



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**EL SEGUNDO PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN,  
DESDE LA TRANSFERENCIA**

**R E P O R T E D E T I T U L A C I Ó N**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**ANNA CECILIA IBARRA MEDINA MORA**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. MARTHA LILIA MANCILLA VILLA

COMITÉ: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

DR. ENRIQUE GUARNER DALIAS

MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*La Juventud, aún cuando nadie la combata,  
halla en sí misma su propio enemigo.*

**William Shakespeare**

En eterno agradecimiento a:

Mis papás por todo su amor, apoyo y consejos. No tengo palabras para agradecerles una vida entera, de compañía, educación, valores; este logro es también de ustedes porque gracias a su ejemplo y guía estoy hoy aquí. Los admiro, los respeto y los quiero muchísimo. Gracias.

Mi hermana, Bola; por su amistad incondicional, por los desvelos juntas, por las risas compartidas, por dejarme ser tu hermana mayor.

Mi novio, Miguel-Burra por todo su amor y por enseñarme que la vida se disfruta más cuando se es capaz de fluir como el agua.

Mi familia y amigos; por creer en mí y siempre estar interesados e involucrados en mi vida personal y profesional. Por ser esenciales en mi vida. Gracias.

Todos los pacientes que por su compromiso y confianza hacen que ame ser terapeuta.

Mis compañeros de la Maestría por compartir conmigo sus conocimientos, sus experiencias, sus vidas.

Boni Blum por su generosidad al brindarme la oportunidad de aprender de ella, por compartir conmigo su dedicación, entrega, responsabilidad y amor por la profesión.

Mi directora del reporte, Martha Lilia Mancilla y a todos mis Revisores, Maestros y Supervisores, por dejarme recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza; por todas sus asesorías, y por estar siempre ahí para resolver mis dudas; por enseñarme a escuchar.

La Facultad de Psicología de la UNAM, porque me siento privilegiada y me llena de orgullo poder ser parte de la Universidad.

El CONACYT por el apoyo otorgado para poder realizar mis estudios de maestría en la UNAM.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. RESUMEN	5
1.1. ABSTRACT	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. INTRODUCCIÓN	11
4. MARCO TEÓRICO	
I. Siguiendo a Margaret Mahler: una psicología Psicoanalítica sobre el desarrollo	19
1. Los preludios del proceso de separación-individuación	21
1.1. La fase autística normal	21
1.2. La fase simbiótica	24
2. El proceso de separación-individuación	32
2.1. Las subfases del proceso de Separación-individuación	33
2.1.1. La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal	33
2.1.2. La ejercitación locomotriz	38
2.1.3. El acercamiento	40

	<b>Página</b>
2.1.4. La consolidación de la individuación y los comienzos de la constancia objetal emocional	44
3. De la relación al uso del objeto	49
4. Relaciones de objeto: normales y patológicas	51
4.1. Aplicación clínica	52
II. La adolescencia	53
III. Sobre la transferencia y el proceso de psicoterapia	58
1. El psicoterapeuta del adolescente	64
5. MÈTODO	65
6. ANÁLISIS CASO MONTSE	68
7. DISCUSIÓN	110
8. CONCLUSIONES	115
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

## **RESUMEN**

Se presenta el Reporte de Experiencia Profesional, que consiste en el informe de la actividad profesional que se realizó a lo largo de la formación. Se trata del análisis de 85 sesiones de psicoterapia con orientación psicoanalítica, de una adolescente de 19 años que llamaremos Montse. En este informe se integra la teoría revisada a lo largo de la maestría con las experiencias adquiridas gracias a la práctica profesional supervisada, realizada en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se tomaron extractos de las sesiones que muestran, de manera clara, la problemática de la paciente, se privilegió el tema de la separación, así como el de la transferencia. En dicho análisis también es posible observar las intervenciones, que desde un marco referencial, realiza el terapeuta. El marco referencial, queda expuesto en el apartado de Marco Teórico, donde se muestran los fundamentos teóricos que guiaron y sustentaron las intervenciones. En cuanto a la metodología, se presenta de manera organizada los pasos que se siguieron para realizar el reporte; se incluyen los objetivos, tanto del trabajo, como de la psicoterapia.

El análisis del caso, está dividido en cuatro momentos, y se tomaron tres categorías: Separación-Individuación, Transferencia, y Relaciones Objetales. Posteriormente se discutió sobre la utilidad y pertinencia de las intervenciones; se integró la literatura especializada con los resultados obtenidos en el proceso de psicoterapia.

El tratamiento de Montse consistió en lograr reproducir, gracias a la transferencia, las fases de desarrollo descritas por Mahler. El terapeuta funcionó como un “objeto relevo” para permitirle a la paciente atravesar por las diferentes fases hasta lograr la individuación y la separación, logrando una constancia objetal emocional, que disminuyó su angustia. Gradualmente fue tolerando las separaciones, siendo capaz de analizar sus emociones.

## **ABSTRACT**

The Report of the Professional Experience is submitted consisting of an account of the professional activity that was carried out along the master's program. It deals with the analysis of 85 psychotherapy sessions with psychoanalytic orientation of a 19 years old adolescent who we will call Montse. In this report the theory that was reviewed during the development of the degree is integrated with that acquired through the supervised professional practice carried out at the Center of Psychological Services "Dr. Guillermo Dávila" of the Psychology School of the National Autonomous University of Mexico.

Abstracts from the sessions were selected so that the problematic of the patient is presented in a clear way. The themes of separation and transference were privileged. In this analysis the therapist interventions, made within the theoretical framework could be distinguished. The theoretical framework is presented in the chapter devoted to the theory where the theoretical grounds that guided and sustained the interventions are discussed. The steps that were followed to integrate this report are described in an organized way; the objectives of the work as well as those of the psychotherapy are included.

The analysis of the case is divided in four stages. Three categories were taken into account: Separation-Individuation, Transference, and Object Relations. The benefits and relevance of the interventions are discussed. The specialized literature and the results obtained during the psychotherapeutic process were integrated.

Montse's treatment consisted in reproducing through transference the development stages described by Mahler. The therapist's role was that of a "substitute object" to allow the patient cross through the different stages until she attained the individuation and separation, achieving an emotional object constancy that lessened her anguish. Gradually she was able to endure the separation events and analyze her emotions.

## **JUSTIFICACIÓN**

Considero fundamental en mi desarrollo personal el desenvolvimiento académico, adherido a un marco de investigación científica, bajo esquemas metodológicos que me permitan sustentar los conocimientos que la práctica y la técnica conjugan entre sí. Por esta razón me interesé en estudiar una maestría en psicología.

Creo que la especialización en cuanto a habilidades técnicas, teóricas y clínicas, es de suma importancia, para así poder brindar una atención de mayor calidad a la población en general. Para satisfacer las demandas que la sociedad impone, dentro de una complejidad social, que es única y específica del mosaico cultural que define a la sociedad mexicana.

Pienso el desarrollo académico como punta de lanza para la obtención de gratificaciones profesionales que, orientadas tanto a la práctica clínica como a mi experiencia personal detonen un enriquecimiento emocional dirigido a la trascendencia mediante la solución de demandas específicas, que los adolescentes y la colectividad proponen. Considero mis estudios como una base sólida para la ampliación de mi mundo interno y externo, otorgándome la posibilidad de obtener mayor claridad en las decisiones y propósitos que como individuo me planteo.

Es notoria la necesidad de alta especificidad dentro de los programas de atención. Los estudios de Maestría en Psicoterapia para Adolescentes, constituyen esta herramienta teórica, técnica y metodológica, necesaria para la atención del paciente y para la solución de demandas poblacionales, dentro de un marco de referencia y no sólo desde el sentido común o la intuición personal. La posibilidad de comprender a la ciencia psicológica bajo un esquema ordenado, metodológicamente hablando, y supervisado en el campo de la clínica apuntala mi desarrollo como profesional en el marco de la ética.

El área clínica, en cuanto a mis intereses, se destaca como prioridad; entendiendo el desempeño clínico como un campo de trabajo interdisciplinario y plural que conjugue el



conocimiento científico y el entendimiento del paciente como individuo y entidad única e irrepetible.

Después de analizar las diferentes posibilidades y oferta educativa para realizar mis estudios de maestría, me decidí a estudiar la maestría en la UNAM pues el programa y enfoque, llenan mis intereses y expectativas. La calidad académica de la Universidad, su profesorado y la excelencia de las investigaciones realizadas, hicieron de la UNAM la mejor opción.

Considero que el enfoque con el que se trabaja en esta Residencia es el ideal para tratar pacientes adolescentes, por las características de esta etapa de la vida. El periodo de la adolescencia es de transición y transformación, de estructuras intrapsíquicas y relaciones objetales, que se acompaña de una búsqueda de identidad.

Generalmente se establece una relación muy estrecha entre lo que ocurrió en la infancia y lo que sucede en la adolescencia, considerando a la adolescencia como una segunda oportunidad de elaborar.

A. Freud, Winnicott, entre otros autores psicoanalíticos, conciben la adolescencia como una etapa de crisis y desequilibrio transitorio, en donde se cuestiona el equilibrio anterior; provoca la ruptura de la continuidad con la infancia; se viven crisis de identidad y narcisismo, pero también acceso pulsional y reviviscencia del conflicto de Edipo.

Para Freud, la adolescencia podría plantearse desde la perspectiva de una recapitulación de la vida temprana, pero en el contexto de un cuerpo físico maduro; de este modo, lo que modifica profundamente la situación es poder realizar sus pulsiones agresivas y sexuales.

Mi mayor interés por el psicoanálisis aplicado a la adolescencia, despertó cuando leí sobre las analogías entre el tratamiento psicoanalítico y los procesos de desarrollo.

El desarrollo adecuado de la infancia, depende del establecimiento y de la conservación de buenas relaciones de objeto; en el psicoanálisis, el surgimiento y resolución adecuada de la neurosis de transferencia, dependen del establecimiento y conservación de la alianza terapéutica. El terapeuta que promueve una mejor alianza, se asemeja en cualidades a aquella madre cuyas respuestas determinaron en el bebé un desarrollo adecuado del yo.

Un desarrollo saludable en la adolescencia, conducirá a la independencia, madurez y autonomía de la persona, asimismo, la terminación de un proceso psicoterapéutico trae consigo autonomía e independencia.

El adolescente sufre, se encuentra en crisis, confundido, lleno de duelos y separaciones. Mi responsabilidad, como especialista, está enfocada a acompañar a los pacientes adolescentes, en este proceso tan doloroso, para lograr una travesía satisfactoria; así como desarrollar programas de intervención y prevención, que nos permitan comprender y apoyar a la población que atraviesa por las problemáticas más complejas.

*“La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo” (Winnicott, 1971).*

## INTRODUCCIÓN

“Pensar en la adolescencia es indagar los códigos en que se instituye y que son propios de cada época, de cada generación, de cada subcultura, entramados siempre en la historia singular” (Rother, 2007. Pp.16).

La pubertad es una etapa sumamente importante en el desarrollo de una persona; a parte de todos los cambios físicos y su impacto en el psiquismo, la pubertad es una segunda oportunidad para que la persona revise las estrategias de solución que encontró y aplicó en la infancia. La infancia marca, pero afortunadamente no condena. La adolescencia es esencial para la posibilidad de cambios y reorganización del psiquismo (Rother, 2007); entendiendo a esta nueva organización como identificaciones nuevas y adquisición de nuevos objetos.

Los nuevos modelos identificatorios que se encuentran en la adolescencia son igual de importantes que las identificaciones realizadas con los primeros objetos; identificaciones que dejaron huellas imborrables en el psiquismo de la persona.

El proceso identificatorio, requiere de una elaboración, de un duelo, de apropiaciones que se operan sobre las representaciones identificatorias que el Otro, el primer objeto de amor, le aportó. En la niñez el Yo es parental, es decir, la dependencia con la madre funciona como una prótesis, como un soporte, que después ya no será necesaria; conforme se va fortaleciendo el Yo, esta prótesis deja de ser indispensable; el adolescente empieza formar sus propios anhelos identificatorios (Mancilla, 2008).

El proceso analítico o terapéutico es un trabajo de historización (Rother, 2007); donde el terapeuta acompaña al paciente en el recorrido de sus recuerdos y experiencias; durante este recorrido, el adolescente se encontrará y reencontrará.

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, donde se enlaza la omnipotencia con el desvalimiento; el terapeuta deberá permanecer alerta y empático para contener y acompañar al paciente adolescente que lucha por encontrar su propio camino.

La adolescencia se caracteriza por la reactivación turbulenta, desorganizada y confusa de las etapas de la infancia, con la diferencia de que ahora los conflictos están centrados en la sexualidad, la identidad y la relación, generalmente problemática, con los objetos; por los esfuerzos de separación e individuación que hace el adolescente para poder diferenciarse de sus padres y formar su propia identidad.

El clínico de adolescentes se comprometerá entonces, a articular técnicas para dar atención eficaz a este sector de la población; esto implica una necesidad de evaluación diagnóstica, (yo prefiero llamarle impresión diagnóstica para que así el diagnóstico se maneje como una hipótesis y no como una certeza; ya que la evaluación diagnóstica no implica la adscripción del paciente a tal o cual cuadro sintomatológico). Se debe poner énfasis en el estudio de la estructura y desenvolvimiento del entorno familiar; partiendo del conocimiento, lo más completo posible, de su historia de vida y de un detallado análisis psicodinámico de la sintomatología que predomina (Kusnetzoff, 1975).

“Los adolescentes en el mundo moderno tienen nuevas oportunidades pero también están expuestos a múltiples peligros; las ligas tradicionales como la familia, la escuela y el trabajo parecen haberse debilitado. Tienen frente a sí rutas novedosas pero con futuros inciertos, no son poco usuales las percepciones de incertidumbre y las manifestaciones de estrés que afectan la calidad de vida de los adolescentes mexicanos”, señaló la Doctora María Elena Medina Mora en las *Primeras Jornadas de Psicología y Psicoanálisis*, realizadas en febrero del 2008 en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Atender a los adolescentes es importante, “son la esperanza del cambio social”. Pero además de ello, la Doctora consideró que se debe luchar para que la disponibilidad de atención sea mayor para ese sector de la población.

Para la Dr. Medina Mora, la prevención más efectiva es el tratamiento temprano y oportuno, pues permite que el individuo evolucione, y para que sea efectivo, se necesita de la intervención de especialistas.

En una investigación realizada en el 2005, se entrevistaron a 3005 adolescentes en un rango de edad de 12 a 17 años, con algún trastorno mental. Los resultados indicaron que menos de uno entre 7 adolescentes con algún trastorno psiquiátrico, utilizó algún servicio de salud durante el año anterior. Los adolescentes con algún trastorno por abuso de sustancias resultaron ser los de mayor prevalencia en el uso de algún servicio de salud y aquellos con trastornos de ansiedad los de menor prevalencia. Aproximadamente uno de cada dos pacientes, refirió que el servicio que recibió apenas cumplió con sus necesidades. Se encontraron fallas e incumplimientos en la satisfacción de necesidades y demandas de los servicios de salud mental, entre la población adolescente de la Ciudad de México (Borges, G; Benjet, C; Medina Mora, ME, 2008). Por lo que urge que se mejoren los servicios de salud mental para población adolescente.

Por otro lado, Borges, G; Wang, PS, Medina Mora, ME, et. al. (2007). Estudiaron las diferentes fallas en el retraso y primer contacto con algún tratamiento, después del primer indicio de algún trastorno mental o de abuso de sustancias, como el primer paso para lograr entender las barreras que existen en México para poder proporcionar un tratamiento efectivo. Los datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002). Muchas personas con trastornos mentales eventualmente acudieron a tratamiento, sin embargo, las proporciones variaron de acuerdo al padecimiento, trastornos del estado de ánimo (69.9%), de ansiedad (53.2%) y de sustancias (22.1%). El tiempo que transcurrió desde el inicio del trastorno hasta que se acudió a tratamiento, fue de 10 años para abuso de sustancias, 14 para aquellos relacionados con el estado de ánimo y 30 para los de ansiedad.

Las fallas para contactar pronto, un tratamiento inicial, es una importante razón para explicar por qué existen necesidades y demandas incumplidas en los servicios de salud mental en México.

La adolescencia es uno de los periodos de la vida de mayor riesgo para el desarrollo de algún trastorno psiquiátrico o de personalidad, dentro de los cuales destacan la Depresión, los trastornos de Ansiedad, los Trastornos de la Alimentación y el inicio en el consumo de drogas. Sin embargo gracias a los constantes cambios, la plasticidad y desarrollo de habilidades, la adolescencia es una excelente oportunidad para establecer las medidas

necesarias que permita anticiparnos a su aparición o para detener desde el inicio la evolución de los diferentes trastornos.

Según un artículo del 2005, basado en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2002-2003) de Medina Mora, et. al., la prevalencia nacional de Depresión es de 4.5%. 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres y aunque es un padecimiento frecuente en adultos, actualmente ha alcanzado a la juventud. Este trastorno está asociado con la vulnerabilidad social y emocional, propia de la adolescencia. Tal como lo demuestra un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México, de Benjet y colaboradores (2004), al indicar que la alta prevalencia de Depresión en adultos mexicanos, se debe a falta de detección temprana de este trastorno, la mayoría de los adultos deprimidos experimentaron su primer episodio de Depresión en la adolescencia.

La temprana detección y tratamiento de algún trastorno mental es esencial para la remisión de éste. Como se ha dicho, es en la adolescencia donde se presentan, regularmente, los primeros indicios de patología; principalmente del estado de ánimo. Se percibe con intensidad creciente que este sector de la población necesita y requiere atención. Si los clínicos logran detectar e intervenir de manera apropiada, el adolescente podrá aspirar a un mejor pronóstico cuando alcance la adultez. De ahí la importancia de profesionales especialistas en esta etapa del desarrollo. Se podría considerar a la adolescencia como la segunda y posiblemente última oportunidad para reparar.

Las dos principales características que un terapeuta de adolescentes debe tener son flexibilidad y movilidad. El terapeuta debe ser neutral ante el paciente adolescente, ocultar su yo real para que éste pueda así desarrollar la transferencia que mejor le acomode; pero aunque pueda sonar paradójico, debe de ser transparente, no en el sentido de revelar su vida, sino transparente en el sentido que pueda entrar en juego con el paciente, que se preste para que éste explore sus fantasías.

En la técnica de la psicoterapia con enfoque psicoanalítico destacarían los siguientes puntos: a) la importancia de la comprensión del contenido manifiesto y latente de los mensajes del adolescente; se debe prestar atención en lo que el paciente comunica verbalmente, pero también en lo que comunica con su comportamiento; b) la necesidad del terapeuta de

mantener una actitud más simétrica y menos omnipotente o autoritaria; c) tomar una actitud más activa y mantener un diálogo más flexible con el adolescente durante el proceso (Kusnetzoff, 1975). Pareciera que se describe a un terapeuta más libre y menos rígido.

La libertad del terapeuta debe comenzar con el análisis de la transferencia, antes entendida como un obstáculo, ahora vista como la herramienta más eficaz para la cura.

Freud en *Estudios sobre la Histeria* (1893), observó muchos impedimentos para poder establecer una buena relación terapeuta-paciente; casi todos se podían eliminar, pero había una que se resistía: La Transferencia. Entendiéndose por transferencia, las actitudes ante el terapeuta, que se han transferido de las primeras actitudes ante las figuras más importantes de la vida del paciente. Son nuevas ediciones de antiguos impulsos. Si la transferencia se utiliza adecuadamente, será el instrumento más eficaz para el tratamiento. Como principios básicos en el proceso terapéutico, se puede considerar el análisis de la transferencia, como tarea principal y la interpretación que aclara aspectos transferenciales; ésta se podría considerar como la más importante, debido a que la posible cura está relacionada con la resolución de la transferencia. El problema no está en el evocar sino en el resolver la transferencia. El uso terapéutico de la transferencia consiste en ayudar al adolescente a comprender, reconocer y cambiar sus actitudes distorsionadas ante su terapeuta.

Los constantes cambios en los adolescentes, no permiten ver con mucha claridad sus reacciones transferenciales. El terapeuta es para ellos una persona real y al mismo tiempo un objeto transferencial. La transferencia en los adolescentes resulta más intensa, complicada, inestable y rápida. El adolescente utiliza la realidad más en sus aspectos parciales que en los totales de la relación de objeto (González, J; Romero, J; De Tavira, F, 1989).

El análisis de la transferencia con pacientes adolescentes sigue los mismos pasos que el análisis de pacientes adultos (presentación, esclarecimiento, interpretación y elaboración de las interpretaciones (Greenson, 1972, citado en González, J; Romero, J; De Tavira, F, 1989). Sin embargo, la transferencia con los adolescentes, se ve interferida por las figuras parentales reales, ya que los adolescentes pasan mucho tiempo en compañía de sus padres.



Para lograr una integración en la impresión diagnóstica, es necesario abordar varios aspectos. La exploración de signos y síntomas de la conducta; la exploración dinámica, que se refiere a las defensas, tipo de ansiedad y niveles libidinales; la exploración sociodinámica, que ubica al paciente en el entorno familiar y social; y por último, es esencial indagar qué hace el adolescente en su tiempo libre, cómo va en la escuela, cómo son sus amistades y a qué tipo de grupos pertenece. Muchos autores hacen énfasis en indagar a fondo el motivo de consulta del adolescente; el psicoterapeuta del adolescente, deberá explorar a fondo la causa desencadenante del conflicto por el cual se acude a tratamiento.

Así como la elaboración de una impresión diagnóstica, -que servirá de guía para la elaboración de hipótesis a lo largo del tratamiento-, la historia familiar y personal, la exploración del motivo de consulta, existen otros instrumentos técnicos en la psicoterapia para adolescentes. El encuadre, la inclusión de los padres al tratamiento y las interpretaciones.

Se entiende como encuadre a las constantes dentro del marco en que se da el proceso terapéutico; son medidas que toma el terapeuta para “controlar” la relación terapéutica. Dichas constantes son temporales y funcionales; las temporales se refieren a la frecuencia y duración de las sesiones. Es importante que esto se acuerde con el adolescente, para que la psicoterapia no sea vivida como una imposición. La frecuencia de las sesiones dependerá de cada caso; habrá adolescentes que requieran de una sesión a la semana y otros de dos, esto se decide gracias a las entrevistas diagnósticas que se realizan antes de hacer el contrato terapéutico.

Conforme avance el tratamiento se pueden ir ajustando las sesiones ya sea para aumentarlas o disminuirlas. No deben pasar más de siete días entre sesiones, ya que los adolescentes tienen una forma muy peculiar de resistencia, basada en el manejo del tiempo, propia de su conflictiva interna. Siguiendo esta línea, es importante anunciarle al adolescente con anticipación, los periodos de interrupción del tratamiento, las vacaciones, para que se pueda trabajar dentro del proceso.

Es importante resaltar la consigna o regla fundamental que se le plantea al paciente al inicio de la terapia: completa honestidad y compromiso de comunicarle al terapeuta todo lo que piense y sienta sin censura.

En esta constante, es esencial comprometerse con el paciente en el sentido de todo lo que se diga será absolutamente confidencial, y que sólo en caso de que su vida o su salud, o la vida o salud de alguien más esté en riesgo, se romperá el contrato de confidencialidad; el terapeuta se verá en la obligación ética de comunicárselo a los padres. Es en este punto donde se puede hablar del otro instrumento técnico; la inclusión de los padres al tratamiento.

Cuando se trabaja con un adolescente menor de edad, nunca se podrá hablar de un tratamiento puramente individual, ya que los padres deben de estar al tanto. La primera razón de la inclusión de los padres, es el motivo legal; y la segunda es la dinámica. Cuando un adolescente entra a terapia, va a modificar ciertas conductas y estas conductas van a repercutir de inmediato en la dinámica familiar, los padres deben estar al tanto de esto; por otro lado, los padres deben de estar al tanto de la problemática de su hijo, lo que ésta implica y cómo va a ser el manejo terapéutico.

El descuido en contar con la cooperación de los padres, puede resultar en dos situaciones; una es que los padres pueden llegar a sabotear el tratamiento, por no entender lo que pasa o lo que se busca, y la segunda es que los padres pueden desentenderse de su hijo, de su proceso terapéutico y responsabilizar al terapeuta. En el caso que se presenta en este reporte no se realizaron entrevistas previas o simultaneas con los padres de la paciente, debido a que la paciente, al momento de iniciar el tratamiento tenía ya 19 años. La inclusión de los padres se hace cuando se es menor de edad, o cuando los riesgos (intentos de suicidio, uso de drogas, acting-out, psicosis) son mayores.

En el este trabajo se presenta el análisis de un caso clínico, que llamaremos “Caso Montse”. Los nombres han sido cambiados por motivos de confidencialidad.

Lo que se hizo fue una revisión teórica para después analizar el caso desde un marco referencial, específicamente desde la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales. En dicho análisis se privilegió el proceso de separación-individuación, propuesto por Margaret

Mahler. El segundo proceso de separación-individuación, sería su reedición en la adolescencia; el supuesto éxito de éste va a depender de cómo se vivió en los primeros años de la vida. A lo largo del reporte de caso se podrá observar la evolución del proceso terapéutico; en cuanto al establecimiento y desarrollo transferencial y las interpretaciones realizadas a la paciente.

El marco teórico está constituido por tres capítulos: Siguiendo a Margaret Mahler: Una psicología psicoanalítica sobre el desarrollo, La adolescencia y Sobre La transferencia y el proceso de Psicoterapia. Una vez presentados los fundamentos teóricos, se encuentra el análisis del caso, con transcripciones de algunas de las sesiones e interpretaciones realizadas posteriormente. En los apartados de discusión y conclusión, se intentó hacer un vínculo entre lo teórico y la práctica clínica, para lograr un mayor entendimiento del “Caso Montse”.

Dependencia, indefensión, vulnerabilidad, angustia, desvalimiento, de una adolescente que requiere que Otro la contenga, decodifique, metabolice; es aquí donde la escucha y la comprensión psicoanalítica entran a jugar (Blum; Ito, 2008).

## **MARCO TEÓRICO**

### **I. SIGUIENDO A MARGARET MAHLER:**

#### **Una psicología psicoanalítica sobre el desarrollo**

Cuando se habla del nacimiento psicológico del niño (Mahler, 1975), se está haciendo referencia a un proceso intrapsíquico. El nacimiento psicológico se lleva a cabo, cuando se empieza el proceso de separación-individuación; el cual se refiere a la construcción de un sentimiento de separación respecto del mundo exterior, el mundo de la realidad. La fase de separación-individuación propiamente dicha, va del cuarto a los 36 meses; sin embargo, este proceso intrapsíquico no tiene un fin, se va a manifestar a lo largo de toda la vida.

Es muy importante señalar que no toda separación va a formar parte del proceso de separación-individuación; sin embargo, en cualquier etapa de la vida se pueden reactivar sentimientos probablemente no resueltos de autoidentidad.

El logro de este proceso se refiere a que el niño pueda funcionar separado en presencia de la madre; pero siempre con la disponibilidad emocional de ésta.

A la fase se le denomina separación-individuación, la separación y la individuación son dos desarrollos paralelos que se van a complementar (Mahler, 1975).

La separación se refiere a la ruptura del niño y de la madre de la fusión simbiótica que había prevalecido. Es el logro intrapsíquico de un sentimiento de separación de la madre, a partir de esta separación, el niño se va a poder separar del resto del mundo. La individuación consiste en la emergencia de características individuales del niño. La locomoción permite la separación física de la madre y la individuación, gracias a los mecanismos internos de regulación, permiten mediar la conciencia que el niño adquiere de la separación. La individuación entonces, se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción la memoria, la cognición y la prueba de realidad. La separación por el otro lado, proceso

paralelo pero sin avance simétrico, se refiere a la trayectoria de la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. Estos procesos darán pie a la capacidad de internalizar las autorrepresentaciones (Mahler, 1975).

El proceso de separación-individuación está integrado por varias subfases: La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal; La ejercitación locomotriz; El acercamiento y La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.

El enfoque de Mahler (1975), muestra el desarrollo de las relaciones de objeto, a partir del narcisismo, el desarrollo del Yo y el logro en la separación-individuación. Una verdadera relación de objeto estará marcada por el logro emocional y cognitivo de la conciencia de separación. Para lograr dicha conciencia de separación, como ya se ha venido mencionando, son centrales los aparatos del Yo, como lo son la movilidad, la percepción o la memoria y también otras funciones Yoicas más complejas, como la prueba de realidad.

Los componentes de la prueba de realidad, son la capacidad de distinción entre los estímulos internos y externos, así como la exactitud de la percepción (incluyendo la orientación en tiempo y lugar, y la interpretación de los acontecimientos externos). La prueba de realidad interna, se refiere a la disposición psicológica y conciencia de los estados internos (Bellak y Goldsmith, 1984).

Aquellos niños que no pueden abandonar el estado o la órbita simbiótica madre/hijo, pueden presentar conflictos para adaptarse a las señales o estímulos que manda la persona maternante; les será casi imposible utilizar un principio maternante (Mahler, 1975). Por otro lado, estos niños podrían reaccionar con pánico ante la percepción de cualquier separación real. Pueden llegar a “detener” o distorsionar funciones autónomas con tal de preservar la fusión simbiótica.

La madre es la orientadora del niño en el mundo real. La personalidad se va a organizar en torno a la relación con la madre como un objeto externo al que se ama. Las funciones Yoicas se desarrollan en el núcleo de la relación con una madre suficientemente buena: confiable, dedicada y disponible.

El niño con defensas autistas trata a la madre como no existente; un niño con una organización predominantemente simbiótica trata a su madre como una parte de sí mismo; en ambos casos no existe la capacidad de ver a la madre como un objeto externo y distinto; la incapacidad de ver a la madre como un objeto completo, mantiene la escisión entre los objetos, dividiéndolos en objetos parciales bueno y malo; y se alterna entre la necesidad de incorporar al bueno y expulsar al malo (Mahler, 1975). Como consecuencia, la adaptación al mundo externo real y la individuación, sufrirán un impacto en su desarrollo y las características humanas elementales se verán afectadas.

El proceso de separación-individuación normal, es esencial respecto al desarrollo del Yo y de las relaciones de objeto; cuyo temor característico es la ansiedad de separación. Se debe hacer diferencia entre la ansiedad de separación y la ansiedad de aniquilamiento; la segunda es mucho más agresiva y se presenta en la etapa anterior.

La fase de separación-individuación, se puede definir como un segundo nacimiento; donde el niño rompe el cascarón o la membrana simbiótica y logra una diferenciación de su madre.

Cuando la madurez de las funciones locomotrices rebasa a la disposición emocional de funcionar separadamente de la madre, se puede producir una gran ansiedad, que solamente el cuerpo puede registrar, ya que el niño todavía se encuentra en la etapa preverbal (Mahler, 1975), todavía no puede simbolizar y poner en palabras el pánico que siente. Esto hace que no pueda desarrollar señales de angustia adecuadas y se quede, el pánico, registrado solamente a nivel corporal; ocasionando una debilitación a nivel Yoico.

El rol de la madre y sus adecuados cuidados, orientados hacia la disminución de la simbiosis, van a facilitar el proceso de separación e individuación, que moldeará la personalidad del niño. El proceso intrapsíquico de separación-individuación no es para nada observable, pero se pueden obtener datos que lo sugieran, si se indaga sobre la relación madre-hijo.

## 1. LOS PRELUDIOS DEL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

### *1.1. La Fase Autística Normal*

El bebé recién nacido, se encuentra la mayor parte del tiempo dormido. El sueño supera por mucho a los periodos de vigilia. Este estado de somnolencia es muy parecido a la vida intrauterina, cerrada, autosuficiente en su realización alucinatoria de deseos. Es observable la falta innata de respuesta a estímulos que vienen del exterior; debido a que existe una relativa ausencia de catexia de los elementos y estímulos externos. El bebé reacciona, despierta, solamente cuando la tensión (el hambre) se vuelve displacentera, y vuelve a dormir cuando se encuentra satisfecho; cuando la tensión desaparece. Es sobre todo un proceso fisiológico (Mahler, 1975).

Mahler (1972), adjudica a las primeras semanas de vida el término *autismo normal*. En este periodo la satisfacción del bebé pertenece a su propia esfera omnipotente; cree no necesitar de los cuidados de alguien externo.

Gracias a la maternación, el afuera se libidiniza; la libido se desplaza del interior del recién nacido hacia el ambiente. El contacto con la madre y sus cuidados hacen que el bebé salga de su estado vegetativo alucinatorio.

La fase de autismo normal es el equivalente a la fase de narcisismo primario (Mahler, 1975), donde el bebé de apenas unas semanas no tiene conciencia de que alguien externo a él, se preocupa en saciar sus necesidades. Esta fase de narcisismo primario, está seguida por el narcisismo primario en la fase simbiótica incipiente, donde el bebé, de manera muy precaria, se percata de que él solo no puede satisfacerse y que el proveedor se encuentra en algún lugar fuera de sí; la satisfacción es omnipotente y alucinatoria. El niño parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva en el cual la satisfacción de la necesidad pertenece a su órbita omnipotente.

La meta que se pretende alcanzar en esta fase, es el logro del equilibrio homeostático.

Esta etapa es también conocida como anobjetal, ya que el bebé no puede percibir al objeto externo como satisfactor.

Spitz (1969), hace una revisión detallada de lo que ocurre en la relación entre madre/hijo, para postular su teoría sobre las relaciones de objeto, cómo se inician, su desarrollo, las etapas y las anomalías que puedan aparecer.

En el primer año de vida, el bebé se encuentra desamparado, es decir, es incapaz de sobrevivir por sí mismo, en este punto de la vida, es la madre, quien tendrá que proporcionarle al niño todos los recursos para que pueda sobrevivir. La diada simbiótica madre/hijo poco a poco se va a ir desintegrando, en la medida que el niño se vaya desarrollando, se podrá hacer cada vez más independiente del medio que lo rodea.

El desarrollo psicológico del niño está íntimamente ligado con su primera relación diádica entre él y su madre. Un lazo netamente biológico entre madre/hijo, se va a ir transformando en la primera relación social del niño.

El equivalente en el pensamiento de Spitz de la Etapa de autismo normal, es la etapa Sin objeto. Spitz (1969) postula que, el mundo del neonato, al no existir el objeto, no existe tampoco la relación del objeto. La etapa preobjetal, coincide con la del narcisismo primario. El bebé no puede distinguir una cosa de otra, tampoco puede distinguir entre lo externo y su propio cuerpo. Él es uno con el medio que lo rodea, se debe incluir en el término de “medio que lo rodea” al pecho materno que lo alimenta, el bebé no lo percibe como algo separado de él.

El bebé recién nacido, es incapaz de percibir un estímulo externo. Existe una combinación de dos factores que, paulatinamente llevarán al bebé a alcanzar la percepción externa. El primero es que el bebé logre asociar el estímulo externo con la satisfacción de su necesidad; el segundo estímulo es propioceptivo o que el niño asocie el estado de hambre con su necesidad de alimento. Para que el niño pueda reconocer que el pecho lo va a alimentar, su aparato propioceptivo no puede estar inundado con demasiada tensión. Cuando el niño experimenta tensión o displacer, debe de haber una descarga ya sea motora o verbal; si la tensión no se calma, no podrá haber percepción del exterior (Spitz, 1969). Es el exterior quien debe proporcionar los medios para cesar el displacer; así el bebé podrá empezar a tener la idea de que existe un estímulo exterior que brinda satisfacción.



En esta fase anobjetal, la percepción del mundo externo, se encuentra condicionada a la tensión generada por una tendencia insatisfecha.

Las relaciones de objeto, son relaciones entre un objeto y un sujeto. En el bebé de apenas unas semanas, no se puede hablar de relación de objeto, ya que para él, el mundo está indiferenciado. La relación de objeto se desarrollará de manera progresiva (Spitz, 1969).

### *1.2. La Fase Simbiótica*

El término simbiosis, utilizado como una metáfora del concepto biológico, se entiende como la fusión entre dos seres humanos, madre-hijo, para beneficio de ambos. El bebé se encuentra entonces en un sistema que se conoce como autístico, es decir, aislado del mundo exterior. El Yo todavía no es diferenciado del no-Yo y la satisfacción de sus necesidades se realiza mediante un proceso alucinatorio (Mahler, 1972).

Poco a poco el niño empieza a diferenciar entre lo que es una experiencia agradable y otra desagradable. Esto se da por los esfuerzos que hace para librarse de las tensiones como son el toser, vomitar defecar, y de la gratificación que recibe de los cuidados maternos. Sin embargo, el niño todavía no tiene conciencia de quién hace qué cosa. Ambas cualidades dejan rastros mnémicos que son catexizados (Mahler, 1975).

La omnipotencia alucinatoria, mencionada anteriormente, se refiere a que el bebé percibe al pecho como parte de sí mismo, le pertenece, después del tercer mes de vida, el pecho se empieza a percibir como un objeto parcial e inespecífico que le satisface. Cuando la tensión y la necesidad de satisfacción dejan de ser imperativas y dejan de necesitar su gratificación inmediata, cuando el bebé tolera la espera, se puede hablar del principio del Yo. La memoria juega un papel muy importante en esta transición, parece que el bebé gracias a los cuidados de la madre y en la confianza que logra desarrollar en ella y en el placer de la gratificación logra esperar (Mahler, 1972).

Al mes de vida comienza a reconocer estímulos, lo que provoca una tensión desorganizada. Se rompe la coraza en la que vive y comienza la diada con la mamá, se vive una fusión ilusoria. No hay distinción entre Yo y no-Yo. El logro más importante es la catexis de la

madre, la madre es un objeto parcial; al final de esta etapa, debe tener una relación de objeto con la madre.

La conciencia difusa de un objeto que satisface que aparece al segundo mes, marca el inicio de la fase de simbiosis normal. El niño piensa que madre/hijo conforman, funcionan y se fusionan en un sistema omnipotente (Mahler, 1975).

La característica esencial de esta fase, es la fusión somatopsíquica omnipotente y alucinatoria con la representación de la madre. El niño no se percibe separado a ésta (Mahler, 1975).

En este momento, a parte de los cuidados físicos, los emocionales cobran un papel sumamente importante. El bebé tiene que complementarse con la relación emocional, o simbiosis social.

La madre deberá ser empática con el bebé, ya que tanto más lógica aporte, más organización le permitirá tener. Es importante un contacto cálido y cercano con el bebé, cuanto mejor haya sido la simbiosis mejor será la separación. En estos meses se crea la confianza básica.

Los adecuados cuidados maternos, físicos pero sobre todo emocionales, son esenciales para que el bebé logre poco a poco diferenciarse de ésta; la diferenciación estructural, lleva a la organización del individuo para la adaptación, es decir, forma el Yo. El yo moldeado bajo la influencia de la realidad, pero también bajo el impacto de los impulsos instintivos. Las sensaciones internas formarán el núcleo del ser; dicho núcleo es el centro a partir del cual se irá creando el sentimiento de ser, que dará pie para la conformación de una sensación de identidad (Mahler, 1972).

Siguiendo las secuencias de experiencias placenteras y dolorosas se van delimitando las representaciones del Yo corporal y se depositan, las representaciones, en forma de imagen corporal. Entonces las representaciones que se tenían en el Yo rudimentario van a intercalarse con las percepciones internas y externas. El cambio de catexia o su mirada y

vuelta al exterior del propio cuerpo es esencial para la formación del Yo corporal (Mahler, 1972).

La madre es un marco de referencia para el niño, Spitz la llama “Yo auxiliar”; y Winnicott hace énfasis en la preocupación maternal primaria. El interés en la función maternante, se debe a que los cuidados de ésta van a servir como organizadores simbióticos, que darán pauta a la individualización.

La meta principal de esta fase es la catexia de la madre, pero aún como unidad dual con el Yo, que permanece todavía sin delimitaciones claras. El objeto más catexizado, la madre, es todavía un objeto parcial.

Las imágenes mentales, las del objeto de amor, del Yo corporal y del Yo psíquico surgen de las huellas mnémicas que dejan las experiencias buenas y malas y de las percepciones con las que se les ha asociado. Todo esto va a depender del tipo de relación que haya con la madre, de sus señales y mutuo entendimiento de éstas y de la conducta de sostenimiento de la madre.

Winnicott, se preocupa por profundizar en algunos aspectos sobre el desarrollo emocional del bebé, que desde su parecer, se han pasado por alto por algunos autores psicoanalíticos. Para ello, introduce el término “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1971). Desde su punto de vista, el niño no puede pasar del principio de placer al de realidad o a la identificación primaria, si no tiene una madre lo bastante buena. Esta madre suficientemente buena, es la que satisface las necesidades del niño, lo ayuda a adaptarse y a tolerar la frustración.

Es una madre que a veces satisface y otras frustra. Claro que siempre de manera equilibrada. Esto le va a permitir al bebé percibir a los objetos como reales, es decir, objetos a los que se ama pero también se odia. La madre en un principio tiene que adaptarse a todas las necesidades del niño y satisfacerlas, casi como magia, el objeto se percibe como una alucinación; después la mamá se demorará en la satisfacción, este es un proceso natural. Gracias a esto el bebé va a poder experimentar una relación con la realidad exterior, o formarse una concepción de ella (Winnicott, 1971).

Cuando la madre está completamente pendiente del niño, ésta le permite crearse la ilusión de que el pecho de la madre es parte de él. El niño se sentirá bajo un dominio mágico y omnipotente. La tarea de la madre suficientemente buena, es también desilusionar, de manera gradual al niño (Winnicott, 1972).

Cuando la adaptación de la madre a las necesidades del bebé es lo bastante buena (Winnicott, 1971), se producirá en el niño la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear.

Cuando se encuentra ausente la madre, o alguna otra persona de la cual depende el bebé, no se produce un cambio inmediato porque se tiene el recuerdo o la imagen mental de la madre, o lo que se puede denominar como una representación interna de ella, que se mantiene viva durante cierto periodo.

Winnicott, propone un equilibrio entre los polos de lo materno y paterno. El padre es necesario para brindar a la madre el apoyo moral, sostenerla en su autoridad y ser la encarnación de la ley y el orden que la madre introduce en la vida de su hijo (Winnicott, 1989 citado en Mancilla, 2008).

En el inicio del desarrollo, la madre (el objeto) y el niño se encuentran fusionados. El niño percibe al objeto de manera subjetiva, la madre tendrá que orientar al hijo hacia la realidad. Posteriormente, el objeto será repudiado y después reaceptado; se percibirá entonces de manera objetiva. Este proceso depende en gran medida de una madre que este dispuesta a participar. El niño vivirá una experiencia de control mágico u omnipotente. La magia surgirá solamente si la relación madre/hijo es vivida con confianza; para esto es preciso que en la relación con la madre prevalezca el amor, o el amor-odio. La fase que le sigue, consiste en encontrarse solo en presencia de alguien (Winnicott, 1971). El niño sabe que a la persona que él ama está cerca y que lo estará mientras la pueda recordar. Después en el juego cada uno madre e hijo, van proponiendo ideas, originando un juego en relación.

Una madre cuidadosa, cariñosa y dedicada, generará un clima emocional (Spitz, 1969), que favorecerá el desarrollo del niño. El amor de la madre hacia el hijo, lo convierte en un objeto

sumamente importante para ella. El niño responderá con manifestaciones afectivas ante las demostraciones de afecto de la madre. Durante la infancia temprana, la percepción afectiva es predominante en las experiencias del niño. La actitud emocional de la madre, servirá de orientador de los afectos del niño.

Las acciones, concientes e inconcientes, los afectos, el cuidado, la ternura y el amor de la madre son un factor de reforzamiento para que el bebé actúe. Es decir, el bebé va a tomar conciencia de que hay actos que su mamá refuerza, que su mamá disfruta más; estos actos que son favorecidos, generalmente son los que más le gustan a la madre (Spitz, 1969). Se debe recalcar que las facilidades para las acciones del bebé, se las proporcionan, más que nada, las actitudes inconscientes de la madre.

Spitz (1969), habla del proceso de amoldamiento, sistema omnipotente para Mahler. Donde madre e hijo se influyen recíprocamente. Esta relación se encuentra aislada del medio que los rodea, y los unen lazos sumamente fuertes.

El resultado de un proceso simbiótico satisfactorio, el reflejo mutuo durante esta etapa, ayudará en gran medida al proceso de diferenciación que llevará a la individuación y a la formación de la identidad.

La primera imagen visual, la cara de la madre, resulta de suma importancia. La madre le debe permitir al bebé acercarse a ella y promover el contacto visual. Este primer encuentro es muy significativo ya que a partir de aquí surge la primera sonrisa, la social; se puede decir entonces que la actividad emocional perceptual social del bebé ha iniciado (Mahler, 1975).

A partir de la sonrisa inespecífica, que organiza, el bebé comienza a distinguir a un objeto, que aunque todavía parte de él, satisface sus necesidades; y desplaza su libido hacia ese agente de maternación (Mahler, 1975). De manera paulatina, la necesidad se transforma en deseo, para después volverse un anhelo ligado a un objeto.

Para Mahler (1972), la sonrisa indica que el objeto simbiótico ya no es intercambiable. Es decir, el bebé ha alcanzado una relación con la madre distinta a la que tiene con otros objetos. El bebé logra una relación simbiótica específica con su madre. La actividad

perceptual que es dirigida hacia fuera se puede considerar como el primer cambio de catexis libidinal. La atención hacia fuera reemplaza la catexis de la atención que solamente estaba dirigida hacia lo interno.

Resulta importante incluir en este punto la visión de Spitz, sobre la etapa de simbiosis normal, que él llama etapa precursora del objeto (Spitz, 1969).

Para el segundo mes, el bebé ha privilegiado el rostro humano de entre todas las demás cosas del ambiente que lo rodean. En el tercer mes, tendrá una respuesta específica ante el rostro, lo voltará a ver y responderá con una sonrisa. La sonrisa significa la transición de la pasividad a una conducta más activa. Es importante señalar que el niño no le está sonriendo a un objeto libidinal, el bebé, está respondiendo a un signo, ya que le sonrío a cualquier persona. Lo que el infante reconoce en el signo (rostro), no son las cualidades específicas, ni los atributos personales del objeto libidinal, lo que se reconoce son atributos secundarios y externos. Posteriormente en el desarrollo, el bebé podrá transformar el signo en su objeto de amor; este cambio representa el proceso intrapsíquico de la formación del objeto. En esta transición el sujeto invierte al objeto libidinal (Spitz, 1969).

Si el niño experimenta una necesidad, y se encuentra en un estado de tensión, reaccionará con un afecto, que lo llevará a una necesidad de intercambio de conducta; ambos, el afecto y la conducta, provocarán una respuesta igual en la madre, quien reaccionará como si hubiera entendido al bebé. La madre sabrá cuál es la necesidad particular que despertó en su hijo la necesidad de manifestarse de manera afectiva. En la relación, asimétrica, entre madre/hijo, ambos se van a complementar (Spitz, 1969).

El niño va a ir modificando gradualmente las señales para indicarle a su madre tensión o placer, de acuerdo a la selección y respuesta que ella ha tenido de éstas. De esta interacción entre señales, selección y respuesta, surgen patrones de conducta que constituyen los primeros indicios de la personalidad; el niño empieza a ser un individuo. Para que el niño pueda elaborar sus propias señales, a parte del componente innato, fue necesaria la presencia de madre, como un marco de referencia, un espejo. Entonces la autopercepción de la madre, sus preocupaciones y angustias influirán de manera importante el proceso de individuación. Una madre angustiada le da como marco de referencia al niño angustia en el

proceso de individuación. La individuación se va a ver afectada cuando el marco de referencia no logra proporcionar la capacidad necesaria para percibir la realidad externa; y los límites entre el yo y el objeto no podrán ser bien definidos (Mahler, 1972).

Cuando el niño puede influir en el medio para aliviar su incomodidad, aprende también a influir para que le sea satisfecha su necesidad. Se puede observar aquí la transición entre la etapa de manifestar lo que se siente, a pedir lo que se desea. Este es el primer paso hacia la comunicación.

El lenguaje, señala Spitz (1969), proporciona información sobre el tránsito del niño, de la pasividad, donde la descarga de la tensión está regida por el principio de placer-displacer, a la actividad, donde la descarga se convierte en una posibilidad de generar una fuente de satisfacción.

Entonces, en la etapa de preobjeto, el niño cambia la recepción del estímulo que viene de dentro, por la percepción del estímulo que viene de fuera. Para lograr esto, el niño debe poder pasar del principio de placer al de realidad, y tolerar la demora en la satisfacción, para así lograr catectizar las representaciones de los estímulos exteriores. La sonrisa, reacción del bebé ante el rostro humano, sugiere que se han registrado recuerdos. El reconocimiento del signo (el rostro) significa un cambio catéctico, de la representación sensorial (en el presente), al rastro mnémico comparable (el rostro percibido en el pasado). A partir de aquí se va a ir conformando el Yo corporal. El bebé pasará de la pasividad a la actividad. Es importante señalar que en estos momentos del desarrollo, aunque el Yo, pueda establecer una barrera contra los estímulos, todavía se encuentra muy rudimentaria; y que las relaciones de objeto todavía son preobjetales (Spitz, 1969).

A los tres meses el bebé responde con una sonrisa a un signo de satisfacción de la necesidad (el rostro humano). El Yo rudimentario, no discrimina entre lo familiar y lo desconocido, por lo mismo, no lo puede proteger del peligro, entonces la madre actuará como un Yo auxiliar para protegerlo (Spitz, 1969). Winnicott, Mahler y Spitz, aunque con términos distintos hacen énfasis en la importancia del papel de la madre, para el desarrollo emocional del bebé.

A los siete meses y medio, el Yo deja de ser tan rudimentario, sin embargo, es a penas capaz de coordinar una percepción con algunos rastros o registros mnémicos, y responder ante estas percepciones con expresiones afectivas. El Yo es cada vez más capaz de mediar los impulsos; los deseos y necesidades se canalizan en acciones motoras y en expresiones afectivas. El Yo se encuentra en preparación para asumir los papeles que la madre había ocupado: el hacer que los esfuerzos del bebé tengan éxito. Aunque todavía no se puede hacer cargo de la protección del niño (Spitz, 1969).

Para aproximadamente los 14 meses, el Yo experimenta un cambio radical; los procesos mentales han evolucionado. La observación, permite que el Yo inicie su papel de protector, se reacciona ante lo desconocido y ante el peligro. El Yo será ahora capaz de mandar una señal de peligro, que se acompaña de angustia y fuga (Spitz, 1969).

Se ha hablado de la importancia de la sonrisa del tercer mes, y de su impacto y trascendencia para la estructuración del aparato psíquico, sin embargo, es interesante detallar a fondo los aportes de la teoría de Spitz de los organizadores psíquicos, esto con el fin de complementar lo mencionado anteriormente.

### *El Primer Organizador*

A lo largo del desarrollo, se van a ir presentando cambios que corresponden a la reorganización de la psique, reorganización que trae consigo el surgimiento de nuevas capacidades y aspectos de la personalidad. Se da una transición entre cada una de las etapas, cada transformación conlleva diferenciaciones cada vez más complejas del aparato mental. Los organizadores de Spitz (1969), van a explicar los factores que rigen estos procesos de transformación.

Los organizadores, se refieren a una serie de agentes y elementos de regulación, que tienen gran influencia en los procesos del desarrollo.

Durante los periodos críticos del desarrollo, se van a integrar varios sectores de la personalidad, de las distintas funciones y capacidades que surgen a partir de los procesos de maduración. Esta integración, resultará en una reestructuración del sistema psíquico en un



nivel mucho más complejo. Es un proceso vulnerable, que de hacerse bien, llevará a un organizador de la psique (Spitz, 1969).

La sonrisa, como signo visible de la convergencia de diferentes corrientes del desarrollo en el aparato psíquico, es el primer organizador. La sonrisa indica que se han podido integrar varias tendencias organizadas; a partir de aquí, actuarán como una tendencia separada dentro del sistema psíquico. La sonrisa indica que el niño ha empezado una nueva forma de ser. La presencia “ordenada” de los organizadores, garantiza el proceso en el desarrollo y el paso con éxito al siguiente organizador. Si dicho organizador no se consolida, el desarrollo se verá obstaculizado. Ya que no podrá haber una integración de los sistemas psíquicos, integración que se lleva a cabo, como se ha venido mencionando, por la interacción del niño con el medio (Spitz, 1969).

Al ejercicio de la locomoción, se le conoce como el segundo cambio catéctico. Por medio de la acción, el bebé podrá explorar más aspectos de la realidad. A los nueve meses, el movimiento logrará que el bebé se pueda mover, se pueda separar y reencontrarse activamente de su madre. Para lograr esta acción de separación, la madre tuvo que haber sido lo suficientemente buena y confiable durante el proceso simbiótico. Al separarse el niño podrá diferenciar sus autorepresentaciones de las representaciones simbióticas madre/hijo; sin embargo, todavía no se puede hablar de una representación libidinal de un objeto total (Mahler, 1972).

El hecho de que el niño de dos a tres años, se pueda separar físicamente de su madre, aunque ella siga emocionalmente disponible, lo confrontará con la posible pérdida de objeto. Pero, si en esta separación, predomina el placer, el niño podrá defenderse de la angustia que le genera la separación.

## 2. EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

El proceso de individuación-separación implica dos tipos de desarrollo distintos aunque paralelos; por un lado está la individuación, proceso que se lleva a cabo de los dos a los tres años, que depende de la evolución de las funciones Yoicas, que se encuentran centradas en el concepto del sí mismo. Paralela a la individuación se encuentra la separación, o la toma

paulatina de conciencia de que se es independiente a la madre; la separación estará centrada a las representaciones de objeto (Mahler, 1972).

En esta etapa de separación-individuación, el conflicto en relación a los objetos, se encuentra localizado en el peligro que le genera la posible pérdida del objeto. Este peligro de la posible pérdida de objeto, no se refiere a la angustia de separación propiamente dicha, este peligro de pérdida no es del objeto amado sino más bien se está refiriendo a un sentir intrapsíquico; normal en esta parte del proceso de separación-individuación. La ansiedad de separación para Mahler (1972) será una vez que se haya alcanzado la constancia objetal.

La situación de peligro hacia el final de la fase de separación-individuación, al acercarse a la constancia objetal, es semejante al peligro de la pérdida de amor del objeto libidinal.

Son el amor de la madre por el niño y su aceptación de su ambivalencia lo que ayudan al niño de dos a tres años a catectizar su autorrepresentación con energía neutralizada. Donde hay una falta real muy grande de aceptación por la madre, hay un déficit en la autoestima y una consecuente vulnerabilidad narcisista, que también depende de otros factores, tales como la distribución impulsiva, la estabilidad relativa a las representaciones del ser y del objeto y el curso del desarrollo subsecuente (Mahler, 1972).

La culminación de la fase de separación-individuación es el establecimiento de la constancia objetal que debe ser considerada como una etapa en el desarrollo de la relación de objeto y no como una función del Yo.

## 2.1. Las subfases del proceso de separación individuación

### 2.1.1. La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.

A los 4 ó 5 meses, el bebé establece una relación mucho más familiar con su madre. La sonrisa inespecífica se hace específica, el bebé le sonrío a la madre. El vínculo específico entre madre e hijo queda establecido.

El poder distinguir objetos, se da antes y de manera más rápida que la capacidad del bebé para diferenciarse a sí-mismo de los objetos. En esta subfase, la madre libidiniza el cuerpo del hijo; poco a poco se van formando los límites. Cuando las necesidades son satisfechas y el placer predomina, el niño puede libidinizar el exterior, se da una expansión catéctica más allá de la órbita simbiótica. Comienza lentamente la diferenciación (Mahler, 1975).

La vigilia y los periodos de alerta aumentan y junto con éstos, las capacidades perceptuales; la actividad perceptual ya no se enfoca solamente en hacia adentro de él mismo o de la órbita simbiótica; ahora se dirige al exterior (Mahler, 1975). Esta atención hacia fuera se va a complementar con el depósito de recuerdos, la presencia y ausencia de la madre, las experiencias placenteras y displacenteras y la precaria conciencia de que el sólo no puede aliviar sus tensiones sino que debe tener confianza y esperar a que lo alivie su madre con sus cuidados y atenciones.

El desarrollo de la constancia libidinal de objeto es más gradual que el logro de la permanencia de objeto. Cuando los límites entre el Yo y el otro no están bien diferenciados, no habrá suficiente energía disponible para el desarrollo del Yo, y con un Yo endeble, se dificulta la posibilidad de alcanzar una constancia libidinal de objeto. De igual forma, se ve afectado el proceso de formación de identidad, ya que las identificaciones Yoicas no serán de lo más efectivas (Mahler, 1972).

Uno de los elementos básicos para el logro de una individuación satisfactoria es la imagen corporal. Para iniciar y alcanzar la individuación es necesaria la identidad y una imagen corporal negativa o perturbada le robará energía al proceso de formación de la identidad (Mahler, 1969). De no resolverse en el momento preciso, este niño se convertirá en un adolescente que buscará desesperadamente su lugar en la vida, se preguntará acerca de su existencia y tendrá dudas constantes sobre su identidad.

Las constantes preguntas acerca de la propia identidad hablan de un desequilibrio entre las imágenes centrales del ser, los límites del ser corporal, las representaciones del ser y las del objeto.

La meta máxima del proceso de individuación es alcanzar una identidad individual. La identidad “sólida” supone que existe una estructuración del Yo y un control más eficiente sobre los impulsos (Mahler, 1969).

El cuerpo y sus sensaciones son el mediador para el sentido de la identidad individual y la separación del objeto. Yo corporal. Para esto, el cuerpo tiene que libidinizarse, por medio del contacto físico con la madre, como es el amamantamiento. La percepción de los procesos internos que tienen que ver con la alimentación y el contacto físico, son la base de las representaciones mentales del cuerpo como la imagen corporal. Alrededor de esto se va a ir constituyendo y formando el Yo. Una relación insatisfactoria entre madre/hijo, da como resultado un Yo endeble, frágil (Mahler, 1972).

Es a los seis meses cuando el niño empieza a experimentar con la separación-individuación. Le jala el pelo a la madre, los aretes, intenta separarse de ella, se descubre y explora sus manos y el cuerpo de su madre.

El bebé elige a su objeto transicional, que le servirá para sustituir el contacto con su madre.

Para Winnicott (1971), los términos “objeto transicional” y “fenómenos transicionales”, definen la zona intermedia entre el chupeteo del dedo y el juguete; en otras palabras, entre la estimulación oral y la verdadera relación de objeto. El uso de estos objetos, todavía no son reconocidos del todo como pertenecientes a la realidad exterior.

Tanto el objeto transicional como los fenómenos transicionales, van a ir acompañados de fantasías. Generalmente los fenómenos son de gran ayuda para disminuir la ansiedad, en especial de tipo depresiva, que el niño pueda llegar a experimentar antes de dormir, o en momentos de soledad.

Estas pautas de comportamiento transicional, se van a presentar de los 4 hasta los 8 ó 12 meses; poco a poco el objeto va ir perdiendo significado; sin embargo, la necesidad de un objeto o de una pauta de comportamiento específico que inició a los pocos meses de edad, puede reaparecer, cuando el niño experimenta una amenaza de privación (Winnicott, 1971).

El objeto transicional, está simbolizando un objeto parcial, el pecho materno. Es entonces un sustituto de ésta, pero el que el objeto no sea la madre tiene también mucha relevancia. Entonces, el objeto transicional representa el pecho materno, o el objeto de la primera relación. Cuando aparecen estos objetos la prueba de realidad todavía no se encuentra del todo establecida. Gracias a la relación que el niño entabla con el objeto transicional, pasa del dominio omnipotente al dominio por manipulación. Lo transicional no es el objeto; el objeto va a simbolizar o a representar la transición del bebé, de un estado en el que se encuentra simbiotizado a su madre a uno de relación con ella como algo externo y separado (Winnicott, 1971).

Hasta este momento todos los intentos de separación habían sido físicos. Al séptimo mes, cuando el niño puede quedarse lejos de la madre, éste tiende a verificar, de manera visual si la madre seguía ahí. Esta verificación, marca el inicio de la diferenciación somatopsíquica (Mahler, 1975). Es ahora cuando el bebé compara a la madre, compara lo familiar con lo no familiar.

Cuando la confianza básica no ha sido la óptima, el niño puede reaccionar con ansiedad a la presencia de algún extraño, no-madre. El tipo de reacción que tenga el niño hacia un extraño, constituye un aspecto importante de la socialización, del objeto libidinal y de los primeros pasos para alcanzar una constancia emocional de objeto (Mahler, 1975).

Aquellos bebés que atraviesan una fase simbiótica con una madre protectora, más no sobreprotectora; muestran signos de diferenciación en el tiempo esperado y con las reacciones promedio. Pero aquellos bebés cuyas madres se muestran indiferentes, deprimidas, intrusivas en esta fase, mostrarán perturbaciones en la diferenciación.

Este momento al que Mahler designó como la primera subfase del proceso de separación-individuación: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal, es equiparable con la tercer fase descrita por Spitz, el establecimiento del objeto libidinal propiamente dicho, donde incluye el segundo organizador: la ansiedad del octavo mes.

Entre el sexto y el octavo mes, el niño ya tiene desarrollada la capacidad de distinguir entre una persona extraña y aquella que le es familiar. Cuando un desconocido se le acerca al bebé de esta edad, él reaccionara ya no con una sonrisa, sino con una señal de angustia.

Spitz (1969), denominó a este patrón de conducta, la angustia del octavo mes, y considera que es la primera manifestación de angustia propiamente dicha. El niño que reacciona ante el desconocido con angustia, es porque éste no es su madre, su fantasía lo inunda, y piensa que su madre lo ha abandonado.

La angustia del octavo mes es una respuesta del niño ante su percepción, de que el rostro que ve, no coincide con las huellas mnémicas del rostro de su madre; el signo de la satisfacción de la necesidad.

La angustia del octavo mes señala una etapa diferente en el desarrollo de la organización psíquica.

### *El segundo organizador*

La angustia del octavo mes, señala el surgimiento en la psique de un segundo organizador. Esto significa, que en esta etapa del desarrollo la personalidad y la conducta del niño sufrirán un cambio radical. Las expresiones de displacer se hacen más específicas; se expresa con angustia. Angustia que responde al temor del niño de haber perdido a su madre, a su objeto libidinal (Spitz, 1969).

El segundo organizador, la angustia del octavo mes, indica que el niño ya diferencia el rostro de la madre, el cual tiene ya un lugar único en las representaciones del niño. Para Spitz (1969), esto es lo que indica el establecimiento del objeto libidinal propiamente dicho. El objeto no sólo ha quedado establecido en el plano perceptual óptico, sino también en el afectivo. Una vez establecido el objeto, ya no es intercambiable.

A partir de aquí, empiezan a aparecer algunos mecanismos de defensa del Yo, mecanismos que en un principio tenían más que una función defensiva, una función adaptativa. Ya con el establecimiento del objeto, y la fusión de los instintos agresivos y libidinales, las funciones de los mecanismos de defensa cambian.

Aunque suene contradictorio, la angustia del octavo mes, puede presentarse a cualquier edad; va a depender de la calidad en la relación diádica y de lo facilitador o no que sea el entorno.

### 2.1.2. La ejercitación locomotriz

La ejercitación locomotriz está dividida en dos partes. La primera es cuando el bebé se aleja de la madre, gateando o poniéndose de pie; y la segunda, la ejercitación propiamente dicha, es cuando ya no necesita de sostenerse de nada, se aleja libremente (Mahler, 1975).

La locomoción, amplía el mundo real del niño y lo pone en una situación en donde él puede decidir lo cerca o lejos que prefiera estar de su madre.

Las separaciones temporales en la segunda mitad del primer año, resultan ser suma importancia. Por lo general, el niño que se reencuentra con su madre después de un periodo de ausencia de ésta, reacciona de manera agresiva y hasta impulsiva, para después volver a adoptar sus conductas habituales.

Metapsicológicamente, esta reacción se entiende desde la escisión, que aún existe en las imágenes parciales internas de la madre. La escisión se activa a raíz de las ausencias. La madre de la separación deberá ser reintegrada como la madre simbiótica, la buena, para no dañar o destruir al objeto bueno (Mahler, 1975).

Durante la locomoción, es importante que las experiencias de exploración placenteras predominen sobre las experiencias frustrantes o dolorosas. Las exploraciones tempranas tienen dos objetivos esenciales: familiarizarse con aspectos más amplios del mundo y percibir, reconocer y disfrutar a la madre desde la distancia (Mahler, 1975). Lo ideal es que el niño se pueda alejar y se pueda aventurar y siempre conserve cierto contacto a distancia con su madre; y que ésta permanezca emocionalmente disponible, para cuando el niño necesite acercarse para reestablecerse emocionalmente.

La poca disponibilidad emocional de la madre, hace que el niño tenga que esforzarse el doble para captar su atención; como consecuencia éste no tendrá suficiente energía libidinal para catectizar al mundo que la rodea y a los otros objetos distintos a la madre.

La importancia de esta subfase, no sólo es el logro del movimiento, es también, y resulta más importante, que el niño por momentos se desinterese por completo de su madre, sin

embargo la madre siempre va a ser la base confiable, para la recarga emocional. Cuando la madre está físicamente pero no se encuentra emocionalmente disponible, el niño experimentará una fuerte sensación de abandono. La falta de empatía de la madre, puede ocasionar problemas en el funcionamiento del niño cuando se encuentra lejos de ella (Mahler, 1975).

Cuando el niño se pone de pie y camina, se encuentra con un mundo completamente distinto, su visión es otra, descubre nuevas perspectivas. Los primeros pasos independientes del niño, marcan el comienzo de la ejercitación locomotriz propiamente dicha. Se amplía el mundo y se amplía la prueba de realidad. El investimento libidinal se hace hacia el niño y su cuerpo, sus nuevas funciones y hacia el mundo exterior y sus objetos (Mahler, 1975).

Durante el proceso de individuación, la internalización se logra mediante la identificación Yoica con los padres. Las tres funciones Yoicas de locomoción, percepción y aprendizaje son esenciales en este proceso. El niño aprende de la experiencia y de la reacción afectiva que la madre tenga sobre esta experiencia, es decir, si el niño se tropieza con un obstáculo y cae, la reacción óptima de la madre sería aliviar su dolor; pero si ésta hace caso omiso al incidente y niega el dolor del hijo, la prueba de realidad de acuerdo a su edad podría verse comprometida (Mahler, 1972).

Ya para los dos años y medio de vida, el niño se ha tornado un poco más conciente de la separación física de su madre. En la medida en la que el niño va tomando conciencia de su separación, el olvido temporal de la presencia de su madre parece desaparecer. Al darse cuenta de que se puede separar y alejar de su madre, el niño reacciona con una gran necesidad y deseo de que su madre comparta todo con él. A esta reacción, dentro de la subfase de separación-individuación se le conoce como "reapprochment" (Mahler, 1972).

La madre es un organizador para el niño. Es como un escudo que defiende al niño de los estímulos externos e internos; lo defiende, pero no alejándolos sino que se los metaboliza, para que éste pueda percibir de manera más clara los límites entre el mundo interno y el externo.



### *Los dos pre-objetos*

Hablando sobre los instintos, resulta importante mencionar, que ambos, para Spitz (1969), participan en la formación de las relaciones de objeto. A partir del intercambio existente entre madre e hijo, durante los primeros tres meses de vida del segundo año, los instintos agresivos se diferenciarán de los libidinales. La madre, por ser la que brinda la satisfacción, se convertirá en el blanco de los impulsos agresivos y libidinales del niño. Cabe mencionar que en este punto la madre no es concebida como un objeto total.

Se podría decir que en esta etapa el niño tiene dos objetos. El objeto malo, al cual el niño va a dirigir su agresión, y el objeto bueno, que recibirá la libido. Para el niño el objeto malo se niega a satisfacer sus necesidades, y el bueno las satisface por completo. Gracias al intercambio con la madre y a la integración del Yo, se produce una síntesis. El niño podrá poco a poco integrar a los dos pre-objetos, el bueno y el malo, en uno solo, la madre, estableciendo así el objeto libidinal. Una vez que se han integrado ambos pre-objetos, se puede empezar a hablar de una relación objetal verdadera (Spitz, 1969).

### *El tercer organizador*

Ya que el niño adquiere la locomoción, empiezan las prohibiciones, la madre tendrá que mantener a salvo a su hijo y para esto introduce el “no” que irá acompañado por un gesto prohibitivo. El niño imitará este gesto prohibitivo de la madre, que para él simboliza un acto de frustración ocasionado por la madre (Spitz, 1969).

El movimiento negativo de la cabeza y el “no”, representan el primer concepto abstracto de la mente del niño. Al principio repite e imita estos gestos, pero posteriormente el niño va a elegir, por decirlo así, la circunstancia en la cual empleará el gesto y la palabra; generalmente se utilizará cuando quiera rechazar algo (Spitz, 1969).

#### 2.1.3. El acercamiento

En la primera mitad del segundo año, el niño ya camina libremente; la conciencia de separación aumenta cada vez más. En esta etapa de la vida, la ansiedad de separación

puede aumentar; que consiste sobre todo al temor por la pérdida del objeto, ahora el niño se interesa por saber en dónde está la madre y se acerca constantemente a ella. El niño necesita y desea que su madre comparta todas estas nuevas experiencias con él; presenta una gran necesidad de amor objetal (Mahler, 1975).

En la subfase anterior el niño se “olvida” de la presencia de su madre, en esta fase, necesita volverse a acercar.

La interacción entre el niño y la madre se vuelve más complejo, no sólo se acerca a ella para recargarse emocionalmente sino que ahora ya hay otro tipo de comunicación, el lenguaje simbólico: la palabra y el juego (Mehler, 1975).

El deambulador presenta dos pautas características: el seguimiento y la huida. El niño sigue a la madre como su sombra, o huye de ella esperando que ella lo atrape y lo abrace. Esto se puede entender como la expresión del deseo del niño de reencontrarse con su objeto de amor; o su temor de que el objeto lo reabsorba (Mahler, 1975).

El temor de perder el amor del objeto se hace más evidente. El perder el amor del objeto ha reemplazado al temor de perder al objeto.

El seguimiento del deambulador va a ceder cuando se inicia el proceso de constancia objetal. Pero si la madre en este proceso de acercamiento y seguimiento no se encuentra emocionalmente disponible y no juega con él, el niño se esforzará para seguirla y convertirse en su sombra. Este gran gasto de energía deja desprotegida a otras áreas, como las funciones del Yo. Cuando el niño no tiene certeza de la disponibilidad de su madre, se va a encontrar constantemente preocupado por esto y le resultará difícil investir su ambiente y su propio funcionamiento (Mahler, 1975).

A partir de los 15 meses, aparece lo que se ha denominado expansión social. El niño se da cuenta de que la madre y él, no comparten los mismos deseos, la grandeza y omnipotencia que hasta ahora habían dominado, se empieza a desmoronar. El niño se da cuenta de que su madre es una persona que está afuera en el mundo y al voltear al mundo descubre a otras personas; inicia la interacción social. El niño toma conciencia de la existencia separada

de su madre y por consecuencia también se percata de la existencia separada de otros niños, con quienes jugará, imitará y se identificará (Mahler, 1975).

Para tolerar la ausencia de la madre, el niño desarrollará otras actividades como relacionarse con adultos sustitutos o el juego simbólico, como la desaparición y reaparición de cosas. A los 17-18 meses se consolida una aceptación temporaria de la separación. Se observan distintas reacciones ante esta consolidación, ansiedad, interés o curiosidad (Mahler, 1975). Sin embargo, este proceso de consolidación puede verse afectada, por fallas en las primeras fases; por la poca disponibilidad de la madre y por la falta de comprensión de las señales mutuas. Los niños pueden aferrarse a la madre, mostrarse agresivos o ignorarla.

Generalmente a los 18 meses, los niños aún haciendo esfuerzos por negar la separación, utilizan a su madre como una extensión de sí mismos.

El deseo de ser autónomo e independiente le brinda mucho placer al niño, placer que se combina con el terrible temor y angustia de que si el deja a su madre, probablemente ella lo esté queriendo abandonar emocionalmente a él. La indecisión entonces se vuelve la conducta típica en estos momentos. ¿me incorporo al mundo social, alejándome de mi madre, o sacrifico mi autonomía para quedarme con ella? (Mahler, 1975).

La situación se va a complicar, cuando en medio de la vulnerabilidad experimentada por el niño, por el aumento de la conciencia de separación, nace un hermanito. El niño se hace más vulnerable porque se da cuenta que a veces se va a tener que quedar solo, que su madre no siempre le va a poder regresar el bienestar, que sus intereses son muy distintos; y con el nacimiento de un hermano la relación madre/hijo deja de ser exclusiva.

Entre los 18 y los 20 meses de edad, a pesar de que el niño ya ha logrado la permanencia de objeto, o sea, que ya tiene conciencia de que el hecho de que, su mamá no esté no significa que haya desaparecido, sino que se le puede encontrar en otra parte, experimentan crisis en el abandono. Las despedidas se empiezan a vivir de manera más complicada, y tienden a aferrarse a la madre. Generalmente reaccionan con depresión y una gran angustia, que los lleva a buscar a otro objeto del cual aferrarse, e incluso presentan conductas regresivas, como el acurrucarse hasta quedarse dormidos. El otro objeto que se busca no está investido como objeto de amor ni como un objeto no-madre; en este caso, funciona como un sustituto

de la madre simbiótica o extensión del Yo. Los niños tienden a actuar su agresión con el objeto sustituto, esto para proteger a la madre de sus impulsos agresivos (Mahler, 1975).

Para Mahler, (1975), el mecanismo de escisión, que funciona para enfrentar la angustia que provoca la separación, se presenta de manera más clara en niños que tuvieron una relación no muy buena con su madre durante las subfases anteriores. El mecanismo de escisión del mundo objetal, es característico de los casos fronterizos en adultos.

Como la escisión existen otros mecanismos para afrontar la separación. Éstos son, los fenómenos transicionales (Winnicott, 1971). Los objetos que el niño puede asociar directamente con la madre, cobran un significado muy particular. El sillón de la madre, se puede convertir en su sustituto mientras ésta no se encuentra. Es común que los niños se acerquen a los closets de sus madres o a lugares de la casa que les recuerde la presencia de su madre. Los cuentos infantiles, son también transicionales; satisfacen la necesidad de distanciamiento y de exploración de un mundo más amplio mediante la simbolización y la fantasía. Poco a poco los niños dejan de ser abandonados de manera pasiva, para abandonar ellos de manera activa, es decir, por su propia iniciativa. Poco a poco los demás adultos empiezan a ser importantes para el niño, ya no como sustitutos de la madre, sino como objetos independientes a ella.

Idealmente a los 21 meses, la crisis disminuye. Disminuye la necesidad de control omnipotente, la ansiedad de separación y la lucha por el acercamiento. El niño desarrolla la capacidad de funcionar aunque la madre se encuentre lejos. Esto se da por una parte, gracias al lenguaje; el niño puede ahora nombrar los objetos y expresar sus deseos, con palabras y con el juego, esto le hace sentir que se encuentra en mayor control de su ambiente. Otro aspecto importante es el proceso de internalización, tanto de identificación con la madre y el padre buenos y proveedores de satisfacción, como de la internalización de reglas (Mahler, 1975).

La capacidad del niño para enfrentar la separación, está íntimamente relacionada con la historia de la relación madre/hijo.

El proceso de llegar a ser un individuo separado, es más complicado en el caso de las niñas, debido a que, al notar la diferencia anatómica de los sexos, suelen voltearse contra la madre y reprocharle su falta de pene, se sienten defraudadas por ellas pero al mismo tiempo ligadas a ellas, es una situación que genera mucha ambivalencia. La niña se siente imperfecta y puede volverse imperfecta en el inconsciente de la madre. Las niñas se pueden volver exageradamente sensibles a la aprobación o desaprobación de los padres (Mahler, 1975).

#### 2.1.4. La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.

En esta cuarta subfase, que se da aproximadamente a los 3 años, se consideran dos metas importantes; por un lado se espera el logro de una individualidad definida, con aspectos que duren para toda la vida, y por el otro, el logro de un cierto grado de constancia objetal (Mahler, 1975). El alcance de una constancia objetal emocional se logra, en gran medida, gracias a la internalización de una imagen constante, disponible y positivamente catexiada de la madre.

Bajo la influencia de Lacan, Winnicott (1971), hace referencia a la importancia del estadio del espejo, el rostro de la madre, para el desarrollo emocional individual del niño.

Así mismo, el medio ambiente en el que se desarrolla el niño, es de vital importancia para éste. La función del ambiente consiste en aferrar, manipular y presentar el objeto; es decir, el niño debe ser sostenido y manipulado de una manera suficientemente buena; a partir de ahí, se le presentará un objeto al niño, sin atentar contra su experiencia de omnipotencia. Lo que se espera es que el niño logre usar al objeto (Winnicott, 1971).

Para Winnicott (1971), el rostro de la madre, funcionará entonces como un espejo. Cuando el bebé la mira, se ve reflejado en ella; ya que la madre le refleja lo que ella ve y siente por su hijo. Es importante señalar que las madres también van a reflejarle al hijo sus propios sentimientos, angustias o rigidez.

Los bebés necesitan que el ambiente les regrese algo de ellos, para poder inicial un intercambio significativo con el mundo y así poderse enriquecer.

La correcta percepción del individuo, funda sus bases en el ser visto; el proceso abarca las siguientes etapas: cuando miro se me ve, entonces existo; ahora que existo, puedo permitirme mirar y ver; ahora miro en forma creadora (Winnicott, 1971).

Así como la mirada de la madre, un ambiente facilitador lo suficientemente bueno, va a ser esencial para el desarrollo emocional del individuo. No se está hablando de perfección, sino de un ambiente que sea capaz de adaptarse a las demandas y necesidades de la persona. Esto ayudará a que el niño, en un futuro, alcance una independencia individual. Se va a pasar de una dependencia absoluta, a una relativa, hasta alcanzar la independencia, que nunca será absoluta, ya que el individuo siempre dependerá en cierto grado del medio ambiente (Winnicott, 1971).

El elemento materno, como ya se ha mencionado, se refiere a cómo se sostiene y manipula al bebé, así como los cuidados que se le brinda. Para alcanzar un desarrollo positivo, emocionalmente hablando, es importante que este elemento maternal sea lo suficientemente bueno y que tenga continuidad.

Que el niño alcance una constancia objetal, significa que pueda funcionar separadamente de la madre; la constancia objetal emocional, está basada en el logro cognitivo del objeto permanente.

En el curso de esta subfase, se logra un sentimiento estable de entidad, es decir de los límites del Yo, y se consolida, así mismo, una consolidación temprana en cuanto a la identidad sexual (Mahler, 1975).

Retomando el concepto de constancia objetal, resulta importante mencionar que va más allá del mantenimiento de la representación de objeto de amor ausente; para Mahler (1975), la constancia objetal implica la unificación del objeto bueno y malo en una representación total; los objetos pierden por decirlo así su cualidad de parciales. Gracias a esta unificación, se puede moderar el odio hacia el objeto, ya que los impulsos agresivos y libidinales se fusionan.

Para lograr el establecimiento de la constancia objetal emocional, es indispensable la confianza que el niño le tenga a su madre, confianza que se obtiene en la fase simbiótica, donde la madre fue capaz de satisfacer y de aliviar las tensiones del niño. Al principio no se distingue que la proveedora es la madre; gradualmente se va tomando conciencia de ella; posteriormente esta satisfacción, por medio de la internalización, se transfiere a la representación intrapsíquica de la madre. Resultan importantes también otros factores, como la adquisición cognitiva de la representación interna simbólica del objeto permanente, la madre; la capacidad de neutralizar la energía instintiva; la prueba de realidad; la tolerancia a la frustración y la ansiedad. La permanencia del objeto y de una imagen mental, son necesarios para el establecimiento de la constancia objetal libidinal (Mahler, 1975).

Es hasta los tres años, cuando se encuentra avanzada la constancia objetal, que la madre puede ser sustituida, por una imagen confiable y relativamente estable. La tolerancia a la separación temporal, quedará basada en este logro. En el transcurso de esta subfase, el niño va a ser capaz, otra vez, de aceptar la separación de su madre.

Mahler (1972) describe tres aspectos de la etapa de constancia objetal:

1. En el curso de desarrollo a esta etapa de constancia objetal, la imagen materna se hace disponible intrapsíquicamente, al igual que el objeto maternal real estuvo disponible como parte de una realidad externa durante la etapa de satisfacción de la necesidad. Puede considerarse como el principio de la transferencia de la disponibilidad externa del objeto real a la representación intrapsíquica (imagen mental) de la madre. Una vez iniciado este proceso de internalización, el niño puede, en ausencia de la madre, aceptar a alguien más o un casi símbolo de la madre, por un rato, sin requerir más la presencia de la madre misma. La imagen mental no es un sustituto, sino que significa un grado de disponibilidad de la imagen interna del objeto amado. Esta imagen mental de la madre le permite al niño aguantar la ansiedad hasta que la madre real regresa.

2. durante el curso del desarrollo de la constancia objetal, la imagen objetal es cada vez más invertida con energía predominantemente libidinal y neutralizada. Si se inviste con energía agresiva, el niño será más propenso a regresar de la constancia objetal a la fase simbiótica previa (psicosis infantil).

3. se puede decir que la etapa de la constancia objetal ha sido alcanzada cuando una defensa en particular, la escisión de las imágenes objetales, ya no es fácilmente disponible para el Yo. Por escisión se entienden los fenómenos clínicamente observables cuando ocurre el amor y el enojo al mismo tiempo, en que el niño con el fin de preservar la imagen objetal buena, se separará (durante la ausencia de la madre) de la imagen anhelada del objeto amado y de su imagen odiada del mismo. El anhelo es dirigido hacia la madre buena en realidad ausente, en tanto que el enojo puede ser dirigido hacia la otra persona presente en el medio ambiente en ese tiempo. Al regreso de la madre la ambivalencia es vista una vez más como dirigiéndose hacia ella, ya no estando escindidas ni proyectadas las representaciones.

La constancia objetal requiere un cierto grado de neutralización, especialmente de la agresión.

Las situaciones particulares de peligro, pueden ser más o menos correlacionadas con estos niveles de relación de objeto: la pérdida de objeto (temor de abandono) en las fases simbióticas y el inicio de la separación-individuación; la pérdida de amor en las subsecuentes subfases de separación-individuación y en camino a la constancia objetal. Al igual que las fases descritas por Freud no están perfectamente demarcadas, tampoco lo están estas fases de relaciones objetales. No sólo se continúa una fase en la otra, sino bajo ciertas condiciones, debe ser anticipado un grado normalmente permisible de regresión (Mahler, 1972).

Las reacciones de separación más extremas, parecen ocurrir no en aquellos niños que han experimentado separaciones físicas reales, sino en aquellos en donde la relación simbiótica fue muy exclusiva o muy parasitaria o en los que la madre no aceptó la individuación y separación del niño (Mahler, 1972).

A veces se entiende de manera equivocada este proceso. La separación-individuación es un proceso intrapsíquico, poco tiene que ver con las separaciones físicas.

Durante el proceso de separación-individuación, las alteraciones en el desarrollo de las relaciones objetales, pueden producir un empobrecimiento de la emergencia neutralizada



disponible para el Yo. Esto crea un déficit en el placer en el funcionamiento independiente, una capacidad disminuida para la sublimación y un exceso de agresión no neutralizada, que es invertida al principio en las imágenes fundidas del ser y del objeto y después, y después que puede ser dirigido a las representaciones más separadas del ser y del objeto, con un desenlace eventual en varios síndromes psicopatológicos (Mahler, 1972).

El término de angustia de separación debe limitarse a una fase en el desarrollo en que hay, una disponibilidad intrapsíquica de una imagen materna que puede traer gratificación y disminuir el dolor. Entonces la ausencia de la madre expone al infante normal, si está en un cierto estado de necesidad o tensión impulsiva, al peligro de la desvalidez y anhelo con la consecuente ansiedad (Mahler, 1972).

Cuando el niño prefiere jugar solo que quedarse con la madre, se puede considerar como un logro primitivo de la constancia objetal emocional.

Junto con el desarrollo del lenguaje, el juego sufre cambios, se vuelve más planificado y constructivo; comienza el juego de fantasías y de desempeño de roles. Las observaciones del mundo real se vuelven más detalladas y acertadas. El niño se interesa más en sus compañeros de juego y en adultos que no son su madre. Se desarrolla un sentimiento de tiempo y espacio, haciendo más tolerable la demora en la gratificación y la separación. Existe una gran necesidad del niño de autonomía o independencia. Se muestran renuentes a las exigencias de los adultos, éste negativismo marca el inicio del desarrollo del sentimiento de identidad (Mahler, 1975).

Para que el niño pueda mantener un cierto equilibrio emocional, durante las ausencias de su madre, es indispensable que el investimento libidinal supere a la agresión o angustia.

En la fase de simbiosis normal, lo ideal es que el objeto sea percibido como bueno, ya que se encuentra en perfecta armonía con el Yo. Con esta percepción, buena de objeto, la identificación primaria se va a llevar a cabo en una valencia positiva de amor. El conflicto aparece, como ya se ha venido mencionando, cuando aquel objeto de amor es poco confiable, impredecible, intrusivo o cuando la conciencia intrapsíquica de separación se toma de manera abrupta y caótica. Si esto sucede, el objeto de amor se volverá un cuerpo extraño, imposible de asimilar, es decir, un introyecto malo. La identificación se haría con el introyecto

malo, la agresión que surge a partir de esta identificación, puede incluso llegar a borrar al objeto bueno, dejando al niño sin la posibilidad de generar autorepresentaciones positivas, a partir de la identificación con el objeto bueno (Mahler, 1975).

Se producirá una gran ambivalencia que obstaculiza el desarrollo de la constancia objetal, así como el narcisismo secundario sano. La toma de conciencia repentina y penosa de la separación, rompe de manera muy agresiva con el sentimiento de omnipotencia y de omnipotencia mágica compartida con los padres; entonces la separación va a ser vivida como un abandono, como si se le hubiera dejado en un estado de desamparo total. A partir de aquí, los niños de tres años tienden a escindir al mundo en bueno y malo, y la madre, después de la separación, es vista como frustradora. Generalmente son niños con una regulación de la autoestima muy primitiva (Mahler, 1975).

A partir de lo mencionado anteriormente, sobre el autoestima, se puede decir que las condiciones principales de la salud mental, hablando del desarrollo preedípico, se encuentran concentradas en el logro y la capacidad del niño para retener y restablecer su autoestima en el contexto de una relativa constancia objetal emocional (Mahler, 1975).

Considero importante en este momento, describir lo que Winnicott (1971), teorizó sobre el proceso que se da de la relación de objeto al uso del objeto

### 3. DE LA RELACIÓN AL USO DEL OBJETO

En la relación de objeto, el sujeto inviste al objeto, éste se vuelve significativo para el sujeto. El sujeto deposita aspectos de él en el objeto (proyección) pero también se identifica con partes del objeto (Winnicott, 1971).

Para que exista el uso del objeto, tuvo que haberse dado primero la relación de objeto. Para poder usar al objeto es absolutamente necesario que éste sea real, que no solo sea un cúmulo de proyecciones; para el uso del objeto puntualiza Winnicott (1971), éste debe formar parte de la realidad compartida.

Podría pensar que en el tratamiento psicoterapéutico, el paso de relación a uso del objeto, en este caso el terapeuta como objeto, equivaldría a la disolución de la transferencia.

El punto esencial de la relación al uso del objeto está, en que este cambio no se da por sí mismo, poco tiene que ver con el proceso maduracional. Este cambio va a depender de la madre, una madre suficientemente buena, logrará llevar al bebé de la relación, al uso del objeto; así como las madres pueden ser o no suficientemente buenas, también los terapeutas.

Para poder usar a un objeto, es necesario que el sujeto haya podido desarrollar el paso al principio de realidad. Principio que como se ha visto es dado gracias a la confianza y a la relación positiva que el niño establezca con su madre; así mismo es necesario que el niño crezca en un ambiente facilitador (Winnicott, 1972).

Antes de que la relación de objeto se convierta en uso de éste, es necesaria la ubicación del objeto, fuera del dominio omnipotente; el objeto deberá ser percibido como perteneciente al mundo exterior.

En el paso al uso del objeto, el sujeto debe poder destruir al objeto, el objeto debe sobrevivir a dicha destrucción. Si el objeto sobrevive, el sujeto lo amará. Esto dará pie al inicio de la fantasía: “te puedo amar y también te destruyo”. A partir de aquí, el sujeto podrá utilizar al objeto que sobrevivió. El que destruya al objeto significa que lo saque de la zona omnipotente, es decir, lo hace real, lo saca de sí mismo. El impulso destructivo crea la exterioridad.

Cuando el objeto siempre puede ser atacado y sobrevive, se puede hablar de constancia objetal; cuando ya hay constancia objetal, el objeto se puede usar (Winnicott, 1971).

La importancia de un no-Yo es que el objeto se hace real, ya no es un objeto de las proyecciones, entonces se le puede destruir sin temor a destruirse a sí mismo.

Es importante detallar el concepto de supervivencia, que el objeto sobreviva significa que no tome represalias ante las agresiones del sujeto. En un tratamiento psicológico, el terapeuta deberá poder tolerar las agresiones del paciente, los ataques deberán ser entendidos como

intentos del paciente de ubicar al analista fuera de la zona omnipotente de control. Si el terapeuta no es ubicado en el exterior, el tratamiento se convertirá en una especie de autoanálisis, ya que el terapeuta será objeto de puras proyecciones del paciente. Disfrutará de la terapia pero no podrá aprehender gran cosa (Winnicott, 1972).

A partir de lo anterior se podría concluir que el verdadero cambio en el proceso terapéutico, no se encuentra en la eficacia de las interpretaciones, sino en la supervivencia del terapeuta a los ataques del paciente, dicho en otras palabras, a la disolución de la transferencia (Winnicott, 1971). La pregunta es cómo es que el paciente entiende que el terapeuta resiste a sus ataques. Es importante que no se le interpreten de inmediato, el terapeuta deberá tolerarlos y una vez que hayan pasado, discutirlos con el paciente.

Para lograr verbalizar lo inolvidable, muchos buscan en los recuerdos, cuando los recuerdos se encuentran reprimidos, tenemos lo que ocurre en la transferencia para traer al hoy lo que parece irrecordable. Por medio de las interpretaciones en transferencia, se van a ir desbloqueando los recuerdos.

#### 4. RELACIONES DE OBJETO: NORMALES Y PATOLÓGICAS

Resulta un cuanto peligroso hablar de normalidad dentro del campo de la psicología. Se debe entender como normalidad al desarrollo del niño, sus avances y logros esperados, dentro de un tiempo promedio.

Para Spitz (1969), un niño “normal”, es aquel que cuenta con una apariencia sana, es activo, sonríe, se alimenta bien, aumenta de peso y talla como corresponde y emocionalmente congruente, disfruta de sus padres y del medio que lo rodea. Es decir, para hablar de una relación de objeto normal, el hijo debe de disfrutar de sus padres y sus padres a su vez disfrutar de su hijo.

Las relaciones de objeto son una interacción constante entre dos protagonistas completamente diferentes: madre e hijo. Así como el hijo provoca respuestas en la madre, ésta provoca a su vez respuestas en el niño. Es un intercambio de fuerzas de satisfacción. Este intercambio es idealmente armónico. Pero, ¿qué sucede cuando esta relación se

encuentra en desarmonía?, es decir, cuando uno de los dos componentes de la diada, generalmente la madre, se encuentra en desarmonía con su medio. Esta discordancia de la madre con su medio, se reflejará de inmediato en la relación con su hijo y por consecuencia en su desarrollo.

Al respecto, Spitz (1969) propone dos situaciones: por una parte sugiere que, las perturbaciones de la personalidad de la madre se reflejarán en las perturbaciones del niño, y por otra, las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo. Retoma a Freud y apunta que la elección de la neurosis va a depender de la fase particular del desarrollo del Yo y de la libido en que se ha producido la inhibición disposicional del desarrollo (Freud, 1911, citado en Spitz 1969).

Privar a los niños de menos de un año de las relaciones de objeto, puede traer como consecuencia graves perturbaciones psicológicas, es privarlo de suministros libidinales. Es importante mencionar que solamente se está hablando de la privación libidinal, no de los cuidados físicos.

Para Spitz (1969), el proceso de separación individuación se hace en dos etapas: el primer proceso antecesor es el de la individuación primaria, en el cual el niño se ocupa de las identificaciones primarias, y ya el paso a la separación individuación se hace mediante las identificaciones secundarias, donde el niño adquiere técnicas de la madre para cuidar de sí mismo y poderse separar de ella. La identificación secundaria es un mecanismo. Es un proceso inconsciente, cuyo resultado es una modificación del Yo.

#### 4.1. Aplicación clínica

El avance sin obstáculos en el establecimiento de las relaciones de objeto, se considera como un requisito previo para el desarrollo y funcionamiento normal del psiquismo.

Cuando las perturbaciones de la primera infancia, periodo en que la psique está en formación, son graves, dejarán cicatrices en la estructura y en el funcionamiento psíquico del adolescente y el adulto; es decir, estas perturbaciones infantiles crearán una predisposición

para el desarrollo de alguna patología adolescente o adulta. De aquí la importancia de la prevención y tratamiento psicológico en niños y adolescentes.

Retomando lo ya trabajado sobre las relaciones de objeto, se puede decir que en la situación terapéutica, la capacidad del adolescente para desarrollar una transferencia, va a depender de la calidad o de las perturbaciones de sus primeras relaciones de objeto.

La labor del terapeuta, debe de ir orientada a proporcionarle al paciente aquello que le falta en sus primeras relaciones de objeto.

## **II. LA ADOLESCENCIA**

Con la llegada de la pubertad, la pulsión sexual hasta entonces autoerótica, encuentra como fin el objeto sexual. Ahora se plantea una nueva meta sexual. Las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital. La pulsión sexual se pone al servicio de la función reproductora. Durante el proceso de la pubertad, los genitales se desarrollan y maduran, proceso que se había visto interrumpido en la latencia. Al mismo tiempo, los genitales internos avanzan, los hombres presentan eyaculaciones y las mujeres la menarca (Freud, 1905).

Esta fase del desarrollo inicia como un proceso biológico, sin embargo, no se deben dejar de lado los aspectos psicológicos y sociales, que estos cambios físicos conllevan. Se podría decir entonces que la adolescencia es una etapa de desarrollo biopsicosocial, donde el individuo experimenta cambios en distintas esferas, la psicosomática, la psicosocial y la interpersonal.

El adolescente tendrá que adaptarse a todos estos cambios y entonces adoptar un nuevo rol dentro de su familia, pero también dentro de la sociedad. El adoptar este nuevo rol, implica un reto para el adolescente ya que tendrá que hacer reacomodo interno de su identidad; proceso que por sus dimensiones, se convierte en una crisis. El Yo entonces será el encargado de integrar las energías infantiles con las funciones adultas, para generar un equilibrio en la personalidad del adolescente.

La adolescencia es un proceso de cambio, de transición. El adolescente se encuentra en un grande conflicto, tiene una apariencia física de adulto, la sociedad le requiere entonces que actúe como tal, pero aún no tiene la madurez psíquica para hacerlo (Quiroga, 1999). Comienzan a participar en el mundo de los adultos, sin tener verdadero conocimiento de éste; durante dicho enfrentamiento es donde generalmente se presentan las actuaciones adolescentes.

El adolescente es un individuo que está aún en crecimiento, debe lidiar entre la dependencia y la autonomía. Respecto a las figuras paternas, el adolescente se encuentra en una situación de cierta dependencia psíquica. Para superarla, deberá realizar una serie de duelos, el duelo por los padres de la infancia, por el rol y por el cuerpo infantil (Aberastury, 1988).

Los duelos estarán presentes en todas las etapas de la vida, se presentan ante todas las pérdidas, provocando una reconfiguración objetal. Para poderlos elaborar, el individuo debe estar dispuesto a tolerar el cambio. El adolescente no sólo es sujeto de duelo sino objeto de duelo para los padres. Partiendo de los duelos, se puede hablar de las dos tareas básicas del adolescente. Por una parte se encuentra una lucha por reconstruir su mundo interno y por otra, una lucha por la reconstrucción de sus vínculos externos. Ambas integran la lucha básica: la búsqueda de la identidad; ser uno mismo, en tiempo y espacio en relación con los demás (Fernández, 1974).

No hay posibilidad de duelo y por lo tanto de separación, si no se da el “movimiento de rebelión” (Quiroga, 1999) el adolescente que empieza a conocer el mundo y a relacionarse con personas fuera del contexto familiar, idealiza objetos externos y devalúa a los tempranos; esta desilusión marca el inicio de la difícil tarea de separación que durará toda la adolescencia. La familia, los padres, ocupan un lugar importante en este proceso de desprendimiento. La posibilidad que tenga el adolescente de separarse dependerá de la rigidez o la flexibilidad de las defensas de los padres. Generalmente, la rigidez dificulta el proceso de separación, por lo tanto lograr intimidad e independencia se vuelve una tarea complicada para el adolescente. Durante la adolescencia de los hijos, los padres se enfrentan a viejos fantasmas, y a la realidad de la vejez y la muerte, el tipo de elaboración que realicen determinara en cierto sentido la trayectoria por la adolescencia de su hijo.

*Adolescencia Temprana, según Peter Blos (1975).* Esta etapa teóricamente incluye adolescentes de entre 12 a 15 años; sin embargo, la edad cronológica resulta ser menos importante que la edad psicológica o el desarrollo emocional.

Los adolescentes buscan de manera intensa, objetos libidinales fuera de la familia. Se inicia el proceso de Separación de los objetos tempranos, para así, idealmente lograr relaciones objetales maduras. Los objetos tempranos de amor, se descatectizan, entonces la libido se libera para buscar en dónde acomodarse. Por la falta de catexis, disminuye la eficacia del Superyo; el Yo entonces ya no depende del Superyo, quedando el primero debilitado y con dificultades para mediar entre los impulsos y la realidad. Los cambios en las catexis llevan al aislamiento, soledad y depresión. El adolescente experimentará un sentimiento de vacío interno, que puede llevarlo a buscar ayuda o alivio. La capacidad del Yo para defenderse de la angustia, determinará la modalidad e intensidad con la que el adolescente vivirá la separación de sus objetos tempranos (Blos, 1975).

La separación de los objetos tempranos, así como el debilitamiento yoico, pueden ocasionar una crisis de identidad, la cual puede dejar de ser parte normal del desarrollo (transitoria), para volverse patológica. En la crisis de identidad patológica, hay una pérdida de energía defensiva y un aislamiento psicosocial (Blos, 1975).

Siguiendo con Blos (1975), la fase de Adolescencia tardía se da entre los 19 y los 21 años. Dicha fase ha sido considerada como una declinación esperada del violento proceso de crecimiento. El adolescente ganará integración social, constancia emocional y estabilidad en su autoestima. La esfera libre de conflicto del Yo se hace más grande; se logra una constancia objetal y de identidad y con esto una posición sexual irreversible.

Lo que idealmente se espera es una estabilidad en el aparato psíquico, así como un potencial adaptativo. Sin embargo, la resolución del proceso adolescente, está lleno de complicaciones, que ponen en riesgo la capacidad integrativa del sujeto. Esto puede conducir al individuo a maniobras de postergación (adolescencia prolongada), a fracasos reiterados (malogro de la adolescencia), o a adaptaciones neuróticas (adolescencia incompleta). El quiebre en la Adolescencia Tardía se refiere al fracaso para llevar a cabo la tarea de maduración de esta etapa, que es, la identidad del Yo (Blos, 1975).



El adolescente navega en búsqueda de respuestas a su existencia, la sociedad moderna, sin embargo, se ha dedicado a ponerle obstáculos a esa navegación; dificultando así el proyecto identificadorio. (Lerner, 2007). La sociedad de hoy en día está estructurada bajo esquemas poco confiables, llena de dobles mensajes e incertidumbre; generalmente la sociedad idealiza estereotipos irreales, que por su naturaleza son casi imposibles de alcanzar, comprometiendo así la capacidad identificatoria del adolescente, y en el camino su autoestima.

Como ya lo mencionaba Winnicott (1971), para que un individuo se integre, es necesario que cuente con un contexto estable y previsible o *holding* social. Necesita un ambiente firme para poder experimentar, tener vivencias de amparo y apego para formarse más recursos; si por el contrario, el piso esta caracterizado por la incertidumbre, duelos, abandonos y separaciones, el adolescente tendrá dificultades para lograr un desarrollo óptimo, así como una constitución yoica sólida.

Como ya se ha venido mencionando, la adolescencia se caracteriza por las interrogantes planteadas sobre sí mismo y sobre los demás. La necesidad de diferenciarse, lo orilla al abandono de los padres, como objetos de amor y modelo, para así poder identificarse con nuevos objetos y plantearse nuevas metas. La adolescencia es así un momento esencial para la reorganización identificadoria (Palazzini, 2007). Identidad y adolescencia guardan una relación sumamente estrecha.

En la adolescencia, se repite en cierto sentido, la fase del espejo, descrito por Lacan y retomado por Winnicott (1971), quien lo enriquece con el acento de la madre como primer espejo. En esta etapa de la vida, aparece como un examen de sí mismos en el espejo. Lo que vea va a depender de lo que se le reflejó en la primera infancia.

Así como se reedita la fase del espejo en la adolescencia, también el ambiente facilitador es de suma importancia en esta edad. Los adolescentes de una forma tormentosa y abrupta, dejan el estado de dependencia para transitar hacia la adultez. La familia o el grupo social, entonces deberá ser lo suficientemente capaz como para contener al adolescente en este duro proceso.

Para que el adolescente del paso a la adultez, tiene que hacerlo sobre el cadáver de los padres (Winnicott, 1971), entiéndase que la fantasía de asesinato es de motivación inconsciente. El juego en la terapia infantil, equivale a la traducción de las motivaciones inconscientes en la terapia del adolescente.

La capacidad de rebeldía que pueda presentar el adolescente está íntimamente ligada a la confianza, independencia y libertad que los padres en su debido momento sembraron en su hijo. De lo contrario, el adolescente enfrentará este “asesinato” con timidez y miedo, afectando su desarrollo emocional (Winnicott, 1971).

Es interesante retomar aquí la sobrevivencia del objeto; dejando claro que dentro del impulso asesino, los padres deberán sobrevivir y permanecer. El impulso asesino se refiere a este intento, que idealmente se deberá de consumir, por separarse de sus padres. Impulso que en la realidad se traduce como rebeldía, agresiones verbales y conductuales. Los padres deberán permanecer firmes ante estos ataques, así el adolescente se sentirá protegido. En otras palabras y utilizando una metáfora, si el hilo de pescar es demasiado largo, se corre el riesgo que el pez no sienta que ha sido pescado y siga nadando libre y quizá logre escapar, y si es demasiado corto, el hilo se tensará y se romperá; es decir, los padres idealmente deberán entender que su hijo adolescente está tratando de formarse una identidad propia separado de ellos, tendrán que reaccionar ante las agresiones de una manera congruente y constante. f

Las características principales del adolescente son su inmadurez y el hecho de que no sean responsables, dice Winnicott, (1971; Pp.189) “La inmadurez es un elemento esencial de la salud del adolescente”, que solamente el paso del tiempo resolverá. Resulta entonces peligroso, que el adolescente se encuentre en una situación familiar donde sienta que su vida, sus cuidados, corren peligro, y entonces tenga que convertirse en un adulto responsable a muy temprana edad; con esto se perderá la capacidad de crear, la imaginación y la espontaneidad se verán comprometidas.

El sentimiento de culpa acompaña de manera latente al adolescente, sólo con el paso del tiempo, el joven va a poder equilibrar lo bueno y lo malo y tomar conciencia de que el odio y

la destrucción, pueden ir acompañados de amor y creación (Winnicott, 1971). Fundamento esencial para la necesidad de supervivencia del objeto.

### **III. SOBRE LA TRANSFERENCIA Y EL PROCESO DE PSICOTERAPIA**

La solución de la transferencia, es una de las principales tareas de la “cura”. El analista no debe ser transparente para su paciente, sólo debe mostrar lo que le es mostrado. Así, el concepto de sugestión, puede ser sacado de la jugada. Si el analista se “cree” protagonista de la escena, éste proyectará aspectos personales en el paciente, el proceso entonces perderá objetividad y sentido.

Freud en 1912, en su escrito sobre *La Dinámica de la Transferencia* postula que todo ser humano, por efecto conjunto de sus herencias innatas y las influencias de su infancia, adquiere una forma determinada para ejercer su vida amorosa, es decir, para sus relaciones de objeto y las pulsiones que satisfará. A partir de este postulado menciona que si la necesidad de amor de alguien no está del todo satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, éste se verá obligado a volcarse con representaciones libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participarán en el acomodamiento. Con esto se podría considerar normal que la investidura libidinal, que está parcialmente insatisfecha se vuelva hacia el analista. insertándolo en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. Debido a la regresión, la libido revive las imagos de la infancia. La cura analítica consiste en perseguirla, a la libido, para volverla consciente y ponerla al servicio de la realidad. El analista en este camino se encontrará entonces con un terreno inundado de resistencias.

Para 1914, Freud, en *Recordar, repetir y reelaborar*, compara la transferencia con la compulsión a la repetición y la resistencia. Menciona que la transferencia es una forma de repetir, y que la repetición es la transferencia del pasado olvidado. El paciente se entregará entonces a la compulsión de repetir, para así sustituir el recordar.

En un principio el concepto de transferencia fue entendido, solamente como la mayor de las resistencias, donde el paciente opta por volver a vivir sus conflictos para así abstenerse de recordarlos y reflexionarlos; posteriormente se le entendió como una de las herramientas

más importantes para el proceso psicoanalítico. Se repite y se actúa todo lo reprimido, si se repite en el trabajo terapéutico, se podrá entonces lograr una reconducción al pasado del paciente, para poderle dar un nuevo significado y liberar al paciente de sus síntomas.

Lo esencial de la transferencia, para Laplanche (1982), no está solamente en la repetición de situaciones antiguas; se encuentra más bien en la afirmación del mundo interior de las imagos primitivas, tal como lo planteaba Klein. Donde las imagos no son el recuerdo de experiencias reales, lo que sí son es el depósito introyectado de estas experiencias; experiencias que han sido modificadas por el proceso mismo de la introyección; las introyecciones forman el mundo interno y no tiene nada que ver con la memorización. El terapeuta entonces no deberá igualar los objetos reales con aquellos que se han introyectado.

El problema de la transferencia para el autor (Laplanche, 1982), no es entonces la relación del pasado con el presente; la transferencia es la relación entre el mundo interno del paciente y las nuevas relaciones. El mundo interno, aunque tome algunas de sus representaciones del mundo real, no es para nada su calca. El mundo interior se encuentra por medio del análisis Laplanche (1987) hace énfasis en señalar que la transferencia no es un síntoma, producto de los pacientes neuróticos, sino que hay una verdadera producción de la transferencia. Y dice, que si la situación analítica, el setting, reinstaura una situación originaria, es ésta en sí, transferencia.

Se entiende como transferencia a la repetición de prototipos arcaicos; que es favorecida por la neutralidad del analista, neutralidad que hará que los mecanismos patológicos determinantes de la neurosis terminen por concentrarse en la neurosis de transferencia.

La diferencia entre la interpretación y la construcción estriba en que la primera concurre a relacionar significantes que aparecen en la cura, con representaciones inconcientes que las dotan de nuevos sentidos; la construcción por otro lado, es una verdadera reconstrucción, hecha por el sujeto o el analista, de su historia.

Para Laplanche (1987), la terminación del análisis, del tratamiento, nada tiene que ver con la disolución de la transferencia; porque la transferencia es la relación con el objeto enigmático.

Para el autor la única terminación concebible del psicoanálisis es a lo que el denomina la transferencia de la transferencia; es decir, transferir ese proceso de transferencia a otros lugares y a otras relaciones, pero ya habiendo sido analizada. El análisis o el autoanálisis, dice Laplanche, es limitado, y es por esta razón que es infinito, pero el hecho de que sea infinito, no significa que el proceso analítico y la cura lo sean.

Joseph (1989) piensa la transferencia como un marco referencial en el que permanentemente está ocurriendo algo, siempre en movimiento y actividad. Lo que en esencia se transfiere no son los objetos externos del pasado del niño, sino sus objetos internos. Todo lo importante en la organización psíquica del paciente está basado en su forma de funcionar desde la infancia. Sus fantasías, impulsos, defensas y conflictos van a vivirse en la transferencia. Para lograr entender la transferencia, se debe comprender de qué manera y por qué razones, los pacientes depositan diversos sentimientos en el terapeuta; cómo es que lo llevan a su sistema defensivo, y cómo comunican algunos aspectos de su mundo interno cuando las palabras no les son suficientes. Para ello sólo es posible acceder a través de la contratransferencia, es decir, a través de los sentimientos que el paciente despierta en el terapeuta.

La manera más óptima de conocer la dinámica del paciente, así como la naturaleza de sus ansiedades, es tomando conciencia de la transferencia.

La transferencia se analizará siempre y se interpretará en el momento indicado. La interpretación en el tiempo del paciente permitirá que éste se conecte con su mundo interno, con sus experiencias. Se deben tolerar la ansiedad y las proyecciones del paciente para comprender la transferencia.

Es común que el paciente interprete el presente en términos del pasado, generalmente, esta interpretación está distorsionada; y luego, en lugar de recordar el pasado, tiende a vivirlo nuevamente y a hacerlo esta vez en forma más satisfactoria que en la infancia. Transfiere al presente actitudes del pasado. Los afectos que exterioriza el paciente hacia el analista pueden variar desde un amor intenso hasta un odio muy profundo (Fenichel, 2003); de estos sentimientos, muchas veces van a depender las interpretaciones que el paciente haga de la situación analítica.

Es esencial para la clínica, conocer la naturaleza de las ansiedades de los pacientes. Generalmente, el paciente, partiendo de esta naturaleza, va a “utilizar” al analista para calmar sus ansiedades. La “utilización” del analista va a depender de los tipos de defensa que el paciente utilice, por ejemplo, hay unos que utilizan la escisión, la negación y la proyección, y hay otros que están más integrados. Mientras más primitivas sean las defensas, el analista corre mayor peligro de sentirse completamente implicado e inconscientemente utilizado por el paciente, el análisis se puede convertir entonces en un espacio para la acción y no para la comprensión. (Joseph, 1989).

La inmediatez de la situación transferencial, le brindará al analista la posibilidad de conocer las ansiedades más importantes de su paciente. Por ejemplo, un paciente con una ansiedad Superyoica, desarrolla sentimientos de culpa por sus acciones y con esto se expresa un deseo que el analista comprenda y explique las razones de su comportamiento. El analista se puede sentir de cierta manera invitado por el paciente a comprometerse en un ataque sadomasoquista sobre sí mismo; induce interpretaciones acusatorias o críticas. Utilizará la identificación proyectiva. Tratará de utilizar el análisis para malentender, en lugar de entender, para así seguirse defendiendo (Joseph, 1989); de aquí la importancia de analizar las resistencias y las defensas, expresadas y experimentadas en la transferencia.

Para hablar de transferencia es importante hablar de la represión (fuerza de desalojo) y de la resistencia; la primera se refiere a la fuerza que aísla de la red de asociaciones aquellas emociones que le resultan penosas al sujeto. Y la segunda, la represión, se refiere a la fuerza que se opone a la reminiscencia o recuerdo, de dichas emociones penosas. La transferencia entonces es la inserción del terapeuta en las cadenas asociativas (Neyarut, 1976).

Las interpretaciones en transferencia lo que logran es comenzar una cadena de asociaciones, con las cuales, será posible una reconstitución. Para lograr una reconstitución, es preciso lograr volver a situar en el contexto actual y conciente, aquella representación perdida, ya que al estar aislada de su afecto, se repite.

La experiencia de transferencia, no brilla, deja rastros casi invisibles, que se harán visibles en la medida que los dos protagonistas se tropiezan en la situación psicológica. En la medida en que lo que sucede en el espacio terapéutico, se parece a lo real (Neyraut, 1976).

Así como el sueño tiene dos “piernas”, una pierna que hace referencia a algo acontecido en la infancia, y otra que contiene aspectos actuales, la transferencia va evolucionando entre dos polos, uno infantil y otro actual. La transferencia es entonces una oscilación entre presente y pasado, donde lo actual reactiva los deseos de la infancia y los deseos de la infancia le dan nuevos impulsos a la realidad (Neyraut, 1976).

Para Rosenfeld (1982), las resistencias no son solamente atribuibles al paciente; la resistencia como tal, va a depender de si el analista la detecta. La resistencia depende de que el terapeuta la perciba y defina en su campo, de lo contrario será solamente represión. Hablando de lo general de la defensa, defensa encargada de evitar a toda costa el dolor psíquico.

Resulta a veces complicado poder identificar las resistencias. Así, las respuestas buenas estereotipadas, o la falta de conflictos transferenciales, serán dos buenos indicadores de que algo no va bien en el proceso terapéutico.

La resistencia se puede cronificar, si el terapeuta motivado por su deseo de conocer los secretos, empieza a indagar de manera activa. El proceso más que terapéutico y de libre asociación, se convierte en un interrogatorio (Rosenfeld, 1982).

El objetivo de la terapia es darle cabida a una posible separación. El paciente, al revivir en el terapeuta, sus relaciones de dependencia, podrá expresar sus necesidades de dependencia y sentimientos de hostilidad que lo acompañan siempre. El trabajo se dirige a detectar modelos influyentes que estén determinando su conducta, analizando siempre, e interpretando a su debido tiempo la transferencia, detectando el modelo en el que el terapeuta está inmerso, para revelar la naturaleza e influencia que estos modelos tienen sobre ella, así como su origen. Es decir; la persona debe lograr tener mayor conciencia sobre sí misma, se debe fortalecer el Yo; se deberá lograr que la energía libidinal fluya libremente. Para esto la persona deberá recordar y reelaborar aquellos eventos que le perturban, esto

con el fin de liberar la energía que se está utilizando para reprimir dichos eventos. Esta energía podría entonces ser utilizada para lograr un mejor funcionamiento del sujeto, en el presente.

El objetivo de la psicoterapia no consiste en interpretar todo al paciente, lo importante se encuentra en ser capaces de devolverle algo; para que el paciente, use al terapeuta y así logre encontrarse a sí mismo, sentirse real y por lo tanto sentir que existe. El sentirse real consiste en que la persona pueda encontrar una manera de existir como uno mismo, que pueda relacionarse con los objetos y que encuentre dentro de sí mismo, el consuelo que busca (Winnicott, 1971).

Lo esencial en la psicoterapia es el factor sorpresa, del paciente hacia sí mismo, cuando se puede asombrar de su propio discurso, más que lo que pueda llegar a interpretar el terapeuta. Una interpretación fuera de tiempo, en palabras de Winnicott (1971), aniquila la creatividad y puede resultar en una experiencia traumática para el paciente.

Si lo que se quiere es que la interpretación que se le ofrece al paciente, provoque un avance en la psicoterapia, debe hacerse en el momento indicado, cuando el paciente ha dado ya el material suficiente; de no ser así, la interpretación será pasada por alto, no generará ningún desequilibrio que después generará un cambio y será tomada como un adoctrinamiento del terapeuta hacia el paciente.

Para Winnicott (1971), resulta muy importante esperar a que la transferencia se desarrolle de manera natural. La evolución de dicha transferencia va a depender en la confianza que el paciente le tenga a la técnica, pero sobre todo al terapeuta. Las interpretaciones en transferencia deben estar muy bien pensadas y cuidadas, ya que de hacerlas fuera de tiempo, la transferencia se puede ver afectada. El terapeuta se debe dar tiempo también para él, para poder analizar la transferencia.

Los verdaderos cambios se ven obstaculizados, cuando el terapeuta es “penetrante”, es decir, cuando bombardea al paciente con sus interpretaciones; hay que saber esperar; los pacientes llegarán solos. La labor del terapeuta consiste en saber escuchar.



## 1. *El psicoterapeuta de adolescentes*

Al iniciar un proceso de psicoterapia y encontrarnos en este juego con los pacientes, se deben tener presentes varios factores, como, el desarrollo emocional de la persona, el papel de la madre, del padre, de la familia y del ambiente, así como el de la escuela y de otros grupos sociales. Para después evaluar el papel de la familia respecto a las necesidades adolescentes del paciente, la inmadurez adolescente y su logro gradual. Y por último se deberá observar el logro del paciente de una identificación con los grupos y la sociedad sin perder del todo la espontaneidad.

Generalmente a los padres son los que llevan a los adolescentes a terapia. El terapeuta de adolescentes deberá escuchar muy bien cuál es la demanda del paciente, del adolescente, ¿a qué viene? ¿por qué ahorita?.

Una vez que se entiende la demanda, se deberá diferenciar entre lo manifiesto y lo latente; solo entonces se podrá comenzar a trabajar. Considero que el peor error de un terapeuta es obviar el sufrimiento del adolescente sin antes escuchar su demanda y comprender el contenido latente.

## MÉTODO

*Freud en El esquema de psicoanálisis (1940) menciona que las enseñanzas del psicoanálisis se basan en un número incalculable de observaciones y experiencias, y sólo quien haya repetido esas observaciones en sí mismo y en otros individuos estará en condiciones de formarse un juicio propio sobre el psicoanálisis. Es decir analizándose uno mismo.*

Se presenta el análisis de un caso clínico, por medio del cuál se pretende hacer un recorrido teórico-práctico; por la unión de conceptos teóricos y técnicos con la práctica terapéutica de orientación psicoanalítica.

Es un diseño de un solo sujeto enfocado a través del tiempo, que permitirá comprender el proceso de la paciente a lo largo del trabajo terapéutico. Trabajo que consistió en una psicoterapia con enfoque psicoanalítico.

Lo que se pretende es, que a través de los datos clínicos proporcionados por el paciente, se logre organizar y analizar la información, para la formulación de hipótesis clínicas que junto con un marco teórico referencial, permitan establecer pautas para el tratamiento, así como para tratar de esclarecer el padecimiento de quien se trata.

Los objetivos de la psicoterapia consisten en lograr, que por medio de la asociación libre, los señalamientos, interpretaciones, construcciones, la transferencia, la contratransferencia, la neutralidad, los insights, etc, la paciente logre apropiarse de una serie de herramientas psicológicas que le permitan comprender su conflictiva, que pueda simbolizar aquello que permanece sin ligadura; que resignifique eventos de su vida que la han tenido hasta ahora atrapada en un círculo vicioso de repetición y respuestas estereotipadas, ante situaciones amenazantes; que pueda pensar antes de actuar; que tenga mayor acceso e incluso mayor tolerancia a una gama más amplia de afectos; que amplíe, mejore y renueve sus relaciones interpersonales, y muy importante que se sienta acompañada y contenida en este largo proceso y sobre todo en el proceso de consolidación de su identidad.

El trabajo de psicoterapia se llevó a cabo en el “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Fundada

en 1981, tiene como objetivos principales, ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de posgrado. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa de los casos. Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y social. Para el 2008, la misión del centro consiste en contribuir a la formación y actualización del estudiante de psicología a través de diferentes programas y proyectos de investigación para proporcionar una atención psicológica de calidad a la población que lo solicite.

Las personas que acuden al “Centro de Servicios Psicológicos”, realizan una solicitud escrita, para posteriormente pasar a una preconsulta, donde se elabora una historia clínica y se escucha la demanda del paciente, esto con el fin de realizar una adecuada canalización y tratamiento.

En el 2007, fueron atendidos 2,201 pacientes, de los cuales 459 fueron adolescentes de entre 12 y 19 años, representando el 20.86% de los tratamientos ofrecidos por el Centro.

La paciente acude al Centro, a principios de noviembre del 2006; menciona sufrir de ansiedad. Se toma el caso el 13 de noviembre del 2006, fecha de la primera entrevista. En este análisis, se van a trabajar 85 sesiones; 15 meses de tratamiento. Por las características del caso que se presenta, es importante tomar en cuenta los periodos de vacaciones, de verano y de invierno.

En un inicio se acordó una sesión a la semana, posteriormente, valorando la intensidad de sus conflictos, ideas de muerte y depresión, se aumentaron las sesiones a dos por semana (18 de abril del 2007), con duración de 45 minutos cada una. En el mes de mayo del 2007, la paciente fue canalizada a un psiquiatra, quien la diagnostica con un Trastorno Depresivo Mayor, que le será tratado bajo un esquema de paroxetina (antidepresivo) en una dosis de (0–0–1). Desde esa fecha, la paciente ha tenido un tratamiento mixto, psicoterapéutico y psiquiátrico.

Se realizaron tres entrevistas antes de iniciar el tratamiento. En estas entrevistas se planteó el encuadre para el proceso, la duración de las sesiones, la importancia de la puntualidad, haciendo énfasis en que el tiempo era suyo. Se le pidió que fuera muy honesta y que comunicara todo aquello que se le viniera a la cabeza, que se le ocurriera o sintiera, por más tonto o sin importancia que le pareciera. Se le proporcionó un Carnet de citas donde se registran los días y horas de sus sesiones. Se le pidió que avisara en caso de no poder asistir a su cita con al menos 24 horas de

anticipación, para que no se cobrara la sesión. Con respecto al pago, se acordaron \$50 por sesión; tarifa estándar del Centro.

La paciente se presenta con “identidad difusa y ansiedad generalizada, problemas de separación-individuación, confusión, poca tolerancia a la frustración, así como gran miedo al abandono”.

A lo largo del tratamiento se supervisaron continuamente las sesiones, con el fin de entender el caso desde una perspectiva teórica, para así poder darle una dirección más óptima y acertada a las intervenciones.

Las sesiones con la paciente fueron transcritas y para realizar el análisis del caso, se tomarán en cuenta cuatro categorías de contenido: Separaciones, Relaciones Interpersonales, Identificación/Identidad y Transferencia.

## ANÁLISIS CASO MONTSE

El análisis del caso clínico que se presenta, refleja lo ocurrido en el marco de trabajo con una paciente adolescente.

El tratamiento con pacientes adolescentes, exige técnicas diferentes, debido a la crisis generalmente intensa que se vive en estos momentos.

Llamaremos Montse a la paciente que acude a consulta, en noviembre del 2007, a los 19 años, Inundada de angustia. La demanda inicial era que se sentía sumamente ansiosa y llena de dudas. Las primeras tres entrevistas consistieron en conocerla a ella y saber un poco más sobre su entorno familiar.

A lo largo de este análisis de caso, que he dividido en cuatro momentos, hago referencia a las tres primeras entrevistas, porque aunque se está iniciando el tratamiento, la paciente aporta datos importantes para la comprensión de su malestar. Se tratará de sintetizar en este trabajo, parte de la terapia de Montse a lo largo de 85 sesiones.

### I.

## RECONSTRUYENDO LA HISTORIA

### *El primer encuentro*

Recibo a Montse en el consultorio, me presento y le digo que yo voy a ser la psicóloga encargada de su tratamiento y le pregunto ¿qué es lo que busca de la terapia? Y dice: *“Pues quise venir porque tengo pánico ansiedad y pánico escénico”*. Ante tal afirmación, le pregunto ¿qué le hace pensar eso? Y me contesta: *“De repente me pongo muy nerviosa cuando estoy sola en la calle o en el transporte público, me sudan las manos, me duele la cabeza y siento que no me voy a aguantar y me voy a hacer pipi”*.

Esto le sucede desde el 2006. En enero de ese año acude a una consulta neurológica, pues se sentía muy ansiosa; se le recetó Rivotril, con la indicación de que se tomara un par de

gotas cada vez que sintiera ansiedad o se le presentara una situación estresante. Montse no siguió el tratamiento por mucho tiempo, ya que sentía que el medicamento le estaba provocando fuertes dolores de cabeza, sin embargo expresa: *“Pero por seis meses traje las gotas en mi mochila, así me sentía más segura”*.

Le pregunto si recuerda qué es lo que estaba pasando por su vida en ese enero, a lo que dice: *“No se... en realidad siempre he sido muy nerviosa, pero en esa época empecé a poner más atención en lo que me pasaba”*. E intervengo preguntándole *“¿Siempre has sido una persona muy nerviosa?”*.

Montse refiere que desde primero de secundaria se empezó a volver así, tímida y con pensamientos constantes de no saber cómo hacer las cosas y que lo que hacía siempre estaba mal. Se empieza a sentir muy insegura, inseguridad que a la fecha afecta sus estudios pues dice que no puede participar o exponer en clase. Tiene mucho miedo de hacer el ridículo y aunque sepa la respuesta correcta, su miedo e inseguridad son tan grandes que piensa que contestará mal y que se burlarán de ella. En el trabajo le pasa algo parecido, se siente ansiosa y torpe. Piensa que su jefa la vigila todo el tiempo.

Le pregunto cómo se siente con todo esto que dice. *“Mal, cansada, con sueño todo el día, me gustaría que pasara todo rápido y se me quitara todo, que ya se acabara”*.

Yo le explico que antes de empezar con su terapia nos veremos unas tres entrevistas más. Nos ponemos de acuerdo con los horarios y con la duración de las sesiones. Le explico que son de 45 minutos y que su puntualidad es muy importante. Le pido que sea completamente honesta y que diga todo lo que se le venga a la cabeza, aunque piense que es tonto o que no tiene importancia.

Le doy su carnet de citas, donde se llevará el registro de sus sesiones y de sus pagos, el costo por sesión se acordó en \$50 pesos. Costo estándar del Centro. Le digo que en caso de no cancelar su cita con 24 horas de anticipación, ésta se le cobrará como si hubiera asistido.

Básicamente la primera entrevista tuvo como objetivo, indagar sobre el motivo de consulta y establecer el encuadre de trabajo.

## *La segunda entrevista*

Le pregunto, después de averiguar cómo se había sentido la sesión anterior, sobre su dinámica familiar.

Montse vive con sus papás y sus dos hermanos. Su hermano Antonio es dos años mayor y estudia Arquitectura. Su hermana Karina es un año menor que Montse y estudia Comercio Internacional.

Antonio y Montse llevan una buena relación aunque la paciente dice que podría ser mucho mejor pero que casi nunca lo ve. Hace dos años llevaron a Antonio al Instituto Nacional de Psiquiatría, pues *“se empezó a comportar muy raro”*. Se aisló y decía que no se reconocía en el espejo. El psiquiatra le recetó Risperdal, una por la mañana. Sufre dos convulsiones, y lo llevan a un neurólogo, quien le diagnostica epilepsia y le receta Epamin. Es este mismo neurólogo quien le da las gotas de Rivotril a Montse. Actualmente Antonio se encuentra mucho mejor.

Su relación con Karina es *“excelente, dormimos juntas en la misma cama, y casi todas las noches platicamos de nuestro día. Ella es muy sociable, abierta y divertida, justo lo opuesto a mí yo creo que por eso nos complementamos tan bien. Yo la quiero mucho y ella a mí”*.

Sus papás llevan 22 años casados, refiere que tienen una buena relación entre ellos y que la relación con la paciente es también buena.

Su madre, Martha, tiene 51 años. Viene de una familia humilde y es la cuarta de diez hermanos. Cinco hombres y cinco mujeres. Martha junto con sus hermanos mayores empezaron a trabajar desde muy chicos para mantener la casa, ya que su padre no les daba suficiente apoyo económico y su madre no ganaba lo necesario. La mamá de Martha, abuela de la paciente trabajaba de empleada doméstica de entrada por salida, casi nunca estaba en la casa. *“yo creo que por eso, ella no fue una buena madre, regañaba mucho a sus hijos y era muy fría con ellos”*.

A los 16 años Martha se va de su casa y empieza a trabajar de empleada doméstica para poder mantener a sus hermanos. Les dio dinero hasta que los hermanos chicos acabaron la secundaria y pudieron empezar a trabajar.

El padre de Marta murió hace 15 años de cáncer de próstata (Montse tenía 4 años). A los 29 años conoció a Roberto, papá de la paciente. *“Se casaron luego, luego porque mi mamá estaba embarazada de mi hermano”*. Antonio nació cuando Martha tenía 30. Actualmente Martha se dedica al hogar.

Roberto tiene 48 años y trabaja de yesero. Es huérfano, su padre muere cuando Roberto tenía tres meses y al año tres meses muere su madre. Roberto se queda al cuidado de su hermana mayor, de 18 años. Vivió con ella hasta los 18, se cambió con otra hermana y empieza a trabajar de taquero, ayudándole a su cuñado. A los 26 años conoce a Martha y se casan.

Durante el primer año de matrimonio, Roberto y Martha viven con un hermano mayor de Martha, en el Estado de México. Se mudan al DF y nace Montse. *“Mi mamá nos quiso tener a todos seguiditos para educarnos a todos de un jalón, como uno solo, creo... un año después nació Karina”*.

Martha dejó de trabajar durante sus tres embarazos y retomó el trabajo cuando los tres ya estaban en primaria. *“Me acuerdo que mi mamá siempre llegaba tarde por nosotros a la escuela, porque salía tarde de trabajar, entonces nos quejamos y dejó de trabajar para dedicarse a nosotros. Esto me hacía sentir muy mal, veía a mis hermanos y me daba cuenta de que a ellos no les importaba tanto como a mí que mi mamá no estuviera. Me acuerdo que cada vez que llegaba tarde, yo me preocupaba mucho y pensaba que algo le había pasado. Recuerdo estar sentada en la salida de la escuela llorando y mis hermanos jugando por ahí; te digo que creo que a ellos no les importaba mucho”*.

A Roberto en un inicio le iba muy bien económicamente, pero cuando Montse iba en preescolar, los ingresos de Roberto ya no son suficientes para mantener a la familia. Deciden regresarse al Estado de México con su abuela para no pagar renta. Ahí estuvieron tres años,



uno de preescolar y dos de primaria. Cuando Montse iba en tercero de primaria, la familia se regresa al DF.

### *La tercera entrevista*

En la tercera entrevista se abordan temas sobre su desarrollo y vida personal.

Al preguntarle qué sabe sobre el embarazo de su madre y que si su nacimiento fue parto natural o cesárea, ella contesta *“los tres nacimos por parto natural”*. Es importante señalar en este punto que a pesar de que se le pregunta por su situación individual, ella responde sobre los tres nacimientos. *“Como uno solo creo”*.

Refiere que no hubo ningún tipo de complicación durante el embarazo. *“Yo creo que no pasó nada, creo que me hubieran dicho algo”*. No recuerda la edad en la que aprendió a controlar esfínteres, hablar o caminar, pero ella piensa que seguramente fue dentro de lo normal.

Comenta que en los dos primeros años de Primaria sacaba puro diez. Los dos primeros años los hicieron en el Estado de México. La maestra le decía a Martha que Montse era muy bien portada y que Karina era un desastre, ya que se la pasaba platicando con todas las niñas del salón. Durante la Primaria Montse y Karina estuvieron en el mismo salón. *“Karina siempre fue muy amiga, ella era la que hacía todas las amigas y ya en el paquete estaba incluida yo, entonces después se hacían mis amigas”*.

En tercero de primaria cuando se regresan al DF, Montse refiere que fue una época muy rutinaria: *“Íbamos a la escuela y ya; nuestra rutina consistía en ir de la escuela a la casa. Nunca hicimos nada aparte de eso. No me acuerdo de haber ido a ninguna fiesta o algo así”*.

En el cambio al DF Montse baja de calificaciones. *“Ya no era la niña de diez, ahora me sacaba ocho y eso me frustraba mucho”*. Le pregunto con qué asociaba la baja de calificaciones. Ella me dice que seguramente se debió a que su otra escuela era más fácil; para después de un silencio, mencionar que recuerda que el cambio le había costado mucho trabajo.

Cuando Montse pasó a cuarto de Primaria, a los 10 años, operan de emergencia a su mamá por quistes en los ovarios. *“Yo me preocupe mucho por ella, también pensaba qué íbamos a hacer mis hermanos y yo si mi mamá se moría”*. Martha estuvo en cama un mes y entre Montse y sus hermanos se pusieron de acuerdo para hacer la limpieza de la casa. *“Yo estaba muy chiquita pero ahora veo que me sentía más grande”*.

Montse recuerda cómo fue que se enteró de la operación de su mamá: *“Me acuerdo que un día mi papá fue por nosotros a la escuela, él nos dijo que mi mamá estaba en el doctor, pero que no era nada grave. Nadie nos decía qué pasaba. Yo sabía que algo andaba mal, después nos enteramos que la iban a operar. Creo que mi papá si estuvo cerca de nosotros, pero no me acuerdo bien, hay muchas cosas de chica de las que no me acuerdo”*.

En 1999, cuando Montse iba en sexto de Primaria, su papá se fue a trabajar a Estados Unidos, a una constructora en Florida. En un principio, Roberto se fue tres años seguidos. *“Nos hablaba una vez a la semana y yo lloraba mucho, muchísimo por el, lo extrañaba mucho porque yo era su consentida, era como su princesa. Me acuerdo que ni mi mamá ni mis hermanos sufrían tanto como yo, yo era la que más lo extrañaba”*. Cabe resaltar que es común que Montse perciba que su sufrimiento nunca es compartido con los demás, se ve esta misma situación, en las llegadas tarde de su mamá a la primaria *“yo lloraba y mis hermanos jugaban”*. Hubo una ocasión que Roberto estuvo a punto de regresarse a México, pues Montse lloraba mucho por teléfono. *“Mi mamá decía que dejara de llorar porque mi papá tenía que seguir trabajando para darnos dinero... esto fue muy difícil para mí”*. *“Mi mamá siempre decía que no valía la pena llorar porque no se resolvía nada haciendo berrinches”*.

“¿Dices que fue muy difícil?” pregunté. Comenta que no se llevaba bien con su mamá. Es importante señalar que en un inicio Montse había referido que la relación con sus papás era buena. *“Me costó mucho trabajo que ya no estuviera mi papá porque con él sí platicaba y con mi mamá me costaba muchísimo trabajo hablar”*.

Después de los primeros tres años, Roberto vino a México de visita, y se volvió a ir otros dos años. Se regresa a México definitivamente cuando llevan a Antonio al psiquiatra.

*“Mi papá no estuvo en ninguna de mis graduaciones, ni de Primaria, Secundaria o Prepa. Mi relación con él ya no es la misma, nos separamos mucho. Ahora mi papá está pensando en regresarse otra vez (rompe en llanto)... la verdad no quiero que se regrese pero no se lo puedo decir”.*

“Qué sientes Montse” le pregunto. *“Me da mucha tristeza porque creo que ahora si tal vez ya no lo vuelva a ver nunca porque se puede morir”.* Responde.

Aunque pareciera obvio, yo no podía dejar de señalarlo, y le dije “Te dolió mucho su partida verdad”. A lo que ella contesta *“Si... los tres años de Secundaria fueron los peores de mi vida, a Karina la cambian de salón y yo me volví muy seria y reservada, me costaba mucho trabajo hacer amigos. Me sentía como invisible, nunca platicaba con mis compañeras de cosas de niñas, de los niños y cosas así. Pensaba que no era suficiente como para que alguien se fijara en mí. Pensaba también que si le contaba a alguna de las niñas que me gustaba un niño y resultaba que ese niño le gustaba a ella, me iban a dejar de hablar, entonces por eso no contaba nada”.*

Montse dice que a Karina sí le contaba sus cosas y a su mamá solamente las cosas superficiales. Aunque es en estos tres años cuando su relación con su madre empieza a mejorar. Sin embargo, Montse jamás habla sobre sus sentimientos con Martha, pues Martha piensa que la tristeza no existe, dice que las personas se sienten deprimidas porque no le echan ganas a su vida. *“He preferido no contarle mucho de mi vida, porque me va a decir que soy una débil”.*

*“Digo, si no le cuento que me siento mal y que por eso vengo al psicólogo, tampoco le cuento cosas cotidianas, ahorita me acuerdo de cuando me bajó, me enteré de lo que tenía que hacer porque escuché como mi mamá le explicaba a Karina, porque a ella le bajó un año antes que a mí”.* Montse tiene su menarca a los 13 años y la describe como *“una sensación muy fea”.* Le pido explique un poco más esta sensación. *“Pues por todo lo que implica, tener hijos y cosas así como casarme. No me gusta que me baje, es más, he dejado de comer para retrasar la menstruación”.*

Montse tiene novio, Raúl. Con quien lleva poco más de un año. *“Nos llevamos muy bien, como todas las parejas a veces me siento muy bien y otras no tanto y hasta me dan ganas de cortarlo”.*

Raúl y Montse tienen una vida sexual activa y como método anticonceptivo utilizan condón. *“Usamos condón la mayoría de las veces, aunque hay veces que no nos cuidamos, sólo una vez me tuve que tomar la pastilla de emergencia, pero no pasó nada”.*

Montse inició su vida sexual a los 16 años y ha tenido dos parejas sexuales. Al preguntarle sobre su vida sexual, ella comenta: *“Nunca he tenido un orgasmo, podría decir que es rutinaria e insatisfactoria. Como que yo no siento nada. Es más la primera vez que tuve relaciones se me adormecieron las piernas; no lo disfruté mucho, como que de verdad no siento nada, no me gusta para nada”.*

## II.

### LA ESTRATEGIA PARA EVITAR...

#### *El temor de no ser tomada en cuenta*

Durante algunas semanas, el miedo a los transportes públicos y al poderse hacer pipi cuando viaja en ellos se quedó en el olvido, hasta una sesión en la que Montse llega sintiéndose muy ansiosa y deprimida, según se describe.

Entra al consultorio y en cuanto se sienta, comienza a llorar *“Me subí a un microbús y sentí mucha ansiedad, me sentía como atrapada, con mucha claustrofobia y pensaba que en cualquier momento me iba a ganar y me iba a hacer pipi”.*

Le pregunto con qué asocia esto que le pasó, a lo que contesta que no sabe, solo puede pensar que el lunes fue un día horrible para ella, se sintió muy deprimida sin saber la razón. Después de averiguar un poco y después de una serie de cadenas asociativas, resultó que la posible partida de su padre estaba ahí presente.

Le pregunto entonces si esto podría tener que ver con el regreso de su papá a Estados Unidos. A lo que ella responde con un no rotundo, negando cualquier relación entre su ansiedad y depresión y la partida de su padre. *“En realidad ese asunto de mi papá ya no me molesta tanto”*. Después de un largo silencio, que pasó de ser uno resistencial, escapando de la emoción, para ser uno reflexivo, menciona: *“Prefiero no pensar en eso porque siento bien feo”*.

Refiere que toda su vida lo ha hecho así, cuando ocurre algo que la molesta o pone triste, ella opta por tratar de olvidar lo que pasó “restándole importancia” y así la deja de molestar.

Ante esto yo le digo que al parecer esta estrategia ya no funcionaba del todo bien, ya que al dejar de pensar en lo que nos duele en realidad no borra el sentimiento, y que después se llena de ansiedad. Ante este señalamiento ella contesta: *“Toda mi vida he sido así, todo lo que pensaba y sentía me lo guardaba”*.

En este momento Montse está dando la clave para esta primera fase del tratamiento. Está, de alguna manera, abriendo la puerta para que juntas averigüemos y exploremos qué es lo que hay dentro de ella, que indagemos en sus emociones; pero con mucha cautela; porque en cualquier momento podría optar por ya no pensar en nada.

Es importante mencionar que en cada una de las sesiones, Montse rompe en llanto desde el momento en el que se sienta en el sillón del consultorio, pocos minutos antes de acabar su sesión, se tranquiliza, respira profundo y se limpia las lágrimas; parece como si no hubiera pasado nada.

Inmediatamente empieza a llorar, *“había pensado ya no llorar, venía de verdad todo el camino diciendo, ya no llores ya no llores; es que ya me cansa llorar tanto”*. Se que es difícil que Montse exprese sus sentimientos y hable de ellos, la invito a hacerlo por medio de una, se podría decir, metáfora. “Montse, si le pudiéramos sacar una radiografía a tus lágrimas, qué se vería, de qué estarían hechas?”. Parece que esta estrategia funcionó, contesta *“Están hechas de mucha soledad, de miedos, de que mi voz no se escucha, de que me siento ajena a mi familia”*.

Señala que lo que más le duele es que piensa que su voz no se escucha, ni en su casa ni en su escuela ni con sus amigos. Por esta razón ella prefiere callarse todo, pues teme que si dice algo, se pase por alto y a nadie le importe. Guarda silencio y agrega *“Es como si le dijera a mi papá que no quiero que se regrese y de todos modos se vaya, yo me voy a sentir mal, entonces prefiero callarme, me da miedo pensar que no importa lo que tengo que decir”*. Pensé que en esta parte del discurso también me estaba incluyendo a mi, entonces le digo que podría ser que tenga miedo también aquí, conmigo, de que no me importe lo que tenga que decir; ella sonrío y me dice *“No, aquí es muy diferente”*. (Tal vez es temprano en el tratamiento para señalarle esto, sin embargo no está siendo concluyente).

### *La primera de muchas separaciones*

Se atraviesan las vacaciones de semana santa. Como todas las sesiones, Montse llega puntual; diciendo que se sintió muy mal y decepcionada pues tuvo una semana de vacaciones y no aprovechó el tiempo para ponerse al corriente con sus tareas y lecturas que no había hecho en el semestre.

Yo podría pensar que también me está diciendo a mí que no hizo lo que “yo le dije”, por no decir, lo que fantasea que yo espero de ella, que pensara sobre ella. Me está diciendo que en realidad no le importa tanto lo que se hace en la terapia, lo que hacemos juntas. Pareciera que Montse necesita devaluar el vínculo para no sentir la separación; como con su papá.

Menciona que antes pensaba que no podía leer y hacer las tareas, debido a sus múltiples actividades extra académicas, así llama a su trabajo, sus clases de inglés y el servicio social; pero que esta semana que estuvo de vacaciones se dio cuenta de que en realidad no tenía ganas de hacerlo. Aunque su carrera le gusta, no se ha sentido motivada, le cuesta mucho trabajo participar en clase. Cuando la maestra pregunta algo y ella sabe la respuesta, prefiere quedarse callada y esperar a que alguien más responda, pues piensa que ella siempre estará mal. *“No estoy pudiendo cumplir con todo lo que tengo que hacer y me siento muy mal”*. Dice no poder visualizarse en un futuro y que esta semana pensó en que estaría mejor si se muriera.

Pareciera que Montse se llena de actividades para no hacer contacto, para no pensar, para no vivir las separaciones. Este tipo de ansiedad la desestructura; si vive la separación viene la ansiedad de muerte, de no existir. Pareciera que su Yo se organiza en base a la acción.

Sus ideas de muerte y rumiación suicida se incrementan ante la posibilidad de separarse. Esto también se percibe aunque más nítido en las sesiones; en la primera de la semana se descarga y hasta pareciera que reclama y en la segunda “se porta bien”.

Con la intención de desarticular la fantasía de muerte, le pregunto que qué pasaría si ella muriera. A lo que responde que todo estaría mejor, que ya no tendría que preocuparse por nada. “y con tu familia, qué pasaría” pregunto. *“Seguramente sufrirían mucho, creo que la que mas sufriría sería mi mamá. Sé que para mi familia esto sería muy fuerte, por eso no lo he hecho”*. Comenta que otra razón por la que no ha intentado matarse es porque la Montse buena de pronto aparece y le dice que la quiere mucho.

Es como si Montse me estuviera introyectando, en realidad no se quiere matar; quiere saber si soy confiable, si voy a estar cuando ella regrese, si aguanto lo que me dice, si no la voy a castigar, regañar (como lo hace su mamá) o a expulsar.

Resulta importante en este momento del análisis describir el mecanismo de Identificación Proyectiva, en donde se escinden y apartan partes del Yo y objetos internos y se les proyecta en el objeto externo. El objeto externo queda controlado por las partes proyectadas, e identificado con ellas (Segal, 1979).

La Identificación Proyectiva, descrita por Melanie Klein, tiene varias funciones: se le dirige hacia el objeto ideal para evitar la separación, o hacia el objeto malo para obtener el control de la fuente del peligro. Se pueden proyectar varias partes del Yo con diferentes objetivos: se pueden proyectar partes malas del Yo para librarse de ellas o para atacar al objeto; por otro lado, se pueden proyectar las partes buenas del Yo para evitar la separación o para mantenerlas a salvo de la maldad interna, o para reparar al objeto externo (Segal, 1971).

### *Las dos Montses*

Refiere sentir que dentro de ella hay dos Montses, una mala y la otra buena. Sin embargo es la Montse mala la que está presente la mayor parte del tiempo, diciéndole que todo lo que hace, lo hace mal, que nada en la vida le va a salir bien; hay momentos en que la Montse buena le dice que no haga caso, que se cuide mucho y que trate de echarle ganas a lo que está haciendo. (Su mamá también le dice que para resolver las situaciones difíciles de la vida hay que echarle ganas).

Recordemos que toda escisión en el yo es con el objeto. Cuando habla de conceptos buenos y malos de los objetos, nos lleva a pensar que no ha logrado unificarlos en un objeto total. No se han logrado las integraciones de las representaciones buenas y malas del sí mismo en un concepto total. Aún no se alcanza una constancia objetal; las relaciones objetales son parciales. Esta escisión de los objetos no me excluye a mi terapeuta; también me encuentro dividida. Poco a poco por medio de las interpretaciones me podré ir integrando, a veces soy buena, a veces mala, las dos cosas al mismo tiempo.

En un principio la escisión es utilizada para no permitir que la representación buena se contamine con la mala. El uso de la escisión disminuye la capacidad para integrarse como un objeto total, y la puede llevar a una construcción difusa de identidad.

### *La contratransferencia*

A la siguiente sesión comienza diciendo que habló con Raúl, su novio, y que le dijo como se sentía, nunca se lo había dicho antes. El haber hablado con él la tranquilizó un poco, pero que ahora se siente muy angustiada pues no sabe por dónde comenzar y se refugia en un silencio.

Le sugiero que me hable sobre las dos Montses que aparecieron en la sesión anterior. Creo que el haber introducido un tema es producto de mi propia angustia; el no soportar el silencio y teorizar en sesión, me esta impidiendo escuchar a la paciente.



Después de haberla persuadido para hablar sobre el tema. Describe a la Montse mala. Dice que la castiga y persigue, que es como si subrayara todo lo que hace mal. Si está en el trabajo y ha tenido un buen día y una cosa le sale mal, la Montse mala le hace ver como no sirve para nada y como todo lo hace mal. La Montse mala, opaca siempre a la buena.

Montse buena siempre tiene muy poco que decir. Le pido me explique un poco más y ella menciona sus relaciones. Dice que le cuesta mucho involucrarse en una relación, enamorarse, pues siempre está temerosa de que la vayan a dejar. No logra disfrutar sus relaciones, sobre todo la que tiene con Raúl, pues siempre está tratando de dejarla en lo superficial. Se la pasa pensando que no falta mucho para que terminen y por eso prefiere no meterse mucho en las relaciones. Piensa que la van a dejar porque ella es muy mala. Como se observa, Montse no habló de su parte buena.

Le pregunto que si cree que eso puede pasar conmigo. Que yo la pueda dejar. Ella me dice que sí lo ha sentido, que ha pensado en que yo no voy a estar para siempre trabajando en la Clínica, que probablemente me pueda ir a trabajar a otro lugar o a estudiar fuera. “pues como no te vas a sentir así Montse, si en tus relaciones, con quien más involucrada estabas se fue, te dejó para irse a trabajar lejos” le digo. Su llanto se intensifica de manera considerable.

Montse me dice que vomitó porque se tomó una pastilla anticonceptiva de emergencia, y que le cayó como una bomba. Se tomó la pastilla pues el fin de semana tuvo relaciones sexuales sin protección.

Esto es un acting; es su necesidad de contacto. Erotiza pero no edipicamente. Es más primario. Creo que en este punto del tratamiento yo no entendía esto y estaba actuando yo también al introducir temas y al anticiparme a su discurso; en vez de eso yo como terapeuta debí de haberme anticipado al acting.

Le indico que es importante que consulte a un psiquiatra. “*Si creo que es muy necesario*” me dice. También le propuse un aumento en el número de sesiones.

Independientemente de que la consulta psiquiátrica fuera necesaria, pienso que en este momento del tratamiento, estaba invadida por la contratransferencia; preocupada, asustada, hasta el punto de casi controlar la sesión.

A la siguiente sesión, Montse llega 25 minutos tarde a su sesión. *“Hola, perdón por llegar tarde, estaba con unas amigas y cuando me di cuenta de la hora salí corriendo para acá”.*

Al inicio la noté un poco maniaca. Después me di cuenta de que no era manía sino un sentimiento omnipotente. Ya me devaluó pensé. ¿No que estaba tan grave?. Perciera que inconscientemente se percató de mi ansiedad de la sesión anterior y con esta llegada tarde, es como si me dijera, “Mira lo que hago con tu ansiedad”. Yo estaba preocupada por su tardanza.

Para esta sesión ya le había llamado al psiquiatra para hacer una cita. Montse comenta que tuvo que escribir todo lo que le pasaba. *“Estuve apuntando todo lo que me pasa, lo escribí, porque ya me siento muy bien y cuando me siento bien pues se me olvida qué siento cuando me siento mal. Hice una especie de lista para que no se me olvidara nada, pero es que como ahora me siento bien, como que siento que tanto rollo ya no es necesario. Creo que sólo me siento mal una vez al mes, y estoy empezando a pensar que tiene que ver con mi ciclo. Me di cuenta que solamente me pongo triste y deprimida una vez al mes, entonces creo que de verdad sólo tiene que ver con las hormonas”.*

Es como si me hubiera dicho: “Voy a ir a la consulta con el psiquiatra por ti, pero en realidad siento que no me entiendes y lo de las dos sesiones creo que es una exageración”. En este punto ya estoy completamente devaluada.

Le comento que me llama la atención que diga que sólo se siente triste una vez al mes, ya que esta es la primera sesión que dice sentirse bien y tranquila, y que yo tenía la ligera sospecha de que su depresión era más que hormonal. Se ríe y asiente con la cabeza.

*“Creo que lo que pasa es que me da mucho miedo ir con el doctor. No se qué vaya a pasar. Y es que a parte es hombre y yo como que no se tratar mucho con hombres. Bueno tal vez esto es distinto porque es doctor y con los doctores es diferente”.*

El doctor si es doctor, ¿y yo?, ¿cómo me verá Montse, como una amiga?, no se. Pareciera que está utilizando la triada maniaca que se caracteriza por la omnipotencia, la envidia y la persecución. Si esto es cierto, pronto empezará a perseguirse.

Después de hablar del miedo de ir al psiquiatra y de tomarse el medicamento que probablemente se le recete, Montse habla de las mejorías que ha tenido su hermano. *“Antonio está muy bien desde que se toma las medicinas, ya está todo bajo control. Creo que si no se hubiera tomado nada estaría todo horrible en mi casa; es que nos preocupamos mucho. Es que hace como dos años empezó a sentirse como muy raro; decía que se subía al micro y se la pasaba pensando en qué sentirían las otras personas y cómo se sentiría su piel. También decía que se veía al espejo y creía que estaba viendo a otra persona o se preguntaba a qué podrían saber los muñecos de peluche. Todos nos asustamos mucho, sobre todo mi mamá, pero en un par de semanas ya estaba mucho mejor. ¿Ya te había dicho no? que mi mamá le habló a mi papá y por eso se regresó. Luego, luego se vino a México, pero cambió todo. Hay veces que pienso que hubiera sido mejor que ya no regresara. Ya me había acostumbrado a estar sin él. Ya se hubiera quedado allá”.*

Montse está muy enojada, con su papá y su mamá, cuando ella se puso mal, cuando lloraba todo el tiempo porque extrañaba a su papá, él no se regresó y su mamá le dijo que se calmara, que no llorara porque su papá tenía que quedarse en Estados Unidos a trabajar.

*“Ahora mis papás discuten mucho, por dinero y cosas así, se pelean tantito pero luego luego se contentan y hacen como si no hubiera pasado nada y eso a mi me desespera mucho”.* Hay que recordar que esto es lo que Montse generalmente hace. “¿Te desespera que no se enojen de verdad?” pregunto. Ella contesta con un si efusivo. *“Como que dejan pasar todo muy fácil y hacen como si nada”.* Después de unos segundos en silencio le pregunto: “Y tu Montse, ¿tu te enojas de verdad?”. Guarda un largo silencio y empieza a llorar. *“Es que yo no puedo enojarme, mi mamá siempre nos dijo que de nada servía que nos enojáramos, que enojándonos no íbamos a solucionar nada, que mejor nos calláramos y que no dijéramos nada que así era mejor. Entonces yo no se cómo hacerle ahora”* (la palabra de la mamá parece estar muy presente en el discurso y en la construcción de Montse). A qué se refiere Montse con esta última frase, ¿ahora que yo le pido que haga lo contrario a lo que le dice su mamá?.

Al final de la sesión, antes de que abra la puerta me dice *“Ay, es que te quería decir que se me están complicando las dos sesiones, porque no tengo dinero y no le quiero pedir más a mi mamá porque como que no está muy de acuerdo con que venga al psicólogo, porque dice que puedo arreglar todo si le echo ganas”*. Después negocia sus pagos. Propone pagar una semana dos sesiones y otra semana una sesión.

Es importante aclararle a Montse que los problemas de encuadre, pagos, horarios, etc. se deben arreglar al inicio de la sesión, no al final. Ya que generalmente los problemas de encuadre pueden ir más allá que un simple cambio de horario. Por ejemplo, en este caso, el plantear el problema con los pagos al final de la sesión, es evitarse el pleito conmigo, como se evitó el pleito de decirle a su mamá lo importante que es para ella ir al psicólogo.

### *Que los demás decidan por mí*

Montse va a su cita con el psiquiatra. *“Me dijo que lo que tengo es una depresión profunda o algo así; me mandó medicina, Paroxetina. Me sentí bien, es buena onda el doctor. Me preguntó cómo me iba en mi terapia, le dije que bien pero que de pronto sentía que no avanzaba mucho, le dije que yo venía aquí esperando que tu me dijeras qué era lo que tenía que hacer. Como que yo te iba a platicar y tú me ibas a decir, mira, para que te sientas mejor tienes que hacer estas cosas, él me dijo que así funcionaba la psicoterapia. Es que siempre quiero que la gente me diga qué hacer”*.

Al principio del tratamiento, Montse me demandaba que la orientara y que le dijera qué hacer para ya no sentirse tan ansiosa. Le señalé la gran necesidad que tenía de ser rescatada para no tenerse que hacer responsable de sus sentimientos.

Montse tiene una gran necesidad de que se le diga qué hacer. Generalmente sus acciones responden a lo que ella cree que la gente espera. En cuanto a sus decisiones, yo como terapeuta debo permanecer completamente neutral ya que ante cualquier comentario que ella pudiera tomar como sugerencia, iba a responder con acción.

Al mantenerme yo completamente neutral, le estoy ofreciendo a Montse una mayor oportunidad de experimentarme transferencialmente desde donde a ella mejor le convenga y

de utilizarme como un “objeto relevo”. Gracias a la transferencia yo le sirvo a Montse como objeto de transición en su esfuerzo por reparar dificultades en sus relaciones tempranas.

### *Sus relaciones*

Montse comienza a hablar de que se siente poco inteligente. Empieza a devaluarse, se podría pensar que dentro de poco se va a empezar a perseguir.

*“Siempre siento que no se nada de la escuela, quiero saber más, necesito saber más”. Ante esto yo le pregunto, “¿así como necesitas saber más de ti?”. Montse llora. “Si, como saber qué me gusta o qué quiero hacer de mi vida. Siempre le he dicho a Karina que ella y Antonio tienen que estudiar mucho para que me mantengan, porque yo no puedo hacer nada”. Guarda un silencio largo. “Me gusta mucho platicar con mi hermana. Me platica todo lo que le pasa, como un cuento, es muy chistosa. Me cuenta de sus amigos y de todo lo que hacen. Ella es la simpática de las dos, yo siempre he sido la callada. Como que a veces me gustaría ser ella y tener sus amigos”. Se intensifica de manera considerable su llanto. Ya se persigue y se confunde por envidia. Ya vendrá la negación o la omnipotencia, porque la idealización ya apareció. “¡Ay! Es que he sentido envidia por la vida de Karina, creo que ella se la pasa muy bien y yo siempre sola. Es como si a veces quisiera vivir mi vida a través de Karina”.*

Al final de la sesión le pregunto que si su pensamiento de que su voz no se escucha en su casa, ¿tendrá que ver con que ella no tiene tanto que contar como Karina?. La paciente ya no escuchó esta última intervención, se quedó pensando en Karina. La negación, la escisión, y la omnipotencia se hacen presentes.

Presenta dificultades para establecer relaciones fuera de la familia; amigos y amigas. Ante esta dificultad, Montse busca la comprensión que en la adolescencia se buscaría en los pares, en su hermana. Esta situación podría hablar de una falla en las primeras fusiones, en el primer esquema de relación, que le impide aplicarlo fuera de casa.

Montse, en la mayoría de sus relaciones vinculares, pasa del amor incondicional, irreal, al rechazo total o casi total. Pareciera que prefiere mantener a todos emocionalmente alejados, antes que tener que sufrir otro abandono.

El odio o lo negativo, expresado de una manera tan intensa, de cierta manera se podría considerar como útil, ya que puede fomentar la separación como diferenciación; mucho amor en amenazante para su individuación, Montse se siente ansiosa ante el hecho de poderse perder y fundirse en el otro y así perderse como persona y dejar de existir. Esta situación nos podría dar un indicio de que el proceso de separación de sus objetos primarios se encuentra sin culminar.

*“Ando de arriba para abajo y ya me da pena con las niñas de mi equipo”. Señala Montse en la sesión en la que habla de su opinión y punto de vista. Generalmente, cuando Montse tiene que hacer trabajos en equipo, se queda sin participar ni aportar nada al equipo, argumentando no tener tiempo para hacerlo. Sus compañeras de equipo acaban haciendo el trabajo por ella. “Voy a pedir que me cambien de equipo, porque ahora estoy con desconocidas y prefiero estar con mis amigas, porque mis amigas no me van a reclamar nada. Desde siempre me he sentido muy insegura en la escuela. Como que siento que no puedo preguntar nada, por ejemplo, si no escucho lo que dice la maestra no me atrevo a preguntar, porque siento que me van a ver feo o que van a decir que tonta. Van a pensar cosas malas de mí. Hay veces que prefiero no decir nada; es desde la Secundaria, me podía quedar un día entero sin hablar. Y lo peor de todo esto es cuando alguien me pregunta mi opinión. Siempre digo, -ay, pienso lo mismo que fulanita o pienso igual que ella- es como si me diera miedo que me critiquen. Nunca sé que decir, entonces decido no decir nada, sólo con los que ya conozco más o menos y de todos modos no digo nada. Aunque no este tan de acuerdo con lo que dicen o deciden prefiero seguirlos mil veces antes que decir o decidir algo yo”.*

Generalmente hace todo lo posible para que los demás decidan por ella. Esto como una manera de evitar la ansiedad que le provoca asumir una postura, porque para decidir se debe tomar postura, por un lado, y por otro, el dejarle la decisión a los demás le permite no hacerse cargo de sus sentimientos y pensamientos.

Si los demás deciden, ella no cometerá ningún error, entonces les puede echar la culpa a los demás y no hacerse responsable. Pareciera que prefiere abandonar la escuela e incluso a su persona (en el sentido de no hacerse responsable de sus propias decisiones), por miedo al fracaso.

Para seguir con el análisis, se retomará la última frase de la viñeta anterior. *“Nunca sé que decir, entonces decido no decir nada, sólo con los que ya conozco más o menos y de todos modos no digo nada”*. Yo, terapeuta, soy una extraña, entonces le pregunto: *“¿Venir aquí te ha de haber costado mucho trabajo verdad, a mi no me conocías?”*. *“La verdad si, pero aquí me siento más escuchada que en otros lados”* y llora *“siempre me he callado”*.

Al escuchar ese –en otros lados- no pude hacer otra cosa que pensar en su familia y le dije: *“¿Ha de ser muy difícil ser el sandwich de la casa no?”*. *“Si”* responde inundada en llanto. *“Mi hermano es el consentido de mi mamá y con Karina se lleva muy bien, como que todo el día se están haciendo bromas y así y mi mamá le prepara su uniforme del trabajo todas las mañanas. A mi no me lo prepara porque me voy más temprano. Como que mi hermano y Karina están más cerca de mi mamá y yo siempre de mi papá, hasta que se fue; ya que se había ido me acerqué a mi mamá. Yo me quería ir con mi papá, pero no me podía llevar. No me quería quedar con mi mamá porque no la conocía nada; ahora me doy cuenta de que soy mucho como ella, como bien sería y callada”*.

Es importante señalar que es con las compañeras de carrera que considera desconocidas, con quienes más conflicto tiene para relacionarse, como con su madre. Considera desconocidas a compañeras con las que ha estudiado al menos dos años.

Después de un silencio dice: *“Ahorita me estaba acordando que mi mamá me dijo un día que cuando yo era chica, le decía que no la quería. Yo era muy unida a mi papá, como equipos. Me dejó como volando”*. Se intensifica su llanto. *“Tengo muchas ganas de llorar”*. Entre lágrimas se terminó la sesión. Ya al final, la paciente se reincorpora; le pregunto que si va a su casa y que se vaya con mucho cuidado.

Se podría pensar que Montse al guardar silencio como su mamá, estaba empleando un mecanismo de supervivencia. Si se enoja o revela se queda sola. Tal vez se calló para no arriesgarse a un abandono.

Los esfuerzos de Montse por negociar una segunda individuación en la adolescencia, se vieron obstaculizados por las fallas que aparentemente tuvieron lugar durante la primera fase de separación-individuación.

De cierta manera, los esfuerzos de Montse por separarse de sus padres de la infancia, sus padres de la Primaria, se traducen en fallas en el rendimiento escolar.

Pareciera que Montse se empeña en buscar algo que piensa le hace falta de su temprana relación con su madre.

### *La depresión*

En este momento es posible hablar sobre la situación depresiva de la paciente. Se dice que en la presencia de una mejor individuación, una organización más diferenciada del SuperYo y del Ideal del Yo, así como una separación progresiva de los planos objetales, el adolescente tendrá mayor capacidad para organizar una situación depresiva.

En el caso de Montse, se puede hablar de una depresión, porque la sintomatología se encuentra relacionada con una amenaza de pérdida de amor, de abandono y con una desvalorización personal. Lo anterior puede ser real o imaginario, consciente o inconsciente. Influye también que la paciente dependa exageradamente del entorno, haya tenido separaciones frecuentes en la infancia y haya experimentado una relación discontinua con su madre.

Montse expresa su temor al medicamento, tiene la fantasía de que los antidepresivos le van a hacer algún tipo de daño. Tiene la idea de que las medicinas le afectarán los riñones. *“Yo se que es mi imaginación, pero me da miedo, me da miedo enfermarme, de algo crónico o de algún órgano”*.

Es frecuente que en una depresión adolescente, existan quejas y temores hipocondríacos. Resulta importante mencionar que cada vez que Montse se encuentra atrapada en una situación que la amenaza, refiere dolores de cabeza, sueño intenso, y mucha ansiedad expresada en el cuerpo, como opresión y dificultad para respirar.

Posteriormente agrega *“No me gusta este proceso tan largo para sentirme bien, a mi me gusta todo rápido”*. Para que no duela tanto. Le explico a Montse que el tratamiento es



doloroso, como una herida que tiene que cicatrizar y que en el proceso se van a tocar temas que le pueden generar mucho dolor.

Se hace un silencio largo. *“Pregúntame algo”* dice, Montse prefiere seguir escapando, entonces contesto *“¿Cómo qué quieres que te pregunte?”*. Guarda un silencio para elegir tema y dice *“como de mi papá –llora-. Es que no se si se va a ir. Tengo muchas ganas de contarle muchas cosas, como de Raúl pero ¿y si se enoja?. No quiero contarle porque me voy a volver a encariñar”*. Se intensifica el llanto, y pregunto *“¿te estás protegiendo Montse?”*. *“Si, algo así. Le quiero contar todo, pero me acerco como de lejos, porque no lo quiero extrañar como la primera vez que se fue que yo lloraba todas las noches, mi papá casi se regresa a verme pero mi mamá le dijo que no hacía falta; ella me dice que no le diga nada porque dice que necesitamos dinero, y que mi papá gana más allá. A mi esto me enoja mucho, porque mi mamá y mis hermanos sólo se preocupan por el dinero y no por mi papá ni porque yo sufro mucho”*.

Prácticamente es la primera vez que Montse se nota realmente enojada y que incluso, habla de su enojo. La ansiedad que la inundaba fue disminuyendo en la medida en la que ella le iba poniendo palabras a sus experiencias y emociones.

Los conflictos edípicos se reflejan en la rivalidad que Montse presenta con su madre. Constantemente la madre le hace ver que ella es la consentida de su padre y esto hace que él no les preste atención a sus otros dos hermanos.

### *Las fantasías que surgen ante un posible abandono*

Un par de sesiones después, recibo a Montse 10 minutos tarde, ella ya estaba en la sala de espera de la Clínica. *“Pasa Montse perdón por la tardanza, te recupero estos minutos”*. Ella se acomoda en el sillón y hasta parece como si respirara profundo, parece aliviada, me mira con asombro y dice: *“Se me hizo muy raro que no estuvieras, me preocupé, pensé que te había pasado algo, no se como un accidente o algo así y que por eso no estabas, me dio miedo. Siento que soy abandonable y que tengo que hacer cosas extras para que la gente se quede a mi lado. Mientras que te esperaba como que me acordaba mucho de las veces que mi mamá llegaba tarde por nosotros a la primaria y nos quedábamos ahí los tres mucho”*

*tiempo. Yo veía como todos los niños se iban y yo me quedaba. Yo me preocupaba muchísimo”.*

La intensa búsqueda por un objeto significativo, su preocupación por mantenerlo a su lado y su ansiedad por su posible pérdida, puede ser el resultado de una dificultad muy temprana de mantener una conexión empática, afectando la posibilidad de lograr una constancia objetal.

Montse inicia el tratamiento con una necesidad imperativa de encontrar una relación de dependencia mutua. Que se manifiesta en la transferencia.

En su fantasía, el expresar el enojo que le ocasiona el retraso, por confrontarla con su más temible fantasía, el abandono, podría ocasionar una ruptura en nuestra relación, por eso prefiere callarlo y manifestarlo como una preocupación por mi bienestar. Se podría entender esta reacción si pensamos que a lo largo de su vida ha tenido relaciones objetales inestables.

La amenaza de abandono, que remite a la depresión, puede ser desorganizadora. Hay mayor riesgo mientras más se dependa de los objetos externos. Esta dependencia indica la existencia de fallas en el primer proceso de separación-individuación. En este segundo tiempo de separación-individuación, de la adolescencia, se replantean las grietas del primer tiempo; aquí se deben lograr las integraciones.

Después de la sesión de mi llegada tarde, ese mismo día Montse me llama para decirme que está afuera del consultorio del psiquiatra que tiene sesión a las 4, que eran 4:05 y no llegaba. A los 5 minutos me llama para decirme que ya había llegado el doctor.

Se hace más evidente la falta de constancia objetal. La ansiedad sufrida en la mañana, ante mi posible abandono, se repite en la tardanza, de 5 minutos, del doctor. Montse siente una gran necesidad de llamarme para saber que sigo ahí, sino me he desaparecido; como lo hace un bebé cuando su madre sale de su campo visual.

En cuanto a la transferencia, Montse utiliza la relación conmigo para repetir y reparar aspectos de sus tempranas relaciones de objeto. Relaciones de objeto cuando la constancia objetal se encontraba inestable.

A la siguiente sesión me “castiga”, llega 15 minutos tarde. *“He estado hablando con mis amigas sobre mis terapias, ellas me dicen que ya las deje. Llegué tarde porque estaba con mi mamá y me decía que ya no me convenía venir a terapia que no había nada que yo sola no pudiera arreglar”*. Otra vez, todos parecen decidir por ella. “¿Y tu qué piensas, qué quieres?” le pregunto. Se hace un largo silencio. *“Como que siempre he hecho caso a todo lo que me dicen los demás, pero ahora no se qué hacer”*.

Al sentirse ella abandonable, se llena de ansiedad y prefiere abandonarme, antes que sufrir otra separación.

Es común que Montse se presente ante los demás como una persona con demasiadas carencias y muy necesitada; esto es una estrategia doble. Por un lado, mantiene a la gente a su lado, pero por el otro, las aleja, para no tener que soportar más separaciones.

La paciente se nota ansiosa, cuando me saluda se le sienten las manos sudorosas. *“Ay ya empezó lo pesado en la escuela. Es fin de semestre y tenemos que entregar todo y pues estoy un poco nerviosa. Estoy preocupada por mis calificaciones porque mis amigas no me han dicho nada de que no he ayudado en los trabajos y pues quien sabe si me metieron en el trabajo. Siento que como no me reclaman nada es como si no estuviera, como si no existiera. Como que estoy pero no estoy y quiero que me digan algo del trabajo para sentir que sí estoy”*.

Se podría pensar en una confusión y difusión de identidad. Lo que nos lleva a pensar en conflictos de identificación con sus objetos primarios. Ella no se puede pensar a sí misma para existir, necesita que la piensen para hacerse una imagen propia.

## *La separación anunciada,*

Al anunciarle a Montse las vacaciones de verano la noto muy ansiosa, “En qué piensas” pregunto. *“Justo cuando me dijiste que no nos íbamos a ver, me dio miedo; lo primero que pensé es que me iba a ir muy mal, que me iba a ir pésimo como llorando todo el día y así y que no iba a poder, siento que nunca voy a poder dejar mi terapia, me siento mal”* y rompe en llanto.

En cuanto a sus fantasías, eran constantes los temores de un posible rechazo de mi parte. Explorando este aspecto, llegó a la conclusión de que le daba mucho miedo involucrarse en una relación e incluso enamorarse por miedo a sufrir un rechazo o un abandono. En este aspecto se puede observar la falta de constancia objetal pues Montse presenta un gran temor ante su posible incapacidad de retener algún objeto.

Todo se complica cuando el paciente interpreta la situación real en forma errónea, por lo general se interpreta el presente en términos del pasado. Ante el anuncio de vacaciones ella reacciona con amenazas. -Si tu me dejas yo me voy a poner muy mal, ¿aún así te quieres ir?- es un intento desesperado por mantenerme a su lado; e infiere mis pensamientos.

*“Creo que tu has de pensar que soy una pérdida de tiempo. Yo pienso que pobre de ti que tienes que perder tu tiempo conmigo y me tienes que escuchar. Tal vez tienes mejores cosas que hacer que estar aquí conmigo, o ver a otros pacientes más entretenidos. No puedo pensar que alguien se interese en mí. No quiero que nos separemos todo julio, estoy nerviosa, creo que te vas a ir y no regresar. Pienso que te vas a ir de vacaciones y que vas a encontrar un trabajo mejor o que vas a estudiar otra cosa y que ya no vas a regresar y me voy a quedar así”.* Ante esta situación, no me queda otra opción que ser directa: “Tu piensas que yo te voy a abandonar”. -Idea que se encuentra presente, aún cuando la realidad, en este proceso le ha demostrado lo contrario-. Ella responde con un efusivo *“Si, siento que me vas a abandonar”.* “Gran tema en tu vida Montse” agregó. Después de unos segundos en silencio dice: *“Si, tal vez por mi papá y mi mamá no se, es que me da miedo separarme, siento que voy a empeorar”.*

En cuanto a las reacciones transferenciales que daban cuenta de su sentimiento de abandono, me tardé en interpretarlas como tal, para darle a Montse el espacio y la posibilidad de expresar sus sentimientos y emociones ante tal situación. El haber interpretado de inmediato hubiera resultado en una comprensión racional de la situación. Gracias al contacto con el contenido emocional, la interpretación puede derivar en un insight.

*“El sábado fui a una fiesta con mis papás, me fue bien, no me pasó nada; no me dieron nervios del camión me fui sola con mi hermana y no me dieron ganas de ir al baño. De regreso tampoco me dieron, ahí ya venía con mis tíos, la verdad me sentí bien porque hubiera sido horrible que quisiera ir al baño, porque todos me hubieran dicho que me aguantara y ay no que horror”. Le pido a Montse asociaciones sobre lo que comenta. “Así era mi mamá todo el tiempo, me decía que no llorara que me aguantara. Ahorita me acordé que desde siempre cuando le decía a mi mamá que quería ir al baño, ella me decía que lo que tenía eran nervios. Entonces es como que me subo al camión y me dan nervios que confundo con ganas de hacer pipi y tener nervios está mal, bueno por lo que decía mi mamá”.*

*“Mi mamá siempre tiene razón, me cuesta a mi mucho trabajo saber qué quiero. Siento que el único sentimiento que hay en mi es tristeza, creo que no quiero a nadie; con mi papá, siento que desde que regresó es como si no estuviera, esta sin estar. Lo abrazo pero no siento nada. Sólo quiero a los que me apapachan, no a los fríos que se van y no están”. No podía dejar pasar por alto este reclamo y le digo: “Pareciera que en los demás sólo quieres la parte buena y la mala la rechazas. Conmigo te enojas y te desenojas mucho. Te anuncio vacaciones y te enojas, pero hay otros días que me quieres”. Ella responde: “Si, cuando me dices cosas te quiero pero cuando te quedas callada la verdad es que no tanto”.*

Montse experimenta sentimientos muy fuertes pero encontrados. Hay momentos en los que transferencialmente esta bien conmigo, hay otros en los que se enoja mucho. Es como si al poderme integra a mí, pudiera poco a poco ir integrando en su mundo interno a sus objetos y a sí misma.

Después de señalarle estos sentimientos tan encontrados. Ella habla sobre un monstruo que imagina algunas noches, que no la dejan dormir. *“Es muy alto, más que mi papá, rojo*

*quemado, como de plástico y tiene cuernos. Me da mucho miedo pensar en él. A veces siento que el diablo es mi papá, porque soy muy mala porque no se sentir. Hay veces que soy dulce como un ángel y me preocupo por los demás. Pero hay otras que soy un demonio".* El monstruo de Montse podría ser toda su agresión que ha permanecido reprimida, sin posibilidad de externarse y simbolizarse. Agresión que la persigue.

Es frecuente que Montse sienta que me falla a mi cuando siente que falla en su tratamiento, y esto la llena de culpa. *"Me siento mal, porque te había dicho que ya me iba a tomar bien las medicinas y pues no lo hice. Pensé que te fallaba, a ti y al doctor; pensaba que ustedes invierten su tiempo en mi y yo no hago nada por sentirme mejor".*

El tema de su papá, recurrente en su tratamiento, vuelve a aparecer. *"Siento que ahora que está mi papá de regreso fuera como un sueño. Creo que si se hubiera quedado también me hubiera separado de él; seguramente me hubiera regañado yo me hubiera enojado y ya hubiéramos acabado separados. Me acuerdo de las primeras noches que pasé sin que estuviera en la casa. Me dormía todas las noches con la ilusión de que regresaría a la casa, y cuando me despertaba pues obvio no estaba, nunca llegó así, y yo me quedaba esperándolo. Me sentía mal, como traicionada".* "¿Traicionada?" hago esta pregunta para indagar sobre algún tipo de fantasía edípica.

*"Si, se fue y me dejó aquí. –guarda un largo silencio-. Me acuerdo que cuando era chica, me dormía casi todas las noches en el cuarto de mis papás, me daba mucho miedo. Yo dormía en medio de los dos –sonríe- así estuve muchísimo tiempo, me sentía muy bien".*

Con un tono un cuanto sarcástico le pregunto que si en las noches que le da miedo el monstruo rojo, le gustaría irse a la cama de sus papás. Montse suelta una carcajada; *"No lo había pensado así, pero es muy buen tip".*

Se acercan las largas vacaciones de verano. Estamos a dos sesiones de la tan esperada pero evadida separación. Digo evadida porque Montse pasó de la amenaza de empeorar y abandonar el tratamiento, a hablar de su gran agresión, a las promesas de mejoramiento; todo esto tratando de lograr que yo cediera y no nos separáramos.

Conforme fue avanzando el tratamiento, Montse fue recordando más cosas sobre su infancia, experiencias que habían quedado sepultadas y que ella pensaba se habían perdido, se asombra al darse cuenta de que aún las conserva y que puede hacer uso de ellas.

*“Últimamente he estado pensando en que quiero tener un perrito, uno chiquito. Lo quiero desde cachorrito para que crezca conmigo y me quiera mucho y me haga fiestas cada vez que llego a la casa. Se me antoja mucho cuidarlo desde chiquito y protegerlo. Es más hasta había pensado en tener un hijo como para cuidarlo desde chiquito, pero creo que es mejor un cachorrito. Ya hasta me imaginé que va a pasar conmigo si el perrito se muere, porque se que en algún momento se va a morir, pensé que me voy a poner super triste”.*

En el fantaseo de cuidar animales desprotegidos y actuar como rescatadora, Montse encuentra una gran gratificación. Posteriormente, Montse asocia esta necesidad de rescatar y dar amor como una manera de compensar la falta de atención que sintió en su infancia por parte de su madre. En la transferencia, Montse busca ese amor y ese apapacho que siente haber necesitado por parte de su madre. Todo esto matizado por una separación inminente.

A nuestra última sesión antes de vacaciones llega furiosa con su psiquiatra. Diciendo que siempre se confunden en horarios y ella lo tiene que esperar; que la atiende bien rápido y como si no se interesara del todo. *“Eso me pasa por encariñarme, esto viene a decirme que no me conviene encariñarme, porque así de fácil ya no me hacen caso, me deja de pelar. Sentí como si no le importara nada lo que le tenía que decir, así como que ni quería escucharme”.*

Mi ultima intervención antes de vacaciones fue algo así: “Sé que te está siendo difícil esta separación Montse. Nos vemos en agosto, descansa en tus vacaciones; si necesitas hablar conmigo por alguna emergencia, tienes mi número de celular, cuídate mucho”.

### III. DE REGRESO

#### *El reclamo*

Después de casi mes y medio de vacaciones, aparece el reclamo esperado. Montse llega 25 minutos tarde a su primera sesión. Después de que me había hablado un par de días antes para confirmar el horario. Ésta fue la única llamada que recibí de ella.

¿Qué se puede leer en esos minutos?, -te dije que no me abandonarás, ahora te abandono yo a ti y te preocupo-.

Montse regresa del periodo de vacaciones de verano, diciendo que no me necesitó del todo. *“Me llegué a poner un poco triste, pero en general me fue bien. Sólo me hizo falta con quien platicar”*. Ya me devaluó pensé; y continúa. *“Aunque a mi otro doctor le platicué muchas cosas y se portó muy bien; ya lo perdoné. Hablé con él y me sentí mucho mejor”*. Al final de la sesión remata con un: *“Ah, y le pinté el cuerno a Raúl”*. ¿A Raúl? Pensé.

#### *¿Qué significa?*

Mi ausencia durante las vacaciones repetía en ella la ausencia de madre durante su infancia temprana y de su padre para cuidarla más tarde. Al final, ella encontró un objeto que me remplazara en mi ausencia; su psiquiatra.

Se podría pensar que en este momento la transferencia estaba fuertemente enganchada en conflictos de separación con sus objetos primarios.

La “infidelidad” respondería a una necesidad de pasar de una relación simbiótica a una edípica, donde ya hay tres, esta situación triangular le permitiría separarse de su madre.

Otra parte de la interpretación podría ir orientada hacia un reclamo, “Si no me cuidas y me procuras me voy”.



El hecho de que yo me fuera hizo que renaciera en ella una sensación de ansiedad y de necesidad de ayuda.

Después, como era de esperarse, la culpa la traiciona. “accidentalmente” Raúl le encuentra un mensajito a Montse, era de su amigo y le decía que estaba muy bonita y que la quería mucho. Se pelean y terminan. Dice que se siente muy triste pero que no entiende el por qué, si ella ya lo quería terminar. Esta situación la confunde mucho, pues comenta que así como Raúl tiene cosas muy malas, es mandón y casi como un papá, también tiene cosas muy lindas, la escucha y comprende. Pero que sabe que podría estar mejor si encontrara otra pareja.

En él encuentra consuelo y contención, le cuenta lo que le sucede y siente la suficiente confianza como para poder llorar, confianza que no encuentra en casa. Raúl la sostiene. Éste tipo de vínculos son muy comunes y sumamente funcionales durante la adolescencia. Pareciera en ocasiones que para Montse Raúl, más que una pareja, es un buen amigo con quien puede desahogarse; éste amigo en ocasiones se comporta, según refiere Montse como un padre que la orienta y dirige. A veces con matices culpígenos.

En la relación con Raúl, Montse, más que buscar una pareja para relacionarse, busca alguien en quien fundirse, que prácticamente tome su lugar y que decida por ella. Pareciera que su relación se caracteriza por la renuncia y la resignación, pero dicha renuncia y resignación, le permiten fundirse en el otro, para que este otro la contenga.

*“Ayer le mandé un mensajito a Raúl diciéndole que ya nunca lo quería ver, es que estaba llorando mucho y me dio mucho coraje; le dije que ya no lo quería ver para que así yo me tuviera que obligar a olvidarlo. Allá afuera, me la paso haciendo como si no pasara nada”. Me sentí casi obligada a intervenir: “Si allá afuera y aquí también, hay veces que quieres hacer como si no pasara nada”.*

*“La verdad si, te digo me dolió pero ya estoy bien y te cambio de tema –se ríe- hay veces que pienso cosas que quiero hablar aquí pero me cacho que me las callo. No se por qué tal vez sea por miedo. Es que me está yendo mal en muchas cosas, con Raúl, en la escuela; me da miedo que me pregunten, no quiero participar; prefiero no leer y decir que no se a participar.*

*Ya no quiero estudiar eso, pero no me veo en otra cosa, y no puedo dejar la carrera después de todo lo que han pagado mis papás. Estoy de verdad confundida”.*

Y sale huyendo. Las dudas que la acosan constantemente son las de seguir o abandonar, tanto a su pareja como a su carrera. Busca alternativas, diferentes opciones de carrera y posibles relaciones sentimentales con otros hombres. Las dos situaciones le generan una culpa intensa.

### *El climax*

Montse llega puntual a su sesión. Nos toca en un consultorio distinto al que normalmente utilizamos. Habla un poco de lo feo que está el consultorio y de lo incómoda que se siente en el sillón, para después hablar de sus miedos; entre sus miedos se encuentra su terapia. *“Ya me está dando mucho miedo venir, porque ya me estoy encariñando contigo y siento que te vas a ir y eso me da mucho miedo, siento que me voy a quedar volando”.*

Montse expresa su preocupación por la terapia. Expresa que mientras habla sobre sus problemas, su relación y su apego conmigo habían ido en aumento y eso la asustaba. Le daba mucho miedo encariñarse conmigo y sufrir otra separación al final de su tratamiento. En este punto del tratamiento siente miedo de ser emocionalmente dependiente.

Expresó su relación conmigo como algo amenazador. Su enojo hacia mi podrían ser resultado de su enojo por sentirse apegada a mi.

Para Montse el expresar y dejarse sentir cariño por mi es muy riesgoso, ya que puedo llegar a decepcionarla, me puedo cambiar de trabajo o incluso cambiarla de terapeuta, siguiendo sus fantasías. Algo que la remonta a la relación poco afectiva con su madre de la infancia, quien llegaba tarde a la salida de la escuela por estar trabajando.

*“Siempre pienso –cuando sea grande- y me pongo a pensar: ¿cuándo va a pasar eso?. En realidad se podría decir que ya soy grande, pero no, soy chiquita, me siento como una niña de 11 ó 12; para nada de 14 ó 15 porque ahí estaría en Secundaria y ¡no!. No se si algún día voy a ser grande, con conocimientos e independiente”.*

Es importante señalar que su padre se va cuando Montse tenía 11 años. Lo que angustia no es ser grande, sino la adultez y las responsabilidades que esto implica.

Montse habla de querer ser una profesionista exitosa e independiente pero también, casi desesperadamente externa el deseo de que alguien se haga cargo de ella por el resto de su vida. *“Ya le dije a mis hermanos que ellos tenían que ser muy exitosos para que me mantengan”*. Estas incongruencias se pueden considerar hasta cierto punto como normales, en este difícil proceso de transformación de adolescente a adulto.

*“He llorado como magdalena todo el fin de semana. Por Raúl y por mi papá. Es que mi papá me gritó muy feo, justo cuando me estaba acercando un poco más a él, ya sabía que no podía encariñarme tanto. Y por Raúl, es que se me está haciendo muy difícil. Yo había pensado en que me iba a casar con él, no muy convencida pero si me iba a casar, pensé que iba a ser mi pareja para toda la vida, lo he dudado por el alcohol y así, y bueno porque me regaña. Con Raúl como que no puedo hacer muchas cosas porque con esto de que no confía en mi, ay ya no se”*.

Montse expresa un gran miedo de dejar a Raúl, pues piensa que si lo deja lo va a lastimar y no se siente capaz de hacerlo. Situación que puede estar simplemente desviando la atención al verdadero conflicto. Pensando así, Montse tiene el control de la situación y aunque podría sonar paradójico, este control le permite no hacerse responsable y no ser ella quien deba de tomar las decisiones.

Ella le dijo a Raúl que él era el indicado para casarse, y aunque piense que esto no es verdad, Montse esta convencida de que va a mantener la promesa que le hizo. Prefiere casarse con él que arriesgarse a quedarse sola. Piensa que si se casa con Raúl, él la va a poder mantener, ya que piensa que en lo laboral no va a poder salir adelante. En la realidad esto no aplica, pues Raúl no tiene trabajo.

Montse empieza a acumular deudas en su tratamiento. Siempre tiene un buen pretexto. Se le hizo tarde y si pasaba a pagar ya no llegaba a sesión. Había mucha cola, el cajero se tardó mucho. Yo lo pienso más por el lado de la separación; una deuda conmigo le garantiza quedarse hasta que la pague.

*“El sábado se murió la abuelita de Raúl, estuvo bien triste. Lo que más me dolió fue ver a la hermana de la abuelita. Eran dos hermanas, así como gemelas pero de diferente edad, que se la pasaban juntas todo el día. La hermana lloraba muchísimo y cuando la enterraron le gritaba adiós, adiós. Me puso muy triste, pensé en mi hermana. Karina y yo siempre decimos que así vamos a ser de viejitas. Cada vez que vemos a unas viejitas juntas nos da muchísima ternura”.*

Karina se rompe la pierna y Montse llega muy consternada a sesión, expresando que nunca se imaginó ver a su hermana tan frágil, ya que Karina es la fuerte de las dos y que ahora la ve muy débil, llorando por su pie y por la escuela. Montse se ofreció a hacer todo por ella, hasta tomarle los apuntes de la escuela para que no se atrase.

### *Nada es para siempre*

En una ocasión, hacen una encuesta en la sala de espera de la Clínica, sobre la calidad de los servicios. Montse entra muy angustiada a sesión. En la encuesta le pedían que me evaluara como terapeuta. Dentro de las preguntas hubo una que en especial la angustió mucho. Decía que si alguna vez había tenido que cambiar de terapeuta. Ella reaccionó alterada, pues me dijo que entonces sí, en algún momento yo me iba a ir, y la iban a poner con alguien más. Se imaginó que yo le iba a dar toda su historia a otro terapeuta y que éste empezaría donde nos habíamos quedado ella y yo. Menciona que lo que más angustiante fue darse cuenta que efectivamente yo me podía ir algún día.

Pareciera que el pie roto y la encuesta de evaluación, fue llevar a un plano terrenal a dos figuras idealizadas, creo que eso es en verdad lo angustiante.

Tienen que operar a Karina. Montse relata un día en el hospital. En la cama de junto había unos viejitos, ella piensa que son esposos y se imagina que llevan toda la vida juntos y que nunca se han separado. Habla de la ternura que le despierta que dos personas lleven juntas tanto tiempo sin separarse; llora al relatar la escena en la que el “esposo” le da la mano a la “esposa” diciendo que se dio cuenta de que efectivamente dos personas efectivamente pueden estar juntas por mucho años. Yo agrego: “Juntas hasta que nos hagamos viejitas”.

Ella contesta que si lo había pensado, *“Creo que nunca voy a dejar mi terapia y que te voy a seguir después de aquí”*.

*¡Que alguien me acompañe!*

Tiene relaciones sexuales sin protección. La confronto, ella responde que en realidad lo que quiere es embarazarse, para pasarse los nueve meses del embarazo enferma en su casa y ya tener el mejor pretexto para no hacer nada. Yo le pregunto: “¿Qué va a pasar cuando tengas al bebé, quién lo va a cuidar, quién se va a hacer cargo?”. Un poco con la intención de darle juicio de realidad. Ella responde, *“No había pensado en eso, no había visto al bebé como persona”*.

Aparte de un intento por identificarse con su hermana, esto es claramente un acting out. Su ansia de embarazarse también puede responder a una necesidad de satisfacer su deseo de pertenencia.

Las ausencias, se guardan en huecos de representación; estos huecos impiden la simbolización, y como consecuencia, la posibilidad de ponerlo en palabras. Esto lleva a un debilitamiento yoico, ante tal situación, la acción se encuentra más accesible para expresar de cierta manera lo que se vive –los actos hablan más que las palabras-.

El embarazo podría ser una manera de transitar “sin enterarse” por la adolescencia.

El objetivo de la terapia es darle cabida a una posible separación. Montse al revivir en mí sus relaciones de dependencia, podrá expresar sus necesidades de dependencia y sentimientos de hostilidad que la acompañan siempre.

El trabajo se dirige a detectar modelos influyentes que estén determinando su conducta, analizando siempre, e interpretando a su debido tiempo, la transferencia, detectando el modelo en el que yo, como terapeuta estoy inmersa, para revelar la naturaleza e influencia que estos modelos tienen sobre ella, así como su origen. Para que en un futuro sea de su terapeuta de quien Montse se pudo separar sin ansiedad.

Al llegar el periodo de vacaciones de Diciembre, Montse se nota más tranquila. Ella misma lo indica, *“Te voy a extrañar pero nos vemos en enero”*.

#### IV. EL PROCESO DE INTEGRACIÓN

##### *Los cambios*

En la primera sesión, después de las vacaciones de Invierno, que duraron un mes una semana. Montse llega puntual a su sesión. “Hola, por fin te veo, ya te extrañaba mucho la verdad, siento que pasó mucho tiempo desde la última sesión... me fue muy bien en las vacaciones”. La paciente se nota más calmada con este regreso, a diferencia del regreso de las vacaciones de Verano.

Sigue la sesión. Montse comenta que se cambió de trabajo, ahora trabaja en una tienda de ropa. Es un trabajo temporal, ya que tiene que ir diario y con la escuela no va a poder. Le gusta mucho lo que está haciendo. Decidió cambiarse de trabajo, porque su mejor amiga del trabajo anterior, se salió y a Montse no le agradó la idea de quedarse sola. *“No me quería quedar solita la verdad, entonces decidí salirme”*. También comenta que durante las vacaciones tenía mucho tiempo libre pues en el antiguo trabajo solamente iba los fines de semana, y que le quedaba toda la semana libre.

Después de guardar un silencio largo dice: *“¿Y qué más?... ¡ah! Ahora ya estoy viendo mucho más a Raúl, es más, hasta ya fue a mi casa, antes de navidad y después el día de navidad, solamente en la mañana, no se quedó a cenar. Fue un poco raro, porque aunque llevo un buen con él mis papás no lo conocían”*. Así como a Montse se le hizo “raro” llevar tanto con Raúl y que sus papás no lo conocieran, yo también me pregunté qué había pasado para que Montse se decidiera a presentarlo en casa; entonces le pregunto: “¿Y qué pasó para que Raúl fuera a tu casa?”. Ella sonríe con un tono de complicidad y dice: *“Pues es que empezamos a ser más pareja... y además... es que pensé que era una buena forma de amarrarlo”*. Cuando dice esto se hace bolita y se sienta en la orilla del sillón. “¿Amarrarlo?”

repito. *“Me empezó a entrar una idea de que Raúl me podía dejar, y me puse muy nerviosa. Aunque no es el hombre de mi vida, por flojo, mal vestido y celoso, pensé –¿uy, y si me deja?- entonces decidí invitarlo a mi casa para que se involucrara más con mis papás, entonces si me llega a cortar como que le de remordimiento y culpa dejar a mi familia, entonces que se quede y no me deje.... Con esto de la culpa, a mi también me está dando un poco, porque cada vez que duermo con Raúl y me despido de mi familia, siento como si los estuviera abandonando y veo a Karinita así toda linda diciéndome adiós y a mi me remuerde la conciencia, no se porque me siento así, como abandonándolos”.*

### *Confusión entre separación y abandono*

Se puede observar que el hecho de que Montse presentara a Raúl a su familia poco tiene que ver con un compromiso con él. Más bien es una manera de evitar, a como de lugar, la separación. Separación que ella ha estado trabajando en terapia y que al tratar de hacerlo de su familia se llena de culpa. Esta culpa la hace sentir que las separaciones son abandonos. Posición sumamente infantil.

Ante este discurso yo le digo que pareciera que en diciembre tuvo muchas separaciones, se fue su amiga del trabajo, ella se cambió de trabajo, tuvimos vacaciones de la terapia, pero que de alguna manera elle se las ingenió para “amarrar” a Raúl. Lástima que la clínica cerró...

Montse se ríe y me dice: *“Si algo así”.* Ya no hizo falta completar la frase de si no hubiera cerrado, tal vez se las hubiera ingeniado para “amarrar” a su terapeuta.

A la siguiente sesión, segunda de la semana, Montse se nota angustiada, y comenta: *“No se qué hacer, quiero dejar a Raúl, pero no puedo. Es que me da pena dejarlo, como que a veces pienso que pobrecito, se que me quiere mucho, pero yo no siento que sea el hombre de mi vida. A veces siento que si me quedo con él es como si me resignara. Como que siento que si no me quedo ahí, me voy a quedar solita. También he llegado a pensar que si lo corto me voy a volver bien zorra... así, que me voy a acostar con todo el mundo, porque a nadie le voy a saber decir que no. me da miedo porque sin él voy a estar toda sola y descontrolada;*

*ya ves que me dice cómo me tengo que vestir, es que es todo un papá –Montse acábate tu comida, no desperdicies nada, vístete así, baila así- sin el no se que vaya a ser de mi vida”.*

En repetidas ocasiones Montse ha comentado sentir que no existe, pareciera que Raúl la contiene, la hace existir, la controla. Y que a través de él, ella puede ser Montse. Pero no como un acto de amor, sino por una cuestión de dependencia. De igual manera, se podría pensar que a Montse le angustian mucho sus impulsos sexuales, los percibe como agresivos y necesita a este “SuperYo externo”, casi punitivo para poder controlarse, pues sola quién sabe de qué sería capaz.

### *La universalidad en el proceso terapéutico*

A la siguiente semana, Montse me cuenta que la gastroenteróloga de su hermano le sugirió una terapia psicológica, pues le dijo que parecía que lo que tenía era exceso de ansiedad. Así mismo, mencionó que su prima de 18 años había pedido una consulta en la Clínica, pues tiene sobre peso y se ha sentido muy deprimida por lo mismo. *“Aunque suene un poco feo, como que me dio gusto darme cuenta de eso, no porque mi hermano y mi prima estén mal, sino porque ya no me siento la única loca en el mundo que tiene problemas y que necesita ir al psicólogo. Antes yo veía que todos estaban así como super contentos por la vida, que nadie tenía un solo problema y que yo era la única que la pasaba bien mal así por la vida. Ahora comprendo que ni todos son completamente felices ni yo soy una persona completamente triste”.*

Ante esta última frase yo le señalo que parece que la Montse buena y la mala empiezan a hacer las paces.

Parece que Montse está logrando integrar su Yo, que había estado escindido. Como se había mencionado antes, un Yo escindido, se proyecta hacia los objetos.

Ante esta separación por las vacaciones, Montse no sintió esa ansiedad que la desestructurada.



Después de un largo silencio, habla sobre un programa que vio. Era sobre Trastornos de Ansiedad. *“De verdad que me vi ahí. A mi me pasaba exactamente lo que le pasaba al niño que salía en el programa. Él no se bañaba los días con número primo, y yo muchos años hacía cosas similares; como ponerle suerte a los números. Me dio gusto ver el programa con mis papás, porque les pude explicar cómo me sentía”*. Montse comienza a recordar una serie de cosas que le pasaban en su infancia y adolescencia temprana.

### *Lo que no se habla...*

*“Me daba miedo pisar las líneas de la calle, va a sonar un poco raro, pero bueno, tenía que dar dos pasitos para evitar las líneas, porque sino, algo malo me iba a pasar, no de morirme pero si de mala suerte. Todo empezó en cuarto de Primaria (cabe señalar que en esa época operan a su mamá). Y en mi casa solamente, ya después poco a poco fue saliendo a la calle. No me podía ver en espejos sucios porque pensaba que me iba a poner fea. En mi casa, afuera de mi cuarto había una mancha, yo pensaba que no podía pisarla, era como si se extendiera hacia arriba como una columna de cosas malas. También me acuerdo que enfrente de mi cama tenía una imagen religiosa, yo veía que atrás había algo muy feo y que también le salía una columna de maldad”*.

Es como si Montse no hubiera podido metabolizar o elaborar el dolor que le provocó el poder perder, *por segunda vez*, a su madre. Tal vez por encontrarse frente a sentimientos ambivalentes, por esta razón, construye síntomas obsesivos, como medidas de seguridad y como para asegurarse de que sus pensamientos hostiles y agresivos no se realizaran, pues se encuentran focalizados en esas columnas.

*“Todo el día me dolía la cabeza, porque pensaba en esas cosas una y otra vez. Solamente podía pensar –no te muevas, no te muevas, no te muevas-”*.

*No te muevas*, recordemos el motivo de consulta; miedo a transportarse. En este momento es como si se pudiera encontrar la razón por la cual Montse decide no moverse. Se podría pensar que su enojo y agresión son tan intensos que ella siente que destruyen y ante eso, opta por inmovilizarse y culparse por todo, como una manera de controlar sus impulsos.

*“No se qué pasó , ya que entré a la Universidad como que se me fue quitando, también desde que vengo aquí; no puedo decir que ya desaparecieron al cien por ciento, pero ya no me siento tan mal”.*

En este momento de la sesión, yo tenía presente la hipótesis de la operación de su madre y el motivo de consulta; y le digo: “Dices que empezó en cuarto de Primaria, ¿qué pasaba entonces?”.

Ella al inicio de la sesión, habla de que por fin pudo explicarles a sus papás qué es lo que le pasaba, yo escuché que lo que necesitaba era también explicarse a ella misma lo que le pasa, entender y comprender el origen de su malestar. Al preguntarle sobre lo que pasaba en esa época de su vida y posteriormente relacionarlo con el motivo de consulta, trato de ligar situaciones y representaciones que aparecen aisladas.

*“Pues tenía como 10 años, nos cambiábamos a cada rato de casa, creo que en un año nos cambiamos como 4 veces... y fue justo ahí cuando operaron a mi mamá y se puso muy mal, yo me preocupaba mucho por ella, no sabía bien qué le pasaba, me imaginaba cosas feas, como que se iba a morir. Y pues ya se ha ido bajando todo estos, me siento más tranquila, como que ahora que puedo hablar más de mis cosas siento que me desahogo”.*

“Oye Montse”, intervengo, “Cuando llegas aquí, decías que tenías miedo de transportarte, de moverte, estará relacionado con lo que hablas hoy?”. Guarda silencio y contesta: *“Pues puede ser... no se... no lo había pensado... no se... lo tengo que pensar...”.*

### *La imposibilidad de actuar distinto*

Pasan tres sesiones y Montse habla sobre su vida sexual con Raúl. *“Somos muy ponedores, nos vamos al último piso de un edificio de la facultad y ahí tenemos relaciones, no es de todos los días pero sí es muy seguido... y pues claro que no me pongo condón; es que he estado pensando en embarazarme. Así como que siento que es la mejor solución, quiero que me mantengan y ya no hacer nada”.* Ante lo que suena como una excelente idea que logrará inmovilizarla le pregunto qué es lo que ha pensado hacer si se llega a embarazar, qué pasará con el bebé. Esto para dar juicio de realidad y para lograr simbolizar antes de que se pase a la acción.

*“Si me embarazo ya pensé que me voy a suicidar”... es un buen gancho para mi, sentí esto no como una amenaza, sino como una manera de huir de la responsabilidad, del posible embarazo, pero también de pensar en sesión qué es lo que pasaba, y hablar de su ideación suicida. Y así se lo señalo “ambos casos suenan a huidas”.*

### *Pensando las cosas desde otro lado*

*A la siguiente sesión, entra al consultorio muy seria y después de unos minutos en silencio dice: “Estoy muy enojada, la sesión pasada pensé que era contigo, pero me quedé pensando mucho en estos días y me di cuenta de que me enojé por escucharme a través de ti, no se fue raro... es que de verdad me enojé conmigo, que cosa tan absurda preferir embarazarme pero peor decir que me suicidaría. Me puse triste, me siento mal, pero pensé mucho y me di cuenta de que soy yo solita, es interno, es como si me diera miedo disfrutar la vida”.*

*Pareciera que Montse comienza a ponerse en juego en lo que le pasa. El mundo exterior deja de ser el hostil y persecuidor y se empieza a preguntar sobre su mundo interno. Al final de la sesión agrega: “Creo que ahora es cuando de verdad va a empezar mi terapia, no se por qué me siento así”.*

*Cuatro sesiones después Montse llega muy enojada con su mamá. “Mi mamá hace cosas horribles, es bien desordenada, no tengo ni idea en qué se le va el tiempo, porque todo el día está en la casa pero no tiene todo arreglado y limpio como podría, no se como que lava y lava todo el día pero como que no vemos claro... ella se queja de los mismo de su mamá, dice que de chica su mamá de la pasaba lavando y cosas así, que casi no estaba con ellos, pero que tampoco tenía la casa impecable... ¡ay!, las dos nos quejamos de lo mismo... ¡mi mamá y mi abuela son iguales!... esto de la limpieza es lo de menos, tienen otras cosas muy parecidas, que miedo me da... ¿y yo?”. Esa última pregunta que se hace Montse, más que pregunta sonó a una especie de condena, yo lo podría continuar así “¿y yo?, yo voy a ser igual”. Pero en sesión le digo: “Tu puedes cambiar la historia”.*

Al hacer consciente esta repetición, la paciente logrará inscribir una serie de representaciones nuevas, para que Montse se “libere” de esta cadena de repeticiones y logre escribir su propia historia.

### *Los comienzos de la constancia*

Considero importante mencionar en este punto del análisis, que Montse me llamó para cancelar una sesión. Esto podría pasar desapercibido si se tratara de otro paciente, pero en el caso de Montse es sumamente relevante, ya que nunca había cancelado una sesión, así como nunca se había negado a un cambio de día o de horario, sin importar que tuviera cosas que hacer. Esto podría estar hablando de que Montse ha logrado internalizarme y sabe, que el que ella cancele o falte no va a resultar en un abandono ni en una separación definitiva. El que ella se esté integrando, está logrando que desarrolle cierta constancia sobre sus objetos.

Decidí terminar la presentación de éste último momento de el análisis del tratamiento de Montse, con una sesión que marca la línea de trabajo que seguirá este proceso terapéutico. Antes de explorar el contenido de la sesión, resulta importante mencionar que en este momento Montse refiere que sus relaciones en casa han mejorado significativamente, así como con sus amigos. Entró a un proyecto de servicio social y compara la frustración que siente, en su vida y en su escuela, con el querer correr un maratón sin haber entrenado, *“Es imposible acabarlo y solamente me frustra, se que debo de dejar de exigirme tanto, porque todo quiero que me salga perfecto y siempre se hace un círculo vicioso de frustración. Ya me di cuenta de que si no me presiono, las cosas salen mejor. Es que me da miedo fallarle a la gente (hablando de sus compañeros del servicio social), la verdad prefiero hacerme la que no existo y ser transparente porque me da miedo de que la gente me tome en serio y me pidan cosas y yo me de cuenta de que sí soy capaz de hacerlas”*.

Siguiendo la metáfora utilizada por Montse sobre el maratón. Se podría pensar que estas 85 sesiones, este año cuatro meses de terapia, equivalen al entrenamiento y que a partir de ahora se empezará a correr, a recorrer sobre la pista de su vida.

Montse llega 10 minutos tarde a sesión, viene muy arreglada, mucho más de lo normal. *“Me dieron ganas de arreglarme hoy, no se si lo has notado pero he bajado de peso, eso me tiene*

contenta. Me gustó como me veía en la mañana, porque me veía más flaquita. No estoy haciendo dieta ni nada, pero estoy comiendo muy mal, desayuno pero ya después no como nada y llego a cenar a mi casa... es que no he tenido dinero, ya ves que no estoy trabajando ahorita. La verdad si me da hambre, pero no les quiero pedir dinero a mis papás, ya ves que mi mamá todo el tiempo me dice que mi papá me quiere más a mí... es que me acuerdo de cuando éramos chiquitos que nos tuvimos que regresar al Estado de México, porque aquí ya no nos alcanzaba para la renta... me acuerdo que nos pasábamos días sin comer, bueno no días así seguidos, pero había días enteros que no comíamos nada, porque mi papá llegaba con el dinero del día muy tarde y pues las tienditas ya estaban cerradas... es que mi papá llegaba tarde o llegaba bien tomado, borracho, ya no me acuerdo muy bien... mi mamá le reclamaba mucho y yo me ponía muy triste... y ya, después de eso mi papá se fue a Estados Unidos y ya nos empezó a ir mejor"... me atrevo a hacer un corte en este punto, aunque en la realidad no lo hubo, para hacer la siguiente observación. Montse había mencionado que no tenía ningún recuerdo de su infancia y poco a poco las barreras se han ido levantando, permitiéndole a Montse recordar. Otro aspecto importante, que vale la pena resaltar es que al parecer Montse está viendo más reales a sus padres. Su papá ya no es esa figura idealizada ni su madre es esta otra figura completamente ajena y devaluada.

"... cuando regresó mi papá, mi mamá siempre me decía que le pidiera dinero, ella dice que mi papá me prefiere a mí, más que a mis hermanos y es mas, mas que a ella... eso me gusta. Me gusta saber que soy la preferida de mi papá, que me quiere más a mí. Antes de que se fuera, dormía con él y lo abrazaba todo el día, desde que regresó, eso me da un poco de miedo. Ya no me quiero acercar a él para nada, porque me da miedo que se vaya a confundir y que pase algo... que pase algo como sexual. Nunca ha pasado nada, no me ha dicho nada ni me ha tocado ni nada; pero aún así me da miedo, porque cuando se fue yo era una niña, y cuando regresó yo ya era una mujer, ya me había desarrollado... tal vez por eso no me arreglo tanto, no quiero hacer que pese algo. También creo que por eso tengo miedo de los hombres de las combis, que me toquen o algo así, como el miedo que tengo de mi papá, es que se que no lo va a hacer pero igual me dan nervios que lo haga."

Montse habla de ella como una mujer y con esto destapa sus fantasías y deseos edípicos.

Al término de la sesión, Montse se levanta del sillón, camina a la puerta y se regresa... “¡Ay! Siento que dejo algo”... como si lo que olvidara fuera material... yo le digo: “Si, dejas algo que te pesaba mucho”... ella sonríe, asiente y sale del consultorio.

## DISCUSIÓN

En cuanto a las consideraciones clínicas correspondientes a este análisis de caso, se podría pensar que en un inicio, la historia de los demás miembros de la familia de Montse, habían ocupado tanto espacio que le había sido difícil a ella encontrar un espacio donde pudiera pensar sobre su propia historia. Esto se refleja en la organización Yóica de la paciente, quien tiene la mayor parte de su energía depositada al servicio de los otros, siempre preocupada, siempre resolviendo, siempre escuchando y obedeciendo. La capacidad de construirse una historia, logrará que su Yo sea más flexible. Le preocupa tanto lo que los demás piensan y opinen que deja de lado sus propios deseos.

Al inicio del proceso terapéutico, Montse se encontraba muy confundida, confusión que se manifestaba también en la contratransferencia. En la medida en la que Montse pudo ir poniendo en palabras sus emociones, se fue aclarando el panorama. En un principio se percibían ideas aisladas, como carentes de afecto; dejando ver los vacíos internos, que a lo largo del tratamiento se fueron llenando con nuevas representaciones y con ligas más creativas entre el afecto y la idea, lo que le permitió tener mayor consistencia, y así expresar sus emociones y decidir por sí misma.

El decidir por sí misma implica tener mayor conciencia de sí y de sus necesidades, esto derivado de la reflexión, de la auto-observación y de la tolerancia de sus ansiedades. Independencia también implica que Montse se pueda pensar como un objeto merecedor de cuidado; logrando una vuelta hacia sí misma de los componentes libidinales que se encontraban depositados en los demás; es decir, regresar las catexias a sí pero no sólo para deprimirse, sino para tener la energía para pensar y hacer las cosas que más le convengan.

Para poderlo llevar a la acción, la paciente a lo largo de la terapia fue desarrollando la posibilidad de sostener las experiencias libidinales internas, para poder dedicar su energía a acciones concretas que le permitieron mayor bienestar.

Montse es una adolescente a quien se le complicó el primer y segundo proceso de separación-individuación, debido a que sus objetos primarios no se encontraron totalmente disponibles, para poder lograr una catexis de objeto y una identificación Yoica. Esta falla en

el proceso identificatorio, generó una falta de una verdadera identidad; por lo que Montse se siente vacía, sin esperanzas ni motivaciones. Todo el tiempo se compara con su Ideal del Yo, llegando siempre a la misma conclusión: lo que hace y es, nunca será suficiente; ocasionándole una autoestima muy baja.

La constancia, confianza y disponibilidad mía, como su terapeuta o como su objeto relevo, la sostuvieron. Montse se pudo basar en estas tres características e identificarse con ellas, para después ejercerlas en su persona.

Resultó importante tener siempre presente el desarrollo de la paciente, así como sus conflictos infantiles, ya que éstos irrumpieron en la adolescencia generando una sensación caótica. Los conflictos de Montse fluctúan entre dificultades en cuanto a su autonomía y fallas en el proceso identificatorio. Los conflictos en la identificación, internalización y constancia objetal, provocaron dificultades en este segundo proceso de separación-individuación.

Muchas de mis intervenciones estaban dirigidas a fortalecer o ampliar su mundo interno con logros reales, para que ella lograra identificarse con los aspectos positivos de su mundo interno y reconocer las cosas buenas de sí misma, para así promover la independencia.

En términos transferenciales, la demanda inicial fue evolucionando, de ser completamente dependiente, hasta lograr una relación más madura, en donde la ausencia no implicara el abandono o la pérdida.

La madurez en cuanto a las relaciones se refleja en el nivel de constancia objetal. Lo esperado será que Montse pueda involucrarse en una relación, sin temor a fundirse en el otro ni a ser abandonada.

Los avances se fueron notando en la medida en la que se fueron dando más periodos de vacaciones. Poco a poco fue tolerando las separaciones y fue siendo más capaz de analizar lo que le provocaban estas separaciones en lugar de reaccionar con un estado de pánico.



El objetivo del tratamiento consistió en repasar su proceso de separación-individuación, para lograr una constancia objetal emocional. Para esto, se fueron rastreando recuerdos tempranos, en un inicio Montse decía no recordar nada de su infancia, poco a poco las resistencias fueron cediendo, hasta lograr la verbalización de sus recuerdos. Cuando aparecía material de una situación actual que le estaba generando conflicto en ese momento, pero que en realidad tenía su origen en otro momento, más temprano, se le interpretaba, y era asombrosa la reacción de Montse. Ante las confrontaciones o interpretaciones, mientras más avanzado el tratamiento, más recuerdos y asociaciones emergían.

Cuando los recuerdos se encuentran reprimidos y es casi imposible la verbalización de éstos, hay que recurrir a la transferencia, para así traer al aquí y ahora lo que parecía verdaderamente difícil de recordar. Gracias a las interpretaciones en transferencia, se van a desbloquear los recuerdos.

Es pertinente rescatar aquí la teoría de Spitz (1969), sobre la ansiedad del octavo mes. Al parecer en el caso de Montse la confianza básica no fue la óptima; esto le generó problemas en cuanto a la socialización, el investimento del objeto libidinal y por consecuencia, el logro de una constancia emocional de objeto. Se podría pensar que esto se debió a que Martha, madre de Montse se embaraza cuando ella tiene apenas tres meses de edad; la libido de la madre entonces, se dirigió hacia el nuevo embarazo, dejando a un lado a la paciente.

Se podría pensar que la separación fue muy abrupta o inclusive traumática y que por eso Montse reacciona ante cada separación como un abandono. Sin embargo, resulta más acertado pensar que la madre de Montse en realidad no le permitió lograr la individuación para poderse separar; recordemos la frase de la paciente: “Mi mamá nos quiso tener a todos seguiditos para educarnos a todos de un jalón, como uno solo, creo...”. Montse no sabe cómo funcionar de manera individual y separada, de ahí sus constantes preguntas y demandas sobre lo que debe y no debe hacer.

Siguiendo la sobre la misma línea, durante esta etapa de completa simbiosis, llegó un tercero, su hermana, para disputar la libido de la madre, se podría decir que Montse no logró hacerse una imagen mental permanente y confiable de su madre; esto se refleja en la transferencia cuando en una sesión me comenta que le resulta muy difícil pensarme fuera del

consultorio, es decir, recurrir a la imagen mental que tiene de mi, para poder calmar su ansiedad por momentos.

La tolerancia a las separaciones temporales tiene base en el avance del desarrollo de la constancia objetal, cuando la madre puede ser sustituida por una imagen mental confiable, estable y disponible. Montse no toleraba las separaciones de su madre, refiere que la seguía a todas partes y si se llegaba a retrasar, lloraba de manera inconsolable, pues pensaba que su madre ya no iba a regresar. Esto lo experimenta también conmigo, como una reacción transferencial, angustiándose por las vacaciones y mi posible abandono. Conforme fue avanzando el tratamiento y la realidad confrontó sus fantasías, Montse se dio cuenta de que su terapeuta representaba un objeto confiable que sí estaría disponible. Se puede considerar como un logro en el establecimiento de la constancia objetal, el hecho de que Montse cancelara una sesión. Al inicio del tratamiento, no faltaba por nada del mundo, ya avanzado, tenía la suficiente confianza como para saber que aunque cancelara yo no iba a desaparecer ni la iba a abandonar.

La tranquilidad emocional que puede provocar el proceso terapéutico, aunque suene contradictorio, a Montse le angustiaba. Dentro de su órbita simbiótica ella es la desprotegida y vulnerable. Si se siente mejor, tendrá que responsabilizarse y la responsabilidad amenaza a la órbita. El decidir por ella implica crecer y el crecer implica separarse, y Montse no se sentía internamente capaz para funcionar de manera independiente. A veces es más amenazante la incertidumbre de la libertad de elección, que la propia enfermedad.

Hablando con términos de Winnicott (1971), se podría pensar que para Montse, el proceso terapéutico funcionó como un espacio transicional, para poder lograr una segunda separación, ahora real. Antes de iniciar el tratamiento, Montse cargaba en su mochila un gotero de Rivotril, (aunque el médico ya se lo hubiera suspendido), refiriendo que el simple hecho de saber que estaban ahí, a su disposición, calmaba su ansiedad. La terapeuta entonces reemplazó al gotero de ansiolítico.

En el paso de la relación al uso del objeto, el objeto tiene que sobrevivir a los impulsos destructivos del sujeto; cuando el objeto es atacado y sobrevive, se habla de constancia objetal. El que el objeto sobreviva significa, que no ha tomado represalias contra las

agresiones del sujeto. Dentro de un encuadre terapéutico, las agresiones del paciente deberán ser entendidas como esfuerzos de éste para sacar al terapeuta del control omnipotente, hacerlo real. Aunque las agresiones de Montse eran muy sutiles, existían. Me devaluaba, por ejemplo, cada vez que se acercaba una separación entre nosotras. La manera en la que yo sobreviví fue dándole el espacio para que hablara de lo que esto le hacía sentir a ella y de los recuerdos que vivía en cada ausencia mía. Es importante resaltar que las agresiones de Montse no iban cargadas con impulso agresivo de destrucción, se deben entender como una manera de defenderse de la angustia que le provoca la separación.

Normalmente, para definir el concepto de independencia, se hace referencia a todo aquello que no tiene que existir, es decir, al vacío de la dependencia. Montse poco a poco se fue llenando de elementos que la constituyeron y construyeron, como la conquista de espacios internos y externos, la posibilidad de pensarse a sí misma de acuerdo a sus propios parámetros, el establecimiento de relaciones sin caer en la fusión, la posibilidad de iniciar proyectos sin temor a que el fracaso sea paralizante, entendiendo al fracaso como otra oportunidad y no como una destrucción.

Un aspecto muy importante es que Montse aprendió a depender de manera saludable, es decir, depender sin pensar que se deja de existir.

La angustia de separación, la tenía inmersa en movimientos y conductas rígidas, la independencia le permitirá tener mayor flexibilidad, para así lograr una nueva manera de adaptación al medio y con esto, una mayor sensación de bienestar.

## CONCLUSIÓN

Tras un año y cinco meses de psicoterapia, Montse comenta sentirse preparada para trabajar, dice “ahora si podemos empezar”. Considero que esta primera parte del proceso terapéutico, se puede equiparar con la primera infancia. Montse necesitaba simbiotizarse conmigo, su terapeuta, para después separarse y lograr la individuación. Todo esto claramente marcado por las ansiedades necesarias. Las relaciones de objeto, antes matizadas por una dependencia excesiva, sufrirán a partir de ahora, un cambio radical.

La simbiosis según menciona Mahler (1972), es necesaria para la individuación y el establecimiento de un sentido de identidad. Mientras más cerca se encontraba la madre en el proceso de simbiosis, más preparado se encontrará el bebé para separarse gradualmente de ella; para diferenciar sus autorrepresentaciones de las representaciones de su madre. Este proceso se encuentra claramente fallido en el caso de Montse, ella vivía, hasta que se hizo conciente, bajo la influencia de las representaciones y significantes de su madre. Una buena simbiosis primaria logrará entonces un adecuado proceso de separación-individuación en el niño, que resultará en una autorrepresentación total o una representación libidinal de objeto total. Con esto el ahora individuo puede sobreponerse a la angustia de separación que le provoca la posible pérdida del objeto.

Montse presentaba claras dificultades en cuanto a las separaciones, experimentaba una creciente angustia de separación cada vez que se acercaba una interrupción temporal del tratamiento; por esta razón resultó absolutamente necesario, que por medio de la transferencia, Montse pudiera de cierta manera, revivir los pasos necesarios para lograr la individuación. Es decir, simbiosis normal, cuando ella demanda que yo le resuelva, muy al principio del tratamiento, después el periodo de simbiosis total para culminar con un proceso, tan mencionado, de separación-individuación.

Aunque podría sonar un tanto paradójico, se considera un avance terapéutico el hecho de que al final de los que he denominado la primera parte de su tratamiento (las 85 sesiones), Montse llamara para cancelar algunas de sus sesiones; habla de que logró internalizar un objeto que no abandona; con esto la paciente logra cierta integración en ella misma dando como consecuencia, constancia sobre sus objetos.

En este punto resulta importante hablar sobre la pulsión de muerte, que permanece muda, hasta que es vuelta hacia fuera como una pulsión de destrucción. Se dice que “gracias” al SuperYo un monto considerable de la pulsión de agresión es fijado en el interior del Yo; desde ahí, dicha pulsión ejerce una función autodestructiva. Las autoagresiones, ideas de muerte, acting-outs, autoreproches, son tan solo unos de tantos ejemplos de la agresión vuelta hacia la propia persona. Montse nunca se enojaba hacia fuera; todo el coraje lo dirigía hacia su persona, conforme fue avanzando en la psicoterapia pudo ir reconociendo su enojo, su origen e identificando el objeto hacia el cual debería ir dirigido, originalmente ese afecto. Se flexibilizó su Superyó tan punitivo y su Yo digamos, fue liberándose, ya que la libido se pudo movilizar para traspasarse a diferentes objetos; para después retirarla y así continuamente.

En esta primera parte del proceso terapéutico de Montse, yo funcioné como un Objeto Mediador o Relevo. Con esto se permitió una función de investimento y conservación de un carácter objetal y libidinal, que resultó ser más neutro y menos conflictivo que los objetos parentales, aunque conservé, como objeto mediador, características propias de las vinculaciones anteriormente existentes con los padres. Hablar de psicopatología necesariamente remite a los fracasos en la relación con los objetos y las medidas defensivas que estas relaciones han provocado. La pérdida del objeto externo idealizado, del que seguía dependiendo, su madre con su tercer embarazo a los tres meses de la paciente y la partida de su padre al inicio de la adolescencia, hacen dudar a la adolescente de su capacidad para investir a un nuevo objeto. Yo como objeto mediador, tenía la tarea de contener, sostener y metabolizar las angustias de Montse para que poco a poco pudiera ir desarrollando una constancia objetal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aberastury, A. Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Paidós. México.
2. Bailly, D. (1997). Angustia de Separación. Masson. Paris.
3. Bellak, L. Y Goldsmith, L. (1984). Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo. Manual Moderno. México.
4. Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Fleiz B.C., Zambrano R.J.(2004).Early onset depression: Prevalence course and treatment seeking delay. Salud Pública Méx. Sep-Oct; 46(5):417-24.
5. Blos, P. (1975). Psicoanálisis de la Adolescencia. Segunda edición. Joaquín Motriz, S.A. México DF.
6. Blum, B; Ito, Emily (Coords.). (2008). Más allá del Diván. Psicoanálisis. Investigación. Interdisciplina. Plaza y Valdez. UNAM. Fac. de Psicología. México.
7. Borges, G; Benjet, C; Medina Mora, ME; Orozco, R; Wang, P. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. Bull World Health Organ. Oct;86(10):757-764.
8. Borges, G; Wang, PS; Medina Mora, ME; Lara, C; Chiu, WT. (2007) Delay of first treatment of mental and substance use disorders in México. Am J Public Health. Sep;97(9):1638-43.
9. Fenichel, O. (2003). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. México.
10. Fernández, O. (1974). Abordaje técnico y clínico del adolescente. Nueva Visión. Buenos Aires.
11. Freud, S (1893). Estudios sobre la histeria. Vol. II. O.C. Amorrortu.Argentina.
12. Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. Vol. VII. O.C. Amorrortu. Argentina.
13. Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Vol. XII. O.C. Amorrortu. Argentina.

14. Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Vol. XII. O.C. Amorrortu. Argentina.
15. Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. Vol. XXIII. O.C. Amorrortu. Argentina.
16. González Núñez, J.J; Romero Aguirre, J; De Távira y Noriega, F. (1989). Teoría y técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Trillas, México.
17. Joseph, B. (1989). Equilibrio Psíquico y cambio psíquico. Julián Yébenes. España.
18. Kusnetzoff, JC. (1975). Psicoanálisis y Psicoterapia Breve en la Adolescencia. Kargieman. Argentina.
19. Laplanche, J. (1982) ¿Hay que quemar a Melanie Klein?. Trabajo del psicoanálisis. Vol.1. núm.3.
20. Laplanche, J. (1987). Nuevos fundamentos para el psicoanálisis: la seducción originaria. Amorrortu. Argentina.
21. Lerner, H; Rother, Ma. C. (Compiladora) Et. Al.. (2007). Adolescencias: Trayectorias turbulentas. Paidós. Argentina.
22. Mahler, M. (1972). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Joaquín Mortiz. México.
23. Mahler, M. (1975). El nacimiento psicológico del infante humano. Marymar. Argentina.
24. Mancilla, ML; Margarita Lagarde Lozano (Compiladora) Et. Al. (2008). ¿Qué es la parentalidad?. Palabra. México.
25. Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., (2005). Prevalence, service use and demographic correlations of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psicol. Med.* Dec: 35 (12):1773-83.
26. Neyraut, M. (1976). La Transferencia. Ediciones Corregidor. Argentina.
27. Palazzini, L. Rother, Ma. C. (Compiladora). (2007). Adolescencias: Trayectorias turbulentas. Paidós. Argentina.

28. Quiroga, S. (1999). Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo del objeto. Eudeba. Argentina.
29. Rosenfeld, D. (1982). La interpretación de las resistencias. Trabajo del psicoanálisis. Vol.2 núm.4.
30. Rother, Ma. Cristina (Compiladora) Et. Al. (2007). Adolescencias: Trayectorias Turbulentas. Paidós. Argentina.
31. Segal, Hanna. (1979). Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidos. Argentina
32. Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. Fondo de cultura económica. México.
33. Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Gedisa. Argentina.