique dans les familles*. Paris: L'Hartmattan.

Jarolavsky, E.A. (2010). Lo incestual. *Psicoanálisis e intersubjetividad*. No. 5. Recuperado de: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=234&idd=5>

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*. 27:99-110.

Krause, R. (2010). An update on primary identification, introjections, and empathy. *International Forum of Psychoanalysis*., 19:138-143.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Levy-Warren, M.H. (2000). A contemporary look: Adolescents and the incest taboo. *Journal of Infant, Child and Adolescent Therapy*. 1:123-140.

Mahler, M.S. (1963). Thoughts about development and individuation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18:307-324.

Mancia, M. (1981). On the beginning of mental life in the foetus. *International Journal of Psychoanalysis*. 62:351-357.

Mitrani, J.L. (1994). On adhesive pseudo-object relations – Part I: Theory. *Contemporary Psychoanalysis*., 30:348-366.

Meltzer, D. (1975a). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis.*, 11: 289-310.

Meltzer, D. (1975b). La dimensionalidad como un parámetro del funcionamiento mental: Su relación con la organización narcisista. En Meltzer, D., Bremmer, J., Hoxter, S., Weddell, D. y Wittenberg, I. *Exploración del autismo.* (pp. 197-209). Buenos Aires: Paidós.

O'Brien, J.O. (1987). The effects of incest on female adolescent development. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry.* 15: 83-92.

Ogden, T.H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis.* 60:357-373.

Ogden, T.H. (1989). On the concept of autistic-contiguous position. *International Journal of Psychoanalysis.* 70: 127-140.

Ogden, T.H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis.* 85: 1349-1364.

Poe, E. A. (1848). *Edgar Allan Poe's annotated poems.* Barger, A. (Ed.) New York: Bottletree. Recuperado de: http://books.google.com.mx/books?id=ljzCK4fQfhgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Price, A. (1993). The impact of incest on identity formation in women. *Journal of the American academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry.* 21: 213-228.

Ruiz, E. (2004). La entrevista como encuentro de subjetividades. *Investigaciones Sociales.* 13: 357-368.

Tustin, F. (1978). *Barreras autistas en pacientes neuróticos.* Buenos Aires: Amorrortu.

Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos.* Buenos Aires: Amorrortu.

Wencelblat de Rascovsky, M. y Rascovsky, A. (1950). On consummated incest. *International Journal of Psychoanalysis.* 31: 42-47.

Winnicott, D. W. (1956). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.* Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the infant-parent relationship. *International Journal of Psychoanalysis*. 41:585-595.

Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *International Journal of Psychoanalysis*, 50:711-716.

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. New York: Routledge.