



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

EL DOLOR DE EXISTIR EN LA MELANCOLÍA: UN CASO CLÍNICO

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

PRESENTA:
TERESA DE JESÚS VIDIELLA DEL CASTILLO

DIRECTORA:
MTRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO SOLÍS.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL:
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
DRA. NOEMI DÍAZ MARROQUÍN, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
MTRO. VICENTE ZARCO TORRES, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
MTRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY, UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Con este posgrado concluyen 8 años ininterrumpidos de un recorrido académico que me permitió abrazar mi deseo de estudiar psicología, tener 2 años de prácticas profesionales supervisadas y formarme como psicoterapeuta de adolescentes en la maestría. Esto fue posible gracias a la generosidad de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que debido a su carácter incluyente hace posible que personas de cualquier edad podamos acceder a nuestra formación académica. Nos recuerda que nunca es tarde para aprender.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca de manutención que recibí durante los dos años que duró mi residencia, lo que permitió que me concentraré únicamente en mis estudios y preparación.

Así mismo, me voy muy agradecida con mi tutora Mtra. Ana Lourdes Tellez Rojo Solís, por tomarme de la mano de principio a fin en la residencia, supervisar mis casos siempre con profesionalismo y generosidad.

A la Dra. Eva Esparza le agradezco estar siempre presente y dispuesta a cualquier duda y orientación. Agradezco también el seminario que nos dio sobre patologías de lo negativo, mismo que fue la cereza del pastel en la residencia.

Todos y cada uno de mis profesores hicieron un tejido de teoría, técnica y práctica clínica que devino en lo que ahora soy. ¡Mil gracias a todos!

Finalmente quiero agradecer de forma infinita el amor, el apoyo, la presencia y la motivación cotidiana que mi pareja Alfredo y mis dos hijas Mar y Shantal siempre me dieron y me dan en cualquier situación de mi vida. A ellos les dedico este reporte.

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Marco teórico: Duelo	
3.1 Freud: el concepto de duelo y melancolía.....	4
3.2 Aportaciones post-freudianas sobre el duelo normal y patológico.....	5
3.3 Duelos propios del desarrollo.....	11
4. Marco teórico: Melancolía	
4.1. Un recorrido por la melancolía.....	16
4.2. Abraham y la melancolía.....	18
4.3. Aportaciones de Freud sobre melancolía.....	19
4.4. Aportaciones sobre la melancolía de Leader y Tizón.....	22
5. Marco teórico: Identificación	
5.1 El concepto de identificación en la psicología.....	25
5.2 El concepto de identificación en el psicoanálisis.....	25
5.3 La identificación en Freud.....	25
5.4 La identificación melancólica.....	30
5.5 La mirada de la madre y su papel en los procesos identificatorios.....	31
6. Método	
6.1 Planteamiento del problema.....	34
6.2 Objetivo general.....	39
Objetivos específicos.....	40
6.3 Definición de categorías.....	40
6.4 Tipo de estudio.....	41
6.5 Instrumentos.....	42
6.6 Participantes.....	43
6.7. Escenario.....	43
6.8. Procedimiento.....	43

6.9. Consideraciones éticas.....	44
7. Historia del Paciente.	
7.1 La familia.....	45
7.2 El desempeño escolar y la relación con los pares.....	48
8. Resultados y discusión.	
8.1 El duelo no elaborado de Nacho con relación a la enfermedad degenerativa de la madre devino en un estado melancólico.....	51
8.2 El duelo propio de la etapa adolescente de Nacho es vivido desde una organización melancólica.....	55
8.3 Las consecuencias de la pérdida de la mirada materna y la identificación melancólica de Nacho.....	59
9. El tratamiento: alcances y limitaciones.....	65
10. Análisis transferencial y contratransferencial del proceso terapéutico.....	77
11. Conclusiones.	
11.1 Melancolía vs. Depresión.....	80
11.2 La madre muerta.....	80
11.3 Dos hipótesis sobre la causa original.....	81
12. Referencias bibliográficas.....	84

RESUMEN

De acuerdo con Freud (2017) el duelo y la melancolía son las dos posibles reacciones ante una pérdida. En el duelo el mundo se vacía y en la melancolía ese vacío se coloca en el yo mismo. Este trabajo pretende mostrar a través del caso que se presenta, cómo un duelo no elaborado, junto con la pérdida de la mirada materna por el complejo de la madre muerta, (Green 2012) deviene en una melancolía que produce un dolor de existir, a la vez que como plantea Carvajal (1993) la adolescencia es abortada.

INTRODUCCIÓN

El caso Nacho que analizo en el presente reporte me representó un tremendo aprendizaje tanto teórico como práctico. El tratamiento duró los dos años que estuve en la residencia y a lo largo de éste fui formulándome distintas preguntas, mismas que en su momento, revisé en la teoría psicoanalítica dentro de una diversidad de autores aquí referidos, además de la constante supervisión del caso, para darle el mejor abordaje posible en sus distintos momentos.

El caso transferencialmente me fue difícil, ya que el dolor de existir de Nacho y su enorme desesperanza, producto de su melancolía, en ocasiones me invadían de más. También hubo momentos en que la preocupación de que Nacho tuviera un posible brote psicótico o un pasaje al acto, dada mi escucha de su discurso que rayaba en lo delirante, me llevaron a consultarlo dentro de mi análisis personal.

Cuando Nacho llega a uno de los Centros de Servicios Psicológicos sede de nuestra residencia, cuenta con 17 años. Viene solo. Nadie lo trae ni lo deriva. Genuinamente siente que no puede más ya que padece de una especie de fobia social. Se queja amargamente de que tiene miedo de la gente. Tiene muchos problemas para transportarse de un lado a otro de la ciudad, así como para relacionarse con sus pares. Menciona que le han hecho bullying desde el final de la primaria. Posteriormente en transferencia es que descubro que la mamá de Nacho está enferma con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) desde que él tiene 10 años que es cuando comienzan los primeros síntomas. Al final de la primaria la señora cae en silla de ruedas y hasta la fecha la enfermedad ha seguido progresando hasta que le llegue la muerte, pues es incurable.

Al inicio del tratamiento pienso en lo importante que es el hecho de que Nacho elabore su duelo. A través de las sesiones y de la lectura de Freud (1917) me queda claro que Nacho sufre de una melancolía, distinta de una depresión y me aboco a la tarea de trabajar con la ambivalencia hacia ese objeto perdido. Señalo cada vez que tengo oportunidad, las diversas identificaciones con la enfermedad de la madre que muestran la introyección de ese objeto perdido en su yo. Procuro

dar sostén y acompañamiento y trabajar con el principio y el juicio de realidad cuando su discurso es difuso y sin sentido, así como sus acciones. En algún momento lo refiero al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) para que tenga tratamiento farmacológico además de su terapia conmigo.

Este caso lo elegí por su complejidad e interés teórico-clínico con la intención de que sirva como referente para futuros terapeutas en formación, así como para aquellos ya formados que en algún momento tengan un caso similar.

En este reporte hallarán en el marco teórico un recorrido y revisión minucioso de los diversos autores que me dieron luz sobre los conceptos de duelo, melancolía, identificación y el complejo de la madre muerta. Posteriormente encontrarán la base metodológica que se siguió para este trabajo. En el siguiente capítulo ofrezco la historia del paciente, para después pasar al análisis teórico-clínico del caso. En todo momento brindo fragmentos del discurso del paciente para tener una mayor comprensión y profundidad en el análisis correspondiente. A continuación, desarrollo los alcances y limitaciones dentro del tratamiento para dar paso al siguiente capítulo referente a la transferencia y contratransferencia vividas con este caso. Por último, presento las conclusiones y las aportaciones de este trabajo.

MARCO TEÓRICO

3. Duelo

3.1 Freud: el concepto de duelo y melancolía.

Ante cualquier pérdida lo primero que aparece es el dolor. La forma, normal o patológica, en que reaccionemos ante ese dolor y cómo lo elaboremos, es lo que comprendemos como duelo. Freud (1917) define al duelo como *“la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal”* (p. 241).

Con base en esta definición, el duelo no siempre implica el fallecimiento de una persona, sino también puede ser un ideal que no se logró. Una separación, ya sea de la pareja o de los hijos. La pérdida del lugar de residencia o de la patria, en el caso de una migración. Del mismo modo, la pérdida puede sentirse ante el extrañamiento paulatino de la persona amada que es aquejada por una enfermedad. La persona sigue ahí, no ha muerto aún, sin embargo, una serie de circunstancias tanto internas como externas han cambiado, se han perdido, por lo que habrá que iniciar un proceso de reacomodo ante la pérdida, por medio del proceso de duelo.

Lo característico del duelo para Freud (2017) es el presentar un profundo abatimiento, desinteresarse del mundo exterior, perder la capacidad de amar y presentar una inhibición de la actividad productiva, quedando así, el yo paralizado. La realidad muestra al deudo que el objeto de amor ya no existe más, reacciona a ello haciendo una introyección temporal del objeto perdido, es decir, éste estará presente en su psiquismo por un tiempo, hasta que poco a poco, la persona en duelo vaya quitando la libido con la que invertía al objeto amado, ante lo cual existe una resistencia inicial, pero que, si se logra decaer, el yo vuelve a estar libre, desinhibido e integrado.

Otra forma de reacción ante la pérdida es la melancolía, la cual se manifiesta con las mismas características del duelo, pero se diferencia de éste, en el

rebajamiento del sentimiento de sí acompañado de autorreproches y expectativas de castigo. *“En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo”*. (Freud, 1917, p.243). El melancólico se identifica completamente con el objeto perdido.

Otra diferencia fundamental entre estas dos formas de reacción ante la pérdida, el duelo y la melancolía, es que en el duelo la pérdida atañe a un proceso consciente que refiere a la prueba de realidad de la ausencia del objeto perdido, en la melancolía la persona *“sabe a quien perdió, pero no lo que perdió en él”*. (Freud, 2017, p. 243). Es decir, en la melancolía se juega siempre un proceso inconsciente de la pérdida, el cual viene de la mano con la ambivalencia, siempre reprimida, hacia ese objeto perdido.

Para finalizar, el duelo para Freud (1917) es visto como un fenómeno psíquico que se da por la retirada libidinal que se tenía en el objeto perdido, mientras que la melancolía es entendida como entidad clínica, a veces como neurosis y otras como psicosis narcisista, por la regresión hasta etapas originarias y primitivas. También es contemplada como una disposición enfermiza, donde cobra toda la importancia el inconsciente del enfermo.

3.2 Aportaciones post-freudianas sobre el duelo normal y patológico.

A partir de Freud otros autores siguen con el estudio y la observación de los procesos de duelo y hacen desde la mirada psicoanalítica diversas aportaciones. Abraham (1944) coincide con Freud en el concepto de duelo, reiterando que éste es un proceso consciente debido a una pérdida real, que involucra la muerte, y que la introyección manifiesta en todo duelo tiene como propósito *mayor “preservar las relaciones del individuo, con el objeto muerto, o lo que es lo mismo, compensarle por la pérdida sufrida”* (p. 29). En cambio, en la melancolía, este proceso de introyección *“está basado en un disturbio radical de las relaciones libidinosas con el objeto, manifestándose en un severo conflicto de sentimientos ambivalentes de los que sólo puede escapar volviendo contra sí mismo la hostilidad que originalmente sentía hacia el objeto”* (p. 29).

Abraham (1944) además, destaca y amplía el concepto de duelo de Freud, aduciendo que toda pérdida revive nuestra situación infantil y que los autorreproches son dirigidos en primera instancia hacia nuestro primer objeto ambivalente: la madre. Agrega que también pueden ser quejas de los padres hacia el niño que fue o de los padres entre sí durante su infancia.

Ubica la pérdida como un proceso anal de expulsión. Divide la etapa anal en dos niveles: uno superior donde predominan las tendencias de retener y controlar el objeto y otro inferior con tendencias hostiles de destrucción y pérdida. Con esta división da cuenta de la regresión de la libido en las psiconeurosis, como la neurosis obsesiva y la melancolía, ésta última alcanzando niveles primitivos de la organización libidinal.

Por lo tanto, lo que Abraham (1944) propone, es que la pérdida es expulsada como excremento y después devorada en la fantasía. Cuando el sujeto ha logrado liberarse del objeto perdido, lo ha defecado, es entonces que el proceso de duelo ha culminado. Klein (1940) en este punto, coincidía con Abraham en el sentido de simbolizar el llanto como acto de defecar tanto sus sentimientos “malos” como sus objetos “malos”, obteniendo con ello alivio por la pérdida.

El duelo para Klein (1940), no sólo reincorpora a la persona perdida temporariamente, como Abraham y Freud lo propusieron en su momento, sino que además reinstala sus objetos buenos internalizados y reactiva entonces la posición depresiva temprana. *“Durante el duelo formal se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas. El sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos enfermedad al duelo”.* (Klein 1940, p.356).

En todo duelo, siguiendo a Klein (1940), se atraviesa por un proceso maniacodepresivo en donde se repiten los procesos del desarrollo temprano, por ejemplo, aquellos que tienen que ver con el triunfo sobre los padres y hermanos, que con la muerte real de una persona se reavivan, pareciendo que la muerte se

viviera como una victoria, siendo ésta, generadora de un sentimiento de culpabilidad que retarda y dificulta el proceso de duelo.

El odio hacia el objeto perdido aparece también en la obra Kleiniana, como vuelta contra sí mismo, como en el caso de la reacción melancólica descrita por Freud (1917), este odio al objeto perdido se vuelve un perseguidor y *“hace tambalear su creencia en los objetos del mundo interno”* (Klein 1940, p. 357).

Por lo tanto, cabe suponer desde esta perspectiva que el duelo tiene un objetivo intrapsíquico, la recuperación de los objetos internos afectados por la pérdida, y de esta manera, no perder al yo en el proceso de duelo.

Para Klein (1940):

“En el duelo normal, el individuo reintroyecta y reinstala tanto a la persona real perdida, como a sus padres amados que sintió como objetos internos buenos. En su fantasía, este mundo interno, que construyó desde los primeros días de su vida en adelante, fue destruido cuando se produjo la pérdida actual. La reconstrucción del mundo interno da la pauta del éxito de la labor de duelo”. (p. 35)

Si esta posición depresiva reavivada por el duelo no se puede vencer organizando el mundo de los objetos internos, entonces aparece la depresión, la manía, la paranoia y lo que entendemos como duelo patológico, donde vemos el empobrecimiento de la personalidad total. Por el contrario, si la persona en duelo reconstruye su mundo interno después de la pérdida, habrá podido elaborar el duelo de forma sana.

Lacan (1901-1981) en algunos de sus seminarios hace referencia al duelo y sus procesos. Guzmán (2016) menciona que Lacan en su seminario de La Angustia, considera al objeto perdido como soporte de nuestra castración, ya que nosotros ocupábamos el lugar de su falta. El trabajo de duelo requiere de una reestructuración subjetiva en cada persona, la cual involucra el rearmado del vínculo.

Leader (2011) menciona que para Lacan:

“el duelo tiene que ver con un proceso llamado: una constitución de objeto. Esto significa haber registrado físicamente un espacio vacío, el hecho de que el objeto que añoramos esté definitivamente perdido.

Internalizamos no sólo al padre o madre sino también a su ausencia... internalizamos el espacio vacío de ciertos objetos ligados al padre o a la madre, tal como el pecho al que hemos renunciado... Klein y Lacan comparten la idea de que para que el duelo opere, el objeto y el lugar del objeto debe ser construido y que esta construcción nunca debe darse por sentada”. (p.119)

A partir de este concepto se puede pensar que en la elaboración del duelo es necesario que se pueda establecer una diferencia entre la persona que amamos y el lugar que ocupaba para nosotros, así como quién éramos nosotros para ella. Si éramos su carencia o su falta, implica que el objeto también proyectó su sensación de carencia en uno, amándonos, ya que Lacan siempre pensó que *“amamos, después de todo, a aquellos que parecen tener algo que nosotros no tenemos”* (Leader, 2007, p.145).

Desde esta mirada, el trauma de la pérdida expone al doliente a lo real. Su cadena significativa se ha fracturado y no encuentra aún respuestas desde lo simbólico, por lo tanto, por un periodo se queda vacío, hasta que poco a poco lo que se perdió pueda ser puesto en palabras, y en actos como lo son los rituales, que le permitan reintegrarse a su cadena significativa, hallando su representación en ella nuevamente. Si esto no ocurre, el doliente no logra engranar lo que perdió y puede perderse a sí mismo en el proceso de duelo, deviniendo en un proceso melancólico.

Bowlby (1993) desde su teoría del apego o también llamada vincular, postuló para entender el proceso de duelo, un esquema en forma de tríada que consta de: protesta, desesperanza y desapego. Desarrolló a la par un modelo que cuenta con

4 fases del duelo: 1. Incredulidad y embotamiento de la sensibilidad; 2. Añoranza, anhelo y búsqueda de la figura perdida; 3. Desorganización y desesperanza; y 4. Reorganización.

Desde esta teoría, existe una fractura en el vínculo que teníamos con la persona que hemos perdido. Esta fractura produce una cantidad de ansiedad de separación, que desemboca en un sufrimiento psíquico considerable. Dependiendo del tipo de apego dominante que desarrolló la persona doliente durante sus primeros años de vida, (apego seguro, apego ansioso, apego evitativo o apego ambivalente), y de sus vinculaciones de tipo secundario, podrá elaborar un duelo normal o patológico.

Tizón (2007) define al duelo como *“el conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no sólo psicológicos (los procesos de duelo), sino psicosociales, sociales y antropológicos (el luto), e incluso económicos”* (p. 51). Desde esta concepción del duelo como transición psicosocial, Tizón (2007) enuncia una serie de momentos en el proceso de duelo:

El primero se refiere al **Impacto o crisis** devenida del conocimiento de la pérdida. Lo equipara con un estado de shock, donde existen entremezclados sentimientos de embotamiento afectivo, incredulidad, angustia y somatizaciones diversas. La tarea fundamental en este momento será poder aceptar la realidad de la pérdida. Este primer momento puede darse de forma más profunda en sujetos con personalidades vulnerables que pudieran comenzar a reaccionar de forma patológica.

Un segundo momento denominado: **Aflicción y turbulencia afectiva**, tiene como característica principal el aglutinamiento de emociones como tristeza, ira, culpa, desesperanza, temores, ansiedades persecutorias y resentimientos, vivenciadas dentro del mundo interno del sujeto. Estas emociones dan lugar, en ocasiones, a la presencia de lo ominoso, como realización alucinatoria de deseo por la negación para confrontar lo inevitable de la pérdida. En este momento es imprescindible trabajar las emociones presentes y soportar el dolor de la pérdida.

El tercer momento es llamado por el autor: ***Pena y desesperanza reversibles***, éste es considerado como un momento largo donde se puede comenzar a “*olvidar recordando*” (Tizón 2007 p. 49). Es decir, el recuerdo va siendo más llevadero o por el contrario, se perpetúa la culpa y la depresión patologizando el proceso de duelo. El objetivo de este momento será lograr las primeras readaptaciones al medio, ya con la conciencia de la ausencia del objeto.

El cuarto momento y último: ***Recuperación o desapego***, comprende tres fenómenos intrapsíquicos importantes, a) el hecho de que las emociones iniciales del primer momento sean ya más tolerables y predomine la esperanza y el amor sobre la desesperanza y el odio; b) que se puedan realizar actividades en el mundo externo entendiendo que el objeto está ausente, “*aprender a caminar sin el muerto/lo perdido/lo no ganado/la ilusión perdida*” (Tizón 2007 p.49); c) el objeto interno que representaba lo perdido se ha modificado, reintegrado y posicionado, permitiendo la reconstrucción de los lazos, vínculos y relaciones en nuestro mundo interno. Este tercer fenómeno intrapsíquico conforma lo más importante de la elaboración del duelo normal, la posibilidad de reubicar al objeto perdido internamente, si esto no se logra, observamos un duelo patológico donde lo que se instalará, es una relación melancólica con la pérdida, u otras variaciones de relación: paranoide, actuadora, con somatizaciones o adicciones, entre otras.

Leader (2011) tiene un trabajo muy interesante sobre el duelo, donde además distingue entre depresión y melancolía. Para entender esta distinción, habrá primero que mencionar brevemente los cuatro procesos de trabajo de duelo que él aporta, los cuales son: 1. La introducción de un marco que señale un espacio simbólico; 2. La necesidad de matar a los muertos; 3. La separación de la imagen de la persona amada del lugar que ocupaba para nosotros; y 4. La renuncia a la imagen de quienes éramos para ellos.

Dado el caso que refiero en este reporte, me gustaría detenerme en el segundo proceso, el de matar a los muertos, ya que, en el caso de la melancolía, el sujeto melancólico elige “*morir con ellos*” (Leader 2011, p.154). Esta es la diferencia

fundamental entre la depresión propia de la pérdida y la melancolía, trabajada de forma detallada en este texto, lo que implica que *“el sujeto ya ha muerto con la persona amada perdida”* (Leader 2011, p. 155).

Esto se muestra en la clínica cuando *“el melancólico puede quejarse de enfermedades o síntomas corporales que resultan reflejar aquellos de la persona perdida. O pueden encontrarse actuando partes de la vida de la persona perdida, o incluso experimentando partes de su cuerpo como si pertenecieran al otro”* (Leader 2011, p. 155).

3.3 Duelos propios del desarrollo.

Las pérdidas están presentes en las personas desde sus primeros días de vida. Tizón (2007) comienza la descripción de éstas en los distintos momentos del desarrollo, con las primeras necesidades básicas (hambre, sed, humedades o resequedades, necesidad de ser movido, etc.) que la madre no cubre de inmediato al llamado del bebé, por lo que éste tiene que lidiar con el displacer, que esto le provoca, generalmente vía producción alucinatoria de deseo, hasta que es confortado nuevamente, generándose así el papel de la madre como el Otro eterno primordial de ese bebé. Posteriormente será el *“triángulo originario madre-padre-capacidades del hijo, la que proporcionará los apoyos fundamentales para soportar la pérdida, el dolor, etcétera”* (Tizón 2007, p.63).

Tizón (2007) continúa nombrando las distintas transiciones psicosociales por las se va pasando a lo largo del desarrollo, y que implican pérdidas y duelos, tanto del sujeto en desarrollo como de sus padres o cuidadores. Aquí algunas de ellas:

- a) Entre los 2 y 6 meses se producen dos hechos significativos: en primer lugar, la pérdida del pecho materno dada con el destete. Este duelo se manifiesta de diversas formas: el bebé está inquieto, comienza a sufrir de diarreas por el cambio de alimentación, etc. Ambos, el bebé y la madre han perdido con el destete una forma de vinculación. En segundo término,

aparece la sonrisa del bebé, lo que implica que el bebé sabe de la necesidad del Otro: en este caso la madre y sufre con su ausencia.

- b) Entre los 6 a los 10 meses se presenta la ansiedad ante los extraños y con ella aparecen expresiones de temor y tristeza que el niño sobrelleva vigilante de las expresiones emocionales del otro.
- c) Entre los 10 y 13 meses con el periodo de ejercitación del proceso de separación-individuación, que coincide con el comenzar a caminar, las reacciones a la separación van variando de intensidad en el curso progresivo del proceso, mismo que conlleva numerosas frustraciones y duelos debido en gran medida, a las prohibiciones que los padres comienzan a imponerle dado su deambular por el mundo.
- d) El Edipo supone una reacción ante la pérdida del objeto de amor con la manifestación de los celos. Todo el proceso edípico implica un duelo en sí mismo.
- e) La latencia que incluye la escolarización también supone la asimilación de las reglas y normas sociales propias de la institución escolar. En esta etapa también hay una serie de frustraciones que habrá que tolerar, así como pérdidas distintas de las que habrá que ir haciendo pequeños duelos.
- f) La adolescencia descrita por Nassio (2016) como un duelo de la infancia, donde *“el adolescente debe perder el cuerpo de niño y el universo familiar en el cual creció; conservar todo lo que sintió, percibió, quiso desde su primer despertar, en particular su inocencia de niño; y conquistar finalmente la edad adulta”* (Nassio, 2016, p.58).

La escuela argentina de psicoanálisis, particularmente a través de Aberastury y Knobel, (1988), ha sido la que introdujo el concepto de duelos en la adolescencia. Básicamente los duelos que trabajan son: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la identidad y el rol infantil, y el duelo por los padres de la infancia.

Para Carvajal (1993) la pérdida de los objetos infantiles y del cuerpo en general son, en su opinión, cambios placenteros que los adolescentes viven con cierta

ambivalencia, por el temor a lo desconocido, pero sin mayor problema, siempre y cuando los padres del adolescente asuman acompañar este proceso con una actitud adulta.

Desde su mirada clínica, señala que el concepto de duelos es confundido con el de cambios y que en general son los padres de los adolescentes los que sí están en duelo, porque han perdido a su niño de la infancia. *“El advenimiento de la adolescencia rompe el equilibrio neurótico o la impreparación del progenitor y desencadena el duelo”* (Carvajal, 1993, p.117).

Este duelo parental puede producir en el adolescente un duelo patológico por identificación, esto significa que el adolescente se identifica con uno de los padres en duelo por saberse responsable y culpable del dolor por el que pasan.

Explica que, el proceso dinámico que se da en el adolescente, es cuando aparece una escisión entre el proceso natural de cambio, que incluye la decaetización de los padres, el cual se lleva sin dolor o trauma alguno, y el duelo por la pérdida del cuerpo y la vida infantil, llevada en ocasiones como una identificación en espejo con los padres en duelo. Cuando esto sucede: *“el púber se ve invadido por la persecución superyoica y opta con frecuencia por abortar el proceso adolescencial asumiendo una actitud regresiva y complaciente para con sus padres”* (Carvajal, 1993, p.117).

Carvajal (1993) describe con detenimiento los posibles escenarios en que aparece lo que él llama duelo patológico por regresión. Esto ocurre cuando:

- a) El adolescente tiene un desmedido crecimiento de su cuerpo o parte de él (senos, nalgas, etc.) o por el contrario existe la carencia de cambios en el cuerpo. Ambas situaciones le provocan sentir que no alcanzan el ideal esperado de su cuerpo, no sintiéndose atractivos. Generalmente estos cambios son compensados con otras cualidades como la simpatía o la inteligencia sin observar regresión al objeto infantil. En cambio: sí hay regresión cuando el ambiente o la madre refuerza narcisísticamente las carencias corporales en el adolescente como el acné, el aumento de peso,

etc. Entonces: *“el adolescente comienza a hacer reclamos de la no existencia de un modelo ideal como lo fue el infantil, lamentándose de su trágica situación actual y haciendo una fuerte regresión de contenido, frecuentemente melancólico. Lo vemos, por ejemplo, en las fantasías de gordura de la anorexia nerviosa”* (Carvajal, 1993, p. 119).

b) El duelo infantil no elaborado concierne a una historia traumática infantil de pérdida, que lejos de ser elaborada, generó conflictos afectivos crónicos, como puede ser el nacimiento de un hermano, la separación de los padres, la enfermedad de alguno de los padres (como en el caso de Nacho), o la muerte de uno de ellos, violencia intrafamiliar, abuso sexual, etc. Estos conflictos no elaborados, *“sabotean el proceso activo y producen una detención que se traduce en conductas de extremo aislamiento, depresión puberal, no socialización con pares, severo bloqueo escolar (...), en estos casos sistemáticamente la adolescencia es abortada, apareciendo un cuadro muy complejo que al estabilizarse caracteriológicamente va a generar por lo menos un grave conflicto neurótico permanente”* (Carvajal, 1993, p. 120).

c) Duelos parentales como: 1. Duelo por el cuerpo y la psiquis del niño, que fue eróticamente gratificante para los adultos y que en la actual adolescencia se perdió; 2. Duelo por el propio cuerpo, enfrentamiento con la vejez y la muerte, envidia del cuerpo y la psiquis del adolescente; 3. La reedición de la propia adolescencia con la adolescencia del hijo.

Urribarri (2015) coincide con Carvajal en que el adolescente cambia, se transforma, pero no siempre eso indica una pérdida que tenga que ser elaborada como duelo. Los cambios en el cuerpo, como en la identidad y la relación con los padres, han sido factores señalados como causas de duelo en la etapa adolescente, por la escuela argentina. Sin embargo, para este autor no son duelos de consideración ya que el acceso a la genitalidad y a la independencia los alejan

de estas pérdidas parciales. Al respecto dice: *“lo infantil se modifica, complejiza y organiza bajo una nueva forma”* (p. 84).

Entre lo que Urribarri (2015) considera que sí pierde el adolescente en esta etapa de desarrollo, es la situación edípica, ya que ésta no es una repetición del complejo infantil sino una resignificación dada por los logros en este periodo. La pérdida existente podrá elaborarse adecuadamente si el adolescente accede a la vida genital y de pareja.

Otro proceso de duelo durante la adolescencia mencionado por Urribarri (2015) es aquel que tiene que ver con la renuncia del niño a la imagen ideal que formó en la infancia alrededor de cómo sería de grande. Esta imagen tiene que ver con su cuerpo y con sus habilidades y capacidades, ideales que se confrontan, en el primer caso, con los determinantes genéticos y en el segundo, con la carencia de talento para ciertas áreas.

La resolución de este duelo se da:

“mediante una lenta resignificación impuesta por la realidad que posibilita la renuncia con tristeza por lo que nunca será, como desenlace del duelo, podrá descubrir, catectizar y consecuentemente promover y enaltecer aquellas capacidades y/o habilidades que sí se tienen. Homólogamente en el caso del cuerpo, invertir su cuerpo real y realzar sus aspectos más destacables o que se acerquen a su ideal”. (Urribarri, 2015, p.93)

4. Melancolía.

4.1. Recorrido por la melancolía.

Para este recorrido general sobre la historia de la melancolía, a la que posteriormente se le equiparó con el trastorno de depresión mayor en el mundo psiquiátrico y psicológico y no así en el psicoanalítico, tomaré como base a Belloch, Sandín, y Ramos (2009). Posteriormente en otro apartado de este capítulo, me detendré más específicamente en el desarrollo, características y aproximaciones de cada uno de los distintos autores en que me baso teóricamente para este trabajo.

La palabra Melancolía proviene del griego *melaina chole* (bilis negra). Fue Hipócrates (siglo IV a. C), quien propuso una concepción humoral de los trastornos mentales, argumentando que *“los cuerpos están o son de la misma materia que fluye en la naturaleza, mientras que las variables de su estado es lo que él atenderá”* (Hernández, 2018, p. 78). Los cuatro humores con su color característico son: la bilis amarilla (amarillo), sangre (rojo), flema (verde), bilis negra (negro) siendo la correspondencia entre ellos lo que da cierto equilibrio en el cuerpo. Dentro de esta visión, que se conservará casi sin cambios hasta el siglo XIX, la melancolía era comprendida como la existencia de ciertos desequilibrios de la bilis negra en el cuerpo, lo que producía restos tóxicos que provocarían una profunda tristeza y abatimiento, lo que caracterizará a la enfermedad melancólica.

Kraepelin en 1896, da un cambio conceptual importante sobre el concepto de melancolía que había primado desde Hipócrates, ya que hace una distinción entre la demencia precoz (que posteriormente será llamada por Bleuler, esquizofrenia) y la enfermedad maniaco depresiva. Este término según Belloch, et. al. (2009)

“incluía cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia”. Tenían por característica general el exceso de afectividad. Sus causas no remitían a lo psicológico o lo social, idea que la escuela psicoanalítica no compartía.

Belloch, et. al. (2009) en su recorrido por la melancolía narra que los primeros trabajos psicológicos sobre este estado mental provinieron del psicoanálisis. Freud había propuesto algunas puntualizaciones sobre la melancolía en 1883 en *Las neuropsicosis de defensa*, sin embargo, fue Abraham en 1924, influido por la teoría psicosexual de Freud, quien trabajó con la relación entre la neurosis obsesiva y la melancolía y propuso que *“lo que observamos en la melancolía era el resultado de una regresión de la libido del paciente al primitivo nivel oral”* (Abraham, 1944, p. 2). Además, observó con base en su experiencia clínica, que estos pacientes presentan una ambivalencia entre amor y odio tanto en las neurosis obsesivas como en la melancolía.

Freud (1917) tomó en consideración el trabajo de Abraham (1944) sobre melancolía agregándola como otra forma de reacción, además del duelo, a la pérdida del objeto amado, que utiliza el mecanismo de introyección, dirigiendo el odio al objeto perdido hacia sí mismo, manifestándose por medio de autorreproches. Freud con este texto sentó la base para comprender y trabajar con los estados melancólicos.

Posteriormente los psicoanalistas de la escuela del yo, amplían el concepto de oralidad en los procesos depresivos y se centran en *“el papel de la autoestima y los determinantes de ésta...puesto que la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades, una fijación a nivel oral, por tanto, una autoestima excesivamente dependiente de los demás”* (Belloch, et. al. 2009, p. 273).

Siguiendo a Belloch, et. al. (2009), la teoría de las relaciones objetales, señaló después, la importancia de la relación madre-hijo en los primeros años de vida, como determinante del posterior desarrollo de la autoestima, así como del estado de bienestar, dejando en segundo término la idea de trauma infantil.

La tradición neofreudiana y la influencia de cognoscitividad añadieron determinantes socioculturales y cognitivos a los procesos depresivos. El modelo biologicista retomó la idea de Freud de una presencia somática dentro de la melancolía.

A manera de síntesis, las teorías psicoanalíticas actuales, afirman que:

“las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuentemente la madre”. (Belloch, et. al. 2009, p. 274)

4.2. Abraham y la melancolía.

Influenciado por la teoría psicosexual de Freud, Abraham (1944) ubica a la melancolía con una regresión de la libido a la etapa oral y a partir de las aportaciones de Freud en *Duelo y melancolía*, confirma que *“el proceso de introyección del objeto de amor constituye una incorporación del mismo, en armonía con la regresión de la libido al nivel oral canibalístico”.* (Abraham, 1944, p. 275).

Abraham (1944) confirma que lo que precede a un cuadro melancólico es siempre la pérdida del objeto. Al cuadro lo nombra como una forma arcaica de duelo. La pérdida es percibida inconscientemente como *“un proceso sádico de destrucción o como un acto de expulsión anal”* (p. 283). El melancólico abandona sus relaciones psicosexuales con el objeto, a diferencia del neurótico obsesivo que las retiene.

Inherente a la melancolía, es la ambivalencia (amor-odio) hacia el objeto. Esta ambivalencia se muestra en los constantes autorreproches que el melancólico se hace todo el tiempo, y que en realidad están dirigidos hacia el objeto perdido. Al respecto dice: *“El proceso de introyección en el melancólico está basado en un disturbio radical de las relaciones libidinosas con el objeto, manifestándose en un severo conflicto de sentimientos ambivalentes de los que sólo puede escapar volviendo contra sí mismo la hostilidad que originalmente sentía hacia el objeto”* (p.291).

4.3. Aportaciones de Freud sobre melancolía.

Freud (1886-1889) en las primeras elucidaciones en torno a la melancolía, partió de la idea de que el afecto inherente a ella, era el duelo por algo perdido, concluyendo después, que eso perdido era la libido. En este punto hace una comparación con la anorexia nerviosa, como una especie de melancolía derivada de una sexualidad no desarrollada, y a la pérdida de apetito, la vincula con el aspecto sexual, como una pérdida de libido. De aquí menciona tres formas de la melancolía: la melancolía grave y cíclica, la melancolía neurasténica y la melancolía de angustia.

Otra de las ideas principales en esta primera aproximación al tema de lo melancólico, además de la pérdida de la libido, es la anestesia en el melancólico, anestesia que pareciera la génesis de su melancolía y que es descrita como una inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional, producida por una disminución de la magnitud de excitación, lo que conlleva dolor, formando *“un recogimiento dentro de lo psíquico, que tiene un efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación...mediante una hemorragia interna, digámoslo así, nace un empobrecimiento de excitación, de acopio disponible que se manifiesta en las otras pulsiones y operaciones. Como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto de una herida análogamente al dolor”* (Freud, 1886-1889, p. 245).

Chamizo (2012) retoma el concepto de hemorragia interna, descrito arriba, para referirse a la falta de intimidad en el melancólico, lo que hace que éste no tenga sentimientos de vergüenza ni ocultamiento. Él llama a la aflicción en la melancolía, como el “golpe” que, al tener un efecto de succión, abre hacia dentro de sí en vez de hacia afuera. Compara este concepto de hemorragia con la que se da en el enamoramiento, que al contrario de abrir hacia dentro, abre hacia fuera, hacia el objeto causa del enamoramiento.

Freud (1917) trabaja la melancolía como otra reacción, más patológica que el duelo, ante la pérdida. A lo largo del texto, va puntualizando las diferencias de la melancolía con respecto al duelo normal.

En primer lugar, Freud distingue que la melancolía tiene los mismos rasgos que el duelo, es decir, un profundo abatimiento, el desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de la productividad. Sin embargo, se distingue principalmente por dos características básicas: existe una *“perturbación en el sentimiento de sí... un empobrecimiento del yo”* y además el melancólico, *“sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él”* (Freud, 1917, p.242). Lo que distingue a la melancolía del duelo, es que en ella el proceso es básicamente inconsciente.

La descripción del proceso inconsciente que padece el melancólico ante la pérdida, y que lo lleva al empobrecimiento de su yo, es en palabras de Freud (1917) el siguiente:

“Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto...La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se deslazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no se encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular, como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación”. (pp. 246-247)

A manera de síntesis, en la melancolía podemos encontrar: la regresión de elección de objeto al narcisismo primario, un superyó sádico, la relación con el

objeto es ambivalente, los autorreproches muestran esa ambivalencia, así como el sadismo superyoico, la identificación con el objeto es la introyección en el yo de éste, lo que provoca el debilitamiento en el yo, ya que cayó sobre él la sombra del objeto.

En cuanto al espacio que ocupa en la nosología freudiana la melancolía, podría decirse que, a lo largo de su obra, Freud le dio a la melancolía un lugar de excepción, ya que ésta no se le puede situar del todo como psicosis, y dentro de las neurosis de transferencia tiene sus diferencias. En todo caso se le pudiera nombrar como una neurosis narcisista, como lo apunta en Freud (1923):

“La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el ello, la neurosis narcisista al conflicto entre el yo y el superyó, la psicosis al conflicto entre el yo y el mundo exterior” (p. 158).

Chamizo (2012) con base en los autorreproches presentes en la melancolía como manifestación del odio volcado contra el yo, así como al hecho de que el yo se vacía de libido, establece una distinción entre melancolía y depresión.

Explica que en la depresión hay una disminución del sentimiento de sí, sin embargo:

“en la melancolía el yo se vacía, ya que la pulsión deja de investirlo en tanto a objeto” (Chamizo, 2012, p. 188). Más adelante continúa con el vacío yoico que conlleva a la pérdida del yo y agrega: *“Habría que decir que siempre estuvo perdido. La ausencia de objeto evidencia que el objeto era el único soporte del yo, sin metáfora amorosa de por medio...el melancólico no puede creer que es alguien”*. (Chamizo, 2012, p.190).

La imagen del niño maravilloso que se forma con el “narcisismo vía yo- ideal”, según Leclair (citado en Chamizo 2012) no se encuentra en el melancólico, por lo que se le dificulta poner distancia con esa nada, con ese vacío yoico, por eso *“el objeto material eterno le funciona como la imagen del niño maravilloso y por eso su pérdida es catastrófica”* (Chamizo, 2012, p. 190).

4.4. Aportaciones sobre la melancolía de Leader y Tizón.

Leader (2011) dice que *“en el duelo lloramos a los muertos; en la melancolía, morimos con ellos”* (p. 15). En este sentido el autor nos da una diferencia fundamental que habrá que tomar en cuenta en la clínica para distinguir si, frente a nosotros, está alguien diagnosticado con depresión por una pérdida o si este diagnóstico está dejando de lado que el paciente, ya ha muerto con el objeto perdido, por lo que estaríamos, entonces, frente a una melancolía.

Una forma de diferenciarlo aparece en el segundo proceso de trabajo de duelo que menciona Leader (2011), el cual refiere a la necesidad de matar a los muertos como una forma de soltar el lazo que nos une a ellos y así situarlos en un espacio simbólico, que permita entablar nuevos lazos con los vivos.

El melancólico como ya se dijo anteriormente, habrá muerto con ellos. Si eso ocurre: *“El melancólico puede quejarse de enfermedades o síntomas corporales que resultan reflejar aquellos de la persona perdida. O pueden encontrarse actuando partes de la vida de la persona perdida, o incluso experimentando partes de su cuerpo como si le pertenecieran a otro”* (Leader, 2011, p. 155).

En este afán de morir con los muertos, el sujeto melancólico se ubica en una existencia escindida entre el mundo de los muertos, donde experimenta una soledad y un vacío infinitos, y el mundo de los vivos que aparecen como sombras. Una de las explicaciones que ofrece (Leader 2011) para habitar estos dos mundos es: *“si la madre es altamente inconsistente con su hijo o si su forma de ser es súbitamente alterada por una enfermedad o un accidente. El factor clave es un cambio súbito de estado en aquellos cercanos a nosotros”* (p. 157).

Tizón (2007) atribuye a la melancolía la forma más psicopatológica y larga para poder elaborar cualquier duelo, ya que existe gran cantidad de desesperanza, y el mundo interno no se reorganiza. Puede observarse, a simple vista, una gran depreciación del mundo, de los Otros y de sí mismo.

El centro de su mundo interno es invadido absolutamente por el objeto perdido, de tal manera, que al melancólico se le dificulta mucho advertir otros objetos, hacer planes y hacer nuevas representaciones y relaciones.

En los procesos elaborativos de duelo, Tizón (2007) estudia los distintos tipos de organizaciones psicopatológicas de relación con dichos procesos, distingue entre ellas a la relación histórica, la relación fóbica y evitativa, la relación obsesivo-controladora, la relación perversa y adicta, la relación paranoide, entre otras.

Es en la “*relación melancólica*” (p.23) que para efectos de este trabajo detallaré. Este tipo de organización requiere de los siguientes factores:

1. Factores situacionales, ambientales próximos y remotos; 2. La personalidad propia; 3. La relación de objeto que ligaba al sujeto a lo perdido; 4. factores de vulnerabilidad biológica previos; 5. Factores previos de vulnerabilidad psicológica, vinculados a la ambivalencia residual de las primeras introyecciones.

En la relación melancólica se puede observar una tendencia a la “*identificación adhesiva*” (p. 237), en la que hay una sobreidentificación con el objeto que se ha perdido, manifestándose con ideación suicida o incluso la muerte de la persona melancólica. “Puede observarse incluso una identificación con las enfermedades o molestias del objeto, en el caso que éste se tratara de una persona” (Tizón, 2007, p. 237).

Con referencia al mundo interno en la organización melancólica, Tizón (2007) retoma el concepto de Freud (1917) de que *la sombra del objeto ha caído sobre el yo*, es decir, que el deterioro que sufre el objeto interno mengua al núcleo del yo del sujeto provocando en él la pérdida de insight y de capacidades varias. El sujeto cree haber perdido realmente muchas de sus capacidades sociales, académicas, motrices, etc. Todo esto es consecuencia de un superyó sádico que invade tanto cognitivamente como emocionalmente al sujeto entero con una certeza negativa de sí mismo y bajo tal situación aumenta el riesgo de suicidio físico o social.

El ataque continuo del superyó al objeto interno del sujeto melancólico, deviene en aspectos sadomasoquistas como elementos de una relación perversa dentro de la organización melancólica, los cuales forman parte del cuadro melancólico crónico y grave.

Con referencia al sadomasoquismo superyoico Tizón (2007) escribe:

“el dolor tiende a convertirse en un requisito previo al placer: hay que aplacar al superyó y expiar culpas reales y fantaseadas. Es como si intentaran conseguir créditos de dolor para merecer placer. Todo sea por mantener en la fantasía el control omnipotente del objeto...el papel de víctima es un papel seguro, lo que puede llevar a esa forma de comportamiento en la relación que Seligman (1974, Masser y Seligman 1983) llamó la indefensión aprendida. Se produce entonces una ganancia secundaria: la compasión, con sus agridulces características” (pp. 241-242).

5. Identificación

5.1. El concepto de identificación en la psicología.

Este concepto se ha entendido como un esquema donde dos individuos distintos están unidos entre sí por una relación de identificación, y uno de ellos tomará los rasgos del otro hasta volverse muy similar a éste.

5.2. El concepto de identificación en el psicoanálisis.

La Planche (2008) define el concepto de identificación como: *“el proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones”* (p.184).

El concepto freudiano de identificación, en cambio, es totalmente inconsciente y según Nassio (1996) consiste en *“un proceso de transformación efectuado en el seno mismo del aparato psíquico, fuera de nuestro espacio habitual y que no puede ser percibido en forma directa por medio de nuestros sentidos”* (p. 137).

Desde esta perspectiva, se entiende el proceso de identificación entre dos instancias inconscientes, el yo y el objeto. Entendiendo el objeto como una representación inconsciente y no como una persona en el exterior. La identificación será entonces, una apropiación inconsciente que producirá un cambio psíquico dentro de una sola persona, no siendo una imitación del otro.

Posteriormente Lacan tomará de Freud el concepto de identificación, complejizándolo. Éste seguirá estando bajo un dominio inconsciente, pero además el proceso planteado por Freud se invertirá, pues no dará cuenta de la relación entre el yo y el objeto, sino que uno de estos dos creará al otro. La identificación lacaniana dará: *“un nombre al proceso de causación del sujeto del inconsciente”* (p. 139).

5.3. La identificación en Freud.

A lo largo de la obra freudiana se pueden localizar momentos relacionados con el concepto de identificación. Por ejemplo, en el apartado 17 del Proyecto de Psicología (1950- [1895]), no refiere propiamente al concepto de identificación, pero sí a los orígenes del desarrollo de éste, con la introducción del concepto de *“complejo del prójimo”* para referirse a otro parecido a uno que despierta nuestro interés y que nos ayuda a discernir en qué nos parecemos a él. Se desprende de aquí que este otro semejante, nos hace sujetos, porque nos hace pensar, nos atraviesa desde un inicio, constituyéndonos.

En el cuerpo tenemos representado al objeto, existe algo que se vive como propio, pero que viene de fuera. Al respecto dice:

“El complejo del prójimo se separa en dos componentes, uno de los cuales impone por una ensambladura constante, se mantiene reunido con una cosa del mundo, mientras que el otro es comprendido por un trabajo mnémico, es decir, puede ser reconducido a una noticia del propio cuerpo”. (Freud, (1950- [1895]), p. 377)

Posteriormente en Freud (1912-1913) se muestra la identificación primaria o con el objeto total, en este caso el Padre mítico de la horda primitiva, quien es devorado por los miembros del clan para santificarse y adquirir parte de su fuerza por la ingestión del animal totémico que sustituye a ese padre primordial.

El concepto de narcisismo descrito en Freud (1914) aclara de qué forma se constituyen algunas de las instancias del sujeto con base en modelos de objeto previos. Discierne que amamos, ya sea desde la forma narcisista, es decir, con una identificación hacia la propia persona actual, pasada o futura o desde la forma de apuntalamiento, identificados con la madre nutricia o el padre protector.

Más adelante en Freud (1917 [1915]), describe el recorrido libidinal de la identificación del yo con el objeto perdido. Además, aclara que la identificación es la etapa previa de la elección de objeto y describe la identificación narcisista tanto en la histeria como en la melancolía, siendo en esta última, una regresión hasta la

forma de elección más originaria del ser humano. En relación a esto escribe: *“La pérdida de objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación”* (p. 247).

El trabajo más completo sobre el tema de identificación lo encontramos en Freud (1921), donde refiere tres modalidades del concepto de identificación.

“En primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto: en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por vía regresiva, mediante introyección del objeto en el yo, por así decir; y en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales”. (p. 101)

La primera modalidad descrita por Freud (1921) está asociada al concepto de incorporación, entendido como una forma de relación con los objetos de tipo oral, canibalístico, de acuerdo a la teoría psicosexual, en el cual el sujeto introduce al objeto dentro de su cuerpo. También esta primera modalidad de identificación se ubica como identificación primaria u originaria.

Freud (1912-1913), da ejemplo de identificación mediante la incorporación del objeto, cuando narra el banquete totémico, donde los miembros del clan matan al animal totémico, lo lloran y lamentan para posteriormente devorarlo en un gran festín. De esta manera: *“Los miembros del clan se santifican mediante la comida del tótem, se refuerzan en su identificación con él y entre ellos”* (p. 142).

Otro ejemplo de identificación por incorporación en Freud (1912-1913) se encuentra en el mismo pasaje del festín totémico, pero ahora con referencia al padre primordial, quien era sustituido por el animal totémico. Este padre primordial era violento, envidiado y temido al mismo tiempo, por todos sus hijos, con lo que *“en el acto de devoración, consumaban la identificación con él, cada uno se apropiaba de una parte de su fuerza”* (pp. 143-144).

Abraham (1944) dice que en la melancolía el proceso de introyección del objeto perdido toma la forma de una incorporación oral, cuando cuenta que, durante los paseos de su paciente, éste tenía la fantasía de comer los excrementos que estaban sobre la calle, lo que interpreta como *“la expresión del deseo de reincorporar dentro de su cuerpo el amado objeto que había expelido en forma de excremento. He aquí, por consiguiente, una confirmación literal de nuestra teoría de que el inconsciente contempla la pérdida de un objeto como un proceso de expulsión excrementicia y su introyección como un proceso de incorporación oral”* (p. 296).

La segunda modalidad de identificación descrita por Freud (1921), es la que refiere al concepto de introyección. Es entendida como una identificación secundaria y parcial, puesto que toma un único rasgo del objeto. La desarrolla a partir de sus reflexiones en torno a la formación de síntomas neuróticos en el caso de la histeria, primero, con el caso Dora, y posteriormente en Freud (1917 [1915]), la asocia como mecanismo de identificación en la melancolía.

La introyección de tipo histérico dependerá del tipo de lazo que se tenga con el objeto, este puede ser de tipo hostil o amoroso. Estas dos formas, representan distintas vías de formación de síntoma en la histeria.

Freud (1921) lo expone de la siguiente manera:

“La identificación puede ser la misma que la del complejo de Edipo, que implica una voluntad hostil de sustituir a la madre, y el síntoma expresa el amor de objeto por el padre; (...) o bien el síntoma puede ser el mismo que el de la persona amada (...). La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación”. (p. 100)

En el caso Dora, las identificaciones son con la persona amada, ella imitaba la tos del padre, por ejemplo. A través de esta identificación con la tos del padre, ella podía soportar los cuidados que la señora K le prodigaba al padre. Más adelante

en la lectura de este caso, se descubre que en realidad la persona amada era la señora K y la identificación estaba puesta con el padre de Dora.

Nassio (1996) condensa en cuatro, las modalidades de identificación parcial de acuerdo con la forma que adopte una representación. Si el objeto toma la forma de rasgo distintivo, entonces se está hablando de una identificación regresiva de acuerdo a Freud. *“El yo establece primero un lazo con el objeto, se separa de él, se repliega, regresa y se disuelve en las huellas simbólicas de aquello que ya no está”* (Nassio, 1996, p. 146).

Si la identificación parcial es con la imagen del objeto, lo subdivide en dos categorías más, la primera que distingue como la imagen total del objeto amado, deseado o perdido, entonces corresponderá a la identificación patológica de la melancolía y su fundamento será el narcisismo. *“el yo reproduce con fidelidad los perfiles y movimientos de aquel que lo abandonó, y de esta manera se convierte en el igual de su imagen total”* (Nassio, 1996, p.147).

Si la identificación es con la imagen local del objeto, se encontrará en el caso de la histeria y tendrá como característica principal la identificación con la imagen de la parte sexual del otro. Así también Nassio (1996) menciona dos formas de identificación parcial con la imagen local del objeto: *“ya sea reducida sólo al emplazamiento genital, y entonces el objeto será percibido como sexualmente deseable; ya sea a su imagen privada del emplazamiento genital, y en consecuencia el objeto será percibido como deseante en la medida en que al estar agujerado tiende a completar su falta”* (Nassio, 1996, p.149).

Por último, la identificación parcial con el objeto en tanto a emoción, también presente en el caso de la histeria, puesto que aquí la identificación es con el goce de los integrantes de la pareja fantasmada en el inconsciente. La identificación en este caso es del yo con la falta de representación, porque el goce no tiene representación en el inconsciente. Nassio (1996) concluye que la histeria contiene las tres variantes de identificación parcial mencionadas anteriormente, *“todo sueño, síntoma o fantasma histérico condensa y actualiza una triple identificación:*

identificación con el objeto deseado, con el objeto deseante, y finalmente, con el objeto de goce de los dos amantes” (Nassio, 1996, pp. 151-152).

La tercera modalidad de identificación descrita por Freud (1921), de tipo secundario, es aquella considerada como de masa, donde hay una coincidencia entre las personas de la comunidad, vía relación de objeto con el ideal del yo compartido.

Freud (1921) dice que ésta: *“puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales”*. (p. 101).

5.4. La identificación melancólica.

Freud (1921) hace referencia al mecanismo de introyección en la afección melancólica. Reitera que es la melancolía una reacción patológica a la pérdida real o afectiva del objeto amado y que tiene como rasgo principal *“la denigración del sí del yo, unida a una implacable autocrítica y a unos amargos autorreproches... la sombra del objeto ha caído sobre el yo”* (p.103).

Con esta última frase, reafirma lo ya expresado en *Duelo y melancolía*, acerca del destino final de estos autorreproches, que es el objeto perdido, como manera de venganza del yo sobre él, lo que confirma la introyección de ese objeto perdido.

En Freud (1917 [1915]), dado el empobrecimiento de sí que impera en el melancólico, considera que existe una falla en la identificación. Hay una querrela entre instancias, sobre todo con aquella que aquí llama conciencia moral y que posteriormente con el desarrollo de su segunda tópica, será llamada superyó.

Abraham (1924) por su parte aclara que:

“El proceso de introyección en el melancólico está basado en un disturbio radical de las relaciones libidinosas con el objeto, manifestándose en un severo conflicto de sentimientos ambivalentes de los que sólo puede escapar volviendo contra sí mismo la hostilidad que originalmente sentía hacia el objeto”. (p.291)

Este autor considera también la incorporación, además de la introyección arriba mencionada, dentro de los mecanismos de identificación en la melancolía. Explica que, ante la pérdida del objeto, el melancólico no sólo tiene un nivel de regresión a la etapa anal-sádica, marcada por un conflicto de ambivalencia (amor-odio) en su forma más arcaica, sino incluso más atrás, donde el sujeto amenaza con destruir el objeto, devorándolo.

La identificación narcisista es mencionada por Freud (1917 [1915]), en el sentido de que el melancólico retorna a formas arcaicas donde no existe la posibilidad del investimento libidinal. Ante la pérdida, el melancólico ha retirado su libido del objeto, y por medio de la identificación narcisista, pone al objeto dentro de su propio yo, en esto se diferencia de la histeria en que en ella sí se resigna la investidura de objeto.

5.5. La mirada de la madre y su papel en los procesos identificatorios.

¿Qué pasa cuando la madre retira su mirada del hijo? Esta pregunta busca respuesta a partir del caso que en este reporte se analiza.

Green (1980) habla de una madre muerta, pero no en términos reales y físicos, sino en términos psíquicos en el hijo que cuida. Este autor procura analizar las consecuencias psíquicas que conlleva la muerte de la imago materna en la psique del hijo a causa de una depresión materna que *“transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, cuasi inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y gravita sobre el futuro libidinal, objetal y narcisista”* (Green, 1980, p. 249).

La característica principal de la madre muerta es que ella está absorbida por su propio duelo, ya que por alguna razón se encuentra deprimida. Puede tratarse de *“una depresión desencadenada por una decepción que inflige una herida narcisista”* (p. 257).

En el caso que se presenta aquí, es la enfermedad degenerativa de la madre de

Nacho la causante de dicha depresión. Lo que conduce a *“un cambio brutal, verdaderamente mutativo de la imago materna...una auténtica vitalidad que experimentó una detención brusca, una varadura que la mantiene bloqueada para lo sucesivo...el desastre se limita a un núcleo frío, que ulteriormente será rebasado, pero que deja una marca indeleble sobre las investiduras eróticas de los sujetos en cuestión”*. (Green, 1980, p. 258).

Esto es vivido como un desastre para el hijo porque el amor de esa madre se ha perdido inesperadamente, de forma brutal. El trauma narcisista que ocasiona, lleva consigo una pérdida de amor y de sentido. En la triangulación edípica cuando hay una madre muerta (deprimida) el hijo busca a ese tercero, el padre, pero lo que encuentra generalmente es: *“el padre no responde a la aflicción del hijo. He ahí el sujeto tomado entre una madre muerta y un padre inaccesible, porque éste se preocupa sobre todo por el estado de la madre sin acudir en auxilio del hijo, o porque deja a la pareja madre-hijo librarse sola de esa situación”*. (Green, 1980, p.259).

Toda esta situación trae consigo el desarrollo de distintas defensas y movimientos psíquicos en el hijo, las cuales desgloso a continuación:

- a) Desinversión afectiva y representativa del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta, lo que provoca un *“asesinato psíquico del objeto perpetrado sin odio”* (p. 259).

Con relación a la identificación, ésta se desarrolla en una modalidad primaria, (inconsciente e incorporadora) donde no hay una verdadera reparación sino únicamente mimetismo. Green apunta que: *“como ya no se puede tener al objeto, el objeto es seguir poseyéndolo deviniendo él mismo, no como él”*. (p. 259).

- b) Pérdida de sentido, debido al derrumbe repentino de la representación materna. Esta deviene en otra defensa:
- c) El desencadenamiento de un odio secundario que *“moviliza deseos de incorporación regresiva, pero también posiciones anales teñidas de un*

sadismo maniaco en que se trata de dominar al objeto, mancillarlo, vengarse de él, etc.” (p. 261).

- d) La excitación autoerótica caracterizado por una reticencia a amar al objeto, origen de la identificación histérica. Se encuentra aquí una disociación entre sensualidad y ternura y bloqueo del amor.
- e) La procura de un sentido perdido estructura el desarrollo precoz de las capacidades fantasmáticas e intelectuales del yo. El hijo procurará anticipar o adivinar las reacciones maternas. Sobreinvertirá la actividad intelectual.

Dentro del derrumbe psíquico de estos sujetos, la imposibilidad de establecer una relación objetal duradera los lleva a sentirse decepcionados, ya sea del objeto o del yo, teniendo sentimientos de fracaso y de incapacidad. Green (1980) lo describe de esta manera: *“El paciente tiene el sentimiento de una maldición que pesará sobre él, la de la madre muerta que no termina de morir y que lo mantiene prisionero...sólo existe el sentimiento de un cautiverio que despoja al yo de él mismo y lo aliena en una figura irrepresentable” (p. 263).*

Con respecto al término introyección, mecanismo que Freud estima del estado melancólico, Green (1980), piensa que el núcleo del yo está invadido por la madre muerta, de tal forma que los objetos del sujeto permanecen en el límite del yo, ni completamente dentro, ni fuera.

Como una consecuencia de tener en el núcleo del yo a la madre muerta, la incapacidad de amar a otros objetos no es únicamente producto de la ambivalencia sino al gélido vacío de la desinvertidura. *“su amor sigue hipotecado a la madre muerta” (p. 265).*

6. Método

6.1. Planteamiento del Problema

El dolor ante la pérdida es algo con lo que los seres humanos lidiamos desde el nacimiento hasta el final de nuestros días. En los primeros momentos de la vida, aparecen una a una, distintas pérdidas entre lo deseado y lo necesitado, siendo comúnmente la madre quien aportará los apoyos que se necesitan para lidiar con el dolor que implican dichas pérdidas, hasta que el niño logra tener la permanencia y constancia del objeto. Luego, en la adolescencia, aparece el dolor de perder la infancia y la relación con los objetos amados hasta ese momento. A través de las distintas etapas del desarrollo, pérdidas de todo tipo están presentes en la vida de los seres humanos, de modo que pareciera que viviéramos en un eterno proceso de duelo.

Freud (1915) planteaba el duelo como forma de reacción de los seres humanos ante cualquier pérdida, ya sea la del objeto amado, o sea la de abstracciones como la libertad, la patria, el ideal, entre otras. La melancolía también la consideraba una forma de reacción ante la pérdida, pero la distinguía del duelo por el sentimiento ambivalente hacia el objeto perdido que se observa en los frecuentes autorreproches, así como una rebaja notoria del sentimiento de sí. El melancólico sabe lo que perdió, pero desconoce lo que perdió de sí mismo con esa pérdida.

Entonces, ¿Qué sucede cuando a quien se pierde no muere físicamente, pero se va apagando lentamente? ¿Cómo afecta esto en el proceso adolescente?

El caso que trabajaré en este reporte tiene que ver con la formación de una melancolía por el dolor que le ha significado al paciente, tener desde hace ya siete años, a su madre enferma con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), enfermedad neurodegenerativa que va debilitando los músculos en general y que provoca la discapacidad motora y respiratoria, así como la dificultad para articular palabras y para tragar.

Al Centro de Servicios Psicológicos sede de la residencia acude un chico de 17 años, a quien de aquí en adelante me referiré como “Nacho”.

Llega a su entrevista inicial 40 minutos tarde, con un estado de angustia notorio, provocado, según manifiesta, por trasladarse en el transporte público *“lleno de gente”*. Se describe como un inadaptado social, torpe, tímido e inseguro. Relata que prefiere estar solo. Incluso que, cuando se encuentra con alguna persona, *“quisiera desaparecer”*. Añade que no habla, pues piensa que no tiene nada interesante que decir y que, en los trabajos de la escuela que son en equipo, siente como *“si tuviera una bolsa de plástico que no me permitiera hablar”*.

Durante las entrevistas exploratorias, se escucharon en su discurso ataques hacia sí mismo de manera constante, los cuales mostraban un yo muy disminuido y un superyó sádico: *“Pienso que todo el mundo me va a humillar, me siento como un gusano que todo el mundo puede aplastar. Me veo como si no tuviera personalidad propia”*.

Los problemas para socializar con los otros aparecieron cuando él cursaba el último año de primaria, lo que coincide con el hecho de que su madre, aquejada de una enfermedad de la cual él ha decidido desconocer el diagnóstico, cae en silla de ruedas. Sobre la situación actual de la madre dice: *“Para mí el tiempo no ha pasado. Parece como si hubiera sido ayer que ella se lesionó. No quiero saber el diagnóstico de mi mamá porque me da miedo que ella ya no tenga solución y que sea una realidad”*. Agrega que a su madre *“no le gusta salir ni que la vean”*, lo que coincide con su dificultad de socializar con los pares y trasladarse en transporte público, donde él es visto por los otros.

En estas sesiones, también se escucha de qué manera la situación de enfermedad de la madre modificó en buena medida la vida cotidiana de la familia en sí, ya que tienen que dejar la casa donde vivían para vivir con los abuelos paternos, así como las rutinas de cada miembro de la familia, incluido el paciente en cuestión, cambian notoriamente. Al respecto dice: *“Mi papá baña a mi mamá todos los días antes de irse a trabajar. Mi abuelita cocina para todos nosotros. Yo tengo que*

ayudar con el quehacer, no me gusta hacerlo, soy muy flojo. No tomo en cuenta que mi mamá está en una silla de ruedas. Yo cuido de mi mamá en las mañanas y mi hermana en las tardes, cuando llega de la escuela. A veces la llevo al baño, pero no la limpio. Tengo cambios de humor constantes”.

Se asoma la ambivalencia hacia la madre enferma cuando narra: *“Me enojo muy seguido con mi mamá, siento que ella no me entiende. Ella habla muy pausado y a mí me molesta”.*

En la secundaria tuvo un intento de suicidio debido, según manifiesta, a una calificación baja en la materia de dibujo técnico, por la que el padre lo regañó enfrente de su madre y hermana. Sintiendo no digno del cariño de sus padres, así como muy culpable, consideró quitarse la vida tomando unas pastillas de su madre. No pasó de un fuerte dolor de estómago, sin embargo, dice que a veces, aún ahora, *“hay noches en las que pongo música y me tapo con las cobijas, a ver si con eso cambia la realidad que me agobia. Pienso cómo sería la vida si yo faltara”.*

El tratamiento tuvo como primer objetivo intentar que Nacho elaborara el duelo del dolor que le ha causado la pérdida de la salud de la madre. Con el paso de las sesiones se ha podido escuchar que se identifica con varios síntomas de la madre, lo que me hace pensar que existe una identificación melancólica en donde el objeto perdido se ha introyectado en el yo. Ejemplos de ello expongo a continuación:

Nacho ha expresado sentirse muy molesto y a veces desesperado por la incapacidad de la madre para hablar, debido a la parálisis de los músculos que su enfermedad le provoca. En sesión, se queja amargamente de que con sus pares prácticamente no aporta nada a la conversación: *“No se me ocurre nada, como otras personas que sí aportan a la conversación. Tengo sólo 4 palabras: Ah, ¿sí?, no inventes, qué mal, qué bien, ¿en serio?, yo simplemente saludo y tengo una conversación aburrida y sin sentido. Últimamente me han dicho en casa que hable bien porque no se me entiende”.*

En alguna otra sesión, se refiere a su mamá durante las fiestas familiares como: *“Ella quiere hablar y lo intenta. Si hay una fiesta familiar donde vienen de otros estados, ella va, pero nomás se queda ahí, no habla, no hace nada”*.

Esta incapacidad de hablar también se refleja en su desempeño escolar, dado que el trabajo en equipo donde tiene que participar con sus ideas y opiniones sobre el proyecto no ocurre. *“El profesor nos pidió leer un pdf y hacer equipos. Estuve tartamudeando y ansioso. A mí me han considerado como un fantasma. A veces me desaparezco”*. Refiriéndose a sus compañeros comenta: *“Ellos dicen: no habla y no tiene nada que hacer. A él no lo metas porque no dice nada o no hace nada”*. Agrega: *“No es que no quiera platicar es que me molesta. Me molesta de algún modo tener que platicar”*. Lo mismo pasa en la clase de inglés, en la cual la práctica en parejas de algún diálogo es imposible, lo que ocasiona una gran angustia que se manifiesta con el deseo inmenso de salir del salón y desaparecer.

En otra ocasión, cuando relataba que había ido a su cita en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), adonde lo referí, afirmó: *“la Dra. no me entendía bien porque no me salían las palabras, hablaba lentamente y redundaba”*. Y añade: *“Intento hablar, pero no me sale, pareciera que fuera un reflejo de mi mamá en mí mismo”*.

Con relación a la actividad motora, también se ha escuchado durante las sesiones cierta incapacidad para realizar movimientos, sobre todo con sus piernas, especialmente en el basketball, deporte que solía practicar los domingos, en un parque cercano a su casa. Me refiero a esta actividad en tiempo pasado, ya que, debido a su melancolía manifiesta y a la identificación con el síntoma de la madre de no poder moverse, terminó por renunciar a esta actividad deportiva. Al respecto, dice: *“Siempre perdemos. Regularmente cuando me llega la pelota, me siento inseguro, me fallan las piernas y equivoco la acción. Entonces me vienen mis pensamientos de que soy un torpe y un tonto que hago perder al equipo”*. También ha mencionado que, a veces, las piernas le fallan al subir las escaleras del metro.

Puedo escuchar una profunda culpa latente por el hecho de poder moverse y hacer cosas, al contrario de la madre. Incluso alguna vez comentó con relación a alguna buena jugada en el partido de basketball: *“Cuando pienso que algo lo hice bien, se me empieza a erizar esta parte de la cabeza, como cuando oyes canciones y se eriza la piel”*. Además de la culpa latente, es posible apreciar cierto goce de colocarse en la situación lastimosa. En sesión, se escapó en el discurso la expresión *“siento cierto placer”*, relacionada con el hecho de dar lástima.

En otro momento, llegó a la sesión con la palabra *“sofocarse”* como significante, ya que ésta fue apareciendo en distintos momentos. Primero, dijo que bañarse lo cansa, se sofoca. Después describió cómo al subir las escaleras del metro, para venir a consulta, se sofocó mucho. En otro momento, dijo que la depresión le quitaba las ganas de respirar. Próximos al cierre, insistió en su cansancio, ya que *“mi mamá ha estado enferma de gripa y tuvimos que ayudarla a sacar las flemas, porque se ahogaba”*.

En este mismo tenor, el relato de las fiestas familiares que ha aparecido en sesión, tanto de su cumpleaños 18 como de la Navidad, ha venido acompañado de la incomodidad que siente y del deseo de no ser visto ni notado por los familiares, sobre todo de aquellos que vienen de fuera a visitar. Nuevamente, se puede escuchar en su discurso lo que sentía la madre en dichas fiestas: *“Mi mamá permaneció en su cuarto porque no quería que toda la familia ampliada la viera. Se sentía incómoda y por eso nunca bajó”*.

Durante el tratamiento he ido señalando, una a una, las identificaciones que, dada la condición de la madre, Nacho introyecta viviéndolas como suyas. Me parece importante comentar la siguiente reflexión del paciente al respecto: *“es que pienso lo que hablamos de que ella está en una situación y yo en otra distinta, que ella está allá y yo acá, pero en realidad es como que estuviera siempre un lazo que no me permite separar las cosas. Hay ocasiones en que siento que poco a poco el lazo se va yendo. Pero nuevamente en mi cabeza me comienzo a sentir culpable y triste por todo lo que ha perdido”*.

En este continuo señalamiento de las ocasiones en que él se ha identificado con los síntomas de su madre, como no poder hablar, no darse a entender, no querer socializar ni ser visto, sofocarse, sentir ahogo, agrega en asociación libre: *“ella huele mal porque hace del baño y no se puede limpiar, yo también huelo mal. Mi mamá no quiere ya existir y yo tampoco”*.

Aquí vemos a un adolescente que muestra un proceso melancólico por la paulatina pérdida de la salud de la madre, la cual ha tenido sus efectos en la cotidianidad y dinámica familiar, así como en un derrumbe del sentimiento de sí y la difusa y pobre construcción de su identidad, llegando a convertir su proceso adolescente, siguiendo a Carvajal (1993), en una adolescencia abortada, lo que implica ser en la actualidad un adulto pobremente integrado, aislado de sus pares y contexto actual, con una incapacidad para encontrarle un sentido a su vida. Además, tenemos un joven que comienza su etapa adulta, siempre identificado con los diversos síntomas de la madre, por lo que preocupa la posibilidad de que al suceder el desenlace final de la madre, él en sintonía con ella, prefiera morir también.

Con base en lo anteriormente expuesto surge la pregunta: ¿Qué elementos han influido, además de la enfermedad degenerativa que aqueja a la madre, en el desarrollo de la melancolía actual del paciente?

Una posible respuesta a esta pregunta está contenida en el **supuesto** siguiente:

El duelo no elaborado de la enfermedad degenerativa de la madre, el duelo propio de la etapa adolescente y la pérdida de la mirada materna han devenido en melancolía y en la introyección del objeto perdido en el yo, como forma de identificación.

6.2. Objetivo General.

Demostrar que la melancolía padecida por el paciente deviene de los duelos no elaborados tanto del proceso adolescencial como por la presencia de la madre

muerta, lo que representa la pérdida paulatina de la imago materna, favoreciendo una identificación melancólica.

Objetivos específicos:

1. Comprender cómo un duelo no elaborado deviene en melancolía.
2. Analizar las consecuencias del fenómeno de la madre muerta en el psiquismo del paciente.
3. Comprender los procesos de incorporación e introyección presentes en la identificación melancólica y sus repercusiones en el empobrecimiento de sí.
4. Analizar el duelo detenido y abortado de la etapa adolescente en los procesos intrapsíquicos del paciente.

6.3. Definición de categorías.

Duelo. La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal. Se caracteriza por un profundo abatimiento, desinterés por el mundo exterior, inhibición de la actividad productiva y un yo parcializado donde existe una introyección temporal del objeto perdido hasta su adecuada decalectización e integración del yo. (Freud 1917).

Duelo adolescente. Dolor por la pérdida del cuerpo, la identidad, el rol y los padres de la infancia (Aberastury y Knobel, 1988).

Adolescencia abortada. Duelo infantil no elaborado debido a una historia traumática infantil como la enfermedad de uno de los padres, abuso sexual, violencia intrafamiliar, entre otros, que detiene el proceso normal adolescente y conlleva a conductas de aislamiento, depresión puberal, no socialización con pares, severo bloqueo escolar, produciendo un cuadro neurótico grave permanente (Carvajal, 1993).

Melancolía. Forma patológica y arcaica de reacción ante del dolor de la pérdida del objeto amado, que utiliza mecanismos de introyección (Freud 1917) y de incorporación (Abraham 1944), dirigiendo el odio al objeto perdido hacia sí mismo, existiendo a su vez, una ambivalencia que se manifiesta por medio de autorreproches, así como una perturbación y empobrecimiento del yo.

Identificación melancólica. Retorno a las formas y etapas más arcaicas (oral-sádica), donde no existe la posibilidad de investimento libidinal. El mecanismo de incorporación funciona ante el conflicto de ambivalencia (amor-odio) hacia el objeto como forma de destruirlo, devorándolo. (Abraham 1944). Desde el mecanismo de la introyección, el objeto se pone dentro del propio yo, empobreciéndolo. (Freud 1917).

Madre muerta. Aquella que está absorbida por su propio duelo, ya que por alguna razón se encuentra deprimida. Es una madre que no acaba de morir y que mantiene prisionero al hijo en el gélido vacío de la desinvestidura. El núcleo del yo está invadido por la madre muerta, de tal forma que los objetos del sujeto permanecen en el límite del yo, ni completamente dentro, ni fuera Green (1980).

6.4. Tipo de estudio.

Esta investigación tiene una metodología de corte cualitativo, lo que permite trabajar con la palabra y la conducta observable del sujeto para profundizar en su psiquismo y subjetividad. Además, permite conocer los procesos subjetivos y así acceder a los varios significados desde la perspectiva del sujeto de estudio y construir una teoría explicativa de lo analizado. (Quecedo, R., Castaño, C., 2002).

Este trabajo se apoya en un estudio de caso, ya que relata la experiencia singular del paciente, poniendo de manifiesto la situación clínica vivida, así como la elaboración teórica del mismo. En palabras de Nassio, (2015) *“Un caso se define, como el relato hecho por un practicante cuando reconstruye el recuerdo de una experiencia terapéutica destacada”*. (p. 23).

Procura cumplir con dos de las tres funciones mencionadas por Nassio, (2015). Una función didáctica, dirigida a los terapeutas en formación, que transmita el trabajo psicoanalítico hecho con el paciente en cuestión y una función heurística donde el caso en sí mismo pueda generar conceptos que nutran la teoría psicoanalítica de base.

La información obtenida del caso es sometida al análisis hermenéutico, lo que posibilita la interpretación y comprensión profunda del contenido de cada sesión y del tratamiento en sí. Para Paul Ricoeur la hermenéutica es el mejor método para el estudio de las ciencias humanas. El estudio profundo que hizo de la obra de Freud le permitió entender que las personas no comprenden conscientemente todo aquello que está detrás de sus actos, de tal forma que es necesaria una reflexión de aquello que se interpreta. Por lo tanto, la hermenéutica psicoanalítica procura traducir el discurso desorganizado del paciente y posibilita la construcción del mismo, como una narrativa del pasado, que dé sentido al presente. (Como lo explica Martínez, 2002, p.5).

6.5 Instrumentos

La información del caso se obtuvo a través de las siguientes formas de entrevista:

a) Entrevistas preliminares que comprenden: la entrevista inicial, las entrevistas exploratorias del motivo de consulta, del contexto familiar y su dinámica, la exploración del área escolar, sexual, amorosa, relaciones de amistad entre pares y la historia clínica.

Estas entrevistas preliminares tienen varias finalidades como el establecimiento de la relación terapéutica, una evaluación diagnóstica y pronóstica, la devolución del contenido vertido en ellas para el establecimiento de un convenio o encuadre del tratamiento terapéutico.

b) Las sesiones de la psicoterapia psicoanalítica. En ellas no sólo está plasmado el material verbal dado por el paciente, sino además se tiene registro de

la comunicación no verbal, el tono emocional del paciente, observaciones del terapeuta de cada sesión y análisis de la situación transferencial.

6.6. Participantes.

En esta investigación participó un adolescente de 17 años al comienzo del tratamiento, contando con 19 años al finalizarlo.

6.7. Escenario

El paciente acudió a uno de los centros de servicios psicológicos de la UNAM, asignado como sede a nuestra residencia. Se le asignó al Programa de la Residencia de Psicoterapia para Adolescentes, a terapia individual dentro de cubículo, siendo yo su terapeuta en todo el proceso tanto diagnóstico como terapéutico.

6.8. Procedimiento.

El paciente acudió al Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM asignado como sede de nuestra residencia a solicitar el servicio. El área de admisión abrió su expediente con los siguientes documentos: solicitud de servicio, ficha de admisión, consentimiento informado, identificación oficial, acta de nacimiento, y comprobante de domicilio.

Tuvo la entrevista inicial y cuatro entrevistas preliminares diagnósticas. La quinta entrevista fue de devolución diagnóstica y convenio para tratamiento. Se sugirió vernos 2 veces por semana dada la situación emocional en la que se encontraba el paciente, sin embargo, únicamente se logró que acudiera una vez por semana. A la mitad del tratamiento se hizo un ajuste de cuota para que pudiera seguir asistiendo a terapia. El tratamiento (60 sesiones) trabajó inicialmente los objetivos que se establecieron en el convenio, al paso del tiempo, se fueron incluyendo otros objetivos que emergieron durante el proceso y la escucha atenta. Las intervenciones clínicas que se realizaron durante el tratamiento fueron principalmente: contenciones, señalamientos, clarificaciones, orientación psicopedagógica, cuando fue necesaria, acompañamiento, e interpretaciones

diversas. Todo el proceso fue supervisado por mi tutora de la maestría, y fue llevado a mi análisis personal cuando así lo ameritó.

6.9. Consideraciones éticas.

Este trabajo se apegó de forma cabal a los principios y normas de conducta expuestos en el Código Ético del Psicólogo elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología. Así mismo el tratamiento brindado siguió cabalmente las condiciones fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica, mismas que tienen presencia en el Código anteriormente mencionado, como son el contar con un sustento teórico vasto (arts. 1,4), tener la supervisión clínica del caso con la tutora asignada y el análisis personal del terapeuta (art. 10, 11).

Toda la información obtenida ha sido respetando la confidencialidad de los datos (art. 61) así como se ha utilizado un seudónimo para la publicación del presente estudio de caso (art. 68). A lo largo del proceso se protegieron los derechos y el bienestar del paciente (art. 73). Por último, se contó con el consentimiento informado que establece que la información propia del proceso terapéutico podrá ser utilizada para fines científicos, didácticos y de investigación (art. 122).

7. Historia del Paciente.

Cuando Nacho llegó por primera vez a consulta al CSP era todavía menor de edad, tenía 17 años. Sus padres no lo acompañaban. Su demanda era propia, no era enviado ni por los progenitores ni por su escuela. Incluso se hizo cargo del pago de las sesiones, desde la primera entrevista hasta la última, con sus propios recursos, mismos que cobraba de distintos trabajos que hacía como empacador de supermercado y mesero de algunos eventos los fines de semana.

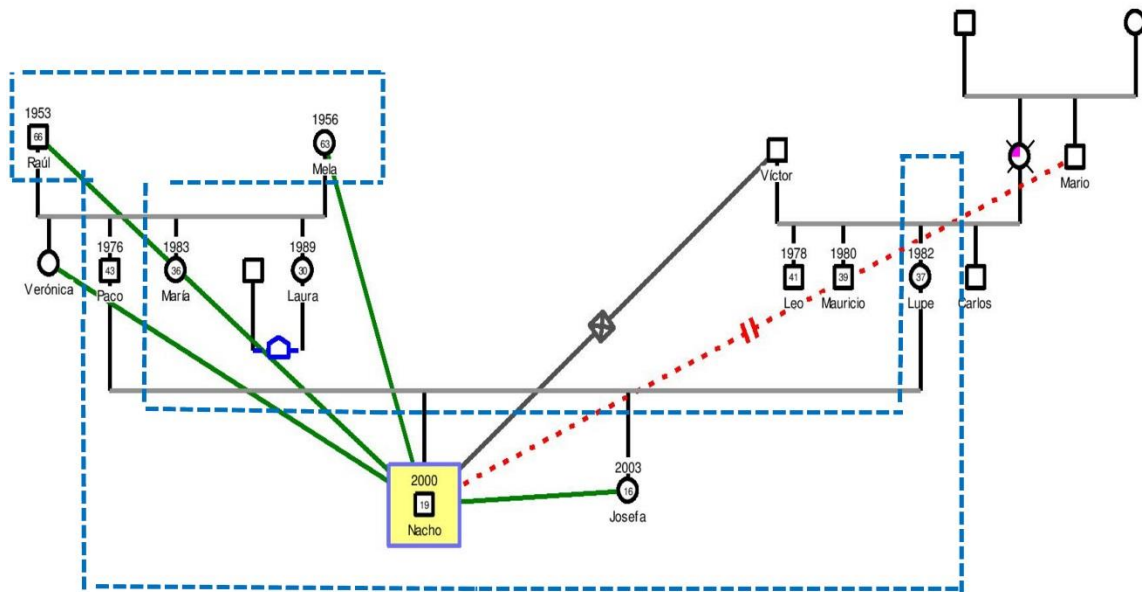
La historia del paciente fue descubriéndose poco a poco a través de las entrevistas preliminares y el tratamiento. No tuve entrevista alguna con sus padres. Por un lado, porque él no quería compartirles que venía a terapia, y por el otro porque su madre estaba en una silla de ruedas y no tenía movilidad al exterior y el padre siempre trabajaba. En algún punto del tratamiento fue necesario el contacto con el padre para que le acompañara al Instituto Nacional de Psiquiatría, donde lo derivé al cuarto mes de tratamiento. No se logró jamás. Sin embargo, la tía Verónica, hermana del padre, fue el familiar que respondía a los mensajes, apoyaba a Nacho y en una ocasión acudió al CSP a una sesión. Por todo lo anterior, la historia que se desvelará a continuación fue narrada únicamente por Nacho y nadie más.

7.1. La familia.

Nacho es el hijo mayor de sus padres. Tiene una hermana 3 años menor, la cual admira y describe como mucho mejor que él tanto en la escuela, como en su capacidad para socializar. Vive con sus padres y su hermana en la casa de los abuelos paternos, mismos que desde que la madre enfermó fueron solidarios y ayudan en sus cuidados.

Nacho siente que fue deseado. Relata que existen muchas fotos de él de cuando era pequeño y que incluso cuando nació dibujaron en el cemento su nombre en la entrada de la casa. Dice que lo querían demasiado. Sus padres tenían 4 años de novios cuando quedó embarazada la madre de Nacho. El padre estaba estudiando contabilidad a nivel técnico en el CONALEP y la madre estudiaba para secretaria.

Ambos dejaron de estudiar para casarse por lo civil. Nacho piensa que su madre era muy inteligente y que era apta para la universidad, pero que no estudió una carrera porque se embarazó de él. Considera que al padre no le interesó seguir estudiando. Sin embargo, siempre ha sido estricto con Nacho con respecto al estudio pidiéndole siempre que mantenga la excelencia en sus calificaciones y que tenga una profesión. La expectativa del padre le queda clara, pero la de la madre dice desconocerla.



Nacho siempre ha vivido y convivido con su familia paterna, aunque él considera que a partir de que enferma su madre, cuando él tiene 10 años, todo cambia en la dinámica familiar. Los padres vivieron con los abuelos desde un inicio. La casa está dividida en varias partes, una de ellas donde vive Nacho con su familia. En ese mismo predio, los abuelos tienen una papelería con la que se ayudan económicamente. Los domingos gran parte de la familia paterna suele reunirse.

Los abuelos son figuras respetadas y queridas para él. De los tíos, la que más cerca está de Nacho y de su mamá, es la tía Verónica con la que él sabe que cuenta en los momentos difíciles, como se pudo ver en el transcurso del tratamiento.

De hecho, Nacho narra que su tía Verónica está muy cerca de su mamá y que la apoya mucho. Parece ser que cuando más jóvenes establecieron una buena relación entre ellas.

Una de las cosas que llamó mi atención desde el principio fue que la madre de Nacho no sólo vivió siempre con la familia de su esposo, sino que, además, era cuidada y atendida por ellos. En el discurso de Nacho no aparecía referencia alguna de la familia materna, por lo que tuve que preguntarle y es lo que describo a continuación.

La abuela materna murió de cáncer y del abuelo se dice que era muy violento, pegaba a la abuela y a los hijos, incluida la madre de Nacho. Un hermano de la abuela, el tío Mario es descrito como figura importante para la madre, pues fue éste el que participó para que el abuelo se fuera de casa y con ello, terminara la violencia en la familia. Sin embargo, Nacho aclara que este tío “desapareció” de la vida familiar cuando él tenía 6 años y añade: *“Me parezco a mi tío Mario porque él creía que a todos les caía bien, pero no era así. Siempre fue seguro de sí mismo, soberbio y regañón. Yo era así a los 8 años”*.

Prosigue la narración describiendo a un hermano mayor de su madre, el tío Mauricio, con el cual también piensa que: *“tengo una combinación entre mi tío Mario y mi tío Mauricio, él siempre tuvo pensamientos mediocres, es un vago. Tiene 10 hijos, muchas deudas y vive en una casa chiquita. Mi mamá dice que yo soy un espejo de él”*. Culmina diciendo que además este tío Mauricio es burlón y grosero. Cuenta que alguna vez este tío se robó un dulce cuando era niño, el abuelo violento como castigo le quemó las manos. Por eso el tío cuando Nacho lloraba por algo le decía: *“no llore como maricón”*. La madre de Nacho le ha dicho siempre que él es “una copia de los dos”.

7.2. El desempeño escolar y la relación con los pares.

Nacho refiere que la etapa de la escuela primaria fue en general feliz. Tenía algunos amigos, uno en especial al que quiso mucho, solía ir a su casa a ver películas y pasar el rato. Recuerda que la madre de este muchacho lo trataba muy bien. Esta amistad se fue distanciando cuando estaban en el sexto grado, ya que el amigo se comenzó a llevar con otro compañero y terminó por *“preferirlo a él”*. Nacho cuenta esta pérdida con mucha tristeza y la relaciona con su incapacidad posterior de hacer amigos duraderos. Marca el tercero de primaria como referencia a que ya en aquel entonces era tímido y muy callado, al menos eso era lo que decían los compañeros del grupo. Este comentario coincide con lo que le dijo alguna vez su padre sobre la misma época escolar. Incluso en alguna ocasión llegó a contarme que a esa edad solía llorar cuando en las fiestas familiares aplaudían y mostraban la alegría de la celebración de forma ruidosa.

Refiere que en la primaria, quería que sus padres estuvieran muy orgullosos de él porque era educado y no decía groserías como los demás. Sacó 9.9 de promedio y siente haber cumplido con las expectativas de sus padres en ese momento. Dice que en la primaria se sintió, *“en una escala del 1 al 10 de felicidad, con un 8”*.

Los problemas inician al final de la primaria que él estuvo en la escolta lo que coincide con que la madre cae en silla de ruedas. Lo narra de esta manera: *“Los populares eran de la escolta como yo, siempre me molestaban, me decían que caminaba como robot y para mí eso era un insulto muy grave. Me ponían apodos. Yo era siempre el que cometía más errores. Me aguantaba, trataba de juntarme con todos, pero en realidad no estaba con nadie. A veces me quedaba muy solo y daba vueltas en el patio. Quise llamar la atención de mis compañeros diciendo que me iba a cambiar de escuela. Me sentía muy desapegado, sólo a veces podía hacer reír a alguien”*.

La etapa secundaria la refiere como lo peor que le pasó en la vida. En esta etapa bajó su rendimiento académico, no le fue posible hacer amigos y tuvo su primera novia. Nacho lo relata así: *“Le tenía mucho miedo a los prefectos y necesitaba*

tener amigos. Me sentía como un niño de kínder en comparación con los otros compañeros. Quería acercarme, pero ellos me rechazaban”.

En 2do. año bajó de promedio. Sacó un 7 en dibujo técnico. Dijo haber decepcionado a los padres. El padre se enojó mucho con él. La vida social seguía siendo igual de frustrante. El padre le llamó flojo: *“Yo me sentía muy sucio, descarado. Lloré mucho, mi papá me gritó y me jaló del cabello. Sentía vergüenza porque mi mamá y mi hermana me estaban viendo. Estaba muy triste. Intenté suicidarme con las pastillas de mi mamá. Tenía novia, duré con ella un mes. Ella muy fácil se enamoró de mí. Siento como que no hubiera tenido novia, nunca la besé ni la tomé de la mano. Yo quería cortar con ella, me sentía muy miserable. Ella no se merecía estar con alguien como yo. Quería cubrir mis realidades con algo que a la gente le pareciera interesante. De hecho, llamaba mucho la atención con cosas tontas que me sacaba de no sé dónde, todos me veían como un tonto. Al final ella me hizo un cartel con letras de amor, pero yo no sentí nada, como si lo hubiera hecho cualquier persona. Yo pensaba que ella andaba conmigo por obligación de su amiga, porque yo era un miserable. Platicábamos por mensaje, no la podía ir a ver porque mi mamá no me dejaba salir. Terminé con ella y no sé qué pasó en mi casa, mi papá se comportó diferente conmigo, y en ese momento pensé en suicidarme porque nadie me va a aceptar en la vida, soy un fracaso, tengo un 7 y no encuentro...estaba quemado, era raro, era tonto. Me comí pastillas y sólo me dieron un poco de hinchazón. Mi mamá nunca se dio cuenta”.*

En 3ro. de secundaria refirió haberse juntado con 3 chicas muy inteligentes. El discurso social es el mismo, en cuanto a que todos lo perciben raro, tonto y que le cae mal a la gente.

Cuando él llega al CSP ya está en el tercer semestre de la preparatoria y tiene un promedio regular (7.6). Menciona que no entiende lo que lee, que tiene problemas para concentrarse y que trabajar en equipo para algún proyecto o en las clases de inglés, le genera tanta angustia que comienza a sudar, tiene taquicardia y unos

grandes deseos de salir del salón, de escapar de ahí. A veces se sale y otras se aguanta, pero se pone rojo y todos lo notan.

Las relaciones con los compañeros no han mejorado, incluso ha desarrollado una fobia social, que no sólo se presenta en el convivio con los compañeros, sino con la gente en general cuando se transporta en el camión, metro, etc., por eso busca ayuda en el CSP. Refiere que sus padres mantienen la expectativa de que él estudie una carrera, sabe que cuenta con su apoyo, aunque recalca que ellos piensan que él es un holgazán y considera que sus padres ven más sus debilidades que sus posibles fortalezas.

8. Resultados y discusión.

“En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo”. (Freud, 1917, p.243).

8.1. El duelo no elaborado de Nacho con relación a la enfermedad degenerativa de su madre devino en un estado melancólico.

A continuación, muestro las evidencias incluidas en el discurso de Nacho a través de las sesiones, tanto preliminares como de tratamiento, que junto con el sostén teórico, procuran esclarecer el devenir melancólico debido la pérdida no elaborada a través de un duelo normal.

Freud (1915) describe al duelo como una reacción consciente ante la prueba de realidad de la ausencia del objeto perdido, es decir, que en el duelo la persona sabe lo que perdió debido a la prueba de realidad. En contraste, en la melancolía el proceso es meramente inconsciente y la persona no sabe lo que perdió en sí mismo con dicha pérdida, además de existir una ambivalencia reprimida hacia el objeto.

El duelo no ha podido ser elaborado por Nacho, de inicio porque la madre no ha muerto físicamente, sino que sigue ahí disminuyéndose poco a poco. En términos de Green (1980) es una madre muerta cuya característica principal es que está absorbida con su propio duelo, muriendo psíquicamente ante el hijo que cuida.

Nacho al referirse a la enfermedad de la madre, de inicio no conoce el diagnóstico, a pesar de que cuando llega a tratamiento conmigo, la madre lleva 7 años con la enfermedad. Lo narra así:

“le diagnosticaron algo que no nos quiso decir, sé que es algo del dengue del pie.

Mi hermana me dijo que ella ya no tiene solución. Mi papá dice que sí y mi abuelita también. Para mí el tiempo no ha pasado. Parece como si hubiera sido ayer que ella se lesionó. No quiero saber el diagnóstico de mi mamá porque me da miedo que ella ya no tenga solución y que sea una realidad”.

Habla de su madre como si no le pasara nada, ni corporal ni emocionalmente, incluso manifiesta que su mamá no se ha deprimido nunca. Muestra una clara negación.

“Es una persona normal que aguanta estar todos los días frente a la televisión. No noto cambio de depresión. Lo único es que a ella no le gusta salir ni que la vean”.

Lacan (mencionado en Leader 2007) propone que hay una fractura en la cadena significativa que no ha encontrado respuestas desde lo simbólico. Nacho no ha podido engranar en la cadena significativa lo que perdió producto de un duelo normal, por lo tanto, se pierde a sí mismo en el proceso melancólico. En él, se juega siempre un proceso inconsciente de la pérdida, el cual viene de la mano con la ambivalencia, siempre reprimida, hacia ese objeto perdido. El odio hacia el objeto perdido aparece también en la obra Kleiniana, como vuelta contra sí mismo, como en el caso de la reacción melancólica descrita por Freud (1917), este odio al objeto perdido se vuelve un perseguidor y *“hace tambalear su creencia en los objetos del mundo interno”* (Klein 1940, p. 357).

Este odio hacia el objeto perdido se puede escuchar en el discurso de Nacho a través de los frecuentes autorreproches que muestran la disminución del sentimiento de sí, tan característico de la melancolía. Desde el inicio, se describe como un inadaptado social, torpe, tímido e inseguro. Piensa que sus ideas son mediocres y sin sentido.

“Pienso que todo el mundo me va a humillar, me siento como un gusano que todo el mundo puede aplastar. Me veo como si no tuviera personalidad propia. Siento que todos me ven como un tonto”.

En otra sesión refiere que fue a hacer los trámites para su servicio militar y que le pidió al padre que lo acompañara porque él se sabe torpe y olvidadizo:

“para los trámites siempre me late el corazón muy rápidamente, me siento muy preocupado de hacer el trámite, de ir a un lugar, me angustia. Cada

vez que voy a entregar papeles a algún lugar, o voy a una cita, tengo el corazón agitado. Me empiezo a preocupar, ¿tengo lápiz? Ya me imagino que me están regañando, o me imagino que me están regresando por cosas que no sé. Siempre así me pasa, yo soy muy malo para los trámites y creo que todas las personas entregan bien sus papeles y cuando yo voy a entregar algo, lo entrego mal y siempre me lo regresan por una cosa o por otra cosa”.

Incluso el clima de ese día lo vuelca contra él:

“Porque cuando hace frío me siento más indefenso, como que no tengo nada de seguridad, me la paso pensando que todos están tranquilos y traen una chamarra, yo traigo un montón de chamarras y estoy helado, no me permite pensar claramente”.

Durante el tratamiento se escucha en su discurso pedazos de la ambivalencia hacia el objeto:

“A mí no me gusta hacer el quehacer, soy muy flojo, no tomo en cuenta que mi mamá está en una silla de ruedas. Hago las cosas a veces por conveniencia para que me dejen salir. Me enoja muy seguido con mi mamá, siento que ella no me entiende. Ella habla muy pausado y a mí me molesta. Tengo problemas que mi mamá no entiende, siempre quiere que haga el quehacer. A veces la llevo al baño, pero no la limpio. Tengo cambios de humor constantes”.

Treinta sesiones después, por fin Nacho puede manifestar su enojo directamente con la madre en un pleito, su narración muestra una clara ambivalencia y lo que Green (2012) llama el desencadenamiento de un odio secundario, que incluye: *“posiciones anales teñidas de un sadismo maniaco en que se trata de dominar al objeto, mancillarlo, vengarse de él”.* (p.261).

“Le grité muy fuerte a mi mamá y me gustaba gritarle. Lo que hice fue un acto inhumano. Me sentí como un cobarde porque ella no podía defenderse. Me descontrolé por completo”.

Al seguir trabajando con la ambivalencia, como uno de los ejes del tratamiento, se logró escuchar lo siguiente:

“Tal vez estoy enojado con ella por el amor que no me dio, sentí que ahora estaba solo”.

En esta elaboración agrega en otro momento:

“Cuando le doy de comer a mi mamá me siento incómodo de que no puedo ayudarla, me enoja y siento una forma de odio”.

Alguna vez se le escapó la frase:

“Estoy muy cansado porque esto no termina nunca”.

Debido a la enfermedad de la madre, la vida cotidiana de Nacho cambió bruscamente, alterando sus objetos internos. En otra sesión, a la mitad del tratamiento, recordó que siendo niño solía pasear con los padres. Lo llevaban al cine, al parque, etc. Sentía que tenía el amor de sus padres, pero:

“luego me entró la depresión por la enfermedad de mi mamá. Eso me provocó tener una serie de actitudes y de sentimientos, como un reflejo de ella hacia mí”.

Este duelo no elaborado de Nacho que deviene melancolía se puede entender también, desde el segundo proceso del trabajo de duelo que plantea Leader (2011), donde es necesario *“matar a los muertos”* dentro de la depresión propia de la pérdida y no *“morir con ellos”* como es el caso de Nacho, por la melancolía en la que devino dada la falta de simbolización de la condición de su madre. Este concepto de morir con los muertos, lo retomaré más adelante que hable sobre la identificación melancólica de Nacho.

Antes de terminar este apartado, quisiera agregar también la mirada de Bowlby (1993) la cual se sostiene en el tipo de apego que Nacho haya desarrollado de niño, posiblemente un apego ambivalente, así como sus vínculos secundarios, su reacción ante la pérdida. En las etapas descritas por Bowlby sobre el proceso de

duelo, Nacho no ha pasado de la fase de *desorganización y desesperanza*, ya que la fractura en el vínculo con esa madre que muere lentamente, no ha tenido posibilidad de simbolización, sino que se ha introyectado dentro de sí, tomando posesión del núcleo de su yo.

8.2. El duelo propio de la etapa adolescente de Nacho es vivido desde una organización melancólica.

Carvajal (1993) sostiene que cuando la adolescencia termina siendo abortada, es en gran medida, porque el funcionamiento intrapsíquico del sujeto se detuvo, se fijó en un punto, lo que generalmente se evidencia en los inicios de la etapa puberal, alrededor de los 11 años, deteniendo el desarrollo normal de la adolescencia, lo que lo convierte en un adulto amargado, aislado de los otros y del mundo en general, incapaz de relacionarse sanamente con una pareja, *“con una sensación de estar mirando el mundo a través de un vidrio, aislado de la situación personal y social del momento y grupo que le corresponde”*. (p. 23).

La primera manifestación de la enfermedad de la madre de Nacho acontece cuando él tenía alrededor de 10 años y cursaba el cuarto de primaria. Para ese entonces Nacho llevaba buenas calificaciones y aunque era un poco tímido, no tenía grandes problemas en la escuela ni con sus compañeritos. Para sexto de primaria, él está en la escolta por sus calificaciones altas. Su madre tiene que estar en silla de ruedas, toda la situación familiar cambia, el espacio, la cotidianidad. Nacho tiene que ayudar a mover a su mamá, llevarla al baño, darle de comer, etc. Es a partir de este punto, que comienza su etapa puberal, a través de su discurso, podemos desvelar, que Nacho vive esta etapa desde una organización melancólica, por lo que termina abortando su adolescencia.

A continuación, añado fragmentos de diversas sesiones con relación al proceso adolescente que fue vivido y sufrido por Nacho:

Relación con pares en la primaria:

“sentía que yo tenía que pertenecer a unos amigos, pero nadie era mi tipo. Unos veían caricaturas. No sabía decir palabras. Los populares eran de la escolta como yo, siempre me molestaban, me decían que caminaba como robot y para mí eso era un insulto muy grave. Me ponían apodos. Yo era siempre el que cometía más errores. Me aguantaba, trataba de juntarme con todos, pero en realidad no estaba con nadie. A veces me quedaba muy solo y daba vueltas en el patio. Quise llamar la atención de mis compañeros diciendo que me iba a cambiar de escuela. Me sentía muy desapegado, a veces podía hacer reír a alguien”.

En la secundaria:

“Hablaban conmigo mismo mejor. Un maestro me hacía quedar en ridículo por llegar tarde. Me sentía como un niño de kínder en comparación con los compañeros”. Quería acercarme, pero ellos me rechazaban”.

“Siempre que veo a un perro en la calle me deprimó y quiero llorar. Cuando veo que los demás chicos molestan al perro los ojos se me llenan de lágrimas porque pienso que el perro podría ser yo”.

“Recuerdo que yo tenía odio a las personas. Yo iba muy mal arreglado, con el cabello en la cara. Ponía pretextos. Veía que todos eran felices. Siempre estaba preocupado de cómo me iba a ir en el día. Tenía rencor de que todos me veían solo. Llegó un momento en que odié los convivios. En tercero de secundaria hubo uno en que por fin pensé que podía socializar. Toda la gente bajó y estaba platicando. Yo me sentía muy solo. Todos hablaban de sus planes. Yo lo que más odie fue el sonido de la escuela porque me molestó que pusieran música en

la escuela, no sé de qué manera. Mis amigos me abandonaron, se fueron. Llegué a comprar comida, pero sentía que todos veían que yo estaba solo. Pensaba que decían que daba lástima. Veía que todos estaban ahí y me sentí muy triste. Ya no pude más, me fui al baño y me quedé sentado a que tocaran la campana. Lloré en el baño porque no podía ser como ellos. Empecé a maldecirlos en mi mente.

Nadie lo notó”.

Novia de la secundaria:

“Siento como que no hubiera tenido novia, nunca la besé ni la tomé de la mano. Yo quería cortar con ella, me sentía muy miserable”.

Intento de suicidio en la secundaria:

“nadie me va a aceptar en la vida, soy un fracaso, tengo un 7 en dibujo y no encuentro...estaba quemado, era raro, era tonto. Cuando mi papá me regañó por la calificación, yo me sentía muy sucio, descarado. Sentía vergüenza porque mi mamá y mi hermana me estaban viendo. Estaba muy triste”.

En la preparatoria:

“Me molesta ver a adolescentes platicando, no sé porque, pero voy en el microbús y 4 adolescentes, o 4 personas de mi edad, llegan y empiezan a platicar y me incomodo mucho con ellos, me molesta principalmente que ellos estén donde yo estoy. Siento como que al verlos me sintiera diferente a ellos, muy diferente a ellos, porque ellos como que dicen las palabras rápido, y yo me tardo mucho en darme cuenta de algo, a la quinta vez tal vez me dé cuenta y a la sexta vez tal vez digo algo. Pasa mucho tiempo y puedo decir algo de lo que dijo otro compañero. Entonces me molesta ver gente de mi edad platicando entre sí o verlos del otro lado. No sé por qué”.

En la escuela: “Me siento tembloroso, todos me están viendo, no lo puedo controlar. Me siento opacado, me quiero salir, ya no estar ahí”.

Nacho reprobó el último año de la preparatoria por lo que tendrá que recursarlo. Al respecto dijo:

“No tengo ganas de volver a la Vocacional a estudiar y volver a encontrar a los estudiantes de ahí. No tengo ilusión de entrar a la universidad porque será lo

mismo. Las clases, los compañeros, los trabajos en equipo, y ya sabe que odio que me expliquen y no entender. Además, me cuesta salir temprano y organizarme. Mi papá dice que si no puedo con la prepa qué voy a hacer con la universidad”.

Novia de la prepa:

“Me hace sentir como basura. La beso y no siento nada. Hay momentos con mi novia que me angustian mucho. A veces ella me da miedo. Me angustia que no puedo controlar lo que piensa. Si la noto tensa no digo nada. En realidad, me da miedo que descubra que no me gusta y que no siento atracción hacia ella”. “Sigo limitado con las cosas que digo. Me pongo mi bolsa que está ahí. Cuando ella me besa, yo me quedo inmóvil. Ella se quedó en ciencias en la UNAM y va a estudiar Biología. Ella es demasiado para mí. Me platica y yo me siento triste, cansado, me siento menos. Me quedo inmóvil. Ella se acerca y yo me alejo. Tenemos los mismos gustos en música. Cuando me platica empiezo a sentir algo, como que quiero platicarle cosas, pero me freno. Siento celos cuando habla de sus ex y de sus amigos. Cuando estoy con ella pienso que se va a ir y me va a dejar ahí como cuando estaba en primaria”.

Los fragmentos de sesiones anteriores ilustran la melancolía con la que Nacho vive el periodo adolescente. La causa, un trauma en la etapa infantil, la enfermedad de la madre, la cual no sólo no elabora en su momento, sino que lo invade por completo, y así lo sorprende la pubertad. Esta pérdida traumática le impide adaptarse a los cambios propios de la adolescencia misma. No puede socializar con pares ni sentir pertenencia a ningún grupo. No puede vincularse amorosa y sexualmente con la pareja y su desempeño escolar comienza la escalada hacia el fracaso. Efectivamente, la adolescencia de Nacho es abortada.

8.3. Las consecuencias de la pérdida de la mirada materna y la identificación melancólica de Nacho.

A lo largo de este trabajo he ido desarrollando el concepto de melancolía el cual viene de la mano con una identificación melancólica. Freud (1917 [1915]), la nombra como identificación narcisista donde existe una regresión a la forma más primordial de identificación, dada la introyección del objeto perdido en el yo mismo.

Abraham (1944) elabora que, ante la pérdida del objeto, el melancólico tiene un nivel de regresión a la etapa oral-sádica, marcada por un conflicto de ambivalencia (amor-odio) en su forma más arcaica, donde el sujeto amenaza con destruir el objeto, devorándolo.

En los apartados anteriores he dado evidencia de cómo Nacho devino melancólico ante la pérdida de la mirada de su madre por la enfermedad que la invadió hace ya 9 años y que sigue disminuyéndola triste e irremediablemente. Esto es vivido por

Nacho como una “*catástrofe*” según Green (2012) que le implica una pérdida de amor y a su vez, una pérdida de sentido.

Atendiendo al autor, el yo desarrollará una serie de defensas ante esto, la relativa a este apartado, es la que refiere a la identificación primaria con esa madre muerta.

“como ya no se puede tener al objeto, el objetivo es seguir poseyéndolo, deviniendo él mismo, no como él”. (p. 260).

En este mismo tenor, Leader (2011) dice del melancólico que “*el sujeto ya ha muerto con la persona amada perdida*” (p. 155) y que la forma en que se manifiesta clínicamente es cuando: “*el melancólico puede quejarse de enfermedades o síntomas corporales que resultan reflejar aquellos de la persona perdida*”. (p. 155).

La Esclerosis Lateral Amiotrófica que padece la madre de Nacho se manifiesta principalmente en la discapacidad motora, la dificultad para respirar, el habla también es afectada, así como la capacidad de tragar los alimentos.

Con relación a la capacidad motora Nacho comenta: *“Los populares eran de la escolta como yo, siempre me molestaban, me decían que caminaba como robot”.*

En esa época los movimientos de la madre eran de forma robótica, estaba a punto de quedar en silla de ruedas. A lo largo de las sesiones se siguió escuchando:

“Es que me siento muy cansado para caminar. Creo que lo que más me pesa es caminar de día”.

“Creo que ya no debería hacer actividades que impliquen correr. También eso me quita mucha seguridad”.

“No me importa como camino. No me ordeno en lo que voy a hacer. Me complico y me hago bolas en todo. No hay lógica en lo que hago. Me complico con mis movimientos”.

“Cuando camino no siento mis piernas a veces. Voy tambaleando y me ando cayendo. No siento nada de apoyo”.

“Cuando empezaron a bailar me sacaron, pero yo no sé dar ni un paso”.

Especialmente en el basketball, deporte que solía practicar los domingos, en un parque cercano a su casa. Me referiré a esta actividad en tiempo pasado, ya que, debido a su melancolía manifiesta y a la identificación con el síntoma de la madre de no poder moverse, terminó por renunciar a esta actividad deportiva. Al respecto, dice:

“Siempre perdemos. Regularmente cuando me llega la pelota, me siento inseguro, me fallan las piernas y equivoco la acción. Entonces me vienen mis pensamientos de que soy un torpe y un tonto que hago perder al equipo”.

También ha mencionado que, a veces, las piernas le fallan al subir las escaleras del metro. Puedo escuchar una profunda culpa latente por el hecho de poder

moverse y hacer cosas, al contrario de la madre. Incluso alguna vez comentó con relación a alguna buena jugada en el partido de basketball:

“Cuando pienso que algo lo hice bien, se me empieza a erizar esta parte de la cabeza, como cuando oyes canciones y se eriza la piel”.

Además de la culpa latente, es posible apreciar cierto goce de colocarse en la situación lastimosa. En sesión, se escapó en el discurso la expresión *“siento cierto placer”*, relacionada con el hecho de dar lástima.

Alrededor del habla y del respirar comenta:

“Siento como si tuviera una bolsa de plástico que no me permitiera hablar”.

“No tengo ganas de hablar. Tampoco me dan ganas de respirar. Se me olvida respirar, voy tan enojado y tan frustrado que siento que no me dan ganas de respirar”. Mi mamá lleva tres semanas con gripa, tose mucho y tiene muchas flemas. Tengo que ayudarla a sacárselas”.

“Ellos (los tíos) me dicen que parezco borracho y que no sé lo que digo y yo ni tomo.

Es que empecé a decir cosas que no tenían sentido”.

En esta sesión me era imposible entender lo que balbuceaba, lo señalé y respondió: *“Toda mi familia me ha dicho esta semana que hable bien, que no me entienden, que ya me parezco mi mamá”.*

En una ocasión, llegó a la sesión con la palabra *“sofocarse”* como significante, ya que ésta fue apareciendo en distintos momentos. Primero, dijo que bañarse lo cansa, se sofoca. Después describió cómo al subir las escaleras del metro, para venir a consulta, se sofocó mucho. En otro momento, dijo que la depresión le quitaba las ganas de respirar. Próximos al cierre, insistió en su cansancio, ya que *“mi mamá ha estado enferma de gripa y tuvimos que ayudarla a sacar las flemas, porque se ahogaba”.*

Tizón (2007) llama *“identificación adhesiva”* a la sobreidentificación con el objeto que se ha perdido, la cual se manifiesta con ideación suicida o incluso la muerte de la persona melancólica. *“Puede observarse incluso una identificación con las enfermedades o molestias del objeto, en el caso que éste se tratara de una persona”*. (p. 237). Retoma el concepto freudiano de que la *sombra del objeto ha caído sobre el yo* para recalcar que el centro del mundo interno del melancólico es invadido absolutamente por el objeto perdido.

“Ella ya no quiere existir y yo tampoco”. “Mi mamá se caga en los pantalones y yo también a veces. Ella huele mal porque no le limpian bien ahí y yo también huelo mal, aunque sí me limpio bien pero inconscientemente huelo igual a ella. Cuando estoy en el metro me huelo y huelo a ella”.

Nassio (1996) sostiene que la identificación melancólica tiene como fundamento el narcisismo y se identifica con la imagen total del objeto perdido. En este tipo de identificación *“el yo reproduce con fidelidad los perfiles y movimientos de aquel que lo abandonó, y de esta manera se convierte en el igual de su imagen total”*. (p.147).

El relato de las fiestas familiares que ha aparecido en sesión, tanto de su cumpleaños 18 como de la Navidad, ha venido acompañado de la incomodidad que siente y del deseo de no ser visto ni notado por los familiares, sobre todo de aquellos que vienen de fuera a visitar. Nuevamente, se puede escuchar en su discurso lo que sentía la madre en dichas fiestas: *“Mi mamá permaneció en su cuarto porque no quería que toda la familia la viera. Se sentía incómoda y por eso nunca bajó”*.

Durante el tratamiento he ido señalando, una a una, las identificaciones que, dada la condición de la madre, Nacho introyecta viviéndolas como suyas. Me parece importante comentar la siguiente reflexión del paciente al respecto:

“es que pienso lo que hablamos de que ella está en una situación y yo en otra distinta, que ella está allá y yo acá, pero en realidad es como que estuviera siempre un lazo que no me permite separar las cosas. Hay ocasiones en que

siento que poco a poco el lazo se va yendo. Pero nuevamente en mi cabeza me comienzo a sentir culpable y triste por todo lo que he perdido”.

Al respecto Green (2012) apunta este rasgo característico que se puede ver en transferencia con este tipo de pacientes, el hecho de que el análisis induce al vacío:

“Tan pronto el analista consigue alcanzar un elemento importante del complejo nuclear con la madre muerta, el sujeto se siente, por un breve instante, vaciado, blanco, como si lo despojaran de un objeto tapa-agujero, vallado protector”. (p. 272).

Green (1980), piensa que el núcleo del yo está invadido por la madre muerta, de tal forma que los objetos del sujeto permanecen en el límite del yo, ni completamente dentro, ni fuera.

Como una consecuencia de tener en el núcleo del yo a la madre muerta, la incapacidad de amar a otros objetos no es únicamente producto de la ambivalencia sino al gélido vacío de la desinvertidura. *“su amor sigue hipotecado a la madre muerta”* (p. 265).

Como muestra de ello acompaño fragmentos del discurso que refieren a la imposibilidad de invertir a otro objeto, en este caso a la novia que tuvo en el último año de la prepa, no por iniciativa propia, sino porque ella fue la que se acercó a él proponiéndole tener una relación amorosa, sin éxito.

“Me hace sentir como basura. La besó y no siento nada”. Hay momentos con mi novia que me angustian mucho. A veces ella me da miedo. Me angustia que no puedo controlar lo que piensa. Si la noto tensa no digo nada. En realidad, me da miedo que descubra que no me gusta y que no siento atracción hacia ella. Cuando ella me besa, yo me quedo inmóvil. Ella es demasiado para mí. Me platica y yo me siento triste, cansado, me siento menos. Me quedo inmóvil. Ella se acerca y yo me alejo”.

Como conclusión de este apartado nuevamente me refiero a Green (2012) para describir la actual situación de Nacho: *“El paciente tiene el sentimiento de una maldición que pesará sobre él, la de la madre muerta que no termina de morir y que lo mantiene prisionero...sólo existe el sentimiento de un cautiverio que despoja al yo de él mismo y lo aliena en una figura irrepresentable”*. (p.262)

9. El tratamiento: alcances y limitaciones.

El tratamiento como lo especificué en la parte de método, duró los cuatro semestres que estuve en la residencia, aproximadamente 60 sesiones. Fue una psicoterapia psicoanalítica. Trabajamos frente a frente en cubículo individual. Nos veíamos una vez por semana, ya que el paciente no se prestó a venir dos veces, aludiendo problemas económicos y falta de tiempo por la distancia grande entre su casa y el CSP. Hacia la mitad del tratamiento, se le hizo un ajuste de cuota para asegurar su permanencia en él, aun así, no se logró que acudiera las 2 veces por semana recomendadas.

Al inicio, el llegar a sesión puntualmente le fue muy difícil, ya que Nacho tenía que luchar con la angustia que le representaba transportarse. Varias veces ya subido en el microbús se bajaba, y ya un poco más tranquilo, volvía a subirse en otro que viniera a CU. Con frecuencia llegaba de 20 a 30 minutos tarde lo que acortaba el tiempo de sesión de forma lamentable. En otras ocasiones, si me era posible, le daba unos 10 minutos más. Faltaba con frecuencia, sobre todo si en la sesión anterior se había señalado o confrontado alguna parte del contenido del material vertido ahí.

El tratamiento tuvo de inicio, **como eje principal, la elaboración del duelo** por la enfermedad de la madre. Se intentó que hablara sobre ella y la situación que vivían. Pasó mucho tiempo para que quisiera conocer el diagnóstico de la enfermedad que la aquejaba. Lo logró conocer y nombrar en sesión. Se resistió siempre a hablar sobre el hecho de que no tenía cura, aunque sí lo sabía. Al mismo tiempo se trabajaba con lo que traía a cada sesión, generalmente un contenido plagado de autorreproches, de incapacidades para las actividades propias de la vida cotidiana de un chico adolescente.

Hacia la Navidad de 2017 trabajé con él la posibilidad de acudir al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) para recibir tratamiento farmacológico. Su discurso comenzaba a ser en algunas sesiones, muy disociado, un tanto delirante. La posibilidad de que pudiera atentarse contra su vida o que tuviera un episodio

psicótico estaba presente, al menos así lo consideramos tanto mi supervisora como yo. Cuatro o cinco meses después se logró que asistiera y que comenzara con la medicación de un antidepresivo. En las posteriores citas en el INP, el médico tratante agregó un ansiolítico. En este momento se procuró tener el apoyo del padre, sin conseguirlo. Sin embargo, se logró el apoyo de su tía, único familiar con el que se contaba como red de apoyo en los momentos críticos.

Por otra parte, y como otro objetivo del tratamiento, se fue señalando a lo largo de las sesiones la total **identificación con los síntomas de la madre**. Se trabajó con la **culpa** de estar vivo, en ocasiones sentir alegría, y de no estar enfermo.

Más adelante, trabajamos con **la ambivalencia hacia la madre**. Pudo expresar diversos sentimientos hacia ella. Desde una enorme lastima, hasta un poderoso enojo. Alguna vez logró enojarse mucho con ella, admitió haber disfrutado de gritarle por un momento. Después se apoderó de él nuevamente la enorme culpa.

El último tramo del tratamiento tuvo que ver con la presencia de una novia con la que estuvo 6 meses, y todo lo que eso implicó en él y el inminente fracaso escolar. Terminó debiendo 10 materias de la preparatoria. La búsqueda de un trabajo y la disposición melancólica existente lo inhabilitaban frecuentemente. En todo momento se procuró **sostener, acompañar y orientar las dificultades inherentes de su dolor de existir**. Unos tres meses antes del cierre, Nacho comenzó a llegar nuevamente tarde a las sesiones y a faltar frecuentemente. Él lo adjudicaba a los trabajos que tenía que hacer.

Le hablé de que tendríamos que cerrar el tratamiento en la institución pero que existía siempre la posibilidad de seguir el tratamiento en mi consultorio, si así lo quería. La última sesión hizo una síntesis de lo que había logrado, que por mucho es lo más importante para mí que enumerar mi propia lista de logros. Él dijo:

“Vencí la fobia social. El miedo a las personas y a transportarme. Se me bajó la amargura un poco y ya no me comparo con otros. Mis enojos ahora tienen una lógica, porque ahora me enoja lo que hacen los hombres con el planeta. He pensado que lo que yo viva será por mí y no por los demás. Ahora ya duermo.

Antes no podía porque tenía pesadillas, insomnio y recordaba amigos que quise y personas de las que me enamoré, ya todo quedó en el pasado. Sigo triste porque mi tía dijo que me iba a apoyar y me dejó solo. Estoy enojado”

Le señalo que tal vez lo que dice de la tía lo dice de mí”. El cierre del tratamiento lo hace sentir solo, sin sostén. Dice que se va bajoneado porque ya se le había olvidado “*eso de ser invisible*”. Se le reitera que su tratamiento puede continuar si así lo desea en mi consultorio.

Con el tratamiento sí se lograron varias cosas importantes: con referencia a la situación por la que la madre pasaba, Nacho conoció el diagnóstico y la enfermedad en sí. Fue capaz de identificar y nombrar lo que sentía por la madre: lástima, tristeza, enojo y culpa. Todos estos sentimientos se fueron trabajando en el tratamiento.

Fue haciendo una conciencia de su enfermedad a través de los señalamientos que se hacían en torno al mimetismo con la sintomatología de la madre. Por momentos él sólo se daba cuenta y aminoraban las identificaciones de tanto en tanto. Digamos que pudimos traer un poco a la conciencia, la identificación melancólica y la culpa inconsciente de estar vivo y de sentirse feliz. También descubrió su placer de dar lástima.

El tratamiento también **procuró trabajar con el principio y el juicio de realidad**, ambos muy difusos desde el principio. Al final, como la vida misma es, la realidad escolar se impuso teniendo que atenderla con los recursos existentes, varios de ellos desarrollados durante el proceso terapéutico.

Dada la imposibilidad de investir otros objetos, el hecho de la novia fue visto como un logro terapéutico. De a poco fue vinculándose con ella, hasta llegar al punto de decirme en sesión, con alegría en el rostro, que la amaba. Comenzó a preguntarme sobre las relaciones sexuales, las cuales deseaba tener, pero le inquietaban, más que a cualquier adolescente común. Estuvo a punto de tenerlas, pero coincidió con el caos académico en la preparatoria y los padres le prohibieron a la novia, aludiendo que perdía mucho el tiempo con ella y que tenía que

estudiar. Nacho obedeció, pero estuvo muy triste, incluso llegó a derramar algunas lágrimas (cosa que no había pasado nunca y que también vi como un logro) por haber perdido junto con la novia a la familia de ella que consideraba “otra nueva familia donde me sentía cómodo y contento”.

Creo absolutamente en que es el paciente el que tiene el saber sobre sí mismo y que el dispositivo analítico propicia ese conocimiento de sí. Por eso puse anteriormente las palabras literales del cierre que hizo Nacho. En ellas encuentro una frase importante que también considero como un logro, la que se refiere a que sus enojos tienen una lógica, yo lo escucho como que se siente menos disociado y un poco más integrado. El hecho de que diga que su amargura ha bajado y que ha dejado de autorreprocharse continuamente, me alegra, aunque sé que su melancolía sigue presente.

Concluyo este apartado mencionando algunas de las limitaciones que encontré durante el tratamiento: sin duda la más importante, la grave melancolía que lo aquejaba. Su deseo de no deseo. El dolor de su propia existencia.

En segundo lugar, el hecho de no poder trabajar dos veces por semana, lo que tal vez hubiera posibilitado un trabajo más profundo. A eso le añado las frecuentes inasistencias y las llegadas tarde, sobre todo al principio que presentaba esta especie de fobia social, que por mucho fue disminuyendo hasta desaparecer.

Por último, la imposibilidad de contar con el apoyo del padre. No pude tener ni una sola entrevista con él. Por fortuna, sí conté con la tía que fue fundamental en algunos momentos críticos durante el tratamiento, y posibilitó una comunicación triangulada, pero comunicación al fin, con el padre de Nacho. El contexto cultural y económico familiar no ayudaba para darle un lugar necesario a la terapia, fue Nacho quien desde la primera vez que acudió al CSP, y hasta el final, le dio la importancia a la ayuda terapéutica.

Con todo y estas limitaciones considero que se logró mucho, sobre todo el hecho de que Nacho consiguiera seguir viviendo.

A continuación, anexo la **viñeta de una sesión completa de tratamiento**, con fecha del 13 de marzo de 2018, como muestra del trabajo terapéutico que se hizo para elaborar el duelo y señalar la identificación melancólica en el paciente.

Nacho llega puntual a la cita, algo poco usual por lo que lo recibo muy gustosa celebrando el acontecimiento. Le pregunto si salió un poco antes y me responde que salió a la misma hora, pero que no había tanto tráfico como la otra vez.

T: Que bien que ya estás aquí, así que aprovechemos. Te escucho.

N: Con lo de las pastillas yo creo que me he sentido igual. Bueno, siento que sí controlan a depresión, pero siento que aún me canso demasiado y aún me estreso mucho con todo. Por ejemplo, si alguien dejó una tarea y no la hice, me estreso demasiado y me pongo mal de la nada, igual. Ahora cuando salgo, me canso un poco pero ya no de la misma forma que antes, que me quería quedar dormido y no salir. Ahora me estoy quedando dormido en los transportes públicos y no sé a qué se deba. En la semana me sentí cansado. En las clases aún siento ganas de salirme, pero no tanto como antes.

T: Te estás durmiendo en el transporte, te sientes cansado. ¿Cómo estás durmiendo?

N: Me estoy durmiendo a las 10. Pero eso es algo que me da coraje porque me duermo a las 10 y me despierto a las 9 y aún tengo ganas de seguir en la cama. Luego me levanto y como quiero echarme otra vez. Mi papá me dice que, si no dormí mucho ya, que parece que sólo duermo una hora de tan cansado que estoy.

T: ¿Tu cajita de pastillas ya se terminó?

N: Todavía me quedan tres. Mañana voy a ir a ver en el Hospital Psiquiátrico a ver cuánto cuesta allá.

N: Mi papá me compró la hierba de San Juan en pastillas. (sonríe) Cuesta barato, 100 pesos y trae como 50 pastillas. Las empecé a tomar esta semana. El botecito decía tomar 2 pastillas después de cada comida. ¿Cómo cree usted que las debería de tomar?

T: Pues yo creo que deberías de tomar una diaria, así acompaña al medicamento de similares. Posiblemente tendrás un efecto positivo. Entonces, duermes 11 horas diarias y no quieres salir de la cama.

N: Es que afuera nada me motiva.

T: Habrá que encontrarla poco a poquito. De inicio cuando te levantes, luego luego, haz tu cama, así aseguras que no te meterás de nuevo en ella. (Se ríe)

N: Sí hago mi cama, sino mi mamá me regaña sino la hago.

T: Después de hacer la cama, ¿qué más haces?

N: Luego hago tarea, pero me tardo mucho, aunque sea simple. Ahí se me va todo el día, mientras que mis compañeros la hacen como en media hora, 40 minutos. Me tardo mucho en leer a información, me distraigo muchas veces sentado en la silla. Luego llego a la clase y pareciera que no hubiera leído nada. No sé. Luego me baño para irme a la escuela. Me canso demasiado al bañarme. En la mañana peor, si me baño como a las 6, en el transporte me voy durmiendo.

T: Mientras haces la tarea en tu casa, dices que te distraes mucho. ¿Qué pasa alrededor en la casa? Descríbeme un día normal. ¿Dónde haces la tarea, por ejemplo?

N: En mi cuarto, en el escritorio. Pongo música. No puedo hacer tarea sin escuchar música. Es un ansia que tengo de escuchar música.

T: ¿Y qué está pasando a esa hora en tu casa?

N: Mi abuelita va por la comida, mi mamá está viendo la tele, mi hermana está en la escuela, mi papá a veces está trabajando y a veces está en la casa, varía y mi abuelito está en la papelería. Luego se turnan mis abuelitos para comer (uno come y otro está en la papelería).

T: Entonces, en ese momento tu papá está trabajando fuera de la casa. Tu hermana está en la escuela. Tu abuelita salió por la comida al mercado, va y viene. El abuelito está en la papelería, no en la casa. Quedan en la casa tú y tu mamá, solos en la casa.

N: Sí solos. Yo le doy de comer y luego me sigo haciendo la tarea. Luego me doy mis vueltas para saber cómo está y me regreso a la tarea. Luego voy a tomar agua, se me antoja una naranja, me regreso a hacer tarea. Me levanto, nada más por levantarme, voy a buscar comida, pero sé que no hay. Y así todo el día.

T: Te cuesta mucho concentrarte porque estás sólo con tu mamá en ese momento y en ese espacio. Tu mamá está mala. Vas a darle de comer, regresas a darle sus vueltas por si todo anda bien. O sea, que tú andas con el pendiente, porque en ese momento tú te sabes solo en la casa, responsable de tu mamá.

N: Sí. Bueno, cuando está mi papá él le da de comer a mi mamá y revisa que yo haga la tarea.

T: Claro, cuando está tu papá, él está a cargo. Pero cuando no está tú estás al pendiente de tu mamá. Por supuesto que te cuesta mucho más trabajo concentrarte en hacer tu tarea. Sabes que estás a cargo por ese tiempo. No sé, te pregunto si cuando está tu papá cambia tu forma de concentrarte.

N: No. yo creo que no. De hecho, si está mi papá revisándome que haga la tarea, la tensión que genera en mí aumenta de proporción. Yo diría que la tensión aumentó un 30%. Empieza a preguntarme que si ya hice la tarea, que qué hice ayer. Mi papá sino me apuro, se enoja. Me incomoda mucho que esté tan al pendiente. Me incomoda que pase por atrás de mí cuando yo estoy haciendo a tarea. Me incomoda que pase a mi cuarto, porque algunas de sus ropas están en mi cuarto, y cuando se baña yo como que siento que me tengo que salir para que se vista.

T: Te checa los tiempos, te checa la tarea. Está bien, se vale que te incomode. Pero, ¿te das cuenta que tu papá está ahí para ti?

N: Sí. Eso es algo que pienso después de que pasa. Es como cuando después de llorar, te pones a pensar. Es que mi papá siempre me anda arreando, pero sí le importo. También le importó a mi mamá. Me pregunta cosas, me acuerda de lo que tengo que hacer, me regaña sino hago las cosas bien. Me trata de poner la línea y eso lo aprecio, pero no cuando pasa en ese momento, hasta después.

T: Fíjate que interesante, Christian. Tú generalmente hablas de todo lo que no tienes, lo que no puedes hacer. Por ejemplo, dices: hago la tarea, pero me tardo 4 horas y los demás se tardan media hora y yo no. No me puedo concentrar, yo no tengo, etc. La cosa es que no (se ríe). Me parece importante que aquí también puedas hablar sobre lo que sí tienes, y pensártelo. Con esta depresión vas por la vida pensando todo en negro. El día empezó, ya dormí 11 horas y no quiero levantarme. No me interesa lo que hay allá afuera. Me levanto y mi papá ya está duro que te dale, a preguntarte, a arrearte. Sin embargo, tus papás se ocupan de ti. Eso que dices de que tu mamá te recuerda lo que tienes que hacer, ¡wow! Tanto le importas, que te recuerda lo que tienes que hacer, cuando ella tiene bastantes cosas en qué pensar. Podría estar metida en sí misma, por su enfermedad, tendría que estar metida en sí misma y no volteara hacia afuera. Sin embargo, voltea y te dice: oye tienes que hacer esto, no te olvides. También te escucha cuando le cuentas tus problemas, y te aconseja. Tienes una mamá tan generosa que a pesar de todo lo que le pasa, se ocupa de ti. Entonces, sí tienes el amor de tus papás.

N: Sí y lo tuve desde pequeño. Ellos me llevaban al parque, a los juegos, a fiestas, a la librería. Nunca me faltó nada. Pero **luego me entró la depresión por lo de mi mamá. Con ella entró la depresión y la ansiedad y todo eso.**

T: Así es. Te fijas cómo no lo puedes ni pronunciar bien. Es importante que lo digas. Incluso pronunciarlo cuesta trabajo por lo doloroso que es para ti. Eso hay que hablarlo, llorarlo, entenderlo, volverlo a hablar. Porque eso es lo que pasa cuando haces la tarea. Y no es que seas ni tonto, ni lento, es que hay una situación que tiene años, de alguna forma invadiéndote. Hablábamos de lo que sí tienes, tienes el amor de tus papás y también tienes...

N: Tengo apoyo, tengo a mis abuelitos, tengo recursos para salir adelante.

T: Claro, tú llegaste aquí por tu propio pie y tus ahorros. Tienes la voluntad de salir adelante. Pero también tienes otras cosas que existen en la actualidad, que tal vez no son agradables, pero ahí están.

N: **Tengo una mamá que está enferma. Eso me provoca tener actitudes y sentimientos, tal vez como un reflejo de ella hacia mí.** Yo siento que prácticamente me siento muy negativo, tengo ansiedad con las personas, no puedo comunicarme con nadie bien, siento que le caigo mal a todos.

T: Acabas de decir: es un reflejo de ella en mí mismo. Fíjate, ella casi no habla con nadie.

N: Ella quiere hablar y lo intenta. Si hay una fiesta familiar donde vienen de otros estados, ella va, pero nomás se queda ahí.

T: Dices: mi mamá quiere hablar con los demás, lo intenta. A ti te pasa lo mismo ¿no? Intentas hablar con tus compañeros, pero no sabes qué decir. Pareciera que te incapacita el reflejo de la enfermedad de tu mamá.

C: Sí

T: ¿Te acuerdas un día que me dijiste que subir las escaleras te sofocaba, como que ya no podías? Empezaste a aminorar el movimiento. ¿Curioso no? Tu mamá ha ido disminuyendo el movimiento también. Pareciera que estás identificándote con ella y sufriendo como ella. Te acuerdas que me dijiste que te sentías muy culpable porque no podías darle a tu mamá para sus medicamentos.

N: Sí y usted me dijo que podría darle alegrías. Eso me gustó de esa sesión

T: Y no será que por esa culpa de no poder hacer nada, lo que haces es ¿sufrir como ella?

N: Yo creo que sí. Porque desde pequeño me reflejo, si están tristes yo también lo estoy. Por ejemplo, desde pequeño veía muchas caricaturas y yo me acuerdo que cuando a algún personaje algo le salía mal, yo me sentía mal. Había un muñequito que todo le salía mal, después sentí un tic y me sentí muy mal. Por ejemplo: si moría algún personaje que me causara mucha lástima, porque es lástima, y a veces sí quería ser como él. Yo tenía la idea de que pudiera meterme en la tele y cambiar al muñequito, pero sinceramente siento que no poder hacer nada, sólo me hace sentir culpable. Cuando iba al cine con mis papás y era la película de héroes, yo pensaba que a esos todo les salía bien y a mí no. Siento que a mí me daban igual los héroes con su traje, yo siempre admiraba más a aquellos que les iba mal.

T: Más que admirarlos te sentías identificado ¿No? Sentías tanta tristeza que decías que si pudieras entrar a la tele cambiarías las cosas. Si pudieras entrar al cuerpo de tu mamá, también cambiarías las cosas, pero como no puedes, te unes en su sufrir, te sientes culpable de no sufrir tú.

N: Mi tía Vicki se llevaba muy bien con mi mamá, eran muy amigas. Se iban juntas muchas veces a Ixtapaluca. Ella apoya mucho a mi mamá. Mi papá también y mis abuelitos.

T: ¿Y Tú?

N: Sí la apoyo también.

T: Como hemos hablado de lo que sí tienes, ¿podrías decirme qué sí le das a tu mamá?

N: Le puedo dar atención, cariño, la puedo hacer sentir bien. Con mis actos puedo hacerla sentir bien para que se sienta orgullosa.

T: Lo que haces por ti, inmediatamente se refleja en ella. Venir a terapia, tomar tus medicamentos, ir la escuela, terminar la prepa. Lo que haces por ella, es atenderla, platicarle, acompañarla, ayudarla en lo que puedas. Pero lo que hagas por ti, le va a dar alegría, le va a quitar preocupación. Como dices tú, le va a dar orgullo. Tú me has dicho que no quieres darle problemas a tu mamá, y que por eso finges estar bien. Pero no se trata de eso, se trata de que de verdad hagas por ti.

N: Claro. Estoy de acuerdo con eso. Es cierto. Fíjese que esto me hace pensar en el esposo de mi tía Victoria. A mi mamá le cae mal, porque él es muy especial. Cada vez que se ensucia, se limpia. Le sirven de comer algo y no le gusta, lo rechaza simplemente. Si tiene sueño se va a la tele sin pedir permiso a mi abuelita. Mi mamá le cae muy mal eso. Se siente muy alzado. Es demasiado soberbio. Si mi abuelito habla de algún retiro, él luego luego, se pone a hablar del retiro que él hizo 1972. Viéndolo de una manera, cuando yo iba en tercero de secundaria yo también era soberbio. Yo me sentía muy alzado con lo que aprendía en la secundaria. Cada vez que pasaban las noticias y hablaban de algo, yo sentía que ellos no sabían nada. Yo sabía que era el ADN y ellos no. (se ríe). Mi papá llegó a notar mi soberbia y me dijo: ya te pareces a tu tío. Mi tía también. Ella es dancista, de las que van al zócalo. A ella no le importaba la información, simplemente lo disfrutaba. Y para mí era importante la información.

T: Te lo hicieron saber, y entonces te fuiste a otro extremo.

N: Es que yo cuando era soberbio, también era falso. Decía mentiras para no quedar mal. Inventaba y era mentiroso. Yo sentía que ya le caía mal a la familia igual que mi tío. Yo no quería ser como él, pero de alguna manera inconsciente eso estaba pasando. Después de eso me llegué a sentir demasiado especial, mis papás me mandaban a tirar la basura y me ponía bolsas en las manos. Me reflejaba tanto en mi tío. Luego mi tía me contó que mi tío tuvo una infancia difícil, también era muy aislado social. A mi tío también le gusta presumir de cosas que ni sabe bien, le gustaban las cosas que nadie entendía, eso es. Yo era así y me sentía raro con mi familia.

Mi tía me dijo que le hacían bullying a mi tío. Estaba pasando por lo mismo que yo. Él siempre le cayó mal a las personas. Todos los hermanos de él ingresaron rápidamente a la carrera y ya son graduados y mi tío todavía sigue en la tesis y ya tiene 46 años. Ellos tenían una casa, donde vivían todos los hermanos de mi abuelito, todo era de cemento, vino mi tío y rápidamente cambió todo, le puso redes, puertas chinas (se ríe), le gustan las cosas que nadie entiende. Él venía cada domingo. No sé, creo que eso me cambió de alguna manera.

T: Habrá que pensarlo. De hecho, hay varias cosas para pensar de esta sesión.

N: ¿Por qué será eso de que me reflejo demasiado?

T: (Tocan a la puerta porque ya es hora de dejar el cubículo) Le digo a Nacho que tendrá que seguir pensando en la respuesta y que lo veo la siguiente sesión. Nos despedimos.

10. Análisis transferencial y contratransferencial del proceso terapéutico.

Es menester decir que el tratamiento con Nacho tuvo mucho contenido contratransferencial, el cual constantemente llevé a supervisión y a mi análisis personal. Siempre los pacientes ponen en nosotros los terapeutas una parte de ellos. Kernberg (Citado en Etchegoyen 2009) recalca que tanto más regresiva sea la patología del paciente, mayor contratransferencia tendrá el terapeuta. Agrega que en este tipo de pacientes: *“el analista tiende a experimentar emociones intensas que tienen más que ver con la transferencia violenta y caótica del paciente que con los problemas específicos de su pasado personal”*. (p. 184). En esta cita el autor, se refiere a transferencia violenta y caótica, en el caso de los pacientes limítrofes, mientras que en los melancólicos, la llama transferencia depresiva.

A través de las sesiones con Nacho pude sentir esa transferencia depresiva en tanto su desesperanza, su deseo de no deseo acompañado de su inmensa tristeza, en ocasiones, me invadían a tal punto que cuando acababa la sesión, me costaba trabajo deshacerme de ese sentir. La última sesión, narrada en el apartado anterior, cuando Nacho se fue del consultorio, no pude más que soltarme a llorar. Era una mezcla de tristeza por Nacho, de angustia por lo que podría suceder una vez que muera la madre y de frustración por sentir que no alcanza con la terapia, ni con el medicamento para su desgarradora melancolía.

Etchegoyen (2005) explica que cuando el analista observa en la transferencia *“una caída vertiginosa donde prevalece lo negativo”* (p. 260) esto supera por mucho el concepto de holding que propone Winnicott. Pienso que eso me pasó a mí varias veces en el tratamiento, la melancolía de Nacho superaba el sostén que procuraba darle. En otras ocasiones lo sentía sostenido con pinzas. Era mi supervisora quien me daba a mí ese sostén para continuar cuando la desesperanza aparecía en mí.

En su momento, mi supervisora y yo pensamos en la conveniencia de hacer algunas intervenciones familiares acudiendo yo al domicilio de Nacho, sin

embargo, no se dieron las circunstancias ni hubo la disposición por parte de él. En casos como este, la intervención familiar puede ser un elemento que ayude a cada uno de los integrantes de la familia a sostenerse de forma adecuada ante los efectos que tiene para ellos la situación vivida.

Green (citado en Etchegoyen 2005) dice que la madre muerta se descubre en la transferencia, ya que *“estos pacientes no consultan por depresión, sino más bien por dificultades en las relaciones interpersonales y por trastornos caracteriológicos. Durante el análisis aparece claramente en la transferencia, más tarde que temprano, una situación traumática que proviene de un cambio súbito y dramático en la madre, que el hijo percibe, pero no alcanza a comprender”*. (p. 259).

Situación que fue así con Nacho. Su motivo de consulta tenía que ver con sentirse un inadaptado social que no podía relacionarse con los demás, lo que atribuía a su timidez e inseguridad. Fue durante las sesiones de tratamiento que fui descubriendo la presencia de esa situación traumática, de la madre muerta que no termina de morir, que está viva, pero está ausente, así como sus lamentables consecuencias en el psiquismo de Nacho.

Yo sabía que transferencialmente Nacho me había dado ese lugar de madre que tanta falta le hacía. Procuré seguir la propuesta de Green (citado en Etchegoyen 2005) en transferencia con estos pacientes. Intenté *“reconstruir el vínculo vital que el niño tuvo con la madre antes de la catástrofe. Allí se supera la distancia infranqueable con la madre muerta, gracias a la vitalidad del analista, quien dentro de su encuadre, y sin abandonar su neutralidad, puede restablecer el vínculo que de hecho había antes de la tragedia”*. (p. 260).

Me parece que sí logré una parte importante del vínculo que menciono arriba. Tal vez eso mantuvo vivo a Nacho este tiempo, no lo sé. Lo que sí sé es que al final del tratamiento y aún ahora que escribo este trabajo me siento triste. Una explicación a mi tristeza la hallé en Green (2012), pues dice que estos sujetos marcados por la madre muerta, en las siguientes relaciones de objeto que

establezcan, por ejemplo, con la terapeuta, la novia, pondrán en práctica, por medio de la compulsión a la repetición, una relación que tiende a decepcionar, ya que en realidad ellos mismos se han prohibido ser, se perdieron con la pérdida. Lo explica así:

“Hubo enquistamiento del objeto y borradura de su huella por desinvertidura; hubo identificación primaria con la madre muerta y transformación de la identificación positiva en identificación negativa, es decir, identificación con el agujero dejado por la desinvertidura, y no con el objeto. E identificación con ese vacío que, periódicamente, cada vez que un objeto nuevo es elegido para ocuparlo, se llena y de repente se manifiesta por la alucinación afectiva de la madre muerta” (p. 264).

11. Conclusiones.

11.1. Melancolía vs. Depresión.

El dolor es lo primero que sentimos ante una pérdida de cualquier tipo. El duelo generalmente es lo que nos ayuda a lidiar con ese dolor. Sin embargo, hay quienes, como Nacho, devienen melancólicos fundiéndose ellos mismos con la pérdida en sí misma. Entonces el dolor se convierte en un dolor de existir.

A lo largo de este trabajo se ha explicado el concepto de melancolía y los factores que intervienen en ella, dejando en claro que no es lo mismo que tener una depresión o un estado depresivo propio del duelo. Me parece importante rescatar a modo de contribución con este reporte, a la melancolía como una entidad vigente en nuestros días, a pesar de que la psicología y la psiquiatría la han dejado en desuso y la han categorizado como una depresión.

Leader (2011) insiste en distinguir la depresión por una pérdida, de la melancolía, con el hecho de averiguar si el paciente está triste por intentar matar al muerto, reordenando y restaurando sus objetos internos, o si ya ha muerto con él. Lo que se puede apreciar mediante la identificación melancólica descrita a profundidad en este trabajo, donde el yo es tratado sin piedad por el odio al objeto perdido que es volcado hacia la persona misma, así como distinguir que la culpa toda, se ha apoderado del yo. Una persona deprimida, está inhibida en sus funciones yoicas, pero sigue ahí. El melancólico ya no está ahí, lo que está es la introyección de ese objeto perdido. Él se ha perdido, se ha vaciado con la pérdida misma.

11.2. La madre muerta.

El concepto de la madre muerta de Green, (2012) me ayudó mucho para entender lo que aquejaba a Nacho. Si bien el trauma no es en la primera infancia, donde tal vez se gestaría un autismo, por el momento de desarrollo, es en el final de la latencia donde ocurre ese cambio brutal, en la relación entre la madre y el hijo, donde Nacho previamente se sentía mirado y amado. Esa detención brusca de la imago materna, que fue vivida como catastrófica, transforma por completo su vida psíquica. Coincido también con el autor en que, en estos casos, el padre suele ser

inaccesible, por lo menos así ha sido en la historia particular de Nacho. El padre está abrumado con la condición de la madre, con sus responsabilidades económicas y con su propia depresión por la situación vivida, de tal suerte que tampoco mira a Nacho, al contrario, le exige responder de una forma que le permita a él distanciarse de los cuidados y la convivencia de la enfermedad de su mujer.

El tratamiento, aunque fue difícil y muy resistencial, logró mantener vivo a Nacho y le proporcionó el espacio para nombrar no sólo la enfermedad de la madre, sino también lo que sentía con relación a ella y a su situación. Además, le permitió tener un acompañamiento, un sostén y una oportunidad para el manejo de la realidad de su contexto.

11.3. Dos hipótesis sobre la causa original.

A lo largo del tratamiento me he preguntado una y otra vez la causa que coadyuvó a que Nacho deviniera melancólico. Mi primera hipótesis va en el sentido de que, si bien nuestro aparato psíquico está conformado melancólicamente, pues nacemos en el desamparo, tuvo que haber una fijación a nivel oral muy regresiva, que le da esa identificación con el objeto odiado. Una especie de fractura narcisista en esa identificación primordial.

En Freud (1914) cuando habla del sentimiento de sí, aclara que en el melancólico la estructura narcisista se derrumba, lo que lo lleva a la psicosis. En la melancolía hay una relación con el objeto perdido que fue ambivalente y se coloca como parte del yo y es criticado por el ideal. El yo queda colocado en un lugar masoquista y el superyó en un lugar sádico hacia el yo. El melancólico así se deja de querer. Los reproches que se hace así mismo, son reproches que ha escuchado del objeto. Por eso insistí una y otra vez en trabajar la ambivalencia hacia ese objeto, brindando el espacio para descargar la furia contra él y procurar colocarlo en el lugar que le corresponde con sus fortalezas y sus debilidades.

La hipótesis reciente tiene que ver con el concepto de forclusión y el de la metáfora paterna, ambos estudiados en el texto de Maleval (2002) y que me dieron cierta luz en el caso de Nacho. Intentaré desarrollarlo a continuación.

La metáfora paterna se entiende como un cuerpo de significantes introducidos por la madre, donde el padre hace un corte simbólico en el Edipo instaurando la ley y acotando el goce. La forclusión del nombre del padre es una falla, un hueco, en uno de los significantes de la cadena.

La función paterna va a separar al sujeto del goce primordial. Como función puede darla la misma madre o el padre o quien esté presente haciendo esa función. La madre tiene que amar a su hijo, pero no gozar de él. La función paterna hace que la madre deje de gozar del hijo dando lugar a la pérdida del objeto, para que se instaure la falta y con ello el deseo. Esta función paterna es la que presenta la cultura mostrándole que hay algo más allá de su madre. Pero ¿qué pasa si esa función paterna no se da? Pues la madre sigue gozando del hijo. Ese hijo se convierte en el falo de la madre en tanto la completa, no habiendo quien acote ese goce.

Pienso que Nacho crece siendo el falo de esa madre y de repente esa madre enferma y se sumerge en su propio duelo, Nacho ni nadie la completa en la gran herida narcisista que la invade. Nacho se vuelve hacia el padre y éste no sólo no cumple con su función, sino que lo vuelve a poner como el falo de la madre. Esa ley del padre tan necesaria para sostener la vida, para transmitir la pulsión de vida, no está ni estuvo nunca. De ahí que devenga en melancolía la reacción ante esa pérdida.

¿Por qué digo esto? Porque, aunque no pude nunca hacer una historia profunda de la primera infancia de Nacho, debido a la dificultad de entrevistar a los padres. Vi durante el tratamiento, que en realidad el padre no lo apoyó con la escuela, ni con su proceso adolescente. De alguna forma le convino que Nacho reprobara, que no pudiera hacer amigos, ya que así podría hacerse cargo de la madre, en vez de él.

Hay que lavarla, darle de comer, quitarle las flemas, acostarla, llevarla al baño, acompañarla, y mientras la escuela, los amigos, la novia, su proceso adolescente, y su propio deseo, quedan en segundo plano, pueden esperar.

Al final el padre le prohibió a la novia, apoyado por la madre, lo que le restó la posibilidad de libidinizar un nuevo objeto de amor, se la quitaron con el pretexto de que tenía que estudiar, pero en el fondo, me parece fue conveniente, para que así se siguiera haciendo cargo de la madre. El padre lo coloca nuevamente, en ese lugar de falo de la madre.

Por último, espero que este trabajo dé los elementos suficientes para distinguir entre depresión y melancolía. Entender que no es lo mismo ni conceptualmente ni en su abordaje clínico. La escucha analítica y el análisis transferencial en supervisión y en el análisis personal fueron siempre decisivos para el abordaje de éste y de todos los casos que llevé en la residencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Abraham, K; (1944). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. *Revista de Psicoanálisis*. 02(02), (pp. 272-349). Recuperado en: <https://studylib.es/doc/4700190/breve-estudio-del-desarrollo-de-la-libido-a-la-luz-de>
- Bowlby, J. (1993) *La Pérdida: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2009). Cap. 9 Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos y Cap. 10 Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas en *Manual de Psicopatología* Vol. II (pp.233-298). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Carvajal, G. (1993) *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. Bogotá: Tiresias.
- Chamizo, O. (2012) Dolor y melancolía, destinos del narcisismo. En *Melancolía*. Espectros del psicoanálisis. No.9 (pp. 182-193).
- Etchegoyen, R. H. (2009) De la transferencia y la contratransferencia. En *Los fundamentos de la teoría psicoanalítica*. (pp. 105-335). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1886-1889) Manuscrito G. Melancolía. En *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* en Obras Completas Volumen I. Amorrortu Editores, Buenos Aires: 2008
- (1950- [1895]) *Proyecto de psicología*. En *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* en Obras Completas Volumen I. Amorrortu Editores, Buenos Aires: 2008
- (1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria* en Obras Completas Volumen VII. Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2008.

- (1912-1913) *Tótem y Tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. En Obras Completas Volumen XIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires: 2008.
- (1914) *Introducción al narcisismo*. En Obras Completas Volumen XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires: 2008.
- (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión* en Obras Completas Volumen XIV. Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2008.
- (1917 [1915]), *Duelo y Melancolía* en Obras Completas Volumen XIV. Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2008.
- (1921). Identificación. En *Psicología de las masas y análisis del yo* en Obras Completas Volumen XVIII. pp. 99-104. Amorrortu editores, Buenos Aires. 2008
- (1923) *Neurosis y psicosis* en Obras Completas Volumen XIX. (pp. 152-159) Amorrortu editores, Buenos Aires. 2008
- Green, A. (2012) *La madre muerta. En Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 2012.
- Guzmán, R. (2016). *Acerca del procesamiento del duelo. Revista del centro de estudios psicoanalíticos de la UNSAM*. Recuperado desde:
<http://revistadesvios.unsam.edu.ar/acerca-del-procesamiento-del-duelo/>
- Hernández, S. (2018) *Aflicciones del alma: Melancolía, naufragios y desastres del cuerpo*. México: El diván negro.
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos* en Obras Completas Volumen I. Barcelona: Paidós
- Laplanche, J., Pontalis, J. (2008) *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós.
- Leader, D. (2011) *La moda negra: duelo, melancolía y depresión*. Barcelona: Sexto Piso.

- Martínez, M., (2002). Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. *Paradigma, Vol. XXIII* (No. 1), p. 5
- Maleval, J. C., (2002). *La forclusión del nombre del padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Nassio, J. (1996) El concepto de identificación. En *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. (pp. 133-177). Barcelona: Gedisa.
- (2007) *El dolor de amar*. Barcelona: Gedisa.
- (2016) *Cómo actuar con un adolescente difícil: consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós
- Tizón, J. (2007) *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Uribarri, R. (2015) Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. En *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. (pp. 71-111). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D.W. (1971) Cap. 9 Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego* (pp. 179-188). Barcelona: Gedisa.