



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

**Síntomas somatomorfos en una adolescente: duelo por lo infantil,
despertar sexual y deseo inconsciente de asesinato a los padres**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PABLO JAVIER HERNÁNDEZ MEJIA

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA, UNAM. Facultad de Psicología.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO, UNAM. Facultad de Psicología.
MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ, UNAM. Facultad de Psicología.
MTRA. ANA LOURDES TELLEZ ROJO SOLÍS, UNAM. Facultad de Psicología.
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES, UNAM. Facultad de Psicología.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, SEPTIMBRE 2023.



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.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis primeros pacientes, a los actuales y a aquellos que están por llegar.

A mi adorable familia: mamá Leticia, abuelo Miguel, tía Pilar y Guadalupe, tío Miguel Ángel, Wilbert y Manuel. A mis primos; Rodrigo, Gerardo, Jacobo, Karina y Diana. Y a mis pequeñas sobrinas Regina, Zuria y Natalia, que gracias a cada uno de ustedes mi Yo se ha identificado y nutrido. Gracias, los internalizo en cada convivencia. Los quiero mucho.

A mi abuelita Benita, de quien conservo tu amor, tus lecciones, tu esencia y raíces. Por ser mi ejemplo de empuje y trascendencia. Gracias por haber sido mi abuela-papá. Te extrañaré por siempre.

A Nadia, por ser una persona crucial en mi vida. Hemos vivido tantos momentos. Por todo tu cariño, tus besos y abrazos. Te amo, eres parte de mi felicidad.

A mis psicoanalistas Anayansi Chávez, Ernesto Gutiérrez y Berenice Mejía, quienes me han transformado con sus palabras y su escucha. Lo que soy como persona y como profesional contiene el Self-analítico que tanto me proporcionaron.

A mis queridos amigos-maestros psi: Leticia Jiménez, quien obtengo tu guía y cariño. Me hiciste crecer y arropar en muchos aspectos. Ana Fabre, quien me das sabiduría y afecto que son siempre recibidos. Me motivas y me siento querido. Jorge Rodríguez, por tu creatividad que me estimula a seguir trabajando en esta profesión. Te admiro y aprecio mucho. Jani Santamaría, quien me has apoyado y compartido tus saberes analíticos, siempre tan cálida conmigo. Martha López, al saber que compartimos ideología de izquierda y el sentido crítico de la realidad, me haces una linda compañía. A mis más cercanos amigos y colegas: Francisco Valencia, Mireya Morales, Ninfa Chávez, Liliana Gutiérrez, Fabiola Santa Cruz, Jessica Rodríguez, Magali Díaz, Salvador De la Cruz, Saúl Román, Ernesto Reyes, Aura Lorenzo, Noemi Ortuño, a ustedes los quiero mucho y respeto, su amistad e interlocución es vital para mí porque son parte de mi mundo.

Agradecimientos

Mi profundo agradecimiento a:

La Universidad Nacional Autónoma de México, mi segunda alma académica, que ahora me otorga unas alas doradas que tanto soñé. Gracias por una educación pública y de calidad al alcance de sus mexicanos. Prometo llevar con profesionalismo tu emblema para enorgullecer el propósito de la institución.

Mi alma mater el Instituto Politécnico Nacional, otra institución de carácter pública y gratuita, que de no haberme formado ahí, jamás habría contado con las bases teóricas de la psicología, la disciplina y la confianza para continuar con mi formación como psicólogo clínico.

Mi comité tutorial: Dra. Eva María Esparza Meza quien me proporcionó el holding y handling responsable en la culminación de este proyecto. Gracias por ser mi supervisora. A la Dra. María Luisa Rodríguez de quien encontré la teoría y técnica aplicadas en la adolescencia, y era lo que buscaba. Gracias por tus lecciones. A la Dra. Martha López Reyes por tu fortaleza y tu técnica para abordar a los pacientes. Gracias por tu amistad. A la Mtra. Ana Lourdes Téllez Rojo Solís, por haber sido quien me entrevistó en el proceso de selección. Gracias por haber visto algo valioso en mí. A la Mtra. Verónica Ruiz González, por su calidez y liderazgo en el Centro Comunitario McGregor donde me sentí apoyado y protegido. Gracias por su alojamiento.

Mis profesores que fueron y son el corazón de la Maestría. Por su convicción de transferir, transmitir y heredar, sus conocimientos y experiencia clínica. A todos en conjunto, puedo concluir que la maestría amplió mi horizonte psicoanalítico. Y fortaleció el ideal de llegar a convertirme en un psicoterapeuta psicoanalítico lo suficientemente íntegro para seguir atendiendo pacientes.

Mis excompañeros de la décima generación, por haber compartido conmigo este espacio de formación psicoanalítica durante dos años, gracias: Francisco, Mireya, Griela, Fernanda, Alain, Mónica, Edgar, Javier, Daniela, Yadira, Paula, Gabriela, Ana y Antonio. Existirá siempre un vínculo generacional que nos unirá.

Un agradecimiento especial para la Mtra. Marcela Jiménez a quien considero mi madrina laboral, pues aprendí con su tutela sobre la vida institucional en la Secretaría de Cultura y que sin su valioso apoyo para prepararme para el examen de admisión a la maestría, no lo hubiera logrado en mi primera oportunidad. Me permitió ir a la Facultad de Psicología los viernes para asistir a un curso (piloto) de preparación de estadística a cargo del Dr. Saíd Jiménez. No olvidaré que cada vez que llegaba a territorio CU y contemplaba la vitalidad de la Universidad, anhelaba ganarme un lugar en el posgrado para así continuar mi formación clínica. Gracias Marcela por creer en mí y permitirme volar a otros horizontes.

A todos los mencionados... !lo logramos juntos!

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
1. LA ADOLESCENCIA.....	10
1.1 La pubertad.....	11
1.2 Fases de la adolescencia	12
1.3 Tareas cruciales en la adolescencia	13
1.4 Enfoques clásicos del psicoanálisis de la adolescencia	16
2 SEXUALIDAD Y CUERPO EN LA ADOLESCENCIA.....	17
2.1 La sexualidad adolescente	17
2.2 El cuerpo terrorífico y extraño en la adolescencia	20
2.3 Cuerpo e identidad adolescente.....	21
3. LOS PADRES EN LA TURBULENCIA ADOLESCENTE	22
3.1 La importancia de los padres-ambiente-continente	22
3.2 Ruptura, desligazón y renuncia a los padres infantiles en la adolescencia	24
3.3 La exclusión de los padres de la adolescencia.....	25
3.4 Fantasía de asesinato a los padres de la adolescencia	27
3.5 El pasado adolescente negado por los adultos: la segunda amnesia	28
3.6 Dificultades en las relaciones padres-adolescentes	30
4. CONFLICTOS PSÍQUICOS DE LA PUBERTAD-ADOLESCENCIA.....	31
4.1 Los duelos de la adolescencia	35
4.2 Proceso de separación-individualización en la adolescencia.....	37
5. DEFENSAS Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA ADOLESCENCIA.....	39
5.1 El conflicto neurótico.....	39
5.2 Las defensas psíquicas	40
5.3 El cuerpo como objeto de defensa.....	41
5.4 Defensas del adolescente ante los duelos.....	42
5.5 Lo psicossomático	44
5.6 La somatización	45
5.7 Cuadros clínicos psicossomáticas más frecuentes	47
5.8 La alexitimia, pensamiento operatorio y normopatía	47
5.9 Síntomas conversivos.....	50

6. ELABORACIÓN Y TRABAJO DE RESIGNIFICACIÓN EN LA ADOLESCENCIA ...	51
6.1 Elaboración de las conflictivas de los padres de adolescentes.....	52
6.2 La elaboración ante el duelo adolescente.....	53
6.3 La elaboración del complejo de Edipo.	54
6.4 El trabajo de resignificar	54
MÉTODO	57
Planteamiento del problema.....	57
Pregunta de investigación	63
Objetivo general y objetivo particular	63
SUPUESTO TEÓRICO.....	63
DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS	64
Tipo de estudio.....	65
Participantes	66
Escenario	66
Instrumentos	66
Procedimiento	66
Consideraciones éticas.....	67
LA PACIENTE.....	68
Descripción de la paciente.....	68
Motivo de consulta	68
Entrevistas iniciales	69
HISTORIA CLÍNICA.....	72
Historia familiar	72
Historia de la adolescente	73
Historia del padecimiento	77
RESULTADOS.....	79
1. El extraño cuerpo adolescente y sus síntomas somatomorfos	79
1.1 El cuerpo feo, sucio y esquelético	79
1.2 Sensaciones de pesadez, tensión y ahorcamiento.....	81
1.3 Vértigo (sensación de caerse).....	83
1. 4 Piernas paralizadas	85
1.5 Globus histérico	86
1.6 Disfonía	88
1.7 Estreñimiento	90
1.8 Reflujo gástrico	92

2. La pérdida por lo infantil y el desprendimiento-dependencia con la madre	94
3. Dificultad de expresión afectiva: la huella mnémica del conflicto ambivalente.....	98
4. Fantasía inconsciente de asesinato a los padres de la adolescencia	100
5. Sobre la inmadurez y la resignificación en la adolescencia	105
ASPECTOS TRANSFERENCIALES Y CONTRA-TRANSFERENCIALES.....	109
Sobre la asignación del nombre clínico del caso: "Leonora"	109
Análisis del proceso transferencial y contratransferencial	109
CONCLUSIONES.....	113
Logros y limitaciones psicoterapéuticas	113
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS.....	126
Poemas escritos por leonora.....	126
Notas clínicas: sesiones Px. Leonora	129
Carta de motivos para el ingreso a la maestría	145

RESUMEN

El presente texto es un estudio de caso de una paciente adolescente de 13 años de edad, cuyo cuadro clínico presentaba síntomas somatomorfos tales como globus hístico, disfonía, parálisis de extremidades, vértigos, y síntomas sensitivos referentes a la extrañeza corporal. El proceso terapéutico tuvo una duración de 50 sesiones en un periodo de un año en el Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro" en el marco de formación académica del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. En este trabajo se analizaron la sintomatología de la paciente usando la hipótesis clínica de la manifestación de mecanismos defensivos de conversión y expresiones psicósomáticas debidos al *segundo despertar sexual, el duelo de la infancia y la fantasía inconsciente de asesinato de los padres*. Se propone así, un marco teórico psicoanalítico que aborda el estudio de los procesos psíquicos de la adolescencia con la cual se analiza el caso. Los resultados del estudio mostraron avances terapéuticos tales como desaparición de los síntomas y una mejoría en el estado emocional de la paciente.

Palabras clave: conversión, psicósomática, segundo despertar sexual, duelo infantil, fantasía inconsciente de asesinato.

ABSTRACT

This text is a case study of a thirteen year old adolescent patient, whose clinical picture presented somatoform symptoms such as globus hysteria, dysphonia, limb paralysis, vertigo, and sensory symptoms related to body strangeness. The therapeutic process lasted fifty sessions in a period of one year at the Community Center "Dr. Julián McGregor and Sánchez Navarro" within the academic training framework of the postgraduate master's degree in Psychology from the National Autonomous University of Mexico whit residency in Psychotherapy for Adolescents. In this work the symptoms were analyzed of the patient based on the clinical hypothesis of the manifestation of defensive mechanisms of conversion and psychosomatic expressions due to *the second sexual awakening, the childhood mourning, and the unconscious fantasy of murder of the parents*. Thus, a psychoanalytic theoretical framework is proposed that addresses the study of the psychic processes of adolescence with which the case is analyzed. The results of the study show the therapeutic advances such as symptomatic disappearance and an improvement in the emotional state of the patient.

Key words: conversion, psychosomatic, second sexual awakening, childhood mourning, unconscious fantasy or murder.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial de organización-desorganización psíquica, experimentada más o menos turbulenta para cada joven, que puede ser vivida como una etapa extraña e incomprensible. Este trabajo es un estudio de caso clínico en el que se analizan los síntomas somatomorfos de una adolescente de trece años de edad, tales como: globus histérico, disfonía, parálisis de extremidades, vértigos, y síntomas sensitivos referentes a la extrañeza corporal, manifestaciones de defensa psíquica ante las conflictivas emocionales inconscientes del segundo despertar sexual, el duelo infantil y la confrontación parental. Dicha tesis integra la teorización psicoanalítica de la adolescencia para explicar las vicisitudes del caso.

La paciente fue elegida para caso clínico entre varios casos atendidos en mi formación del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma de México con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes dentro del Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro", debido a la particularidad de presentar un cuadro sintomático de conversión el cual se caracteriza porque el cuerpo presta sus funciones a la mente para expresar simbólicamente los conflictos inconscientes, son símbolos mnémicos convertidos en el cuerpo. A su vez, la paciente presentaba síntomas psicósomáticos los que destacan por el surgimiento de enfermedades físicas producidas por conflictos emocionales, que reflejan una forma de enfrentar el desequilibrio emocional. Resultó así, un gran interés, convicción y reto, no solo acompañar a la paciente en la manifestación de sus síntomas *in situ* de la clínica, sino también, el esfuerzo por comprender e investigar la teoría psicoanalítica de los fenómenos del cuerpo: es decir, lo somatomorfo, que abarca las manifestaciones de conversión y de somatización. Por lo que el objetivo general consistió en analizar y dar una explicación a los síntomas somatomorfos de una adolescente empleando los fundamentos teóricos del psicoanálisis.

La metodología empleada fue con una metodología cualitativa, utilizando como herramienta principal entrevistas clínicas que proporcionaron datos subjetivos y experienciales de los participantes, en este caso de la paciente y de sus padres. Se usaron técnicas de la clínica psicoanalítica, tales como la atención flotante o escucha activa al relato del paciente y la regla fundamental de asociación libre, con lo que permitió un análisis del discurso.

Seis capítulos son los que componen el marco teórico psicoanalítico de la adolescencia. El primer capítulo está dedicado a las diversas definiciones y conceptualizaciones de la adolescencia-pubertad, se exponen las tareas cruciales de la etapa y los enfoques clásicos desde el psicoanálisis. El segundo capítulo aborda la experiencia metapsicológica de la sexualidad y el cuerpo en la adolescencia, su experiencia como cuerpo terrorífico y extraño, y su aporte a la identificación adolescente. En el tercer capítulo desarrollo la relación de los padres en la etapa adolescente, sus conflictivas, importancia, fantasías y dificultades en

este vínculo fundamental para el curso del adolescente. En los capítulos cuatro y cinco, se expone las principales conflictivas adolescentes en relación al duelo infantil, la separación-individuación y los funcionamientos psíquicos de los fenómenos somatomorfos; lo psicósomático y lo conversivo. El capítulo seis del marco conceptual se trabaja los procesos de elaboración y resignificación del complejo de Edipo y duelo adolescente.

La sección metodológica incluye el método empleado, planteamiento del problema o sintomatología clínica de la paciente, la historia clínica del paciente, los objetivos pretendidos de la investigación, el supuesto teórico, los instrumentos y procedimiento para la recolección de información y su posterior análisis.

El apartado de los resultados y discusión se presenta el análisis de los síntomas predominantes del caso, realizando una explicación metapsicológica usando el marco psicoanalítico de lo sucedido en el curso del tratamiento de la paciente. Este apartado incluye la presentación del análisis transferencial y contratransferencial analizado en supervisión clínica. Por último, se plantea las conclusiones dando cuenta de los logros y limitaciones del proceso psicoterapéutico. Se añade como anexos, poemas escritos de la paciente, un registro de notas clínicas de las sesiones y mi carta de motivos para ingresar al programa de maestría.

MARCO TEÓRICO

1. LA ADOLESCENCIA

Carvajal (1993) sugiere que el término adolescencia hace referencia solo al hecho de crecimiento, perdiéndose el significado de dolor, de vicios y pasiones irreductibles, cuyo sentido es mucho más cercano al verdadero *proceso adolescencial*.

En el diccionario de la lengua española se encuentra que:

Adolescer viene del latín *adulescens* o *adolescens* que significa «hombre joven», como participio activo de *adolescere* «crecer».

Adolescer del latín *ad* «a» y *dolescere* de *dolere* «doler» cuyo significado es «caer enfermo o padecer alguna enfermedad habitual»

La adolescencia es una experiencia de *dolorosa transformación*, una metamorfosis en tanto que es definitiva e inevitable (Carvajal, 1993).

Anna Freud (1947) concibió al adolescente en un estado de *constante conflicto interno*, pues su psique es un campo de batalla donde la irrupción sexual lucha contra fuerzas represivas igualmente fuertes.

Para Blos (1962) la adolescencia se refiere a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

Winnicott (1963 [1961]) considera que la adolescencia es un periodo de *crecimiento*, en donde cada individuo participa de manera comprometida en una experiencia de vida, un problema concerniente al hecho de existir y al establecimiento de una identidad. Refiere que lo característico de la adolescencia es su inmadurez y el hecho de no ser responsable (Winnicott, 1969/1971).

De acuerdo con Donald Meltzer (1967) la adolescencia es un *estado mental* y propone que en la pubertad se produce un derrumbe de la estructura latente, sostenida por un severo splitting del self y de los objetos.

Edith Jacobson (1974) define a la adolescencia como el periodo entre la *triste despedida de la infancia y esperanzador pasaje*, que permite la entrada al desconocido país de la adultez.

Según Marcelli y Braconnier (1986), la adolescencia implica una serie de *ajustes psíquicos* que tienen por consecuencia una fragilidad relativa del equilibrio psicoafectivo. Se trata de una sensibilidad del sistema psíquico.

Rodolfo (1992) conceptualiza la adolescencia como un campo transicional de ensayo, un verdadero *laboratorio de experiencias*, juegos a ser “como si”, donde se espera, que algún día emerja una transformación realizada.

De acuerdo con François Dolto (1989) es un *segundo nacimiento*, en el que el joven debe desprenderse poco a poco de la protección familiar, como le fue quitado de la placenta protectora. Compara el tiempo de la adolescencia con el momento en que las langostas pierden su caparazón y quedan indefensas mientras construyen uno nuevo.

1.1 La pubertad

En tanto que la pubertad es el proceso biológico de la transformación del cuerpo, al producirse el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017) marca el despliegue y activación de los procesos psicológicos de la adolescencia. Comenta Dolto (1989) que las transformaciones corporales causan un gran trastorno de la persona íntegra. Explica que la palabra pubertad proviene del latín “*pubere*”, que significa vello. Y que toda esta transformación física pone el cuerpo en sitio para la fecundidad.

Brignoni (2012) define al púber como aquel que ya tiene el cuerpo preparado para funcionar como si fuera un adulto y es ahí donde se produce una ruptura porque subjetivamente aún no lo es.

Freud utiliza por primera vez el término pubertad en 1888, la señala como el periodo de la vida en la cual antes y después acontece un “primer estallido de la neurosis” (Freud, 1888, p. 57) en niños con disposición histérica.

La teoría de la pubertad posee una metapsicología, menciona León (2013), que el factor económico y cuantitativo se considera en el desequilibrio energético que facilita el desencadenamiento de síntomas neuróticos a partir de esta etapa. En términos dinámicos: se despiertan fuerzas en conflicto (primero del desprendimiento sexual y más tarde la defensa). Y por último, posee una tónica: el cuerpo sexual del púber.

1.2 Fases de la adolescencia

Según Quiroga (1998) la adolescencia comprende las siguientes etapas:

- *Prepubertad* (8 a 10 años): Se caracteriza por el incremento desordenado de la motricidad. Aparece un aumento de juegos y verbalizaciones de contenido *más sexual*. Es la época de aceleración en el crecimiento y la puesta en marcha de las glándulas sexuales pero sin ser visibles los cambios.
- *Pubertad* (10 a 14 años): Se desarrollan los caracteres sexuales primarios (los órganos sexuales reproductivos) y los secundarios (aspectos físicos no relacionados con los órganos sexuales, pero que corresponden a la apariencia masculina y femenina).
- *Adolescencia temprana* (13 a 15 años): comprende el último periodo de crecimiento corporal. Los cambios que se realizan no son tan notorios desde el exterior. Las transformaciones fundamentales ya se han realizado.
- *Adolescencia media* (de los 15-16 a los 18 años): Termina de estabilizarse el proceso de crecimiento, esto le permite salir en busca del otro, de lazos de intimidad. Se dan vínculos de amor y de identificación fraterna, con fidelidad a un líder idealizado. Se agudiza la lucha generacional con los padres.
- *Adolescencia tardía* (entre los 18 y 28 años): Tiene como principal desafío la inserción al mundo vocacional y laboral y el encuentro con una pareja estable. Entre otras características destaca, la mayor puntualidad en la

diferencia generacional con los padres, el surgimiento de ciertas aspiraciones como las de vivienda y la independencia económica.

- *Subfase de la Adolescencia tardía* (de los 18 a los 21): Se caracteriza por una gran conmoción y caos interior, debido al *sentimiento de soledad* que lo domina. Se presenta desorientado y a veces confuso.
- *Subfase de la Adolescencia tardía* (de los 21 a los 24): El adolescente toma en cuenta las tareas psíquicas a resolver aunque no pueda realizarlas. El estado de confusión se ha calmado y entra en una etapa más reflexiva.
- *Subfase de la Adolescencia tardía* (de los 25 a los 28): Se consolida la entrada a la adultez con la aceptación de la complejidad psíquica y social. Se acepta la caída de las ilusiones (justicia, verdad y amor) de la adolescencia media.

Los momentos están subordinados por la influencia recíproca entre lo psíquico, lo biológico y lo social, alterando el ritmo cronológico, ya sea inhibiendo o apresurando los procesos fisiológicos.

1.3 Tareas cruciales en la adolescencia

Para Carvajal (1993) existen tres principales crisis propias de la adolescencia, pensadas como modelos de funcionamiento:

- 1) Crisis de autoridad
- 2) Crisis de identidad
- 3) Crisis sexual

Por su parte, Aryan (2009) identifica cuatro temas de profundidad psicoanalítica en el estudio y vida del adolescente:

- 1) Los intensos enamoramientos por flechazo
- 2) La amistad homosexual
- 3) Idealizaciones y des-idealizaciones
- 4) Los fantasmáticos

Por su parte Carvajal (1993) considera a la adolescencia *una aventura* en tanto que es un recorrido que se sabe cuándo y cómo inicia pero no cómo va a terminar.

Dada sus características el adolescente se expone a un riesgo muy alto, sin embargo, también se le ofrece la gran oportunidad de crear algo emblemático que oriente su identidad adulta.

Unzueta y Zubieta (2010) mencionan que en la adolescencia pueden surgir determinados síntomas, que es mejor identificarlos y reconocerlos como “características típicas” de molestia más que síntomas, destacan: la transgresión, el desafío a la autoridad, la omnipotencia, la impulsividad de los actos, la alteración del orden, la postergación, el aburrimiento, entre otros de carácter disruptivo.

Del mismo modo, Anna Freud (1961) identificó estas características nombrándolas “procesos contradictorios propios de la adolescencia”, se trata de comportamientos, sentimientos, emociones y actitudes incomprensibles, por lo inconciliables unos con otros, es decir, los adolescentes pueden ser egoístas, siendo el único objeto de interés y a la vez mostrar una plena dependencia con los demás, vivir con intensidad el enamoramiento y repentinamente interrumpir o romper sus relaciones dramáticamente, son capaces de entregarse a una continua vida social y después refugiarse en la inmensa soledad, en otros momentos, pueden mostrarse rebeldes ante todo tipo de autoridad pero someterse ante la aparición de algún líder. A la vez que muestran interés por lo material de esa forma pueden defender férreamente los grandes ideales, pueden demostrar una sensibilidad extraordinaria a la ofensa como pueden ser lo más bruscos posibles ante los demás, así como sostener un optimismo como cambiar a una postura pesimista. Se sintetiza en el célebre estado de ánimo fluctuante, y de su oscilación emocional.

Rodolfo (1992) propone trabajos o tareas simbólicas por cumplir en la adolescencia. No son actividades conscientes que el adolescente realiza, aluden a transformaciones psíquicas singulares y sin modelos ideales de configuración. Es un abordaje que se distancia del modelo de crisis de la adolescencia y del marco psicopatológico, para considerarla como *una transición* que tiene tareas psíquicas movilizadas o impulsadas por los cambios de orden biológico (cuerpo) y las exigencias sociales. Se agrupan en tres categorías: 1) el alejamiento de los ímagos parentales interiorizados en la infancia, 2) la exposición a nuevos ambientes

(extrafamiliares) y 3) la reconstrucción de sí mismo o reorganización del mundo interno. A su vez este modelo apunta a responder las principales preguntas de la existencia humana: ¿Quién soy?, ¿qué hacer? y ¿a quién amar? (Espinosa, 2010).

Estas tareas marcan tiempos de trabajo con el paciente adolescente, para identificar puntos de urgencia, de conflicto, de mayor fracaso, muy útiles en la clínica. El movimiento psíquico de lo familiar a lo extrafamiliar, es la principal tarea, de no desarrollarse, se conduce a un profundo trastocamiento. Se trata del surgimiento de *lo extrafamiliar* en la psique adolescente como parte importante para su desarrollo. Cabe mencionar que la primera irrupción de lo extrafamiliar es la angustia del octavo mes, la aparición del extraño, se trata del modelo originario de fobia temprana. Aquel mundo es totalmente materno (Rodulfo, 1992).

En este sentido, la función simbólica de los amigos es requisito decisivo para *lo extrafamiliar*, impulsando se vuelque al campo social, convirtiéndose en un espacio transicional para el adolescente. Por ello es importante la función del grupo para contener confusiones por identificaciones proyectivas. Así mismo, este trabajo de ligazón implica un trabajo de representación. Un adolescente debe religar, desligar y volver a ligar de un modo distinto muchos aspectos (Rodulfo, 1992).

La *meta fundamental del crecimiento* es la inclusión en el mundo adulto como metamorfosis esencial del jugar infantil en trabajar adulto, aspira a un *viraje* exitoso. De no llevarse a acabo, predominan destinos fallidos de ligazón del jugar hacia el trabajar: seudoadaptación, inhibiciones o pérdidas de interés, moratoria indefinida, desestructuraciones psicóticas o psicopáticas, afectando todo lo que sea del orden del trabajo en el adulto joven. También enfatiza, que la adolescencia va más allá de un “pasaje”, es una metamorfosis y ésta implica una transformación (Rodulfo, 1992).

El modelo de la crisis contempla que devenido una ruptura, turbulencia, agitación, o alteración, da paso a la consolidación definitiva de la personalidad, entre estos autores están: Erikson, Jones, Josselyn, Laufer, Pearson, Geleerd y Deutsch (Espinosa, 2010).

Por otra parte, María Hernández (2013) plantea que las principales conflictivas del adolescente cruzan por: la conflictiva edípica, las identificaciones primarias y secundarias, la transformación del yo ideal en ideal del yo, la modulación del superyó, la representación o imagen corporal, la *interiorización del cuerpo* como *objeto erótico*, la integración de la nueva sexualidad y las pérdidas de las construcciones simbólicas de la latencia, entre las más relevantes.

1.4 Enfoques clásicos del psicoanálisis de la adolescencia

Carvajal (1993) describe cinco enfoques principales que resaltan para el abordaje de la adolescencia desde el psicoanálisis:

1) La adolescencia como una organización-desorganización de las defensas contra la emergencia de las pulsiones sexuales dadas en la pubertad (*teoría pulsional*). En este modelo destacan los aportes de Freud (1905) y Peter Blos (1981) acerca de las vicisitudes del Complejo de Edipo y del ideal del yo adolescente.

2) La adolescencia como segunda fase de separación de las figuras parentales (*separación-individuación*). Basadas en los aportes de Margaret Mahler, cuyo modelo aborda la teoría de la identificación y los procesos de des-identificación.

3) La adolescencia como el camino de la dependencia-desamparo infantil hacia una relativa autosuficiencia e independencia adulta (*de la dependencia a la independencia*). Este modelo basado en las aportaciones de Donald Winnicott.

4) La adolescencia como la búsqueda de una identidad propia. Concibe al ser humano como buscador de sentidos y significados. Pretende encontrar el significado del mundo y el de su propia existencia (*búsqueda de identidad*), basado en los aportes de Erik Erikson.

5) La adolescencia como proceso de pérdida-duelo. Este modelo surge de la teoría del duelo y la posición depresiva de Melanie Klein (1932), después se suman las aportaciones de Anna Freud (1947) al incluir la teoría del duelo con la conmoción narcisista de la adolescencia. Aberastury y Knobel (1988), teorizan mayor profundidad este modelo, en el que el adolescente experimenta cuatro duelos:

1. El duelo por su cuerpo infantil
2. El duelo por su identidad de niño
3. El duelo por los padres de su infancia
4. El duelo por su bisexualidad

2 SEXUALIDAD Y CUERPO EN LA ADOLESCENCIA

2.1 La sexualidad adolescente

Sobre la sexualidad Dolto (1989) comenta, “la sexualidad comienza con la vida”, esto derivado de la contribución revolucionaria de *Tres ensayos* de Freud en 1905, es el primer despertar de la sexualidad humana. A partir de Freud se entenderá psicoanalíticamente a la sexualidad en *dos tiempos*, el primero iniciado en la infancia (el primer despertar sexual) y el segundo despertar sexual, surgido en la pubertad-adolescencia que se perfila a la genitalidad como *meta sexual*, aunque se sabe que puede reconocerse como meta sexual el explorar, el mirar, el exhibir, el sadismo, el masoquismo, etc.

La sexualidad adolescente es un proceso de *elección de objeto* (heterosexual, homosexual, puede ser fetiche u otros), considerado como el *segundo momento sexual* el paso a un *aloerotismo*, lo cual es toda una *metamorfosis* (Brignoni, 2012; Fernández, 2014). Recordemos que el primero momento de la sexualidad es dado en la primera infancia de forma *parcial y autoerótica*, con su etapa más crítica en la experiencia edípica. La pubertad sería entonces, el (segundo) momento para afianzar *el hallazgo del objeto*, determinando la conformación de la vida sexual. Freud (1905) menciona que la pulsión sexual es predominantemente autoerótica en la etapa infantil, pero con el advenimiento de la pubertad, la pulsión halla al objeto sexual.

Por lo que este encuentro de objeto “*es propiamente un re-encuentro*” (Freud, 1905, p. 203), acompañado de un nuevo elemento: la excitación sexual, caracterizada por el sentimiento de tensión (la erección en el hombre y la humectación en la mujer) que conlleva el sentido de displacer.

La dimensión sexual en la adolescencia es central en el pasaje de la infancia a la adultez, en ésta aparece y requiere de un tipo particular de desplazamiento psíquico de los deseos incestuosos, al que Kaplan (1991) llama *remoción*, para referirse a *la desligadura de la libido de los padres*, removido para ser depositado en otra parte (*transferencia de la libido*), en alguien que no pertenece a la familia. Para lograr la remoción de la carga sexual de las imágenes infantiles de los padres, es decisivo contar con la capacidad de separar el apetito sexual de las imágenes familiares (padres y hermano/as, etc.), es de esta forma que se detiene la interrupción del deseo incestuoso.

El desgaste y gran batalla para el adolescente es defenderse de los imperativos del *tabú del incesto*, que se manifiesta en extrañas conductas. El método más directo de transferir el deseo incestuoso a otra parte, es *la fuga*, el adolescente se escapa literal o figurativamente, sin embargo, le deja un anhelo intolerable de compañerismo amoroso. Por lo que, tras haberse fugado, es posible que se vea envuelto en una intensa y apasionada relación amorosa. Este tipo de enamoramiento precipitado, se limita a transferir las *angustias incestuosas*, con personas sustitutas al parecer diametralmente opuestas a los padres, aunque se mantengan insistentes. Sin embargo, en ocasiones se vuelve imposible edificar defensas o estrategias contra la avasalladora amenaza de un incesto real.

Para Ana Freud (1961) la pubertad es una etapa de maduración sexual física en el que la genitalidad ocupa el primer plano, en el intento de dominar los instintos parciales pregenitales. Se trata de un *despertar genital*, que conlleva a su vez un *retorno de las pulsiones genitales* en sus formaciones primitivas. Es una evolución de lo pregenital a lo genital, caracterizado por “*un yo relativamente débil frente a un ello relativamente fuerte*”. Es la etapa caracterizada por el aumento en las cargas libidinales, la adolescencia es un riesgo de emergencia pulsional, presente en todo momento: “*los deseos sexuales siempre están dispuestos a emerger de la represión, junto con sus correspondientes cargas de objeto y fantasías*” (Freud, A. 1961, p.155).

Frente a la emergencia de nuevas pulsiones el púber se siente invadido por toda clase de emociones: miedos, ansiedades, odio, culpa y tendencias al actuar. Las fantasías ligadas a las pulsiones son principalmente de carácter incestuoso, pregenitales y sádicas (Fernández, 1993).

Rodolfo (1992) sostiene que la iniciación sexual en la adolescencia, es mucho más que un episodio, es un acontecimiento estructurante, "*algo se termina de escribir y algo se resignifica en cuanto a la vivencia de satisfacción*" (p.159). Aunado a esto, para llegar al desenlace edípico, es necesario cruzar primero por la renuncia y así posibilitar la ligazón a nuevos objetos, de este modo se lograría el hallazgo de objeto que Freud menciona (Urribarri, 2015).

Una característica de la sexualidad adolescente en terrenos de los lazos de amistad, es la constitución de los "*amigos íntimos*" que se instalan en la elaboración edípica negativa como desplazamiento de la figura parental, posibilitando su alejamiento y su renuncia, encausando la energía narcisista-homosexual implícita en el conflicto, ya que toda amistad es una relación desexualizada. Otra característica de la sexualidad adolescente es el decline notorio de la bisexualidad que tiene relación con la resolución edípica negativa y contribuye al proceso de desidealización (Urribarri, 2015).

Es pertinente mencionar lo que refiere Freud (1905) sobre las fantasías sexuales inconscientes que surgen en la etapa puberal, cuyas apariciones son independientes de las experiencias individuales, siendo frecuentes fantasías cuyos contenidos se relaciona a la sexualidad de los padres, a la iniciación sexual por una persona amada, de amenaza de castración, sobre la vida prenatal del seno materno y de tipo incestuosas. Freud (1905) agrega que una de las reacciones psíquicas contra estas fantasías sexuales incestuosas de la pubertad, es la liberación del individuo a la autoridad de sus padres.

La relevancia de completar la experiencia de la vida sexual en dos tiempos (infancia y pubertad) radica en la constitución de la futura capacidad o incapacidad de amar (Freud, 1961). También conviene recordar, que la frecuencia de la elección

de un objeto homosexual temporario en la adolescencia como paso a la heterosexualidad (Freud, 1947).

Para combatir esta lucha inconsciente entre los deseos y pulsiones incestuosas, el o la joven adolescente, hace uso de defensas para frenar este enorme peligro capaz de invadir o capturar su vida psíquica.

En el periodo que sigue, el de la pubertad, el complejo de Edipo experimenta una reanimación en el inconsciente y arrastra sus ulteriores remodelamientos. Solo el periodo de la pubertad desarrolla las pulsiones sexuales hasta su intensidad plena. Ahora bien, la orientación de este desarrollo y todas las disposiciones adheridas a él ya tienen marcado su destino por el florecimiento temprano de la sexualidad infantil, ya trascurrido. Este desarrollo de la función sexual en dos etapas, interrumpido por el período de latencia, parece ser una particularidad biológica de la especie humana y contener la condición para la génesis de las neurosis. (Freud, 1923, p.241-2).

2.2 El cuerpo terrorífico y extraño en la adolescencia

El cuerpo es una entidad real, capaz de experimentar necesidades, placer, y dolor con un potencial erótico. Este cuerpo se conecta con el individuo con sus deseos, sentimientos, percepciones, representaciones de sí mismo y del mundo (Tubert, 2000). Scalozub (2017) agrega que el cuerpo está vinculado a la sensorialidad, a la sexualidad y a lo enigmático que entraña su significado.

Sigmund Freud (1905) teoriza el movimiento psíquico con el advenimiento de la pubertad, pues la pulsión halla objeto sexual, determinando una nueva meta sexual, en la que todas las pulsiones parciales cooperan simultáneamente con la subordinación de las zonas erógenas a la zona genital.

El adolescente temprano sufre la transformación de su cuerpo como cuerpo fragmentado, que se expresa en fantasías de ser un monstruo, un objeto informe como un objeto terrorífico, un Frankenstein. Son sensaciones de imagen repulsiva (Quiroga, 1998). El adolescente se enfrenta a un cuerpo erógeno, que se siente desconocido, sospechoso, fuente de inquietud. La experiencia de metamorfosis del

cuerpo se experimenta con interés y angustia, se entabla contacto con un desconocido porque la imagen que conocían de ellos no corresponde a la que habían elaborado en su infancia (Tubert, 2000).

La maduración y cambios corporales de la adolescencia evocan preocupaciones intensas sobre las sensaciones físicas (García, 1983). Esta preocupación por el propio cuerpo y sus transformaciones pasan a ser el objeto más interesante para sí mismo, es lo que se le llama retraimiento narcisista. Simultáneamente ocurre una crisis narcisista al presentarse la dificultad para reconocerse a sí mismo en esa materialidad, fuente de angustia que puede conducir al cuestionamiento de la identidad (Tubert, 2000). A tal punto que estas preocupaciones sobre *la deformidad o rareza del cuerpo* pueden llegar a tornarse persecutorias u obsesivas (Hernández, 2013). Los sentimientos de extrañamiento desde la imagen corporal infantil y el aspecto familiar del self permean y asaltan a la pubertad con una cualidad esquizoide (García, 1983). Todas estas transformaciones, menciona Dolto (1989), provocan *inseguridades* y falta de confianza, necesidad de control y libertad.

2.3 Cuerpo e identidad adolescente

El adolescente tiene que dejar de ser de los padres para llegar a ser él mismo, en este proceso se juegan verdaderas pérdidas de personalidad (Aberastury y Knobel, 1988). Es una etapa donde los y las adolescentes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan saber quiénes son, cómo son y hacia dónde se dirige su vida. El intentar comprenderse, implica la tarea de representación del yo, así mismo, la formación de su autoestima y autoconcepto son dimensiones de la evaluación del yo (Salazar, 2008). Así mismo se puede hablar de la desidealización del self, que perfila una representación más realista de uno mismo, ante la renuncia de representaciones omnipotentes infantiles, marcando o consolidando el pasaje del yo ideal al ideal del yo (Urribarri, 2015).

Existe una relación entre identidad y cuerpo adolescente, ya que al adquirir una identidad acepta su cuerpo, y de esta forma comienza a habitarlo, a usarlo de acuerdo a su identidad. Esto se debe a que las modificaciones en su cuerpo lo llevan

a una estructuración de un nuevo yo-corporal y a la búsqueda de identidad, se trata de fenómenos simultáneos (Aberastury y Knobel, 1988, p.116). Resulta conveniente subrayar la relación entre yo y cuerpo mencionada por Freud (1923) al definir que: *“El yo es todo un yo-corporal, no es solamente un ser de superficie, sino, la proyección de una superficie”* (Freud, 1923, p. 27). Así mismo en la correspondiente nota 16 a este párrafo señala: *“el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo”* (Idem, p.27). Cabe resaltar entonces al yo como *proyección psíquica de la superficie del cuerpo*. En este sentido, Aulagnier (1977) comenta que el cuerpo es una posesión del yo y una fuente de placer.

Es importante que se logre la identificación del sujeto con su cuerpo, ya que esto permite eliminar lo desconocido de sí, de aquello que se sitúa por fuera de los límites de su yo consciente (Tubert, 2000).

La identidad sexual del adolescente cobra un nuevo sentido ante su cuerpo erógeno, pues ahora es el propio cuerpo quien seduce, el púber se siente seducido, autoseducido (Hernández, 2013).

Aryan (2009) apunta a que la construcción de la nueva imagen corporal en el adolescente, aún no percibe su cuerpo como una unidad, hasta que no haya accedido a la práctica genital en las relaciones con los demás, cuyo logro será llamado sexualidad adolescente realizable. La tarea se trata de un ir más allá de lo materno y lo paterno en el placer. Se desarrolla sobre el soportar sobre sí mismo el cuerpo erógeno.

3. LOS PADRES EN LA TURBULENCIA ADOLESCENTE

3.1 La importancia de los padres-ambiente-continente

Los padres son las figuras más importantes en la definición del desarrollo de un individuo. La relación con los padres es el núcleo inmediato en la vida de las personas. En el caso de la adolescencia, la familia (padres) es el primer ambiente de interacciones en pleno cambio. Cuando el desarrollo adolescente adquiere

características turbulentas es posible que la interacción familiar se vuelva una situación de crisis, especialmente la relación con los padres (Carvajal, 1993).

Marcelli y Braconnier (1986) mencionan que una de las características o particularidades de la crisis de la adolescencia es el reclamo con vigor de su autonomía y su individualidad, pero aún es profundamente dependiente de su familia y de la personalidad de sus padres. Existe todavía una dependencia del ambiente. También agregan que las conductas del individuo son la expresión de las presiones de este ambiente.

Las manifestaciones turbulentas de algunos adolescentes pueden incidir en estados de crisis en los padres, que converge con su propia crisis del desarrollo de su edad media, caracterizada por el cuestionamiento de muchos aspectos de su propia vida y futuro. Por lo que suele suceder que la crisis de la adolescencia siempre es una crisis familiar (Carvajal, 1993). Esta crisis de los padres, Rother (2006) llama *crisis correlativa*, de la que los padres tienen la ardua labor de elaborar el dolor por el desprendimiento de los hijos que crecen.

En la medida que el adolescente transita por el proceso de *desligamiento de los padres*, paradójicamente necesita de un continente familiar, es decir, una suficiente estabilidad familiar, ya que para él, el mundo está en pleno cambio. Carvajal (1993) enfatiza la importancia de las funciones parentales para la adolescencia. Menciona que el adolescente depende de la capacidad de adaptación de la familia para que el joven encuentre un nuevo equilibrio que lo incluya, brindando la familia ese continente que tanto necesita. Ya que la necesidad de que los padres acompañen su proceso permitirá al adolescente, al final de esta etapa, integrar las viejas identificaciones parentales con las nuevas, reencontrándose con las figuras parentales desde otra posición subjetiva.

Otros factores ambientales que dificultan el curso de la adolescencia pueden estar fuertemente asociadas a diversos estados de conflictiva familiar como son experiencias de divorcio, separaciones o discusiones parentales crónicas, violencia, enfermedades mentales de los padres, alcoholismo parental, etc. (Marcelli y Braconnier, 1986).

3.2 Ruptura, desligazón y renuncia a los padres infantiles en la adolescencia

La principal postura psicoanalítica sobre la ruptura, desligazón o renuncia de las representaciones psíquicas de los padres en la adolescencia, es planteada por Freud en sus Tres ensayos de 1905, en la que señala: “La elección de objeto de la época de la pubertad tiene que *renunciar*¹ a los objetos infantiles y empezar de nuevo como corriente sensual” (Freud, 1905, p. 182).

Anna Freud (1947) apunta la similitud entre la adolescencia y el *estado de desenamoramiento*, indica que en ambos casos la libido está comprometida con un objeto de amor del presente o del pasado, y se enfrentan a la difícil tarea de retirar la catexia y renuncia a una posición. Se trata de un duelo por los objetos del pasado. Peter Blos (1962) coincide con esta postura de desconexión con los primeros objetos de amor. Menciona que la elaboración del proceso del duelo sobre los padres edípicos es fundamental para alcanzar liberar al objeto perdido, lo cual requiere tiempo y repetición, lo cual se logra gradualmente.

Jacobson (1974) agrega que esta desligazón del adolescente, implica la renuncia de sus anteriores placeres y metas, obligando así a una recomposición total de la organización psíquica. Otro factor que dificulta y complejiza su experiencia es la renuncia al estado de dependencia, así como la transformación de los deseos hostiles y sexuales incestuosos en otros adecuados a la nueva etapa donde se impone la búsqueda de objetos exogámicos. Esto impulsa al adolescente a la búsqueda de la independencia. Dolto (1989) explica que “es vital abandonar a los padres un día. Entonces es necesario ya dejar cierto tipo de relación con ellos” (*Idem*, p. 16). Enfatiza la necesidad del salir como fuerza transformadora, “Salir es abandonar el viejo cascarón que se ha tornado un poco asfixiante, es a la vez tener una relación amorosa” (*Idem*, p. 16).

Para Philippe Gutton (1993) este proceso de separación psíquica de los padres en la adolescencia lo denomina como “lo puberal”². Definido como una

¹ *Verzichten* (renuncia, desistir, prescindir de, en alemán).

² *Le pubertaire* en su idioma original. Otra traducción al concepto podría ser *lo pubertario* (Harders, 2018).

contrainvestigación dispuesta a resolver la fijación erótica al progenitor inherente a lo infantil.

En términos metapsicológicos (energéticos) la ruptura con los padres es explicada por la tendencia a *retirar la libido a los objetos parentales* de unión simbiótica de los padres del adolescente. Es un pasaje necesario, evolutivo y esperado para los adolescentes. Esto hace que el objeto pierda las cargas libidinales y al perder las cargas, el *objeto idealizado* deja de serlo. Se trata de una *desidealización o desilusión* de los padres, sin embargo, esto marca la pauta para el inicio de la independencia (Carvajal, 1993). Se puede decir que existen pérdidas en el ligamen sexualizado infantil, tanto de lo edípico y lo pre-edípico, reconocido como *decatectización de los imagos parentales* ligado con las representaciones psíquicas de los padres, en la que el adolescente sujeta a sus padres a virtudes, defectos, capacidades, limitaciones, es decir, los humaniza, resignificando a los padres como soporte narcisista a partir de la confrontación (Urribarri, 2015). Se trata de la separación (desplazamiento) de la libido de los padres (a otra parte) y esto es un proceso gradual, en el que se va renunciando a los aspectos del pasado, al apasionado apego del niño a sus padres.

Al lograr el adolescente transferir el deseo amoroso fuera de la familia, puede desconocer los valores de sus padres y repudiar todo lo que ellos representan. Por fin se libera del *amor asfixiante* que ellos le daban, despojándolos de toda importancia (Kaplan, 1991). El adolescente se ve privado de la función de ideal del yo infantil que de los padres emanaba. Su ideal infantil era nutrido por los ideales de los padres, pero a partir de *la metamorfosis puberal*, los padres dejan de percibirse omnipotentes, sabios e infalibles, pasando a ser cuestionados, lo que provoca un distanciamiento, que se materializa en el encierro en su cuarto o la ausencia prolongada en el hogar (Tubert, 2000).

3.3 La exclusión de los padres de la adolescencia

Respecto del fenómeno de exclusión de los padres como lo menciona Marcos Korembliit (2012), explica que el adolescente se constituirá entre aquello que sus padres hacen, lo que no hacen, en sus propios ideales, así como a la época que les

toca vivir. Menciona que la influencia de la época y sus fenómenos sociales son propuestas donde los adolescentes encuentran una opción masiva de unificación, donde los jóvenes “se *adhieren* a los modelos de su época” (*Idem*, p. 131), para no sentirse fuera del juego social correspondiente a la época que están viviendo. Por lo tanto, esto provoca espontáneamente una brecha generacional, en el que los padres quedan como “adultos observadores pasivos de fenómenos vividos con ajenidad” (*Idem*, p.131), marca así una clara exclusión de los padres. La adherencia a las ofertas sociales de la época en la etapa adolescente tiene su fuente en *la necesidad de socializar* propia y rasgo fundamental de este momento de vida, lo que hace obligado evaluar cuando se opone al *aislamiento social* como signo de alarma o de riesgo psicopatológico. Koremblit (2012) sostiene que el remodelamiento psíquico de la adolescencia produce una externalización de los conflictos intrapsíquicos y será a través de la socialización con su grupo de pares como se irá tramitando.

El grupo adolescente comparte entre sí un proceso inconsciente, que los unifica, que les brinda un *reaseguro*, es el fenómeno de abandono de las identificaciones infantiles debido a la *destitución de las figuras superyoicas* y con esto, el surgimiento de sus angustias consecuentes. Se busca a semejantes que compartan los mismos rasgos y que calmen la angustia de sentirse diferentes (Koremblit, 2012).

Esta adherencia a lo social del adolescente coincide con los planteamientos de Dolto (1988/1990) cuando menciona *la eclosión de la pubertad* en los grupos, pues se entra a la adolescencia saliendo de la familia, interactuando con grupos como sostén extrafamiliar.

Dolto agrega “un individuo joven sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres no le produce ningún efecto inhibitor” (Dolto, 1988/1990, p.21). Sostiene que el pensamiento y sentimiento al cual arriba o es impulsado todo adolescente para abandonar a los padres, para desligarse de ellos, crecer y liberarse es el siguiente: “Mis padres son como son: no los cambiaría y no trataría de cambiarlos. No me toman como soy; pero para ellos: los abandono” (*Idem*, p.21).

Resalta que, ante esta conclusión, el adolescente “no tiene sentido de culpabilidad por abandonarlos” (*Idem*, p.21), lo menciona como un *momento de ruptura fecunda*.

3.4 Fantasía de asesinato a los padres de la adolescencia

Winnicott (1969) habla sobre *el asesinato psíquico de los padres* en el proceso adolescente. Primero menciona que surge una afectación en los deberes de los padres al experimentar la difícil etapa de la adolescencia. Después sostiene que “si todavía se puede usar a la familia, se la usa y mucho” (*Idem*, p. 223). Lo que supone que cada adolescente tendrá su tiempo para hacer *uso de sus padres*. Enseguida propone que “si en la *fantasía* del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de *asesinato*” (*Idem*, p. 224). Es decir, el adolescente asesina siempre en la fantasía, pero en el mundo externo los padres deben sobrevivir, es lo que Jorge Rodríguez (2019) menciona como “*un asesinato sin muerto*”, que es necesario desplegarse en las fantasías, en las peleas, en todas aquellas confrontaciones personales con los padres. Es parte del crecimiento emocional que menciona Winnicott (1969) que “si se quiere que el niño llegue a adulto, ese paso se logrará por sobre el cadáver de un adulto” (*Idem*, p.224), pues “*crecer significa ocupar el lugar del padre*” (*Idem*, p. 224). Esto nos habla de un desplazamiento, rechazo y del alejamiento que el adolescente hace a los padres, es ahí donde radica el asesinato, que en lo inconsciente se trata de dar muerte a esas representaciones parentales y que conlleva un acto agresivo. No obstante, Winnicott plantea a los padres que “lo mejor que pueden hacer es sobrevivir, mantenerse intactos, sin abandonar ningún principio importante” (*Idem*, p.225). Mantener su existencia, pueden ser asesinados pero sin dejar de existir por huida o por abandono frente a su adolescente, estos son los problemas de manejo de dicha etapa.

Estas fantasías de crecimiento en la adolescencia, representadas o simbolizadas en lo inconsciente como *asesinato* (Winnicott, 1969) reivindican un lugar, un sitio donde existir en el adolescente, establecen diferentes edificaciones identitarias sobre el terrero infanto-familiar, ahora el adolescente se apropia de su self. Este crecer como acto agresivo o violento, logra un crecimiento emocional del

individuo, indicando la muerte de todos los rivales. Cuando el niño se transforma en adulto lo hace sobre el cadáver de un adulto, de una manera sana y universal. Es un abandono a sus objetos infantiles idealizados.

A este desarrollo winnicottiano se suma el concepto de Gutton (1993) acerca de lo que denominó *obsolescencia parental*, proceso por el cual los padres deben advenir como *sujetos desidealizados* para el adolescente. Esta diferenciación con los padres se puede interpretar como una reorganización respecto a los discursos que han constituido la niñez y que pasan a ser re-visitados durante la adolescencia (Fernández, 2018).

Referente a los ideales juveniles, Rodulfo (1992) advierte que hay pacientes adolescentes intensamente fijados a un ideal, este ideal puede estar fincado en un ideal familiar que le preexiste al joven, imposibilitando un movimiento de devenir, obstruyendo el alcance de un ideal por venir. En este periodo, el proyecto anticipatorio familiar referido a él, producirá un encuentro (o choque) con los ideales de la familia, donde por primera vez, ciertas lagunas, fallas o agujeros del proyecto anticipatorio son expuestas, emergiendo una cierta particular impotencia para dar significado al discurso familiar. De aquí que derivan muchas actuaciones y síntomas en la adolescencia en torno de esos agujeros negros de lo no simbolizado por sus ancestros.

3.5 El pasado adolescente negado por los adultos: la segunda amnesia

La imagen de la adolescencia puede ser percibida como una etapa peligrosa, que debe ser controlada, en ocasiones, genera a los adultos ansiedad y rechazo (Tubert, 2000).

Existe una tendencia de los padres a la *negación e incomprensión de la adolescencia*, al “*creer y afirmar ingenuamente que ellos no fueron así*” (Carvajal, 1993, p.11), esto permite observar el fenómeno inconsciente (siempre activo) del olvido y el rechazo hacia esta etapa ya vivida por el adulto. Se considera que las experiencias vividas del adulto en la adolescencia han sido reprimidas, que luego encuentran espacio en el sistema inconsciente, ya que como se sabe, dicho sistema

elimina activamente los contenidos de la conciencia especialmente de aquellos altamente angustiantes y dolorosos. Esta situación reprimida del recuerdo de la propia adolescencia en el adulto, se expresa en frase como: “yo nunca fui así”, “jamás me pasaba eso”, “antes todo era mejor”, “cómo será el futuro con esta juventud de hoy”, “hoy los jóvenes vienen peor”, etc.

Marcelli y Braconnier (1986), explican un *retorno de rechazo*, esto ocurre cuando los padres se enfrentan a su personal adolescencia de cara a sus propios jóvenes adolescentes, apareciendo el rechazo a su propia adolescencia, hacia sus propios padres o a figuras de aquella época como sus hermanos u otros familiares. Particularmente ocurre en padres que no toleran el reajuste del equilibrio pulsión-defensa de sus hijos, o favorece su aparición al identificar semejanzas físicas del adolescente con estas figuras que las rememoran. La posición parental del adolescente los pone a prueba la fuerza de investimento y contrainvestimento que han desarrollado según la forma de salida de su propia adolescencia, la cual también puede revelar una falla edípica o dificultades para afrontar la revivencia de ciertas fuerzas pulsionales sexuales o agresivas que de una u otra forma han rechazado, controlado o sublimado. Su manejo puede ser un reforzamiento de defensas caracterológicas del adulto o a una búsqueda de satisfacción sustitutiva (como una aventura amorosa con un(a) joven de la misma edad que el (la) adolescente). Por otra parte, otro manejo de los padres es la tolerancia ante la aparición de este rechazo, lo que manifestará una identificación empática con su adolescente.

Este rechazo y negación de los recuerdos adolescentes del adulto es una segunda forma de amnesia, como operación represora, que hace que los recuerdos del pasado permanezcan en el olvido, debido a sus altos contenidos angustiantes. El hecho de que los adolescentes se vuelvan portadores de los deseos reprimidos de sus padres, acentúa la brecha intergeneracional adultos (padres) vs adolescentes, situación contra la que el adolescente se defiende violentamente al luchar por su autonomía, acompañada de la rivalidad y competencia con los padres-adultos (Tubert, 2000).

3.6 Dificultades en las relaciones padres-adolescentes

En primer lugar, se puede hablar del duelo colateral de los padres, este surge regularmente ante el crecimiento físico y genital de los adolescentes, lo que posibilita la confrontación entre hijos-padres. Esto marca paso a la experiencia de pérdida del hijo ideal anhelado, que implica a su vez, aceptar al *hijo genital*, dimensión que anteriormente era monopolio de los padres. Así mismo, el esplendor físico de los jóvenes puede confrontar a los padres con su propio físico, conflictuándose ante las señales de envejecimiento o enfermedades, y proyección a la vida y la muerte (Urribarri, 2015).

Dolto (1989) señala que al mirar al adolescente vivir, a veces creen los padres, ver su futuro, lo cual genera miedo y necesidad de controlar un futuro que no le es propio, aunque se sienta así.

Es frecuente que al adolescente se convierta en “*víctima de la incomprensión y la torpeza*” de los adultos que lo rodean (Carvajal, 1993, p.12). Aberastury y Knobel (1988) expone que otorgar una excesiva libertad tanto para el adolescente como para el niño, es vivido como abandono y rechazo. O puede sentirse amenazado a perder la dependencia infantil, si se asume precozmente como adulto o su rol genital. En otro caso, los hijos adolescentes pueden producir una *identificación mimética* con el progenitor del mismo sexo, lo cual borraría toda singularidad renunciando al sexo opuesto como objeto de amor (Tubert, 2000). En sentido opuesto, los padres se pueden *adolescentizar* frente a la adolescencia de los hijos (Scalozub, 2017), estos fenómenos rompen o borran la asimetría generacional. Coincide con las observaciones de García (1983) acerca de que las niñas púberes suelen tener una madre-niña, quien probablemente esté reviviendo su propio problema de pubertad. Y menciona que estas madres tienen la característica de responder en el mismo nivel infantil que la hija, fallando así en su función de continente de las angustias de la niña púber.

Al respecto, Dolto (1987) advierte que cuando un niño se ha criado en un círculo familiar cerrado y asfixiante, en la pubertad seguirá siendo un pequeño que siempre querrá complacer a sus padres.

El proceso normal del vínculo de la adolescente-madre se altera cuando la niña púber no renuncia al vínculo con la madre y ésta posee cualidades *inmaduras, posesivas, depresivas, paranoides o confusionales* atrapando a la hija ante sus intentos de crecimiento de la adolescente. Por su parte el padre puede fomentar esta no-renuncia, por su ausencia o su definición como figura temida, y por lo tanto no dirige sus deseos hacia él, es representado como “malo” por proyección de los temores adolescentes agravando la alteración (García, 1983).

4. CONFLICTOS PSÍQUICOS DE LA PUBERTAD-ADOLESCENCIA

Los conflictos que surgen durante la pubertad y la adolescencia están relacionados con las cuestiones del despertar sexual por efecto retardado, la pérdida de lo infantil y la desligazón de libido parental.

La teoría de la pubertad se encuentra implícita en el pensamiento de Freud y posee una *metapsicología*, esto lo menciona Sebastián León (2013), indicando las siguientes coordenadas. En términos *dinámicos* se despiertan *fuerzas en conflicto* (primero del despertar sexual y más tarde la defensa). En términos *económicos* y cuantitativos, se considera un *desequilibrio energético* y debilitamiento del yo. Y por último, el autor menciona que posee una *tópica*: el cuerpo sexual del púber-adolescente.

Este despertar sexual se debe a la pubertad, “la pubertad ha acrecentado en medida inconmesurable la capacidad de reacción del aparato sexual” (Freud, 1896c, p. 168). Se habla entonces de una capacidad sensorial-sexual.

Cabe resaltar las defensas ante las representaciones y sensaciones sexuales como punto de conflicto psíquico y sintomático, sea el fenómeno de la conversión el principal síntoma de la denominada *histeria de pubertad* que menciona Breuer. Se puede resumir desde este punto teórico a *la pubertad como desencadenante de la neurosis*. A esto se anuda lo mencionado por Korembli (2012) al referirse a las corrientes pulsionales que se venían manteniendo (durante y) en la latencia que harán *eclosión* en la adolescencia o después. Y que todas sus respuestas o creencias consistentes de la infancia estarán vacilando.

Freud (1950) en *El Proyecto* de 1895 va a establecer la relación de la teoría psicoanalítica del *efecto retardador* (*nachträglich*³) y la pubertad. Ya que una de las causas de la represión de recuerdos devenidos trauma, es el efecto retardador de la misma pubertad. La pubertad se coloca como causa del *efecto retardado* del trauma, es así, que estos dos factores (pubertad y *nachträglich*) están ligados al desencadenamiento de las *neurosis de defensa*, formulando el siguiente enlace: 1. Vivencia sexual infantil no comprendida, 2. Pubertad, 3. Recuerdo sexual intenso, 4. Defensa y 5. Síntoma. Este enlace, encadenamiento o secuencia psíquica se ancla debido a que en la pubertad se desencadenan las vivencias infantiles con un *despertar sexual acrecentado* (León, 2013), es decir, se despierta o desprende *un afecto* (excitación) que su vivencia no provocó (Fernández, 2014). Así también se puede conceptualizar el momento de la pubertad-adolescencia como el momento del *retorno de lo reprimido* (segundo tiempo) en función del fenómeno del *trauma en dos tiempos* (Korembilit, 2012).

Freud desarrolla en su estudio de la etiología de la histeria, esta idea de un *recuerdo más intenso que la vivencia* (experiencia) misma actual, se trata de una paradoja del vivir en el tiempo, es “una relación inversa entre el efecto psíquico del recuerdo y del acontecimiento” (Freud, 1896b, p. 153).

Como explica Freud (1893-5) en el caso Emma, una adolescente que tras un recuerdo despertó una alteración afectiva propiciada por su condición puberal que posibilitó “otra comprensión de lo recordado” (p.403). Lo que indica el potencial de los despertares psicopatológicos como elementos traumáticos en la adolescencia. Se trata de un recuerdo produciendo un desprendimiento intenso de representaciones sexuales derivadas de una o varias experiencias. Este despertar del recuerdo sexual en la pubertad constituye la acción que sobrepasa al acontecimiento, tocando un lado débil de lo psíquico produciendo un efecto patológico.

La inclinación de defensa se vuelve nociva cuando se dirige contra representaciones que pueden desprender un displacer nuevo también

³ *Nachträglich* (adjetivo); posterior o después. *Nachträglichkeit* (sustantivo); posterioridad.

siendo recuerdos como es el caso de las representaciones sexuales. Es que así se realiza la única posibilidad de que, con efecto retardado (*nachträglich*), un recuerdo produzca un desprendimiento más intenso que a su turno la vivencia correspondiente (Freud, 1950, [1896a], p. 261).

Este despertar del recuerdo sexual después de la pubertad, tras haber sucedido el acontecimiento mismo en un tiempo remoto antes de ese periodo, constituye la única eventualidad psicológica para que la acción inmediata de un recuerdo sobrepase la del acontecimiento actual. Es que es esa constelación anormal que toca un lado débil del mecanismo psíquico y produce necesariamente un efecto psíquico patológico (Freud, 1896b, p. 153).

Así, Freud investiga el despertar sexual en la etapa puberal como factor desencadenante del despertar inconsciente (acción póstuma) que deviene síntoma. Freud (1896b) explica que en la infancia ante eventualidades de orden sexual precoz se conserva una huella psíquica aunque no surja algún efecto inmediato. Llegada la adolescencia con el desarrollo de los órganos sexuales se tiene una vulnerabilidad o cualidad especial para el despertar de esta huella psíquica inconsciente. Debido al cambio de la pubertad, el recuerdo despliega un poder que le faltó totalmente al acontecimiento vivido, actuando como un acontecimiento actual.

Es importante considerar que los sucesos, acontecimientos o mejor dicho experiencias posteriores a la pubertad son superfluos en tanto factores etiológicos, “no son en verdad más que unas causas concurrentes, unos «agentes provocadores», como decía Charcot (Freud, 1896b, p. 154), sin embargo, Freud los ubica como factores potenciales de desencadenar, tienen la “facultad para despertar la huella psíquica inconsciente del acontecimiento infantil” (*Idem*, p. 154). Esto hace del *nachträglich* una operación determinante de las remodelaciones psíquicas en la adolescencia. La pubertad con su maduración sexual hace posible que los recuerdos de vivencias pasadas se sexualicen (Fernández, 2014).

Se trata de un despertar con relación a la represión y al síntoma. Freud (1896c, 1910) sostiene que las vivencias que ocasionan estallidos de histeria

después de la pubertad solo ejercer su efecto por despertar la huella mnémica de esos traumas de la infancia, produciendo un desprendimiento de afecto de la primera infancia, activando ciertas mociones.

Siguiendo los referentes freudianos sobre la pubertad y la adolescencia en su obra, Freud ha puesto muy de cerca estos constructos con la histeria, así como Breuer ya lo había hecho al denominar *histeria de pubertad*, así Freud otorga un potencial de histeria en esta etapa de la vida al decir que todo adolescente posee huellas mnémicas que poder comprenderse con el surgimiento de sensaciones sexuales, por ello plantea que “todo adolescente porta dentro de sí el germen de la histeria” (Freud, 1950 [1895], p. 404). Así mismo es necesario otros factores para una activación de histeria.

Así mismo, Freud (1895 [1894]) hace nuevamente referencia al caso particular de los adolescentes cuando clasifica las condiciones etiológicas por las cuales se producen neurosis de angustia, denominando angustia virginal o angustia de las adolescentes, indicando muy particularmente en el caso de las mujeres, menciona al respecto que los primeros encuentros sexuales de impacto brusco en la observación del acto sexual, o por comunicación o lecturas, puede provocar en las jóvenes adolescentes una neurosis de angustia que se combinan con una histeria.

Este tipo de neurosis de angustia está analizado por Freud en el caso de Katharina, en el cual menciona que la neurosis de *angustia virginal* la cual resulta en “consecuencia del horror que invade a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez” (Freud, 1893-95, p.p. 142-143). Aunque después Freud rectifica esta idea, en la nota 10 al referirse que la raíz de esa angustia virginal no corresponde precisamente al primer encuentro con la sexualidad, sino en esas personas que precedieron una vivencia sexual pasiva en la infancia.

Pero ¿Qué hace devenir una histeria patológica en la adolescencia? Las condiciones que influyen para un cuadro histérico dice Freud, son: “1) Que el despertar sexual se anudara a un recuerdo y no a una vivencia, y 2) que el despertar

sexual sobreviniera prematuramente”. (Freud, 1950 [1895], p. 404). Es el riesgo de significar huellas mnémicas anteriores, de vivencias sexuales infantiles precoces.

Para concluir esta sección es pertinente diferenciar entre adolescencia y pubertad, lo cual, León (2013) lo menciona con claridad al entender a “la pubertad como trauma de una metamorfosis y la adolescencia como su elaboración sintomática” (p. 26).

4.1 Los duelos de la adolescencia

Dolto (1989) nos acerca a conceptualizar lo difícil de transitar la adolescencia al decir que “No hay adolescencia sin problemas, sin sufrimientos, este es quizás el periodo más doloroso de la vida” (p.17). Se refiere al adolescente con el deseo de huir, donde recurre a “huir al interior de uno mismo, protegerse...” (p. 17), que en ocasiones, recurre “bajo un falso caparazón” (p. 17).

Ante esta etapa, situación de duelo por lo que se ha perdido, es causa de sentimientos de tristeza y desasosiego. El adolescente se siente incomprendido y diferente, este suele ser su panorama afectivo (Tubert, 2000).

Es conveniente remitir al duelo freudiano con las medidas defensivas que opta el adolescente para su manejo. Freud (1917) en su trabajo de *Duelo y melancolía*, define al duelo como una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción como puede ser la patria, la libertad, el ideal etc. Cuando el objeto amado ya no existe, exige el abandono de la libido del objeto. Ante esto, sucede una respuesta de negación, es una lucha para recuperarlo, pero ante este esfuerzo, se debe renunciar a tal lucha. Y el proceso de duelo se consigue por la sustitución por otro objeto, de no ser así se establece una fijación al objeto perdido que puede durar toda la vida.

Para Aryan (2009) el duelo concierne a la renuncia de lo perdido y del trabajo psíquico para encontrar un sustituto. Si bien en la adolescencia domina un ello fuerte, Anna Freud sostiene que ante la inmutabilidad del ello, se contrapone la mutabilidad del yo, esto abre la esperanza y posibilidad del cambio humano.

El comienzo de los cambios corporales detona no solo el duelo por el cuerpo infantil, sino también, el duelo por la identidad infantil que activa el proceso de búsqueda de identidad (Aberastury y Knobel, 1988).

Estas modificaciones corporales incontrolables pueden ser vividas de forma invasiva, esto exige al adolescente adoptar nuevas pautas de convivencia, otra forma de relacionarse con su ambiente, su familia, sus padres y sus pares. Lo colocan en otro lugar ante los demás (Aberastury y Knobel, 1988) y la mirada que los otros le devolvían, ahora se siente una mirada que les resulta extraña (Tubert, 2000).

Los cambios corporales en la pubertad son el enfrentamiento a la prueba de realidad del crecimiento, lo que impone al púber pensar “No soy un niño, mis padres no son los padres de un niño, yo tengo que comportarme como un adulto, tal como mi cuerpo” (Aberastury y Knobel, 1988, p.113).

El deseo, fantasía o anhelo de crecimiento se acompaña de la búsqueda de afirmación y de autonomía por parte de los adolescentes, se le opone angustias y miedo a la pérdida de lo conocido, y el temor ante lo nuevo por conocer (Rother, 1989).

Aryan (1985) escribe que la pérdida del cuerpo infantil es un generador de intensa angustia, señala que es el factor más importante en la reactivación narcisista durante la segunda elaboración del complejo de Edipo en la adolescencia. Hay un esfuerzo que implica una doble operación: separar(se) y encontrar(se) con el cuerpo infantil y el nuevo. Imprimen en la experiencia puberal el carácter confuso, siniestro y caótico. Así mismo, la angustia de castración es reactualizada tanto por los deseos preedípicos narcisistas pasivos como por los edípicos activos.

La experiencia de duelo adolescente, se relaciona a la propuesta teórica de Evelyne Kestemberg (1980), quien hace hincapié en la decepción del adolescente, que se refuerza por las otras pérdidas y porque pone al individuo en conflicto con las identificaciones anteriores, así como con la imagen ideal que tiene de sí mismo, con lo esperado durante la latencia. Kestember (1980) menciona que el adolescente

se va a conducir, no en función de lo que ha sido, ni de lo que es en la actualidad o de lo que son o no son sus padres, o de lo que le aporta o no la sociedad, sino en función de lo que imaginaria e inconscientemente esperaba de su nueva vida. Por eso el problema fundamental de la adolescencia es vivir los proyectos, recuperar el tiempo para esperar y fantasear, pasar de la decepción a la actitud de conquista.

Así mismo, existen diversas maneras de afrontar esas pérdidas, diferentes formas de confrontar la decepción sin lograr la conquista. Este *vivir los proyectos* coincide con lo expuesto por Marty (2009) al mencionar que: “Hacer generación, es hacer vivir en sí los proyectos, es imaginar crear acontecimientos, objetos (culturales), es sentirse a la medida para dar vida a otro diferente de sí” (p. 77). Los adolescentes al *hacer generación*, lo que hacen es intentar diferenciarse y separarse de los padres, con la posibilidad de vivenciar el haber devenido uno mismo, alguien que pueda estar al origen de la vida y que pueda, a su vez, continuar la senda de sus propios padres (Fernández, 2018).

Se puede pensar también esta pérdida de lo infantil desde la propuesta de Marty (2005) quien refiere que “el paso del umbral puberal tiene por consecuencia la posibilidad de represión de lo infantil” (p.195). Entonces, el trabajo de la adolescencia es darle a lo infantil el lugar psíquico de lo reprimido (Cornejo, 2015) por eso Marty afirma que “la adolescencia emerge sobre esta represión de lo infantil” (p.195).

4.2 Proceso de separación-individualización en la adolescencia

El desprendimiento del individuo en crecimiento, con respecto *a la autoridad de los padres* es un logro necesario, pero también uno de los más dolorosos para el desarrollo (Freud, 1909 [1908]).

El proceso de la adolescencia es un momento evolutivo que intensifica todas las ansiedades pertenecientes a la *fase de separación-individualización* con la madre, correspondiente al periodo *infans*. Retomando los estudios de Margaret Mahler (1977) el proceso de separación individuación es considerado un *nacimiento psicológico* o proceso de ruptura del cascarón (*o membrana simbiótica*), es crucial

respecto del yo y el desarrollo de las relaciones de objeto. Es un curso de lento desarrollo y siempre activo, cuyos logros psíquicos son: un funcionamiento separado en presencia de la madre y una conciencia de separación. Para alcanzarlos hay un enfrentamiento continuo de temores o amenazas de pérdida de objeto, o mejor dicho ansiedades o sentimientos de separación. Así mismo, implica un proceso de desligamiento de la simbiosis madre-hijo, acompañada de reacciones conductuales negativistas y de ruptura con el objeto primario de amor, que representa todo un mundo de realidad, constituidas con experiencias corporales.

Quisiera destacar dos características temporales del proceso de separación-individualización: 1) su curso de lento desarrollo y 2) su carácter siempre activo, potencialmente reactivo en cualquier etapa, del sentimiento irresuelto de identidad o de límites corporales.

De acuerdo con Mahler (1977), esta reactivación de separación con la madre, es más intensa en la niña púber que en el varón, ya que siendo mujer debe volver a la madre como modelo de identificación. Ya que en la niña adolescente “se reactiva el miedo a la separación y necesita constantemente la constancia objetal de la madre” (p.39). Requiere entonces de su madre una comprensión total ante las diferentes contradicciones puberales. La madre se vuelve necesaria como modelo para reafirmar su identidad aunque rechace utilizarla. “*Le pide un consejo y luego la rechaza*”.

Estas adolescentes muestran un repentino y exagerado apego a los padres, en especial a la madre. Lo que se convierte en una regresión a la etapa de simbiosis con la madre, sin embargo, se trata de un comportamiento para controlar sus temores sexuales: es decir, experimenta miedo a que le *hagan daño o hacer daño* debido a su transformación en mujer. A su vez, esta intensificación, guarda la estrecha relación con la ambivalencia hacia la imago materna (García, 1983).

La relación con la madre, es una relación ambivalente que recrudece en la adolescencia. Existe un aspecto agresivo del vínculo de la niña con su madre. Este puede ser proyectado bajo la forma de fobias diversas, y por lo tanto intensificar el

apego de la adolescente hacia su madre, como forma de reaseguramiento que se torna prioritario para la niña púber.

La idealización persiste mientras el aspecto agresivo de la relación ambivalente con la madre sea proyectado. Cuando este mecanismo no se mantiene por más tiempo y la agresión amenaza invadir directamente la relación con la madre, la crisis puberal “estalla”.

5. DEFENSAS Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA ADOLESCENCIA

“En los diversos periodos de su organización el yo emplea distintos mecanismos de defensa para resolver el conflicto con los instintos” (Freud, 1961, p.156).

5.1 El conflicto neurótico

La base de la neurosis es el conflicto, que da por resultado un bloqueo de descarga, en este estado existe una insuficiencia del yo para controlar la excitación, se puede decir que el yo experimenta y tiene conflictos. El conflicto neurótico es definido por el combate entre la tendencia que pugna por hallar descarga y otra tendencia que tratar de evitar esa descarga. Es el yo que determina cuales pulsiones tienen permitidas sus descargas y cuáles son prohibidas. Una pulsión puede representar al yo en conflicto, es decir, una pulsión puede actuar como defensa contra otra pulsión⁴ (Fenichel, 2008).

Entre los conflictos, las instancias psíquicas pueden encontrar las siguientes alianzas de combate:

- Yo + Superyó vs Ello
- Yo vs Superyó + Ello

Ante esto, es admisible decir, que el superyó puede colocarse en favor de cualquiera de las partes, pero en términos generales el del conflicto neurótico tiene lugar entre el yo y el ello (Fenichel, 2008).

⁴ Pulsiones sexuales vs pulsiones de autoconservación.

5.2 Las defensas psíquicas

El yo es el responsable de las operaciones defensivas cuya finalidad sería reducir, suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo (de Mijolla y de Mijolla-Mellor, 1996). El yo es la región del aparato psíquico que intenta proteger de toda perturbación o irrupción de exigencias de deseos, pulsiones o representaciones. La defensa actúa sobre las pulsiones, es decir, sobre sus desequilibrios de excitaciones⁵ y de representaciones (recuerdos y fantasías) de éstas, que provocan displacer para el yo. Estos afectos displacenteros son los que motivan precisamente la acción de los diferentes tipos de defensa, los cuales tratan de manejar la representación incompatible (Laplanche y Pontalis, 2004). Esto es, que el displacer se debe al antagonismo de dos clases de pulsiones con objetivos opuestos (contrarios, incompatibles, inconciliables, intolerables, antitéticos) entre las pulsiones sexuales y de autoconservación (de Mijolla y de Mijolla-Mellor, 1996).

Las defensas pueden presentarse exitosas o ineficaces, en éstas últimas, las pulsiones opuestas no pueden descargarse y se mantienen en suspenso en el inconsciente, creando un estado de tensión que llega a la irrupción (Fenichel, 2008).

La defensa patológica es definida por el desencadenamiento de una excitación de origen interno, que provoca displacer y contra la cual no se ha establecido ningún aprendizaje defensivo (Laplanche y Pontalis, 2004). Así mismo, se identifica lo psicopatológico en el hecho que el accionar de las defensas, se vuelven contra el yo, haciéndolo frágil, restringiéndolo, empobreciéndolo, desgarrándolo, convirtiéndose en cierto nivel, en lo opuesto a la finalidad de la defensa (de Mijolla y de Mijolla-Mellor, 1996).

Las defensas (mecanismos) prevalecen según el tipo de afección que encara, según el grado de elaboración del conflicto, la etapa del psicodesarrollo

⁵ El yo se defiende de excitaciones externas e internas (Laplanche y Pontalis, 2004).

implicada, entre otros factores, lo que supone que no depende únicamente del yo la especificación de la defensa (de Mijolla y de Mijolla-Mellor, 1996).

La defensa neurótica conserva el sentido de un escape, para no querer saber nada de eso.

La tarea del yo defensor se impone, trata como «non arrivée» (no acontecida) la representación inconciliable, es indirectamente insoluble para él, una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias de trabajo asociativo; empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo (Freud, 1895 [1894], p.50).

5.3 El cuerpo como objeto de defensa

Cuando no se cuenta con una estructura sólida para enfrentar conflictos psíquicos, es posible evitar el penar y el dolor psíquico intentando descargas manifestadas con conductas autodestructivas corporales, esto se debe a la incapacidad para la elaborar los conflictos psíquicos de manera saludable. Estas conductas representan intentos desesperados de reivindicar el cuerpo, destruyéndolo o agrediéndolo para dominarlo (Hernández, 2013), se trata de una de las tácticas más drásticas para aliviar la angustia, aunque este tipo de recursos inmediatos no obtienen buenos resultados a largo plazo (Kaplan, 1991). Es en este uso defensivo donde el cuerpo cobra su máxima premisa de cuerpo como objeto, un instrumento que se ofrece para hacer frente a la incertidumbre (Tubert, 2000).

Una de las vías para combatir los conflictos internos del adolescente, es el uso del cuerpo anclado al deseo de ascetismo⁶ corporal que se convierte en una estrategia defensiva. Esto se puede manifestar en comportamientos de renuncia, tales como la negativa a comer ciertos alimentos, restringiéndose férreamente o por

⁶ Ascetismo: Ejercicio y práctica de un estilo de vida austero y de renuncia a placeres materiales con el fin de adquirir unos hábitos que conduzcan a la perfección moral y espiritual (RAE).

el contrario, se pueden expresar en su extremo, practicar ataques de glotonería. También puede suceder un cuidado obsesivo del cuerpo, al grado de adoración, pasarse horas en el espejo, inspeccionándose, depilarse, etc., o su opuesto, la negativa a cuidar ese cuerpo, vestirse con harapos, poco o nulos hábitos de higiene, etc. Otro recurso es la negativa a dormir, quedándose en vigilia por horas, y su opuesto sería permanecer en la cama durante largos periodos. Estos polos manifiestan la renuncia e intentos intransigentes contra los placeres emergentes e indómitos. Es un reto, que los adolescentes poco a poco logran un equilibrio relativo entre la búsqueda de placer y la restricción, armonía entre deseos opuestos. Será necesario para la adultez, que experimenten la capacidad para conciliar la batalla contra los deseos (Kaplan, 1991).

Otro recurso defensivo para mitigar el dolor de disponer de un solo sexo en la adolescencia es la actividad masturbatoria compulsiva, que sirve a su vez de descarga de la tensión genital. Metapsicológicamente, la masturbación se encuentra en el plano de la negación omnipotente-maniaca de la realidad, específicamente de la diferencia de los sexos (Aberastury y Knobel, 1988). La masturbación es acompañada de fantasías de unión, esto quiere decir que el adolescente suele fantasear con el objeto amoroso, expresando la necesidad de pareja, pero contenida y negada a través de la masturbación.

Otras manifestaciones de esta reapropiación del nuevo cuerpo adolescente son el uso de la vestimenta a la moda, los tatuajes y los piercings, que intentan de una manera simbolizar sus cambios internos (Hernández, 2013).

5.4 Defensas del adolescente ante los duelos

Para comprender el estado de vulnerabilidad psíquica de los adolescentes, es conveniente referirnos a la comparación que realiza Dolto (1989), en la que señala que el adolescente asemeja a “las langostas, cuando cambian de caparazón, pierden primero el viejo y quedan sin defensa por un tiempo, hasta fabricar uno nuevo. “Durante ese tiempo se hallan en gran peligro, la adolescencia es el drama de la langosta” (p. 16).

Aberastury y Knobel (1988) señalan que durante la labor de duelo surgen defensas cuyo fin es negar la pérdida de la infancia. Por lo que el adolescente se sume en un estado depresivo que a veces no es detectado por el observador, recurriendo a distintas defensas destinadas a evitar el dolor (Quiroga, 1998). En esta etapa se destaca el predominio de alternantes mecanismos de defensa (Casas, 1999), son intensas batallas inconscientes, privadas, con manifestaciones visibles (Kaplan, 1991).

La defensa que ocupa para este sentimiento invasivo ante los cambios es la retención de sus logros infantiles, esto es *refugiarse* en su pasado para fortalecerse y enfrentar su nuevo presente. Los cambios invasivos significan una pérdida de la identidad de niño, lo que lo obliga a la búsqueda de una nueva identidad, para ello recurrirá a los imagos paternas de su mundo interno, que le servirán para enfrentarse y adaptarse con el mundo (Aberastury y Knobel, 1988).

El aislamiento es un recurso característico del adolescente (para apartarse de sus objetos originarios) el cual tiende a centralizar su libido, compensando las pérdidas y heridas narcisistas mediante el engrandecimiento de su propia persona.

Entre las reacciones defensivas están la angustia y estados de despersonalización, que pueden emerger por la aparición de la menstruación y la aparición del semen, estas medidas tienen el significado de no aceptar los cambios que ocurren en el propio cuerpo (Aberastury y Knobel, 1988). Dichos sentimientos de despersonalización, derivados de la experiencia genital como fuerza extraña, enigmática y ajena, impulsan al adolescente a preguntarse de forma intensa: ¿Quién soy yo? (Hernández, 2013). Es el despertar sexual lo que produce tantos matices de sensaciones, así como de confusiones y despersonalización (Scalozub, 2017). Del mismo modo, se cuenta a la despersonalización junto con el extrañamiento y la desorientación, como una de las manifestaciones típicas o clásicas de la ansiedad confusional que caracterizan al adolescente ante las vicisitudes de pérdidas (Fernández, 1984).

Es importante señalar que durante esta etapa crítica de duelos, los adolescentes pueden presentar cuadros de apariencia psicopatológica, que pueden

llevar a confundirse habitualmente con un cuadro de neurosis de las más diversas manifestaciones, incluso psicóticas. Entre las manifestaciones destacan las identificaciones proyectivas masivas, la doble personalidad y las crisis de despersonalización, que pueden resultar pasajeras. De esto último, es necesario resaltar el concepto transitorio en la adolescencia, ya que como recurso necesario y útil en esta etapa no implica su fijación o estructuración psíquica (Aberastury y Knobel, 1988).

Profundizando esta confusión (diagnóstica), cabe resaltar que el propósito de estas manifestaciones es eludir la depresión y la culpa de esta etapa. Como muestra la angustia de elección vocacional o profesional característica de esta etapa de la vida, la dificultad consiste en la renuncia de perder algo al elegir o adquirir.

También es importante reflexionar en la clínica adolescente la prematurez de un diagnóstico psicopatológico ante elementos desconocidos, Korembliit (2012) refiere cautela al evaluar “la necesidad adolescente de crear un espacio de exploración y de investigación”. Y advierte el lugar o función analista con ellos: “Nuestra función consistirá en esperar, respetar y acompañar un tiempo de moratoria antes de encasillar psicopatológicamente lo que todavía desconocemos que causas y derivaciones tendrá” (p. 127).

5.5 Lo psicosomático

Los órganos son el lenguaje oculto del cuerpo, por donde el alma oye y por el que puede hablar (Heyer, 1932, En Jasper 2011, p.280).

La palabra psicosomático es el término acuñado por el psicoanalista Félix Deutsch en 1922. La contribución fue seguida por los estudios en investigación psicoanalítica de Franz Alexander y la llamada Escuela de Chicago. Para Alexander, era posible encontrar para cada una de las enfermedades psicosomáticas principales un conflicto específico y particular, por ejemplo, en la enfermedad ácido péptica, el conflicto estaría en necesidades orales y de dependencia. Sin embargo, no fue posible confirmar tales mecanismos y esta teoría de la especificidad del

conflicto que concurre a un tipo particular de enfermedad ha sido abandonada (Uribe, 2006).

Existe un cúmulo de sensaciones corporales que podemos sentir, éstas pueden ser localizadas en partes específicas de nuestro cuerpo (como el dolor o la excitación sexual), y otras son más difusas (como el cansancio, la somnolencia). Percibir estas sensaciones ayuda a preservar la vida o la protección, es decir, si se siente hambre se debe comer, si se siente fatiga hay que descansar, si provoca náusea debe evitarse comer. La mayoría de los estímulos que originan estas sensaciones tienen su fuente en el exterior, son propioceptivos, vienen de los órganos internos, sin embargo, se puede alterar nuestro organismo por nuestros estados emocionales, tal como sucede cuando nos sentimos agotados después de una decepción, o nos puede dar hambre o perder el apetito (hiporexia), podemos sentir opresión en el pecho al estar ansiosos. Al sentir vergüenza enrojecemos por dilatación venosa del rostro, si nos asustamos palidecemos por la vasoconstricción, si estamos tristes derramamos lágrimas, tener miedo incrementa la frecuencia cardíaca. Por ello, los procesos emocionales afectan a casi todas las funciones de nuestro organismo. Todo acontecer emocional se asocia permanentemente con cambios en el estado corporal, vegetativo o periférico y estos pueden ser conscientes o inconscientes (Uriarte, 1997).

Goetchy (2014) define el término *psicosomático* como el surgimiento de enfermedades físicas producidas por conflictos emocionales. Esta formación de síntomas somáticos es una de las formas de enfrentar el desequilibrio emocional.

McDougall (1989) sostiene que en lo psicosomático no es que exista *simbolismo*, sino que éste es pre-verbal, es decir, corresponde a una forma *muy arcaica* de funcionamiento mental.

5.6 La somatización

Ovando (2009) refiere que el término *somatización* fue acuñado por Wilhem Stekel en 1911, quien consideró parecido al concepto de conversión de Freud, como

el proceso en el que los conflictos neuróticos pueden presentarse por sí mismos como trastorno físico.

La somatización es el proceso en que las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos. La expresión somática es una expresión donde el cuerpo ha sustituido a las palabras (Riquelme y Schade, 2013, p.255).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V) los trastornos somatomorfos abarcan los trastornos de conversión y los trastornos de somatización. Los trastornos somatomorfos son identificados como un grupo de trastornos que incluyen síntomas físicos para los cuales no se halla explicación médica que los justifique (Riquelme y Schade, 2013). En estos trastornos las manifestaciones del cuerpo se convierten en un lenguaje ambiguo (Uriarte, 1997).

La característica principal del trastorno de somatización es la presencia de múltiples molestias físicas que no se pueden explicar por completo mediante factores físicos. Es un trastorno polisintomático que afecta a múltiples sistemas, que originalmente fue designado como histeria (Ovando, 2009).

Los trabajos de Flanders Dunbar en los 1930's y las investigaciones de Franz Alexander en los 1940's, establecieron la relación entre ciertos patrones de personalidad (y no conflictos aislados) a enfermedades específicas. Por ejemplo, Alexander desarrolló un perfil del tipo de personalidad propensa a sufrir de úlceras clasificándolas como personas cuyo padecimiento es causado principalmente por excesivas necesidades de dependencia y amor. Estos autores argumentaban que los conflictos producen ansiedad, la cual se torna inconsciente y se apropia de alguna parte del cuerpo a través del sistema nervioso autónomo, por lo que los continuos cambios fisiológicos eventualmente producen un padecimiento orgánico real. Sus trabajos son pioneros en el campo de la medicina psicosomática: padecimientos físicos causados por conflictos emocionales (Taylor, 2007).

La *enfermedad psico-somática*, es una noción creada por Hallyday en 1930, construida de los trabajos de autores norteamericanos insertados en la tradición del

pensamiento de la medicina. Postula que ciertos acontecimientos psíquicos pueden actuar como factores etiológicos en la formación de una enfermedad somática (Goetchy, 2014). Son los elementos psicológicos que afectan el estado físico (Uriarte, 1997).

Los órganos afectados en los trastornos o enfermedades psicosomáticas están relacionados con el sistema nervioso autónomo y en el órgano inconsciente se ubica el conflicto que no es regulado voluntariamente (González, 2001).

Una enfermedad psicosomática es el resultado de diversas condiciones mentales que pueden precipitar o exacerbar cualquier enfermedad o síntoma orgánico.

5.7 Cuadros clínicos psicosomáticas más frecuentes

De acuerdo con González (2001) y Lasalle (2000), entre las enfermedades o afecciones psicosomáticas más frecuentes se encuentran las siguientes:

- Afecciones dermatológicas (acné, neurodermatitis, alopecia, urticaria, prurito, eritrofobia).
- Afecciones respiratorias (asma bronquial, rinitis alérgica, rinitis vasomotora, angina de pecho)
- Afecciones gastrointestinales (gastritis, úlcera gástrica, vómitos, colitis, estreñimiento crónico, enfermedad acidopéptica).
- Afecciones obstétricas (amenorrea psicógena, leucorrea, dismenorrea)
- Afecciones urinarias (Cistitis, Uretritis)
- Obesidad, anorexia y bulimia.
- Cefalea tensional, migraña.
- Hipertensión, hipertiroidismo

5.8 La alexitimia, pensamiento operatorio y normopatía

Existen numerosas teorías y enfoques en el estudio de las enfermedades psicosomáticas. El estadounidense Peter Sifneos (1972) en la década de los setenta, encontró que la mayoría de los pacientes psicosomáticos padecían una

marcada dificultad para expresar verbalmente o describir sus sentimientos, dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales, dificultad para simbolización, pensamiento concreto, insistencia en fijarse en los eventos externos relegando el mundo interno a un segundo plano (Uribe, 2006). Basándose en esta descripción, Sifneos acuñó en 1972 el vocablo alexitimia, derivado de los términos griegos *a* (sin), *lexis* (palabra), *thymos* (emoción o sentimientos) que etimológicamente significa «sin palabras para las emociones» (Espina, 1998).

A esta dificultad para conectar con los sentimientos, Jurgen Ruesh (citado por Goetschy, 2014) en 1948 lo llamó personalidad infantil, con una gran dependencia objetal y una conducta social pseudoadaptada. Esta última característica es lo que más tarde McDougall denominaría *normópatas* o *pseudonormalidad*.

Dada la aparente falta de manifestaciones neuróticas o psicóticas, sería más concerniente llamarles *normópatas* (...) estos pacientes parecen no interesarles en absoluto. Se diría que en su lugar desarrollaron, durante la infancia, una adaptación mecánica a las demandas de la realidad externa (...) también tenían dificultades para identificarse con las realidades internas de otras personas y a menudo acababan por llevarse mal con la gente que les rodeaba. Esta falta sorprendente de síntomas neuróticos o psicóticos me llevó a considerar que estos analizandos estaban aquejados de una forma de *pseudonormalidad*. Y añadiría además de sus muchos problemas psicológicos, padecían de una grave patología del afecto (McDougall, 1987, p.153).

MacLean en 1949, sugirió que al no poder expresar los sentimientos con palabras, lo órganos se expresaban en un lenguaje de órgano. En los cincuenta Horney (1952) y Kelman (1952), reportan que los pacientes psicósomáticos poseen una gran pobreza de experiencias internas y mínimo interés en los sueños. Para los años sesenta surge la Escuela Psicósomática de París⁷, encabezada por Pierre Marty y Michael M´Uzan (1963) quienes sugirieron en la enfermedad psicósomática

⁷ También forman parte Michel Fain y Catherine Parat.

existe un *pensamiento operatorio*, caracterizados por la no producción de fantasías, falta de introspección, pensamiento centrado en el presente, en los acontecimientos externos, concreto, literal. “*Un modo deslibinizado de relación con uno mismo y con los demás*” (McDougall, 1987, p. 156), “*las palabras no están ligadas a los sentimientos, pensamientos y el pensamiento se encuentra desagresivizado*” (González, 2001). Este modo de funcionamiento mental lo atribuyeron a déficits en la organización de la personalidad más que a defensas neuróticas (Espina, 1998, Goetschy, 2014), “*no es una forma de defensa en la estructura psíquica, sino que es debida a una carencia vital*” (McDougall, 1987, p. 155).

En muchas de las historias personales de los pacientes normópatas, uno de los padres, por lo general, había muerto o había abandonado a su familia durante la primera infancia del paciente. Y a las madres, a menudo se las tachaba de haber sido excesivamente posesivas y atentas y de haberse despreocupado de los estados afectivos del niño. En ocasiones la madre parecía haber estado psicológicamente ausente, debido a depresiones o a episodios psicóticos. Por tanto, estas madres parecen haber estado o muy cerca o muy lejos en su relación con sus hijos (...) permitiendo que el niño se convirtiera en una buena madre para sí mismo. (McDougall, 1987, p. 154).

Si bien en la obra de Freud no figura ningún trabajo de investigación psicosomática, sí estudió los diferentes estados del cuerpo, síntomas con expresión corporal inscritas en la economía pulsional. Son cuatro síntomas somáticos que aborda Freud: los síntomas histéricos, los síntomas somáticos de la neurosis actual, los síntomas hipocondriacos y las enfermedades orgánicas establecidas (Smadja, 2005).

Para que la mente pueda habitar en el cuerpo, es indispensable el rol del objeto como mediador y permitir que *las sensaciones corporales* del bebé puedan eventualmente integrarse en el yo. El rol del objeto en estas interacciones ha sido descrito por otros, con los términos de *contención (holding)* de Winnicott y, *función alfa y rêverie* por Bion. Si la persona no alcanza una adecuada satisfacción en sus relaciones objetales, puede replegar su libido al yo (narcisismo), lo cual lleva a una

atención exagerada a sensaciones corporales, ya que el mundo psíquico no logra contener los factores emocionales (Uribe, 2006).

Gran parte del cuidado físico que se prodiga al bebé -sostén, manipulación, baño, alimentación y demás- apuntan a facilitarle la organización de un psique-soma que viva y funcione en armonía consigo mismo (Winnicott, 1986).

5.9 Síntomas conversivos

De acuerdo con Freud, son símbolos mnésicos convertidos en el cuerpo, que contienen y ponen en marcha un conjunto de fantasías inconscientes en la que participa la bisexualidad del individuo. Un rasgo característico es que estos síntomas corporales no se presentan con angustia. Otros requisitos para considerar un síntoma histérico son la existencia de un superyó post-edípico, una organización edípica relativamente acabada, un inconsciente simbolizador y la permanencia del mecanismo de la represión (Smadja, 2005). Se podría decir que el soma presta sus funciones a la mente para la traducción simbólica de conflictos mentales internos o pulsionales (Goetschy, 2014); es decir, el síntoma expresa simbólicamente un aspecto de un conflicto inconsciente (Uribe, 2006). Freud creía que las reacciones conversivas ocurrían a través del sistema nervioso voluntario sin necesidad de presentar cambios fisiológicos (Taylor, 2007).

La parálisis histérica como síntoma de conversión, es una alteración de la concepción (representación) de la idea de la zona del cuerpo, el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación inconsciente provista de un gran valor afectivo, que se liberará tan pronto recobre su valor afectivo (Lasalle, 2000).

Mientras el síntoma histérico relata una historia, en el síntoma psicósomático el cuerpo habla solo (Goetschy, 2014). La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero en cambio, ha echado sobre sí un lastre de un símbolo mnémico que habita la consciencia al modo de un parásito, sea como una inervación

motriz irresoluble o como una sensación alucinatoria que de continuo retorna, y que permanecerá ahí hasta que sobrevenga una conversión en la dirección inversa. En tales condiciones, la huella mnémica de la representación reprimida no ha sido sepultada, sino que forma parte en lo sucesivo del núcleo de un grupo psíquico segundo (Freud, 1896c).

6. ELABORACIÓN Y TRABAJO DE RESIGNIFICACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El hombre se ha mostrado incapaz de renunciar a la satisfacción narcisista de la infancia (Freud, 1914).

Desde el desamparo inicial al desamparo puberal, el individuo experimenta una serie de heridas narcisistas que ponen permanentemente a prueba la capacidad de recomposición del yo. Este proceso de duelo (en tanto que no sea uno patológico) supone un proceso de elaboración y de simbolización no repetitiva que implica la *reorganización narcisista y la reformulación del proceso identificador* –del yo, del superyó y del ideal del yo–, lo cual trae como consecuencia una nueva elección de objetos que no es mero desplazamiento de las figuras parentales (Rother, 1989).

La adolescencia da lugar a sucesivas transcripciones que hacen posible establecer nuevos nexos y resignificar a posteriori, lo que entra en la propuesta de Jean Laplanche sobre la *historización simbolizante*, se produce por la conjugación del recuerdo compartido y el comunicado, es decir, una historia transferencial novedosa que promueve una historia futura, sembrada en el presente (Hornstein, 2014).

A partir de la adolescencia el yo necesita aún más garantizar dos referentes básicos: *su propio reconocimiento y el reconocimiento que de él mismo le devuelve la mirada de los otros*, el reconocimiento que viene del discurso del conjunto es un referente insoslayable.

El espacio que corresponde a la familia primaria será sustituido por sus pares y maestros, quienes se convertirán en nuevos objetos idealizados, transmutando valores que coincidirán o no con los que vivieron con su familia.

Otro espacio del adolescente es el que comparte con sus pares, se unen (reúnen o conjuntan) por sus intereses, las mismas exigencias, ideales, esperanzas y las mismas frustraciones.

Para Rother (1989), el adolescente tiene frente a sí la gran tarea y reto de:

investir un proyecto al que cada vez más debe hacerlo propio: de igual manera debe hacer suyos los ideales que el discurso social le ofrece transformándose en parte en el gran consumidor a la vez que necesita poder también ser el gran transgresor. En este juego de aceptación y transgresión los jóvenes van poniendo sus propios ideales. Así pasan a ser portavoces de los valores e ideales de sus referentes generacionales (p.257).

6.1 Elaboración de las conflictivas de los padres de adolescentes

Rother (1989) postula que un paso primordial para evitar el abismo de comunicación y establecer mejores vínculos en la adolescencia, es aceptar la diferencia de pertenencia generacional entre padres e hijos. Es un trabajo de aceptación de los padres, que al crecer de los hijos, es aceptar la propia vejez, la realidad de la muerte, la pérdida de autoridad y liderazgo, el cuestionamiento, interrogantes y los mensajes de las nuevas generaciones. La autora advierte, que si los padres no pueden elaborar la ansiedad que les despierta la edad crítica de sus hijos en crecimiento, no podrán ayudar a éstos a mitigar y elaborar la propia. Es crucial elaborar el poder modificador del tiempo, aceptar lo que hasta el momento era un presente es ya un pasado, la elaboración impone poner un fin a un capítulo, fin necesario para enfrentar la apertura al futuro.

6.2 La elaboración ante el duelo adolescente

El esquema freudiano del duelo señala tres procesos psíquicos: 1) decalectización, 2) vuelta hacia el yo, y 3) recarga de nuevos objetos. (Urribarri, 2015).

Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (1988) indican que toda elaboración de duelo exige tiempo para ser verdaderamente elaborado, de no ser así, se puede tomar características de una negación maniaca. Sostienen que el adolescente debe realizar un conjunto de procesos psicológicos que se producen normalmente ante la pérdida de un objeto amado y que llevan a renunciar a éste. Los procesos que suceden en el duelo adolescente se han dividido en tres etapas:

- 1- La negación: mecanismo por el cual el sujeto rechaza la idea de pérdida, muestra incredulidad, siente ira.
- 2- La resignación: se admite la pérdida y sobreviene como afecto la pena.
- 3- El desapego: se renuncia al objeto y se produce la adaptación a la vida sin él.

El proceso cierra en la aceptación de los cambios, que abrirá paso a una nueva identidad (nuevo *yo corpora*), sin embargo se trata de un proceso gradual de búsqueda que lleva su propio tiempo en cada adolescente.

Fernández (1984) sostiene que durante las pérdidas de la adolescencia, coexiste la tendencia a renacer debido al desplazamiento de la libido narcisista hacia nuevos objetos. Por su parte Urribarri (2015) cuestiona el modelo de duelo, ante la marcada significación de pérdida, replanteando que no se pierde, sino que se cambia y se transforma, aludiendo al planteo freudiano de *metamorfosis de la pubertad*, cuyo origen etimológico señala “cambio de formas” o “transformación de un estado a otro”. Para él, los elementos “perdidos” del pasado infantil son incluidos y modificados, es decir, no se pierden, por lo que cuestiona el duelo sobre las ganancias anheladas, el interés, júbilo y placer en lo nuevo, alude a la prima de incentivación del anhelo y deseo del niño por ser adulto. A dicho autor le parece más apropiado utilizar el modelo de Helene Deutsch y Peter Blos sobre “*los movimientos oscilantes entre lo regresivo y lo progresivo*” característico de las

adolescencias, para incluir el pasado en el futuro. Ya que los adolescentes pueden esperar, promover y disfrutar el cambio o progresos.

6.3 La elaboración del complejo de Edipo.

Para la elaboración edípica en el proceso psicoterapéutico, el paciente revive totalmente su relación con los objetos originales para luego volver a abandonarlos. No se puede renunciar a ningún objeto sin antes introyectarlo. De acuerdo al modelo kleiniano, esta introyección forma parte del proceso depresivo, por lo que ningún objeto puede ser abandonado sin un proceso cabal de duelo, como el de la posición depresiva, que finaliza con la introyección de un objeto interno bueno. El dolor de la situación de duelo moviliza nuevas defensas maníacas y esquizoides, pero con cada experiencia repetida de duelo, el yo se fortalece, el objeto bueno es establecido de manera más segura y mengua la necesidad de recurrir a nuevas defensas. El proceso de elaboración se completa cuando ya se ha renunciado así a algún aspecto del objeto (Segal, 1989).

También para la resolución del complejo de Edipo el adolescente depende mucho de la reacción de los padres en esta etapa. Al respecto Garbarino y Garbarino (1961) mencionan:

Las dificultades por las que pasa el adolescente, a causa de la reviviscencia de su Edipo, no dependen únicamente de él mismo, sino que están en buena parte condicionadas por la *actitud asumida por los padres*. Según sea su respuesta inconsciente, se verá aumentada o se facilitará su resolución. Al Edipo del adolescente corresponde siempre, en mayor o menor grado, *el Edipo de los padres*. Se ha hecho notar y con razón, que los padres tienen también su oportunidad para revivir su propio Edipo. (p.9).

6.4 El trabajo de resignificar

Hay que considerar las dimensiones psíquicas, pues en la adolescencia se resiente una doble represión. La primera originada desde la infancia y una segunda al cierre o parcial culminación de la adolescencia, ya que en esta etapa, “se retoman

los conflictos reprimidos de la niñez, amplificados en un cuerpo ya desarrollado, ante todo en su genitalidad” (Carvajal, 2009, p. 12). Esto hace del retorno de los conflictos y contenidos infantiles, un evento mucho más doloroso y angustiante, una tarea difícil de resignificar. Activados conflictos infantiles anteriores y acompañados éstos, por situaciones y experiencias totalmente novedosas de la adolescencia. Scalozub (2017) señala la importancia de atender la tarea de resignificar y apropiarse del cuerpo adolescente. Esta tarea pretende el logro de habitar ese cuerpo nuevo, cambiado y cambiante.

Esta compleja y lenta tarea de la resignificación en la adolescencia está recargada emocionalmente con las experiencias psíquicas de: desmentida de las fantasías omnipotentes de la bisexualidad y de partogénesis, el impacto de la diferencia de los sexos, la escena primara y el enigma de la procreación (Aryan 1985). Otro eje fundamental, a partir del cual el adolescente busca significarse, es la pérdida de identidad, promotora de modificaciones cruciales en su vida, alterando o perturbando las formas de establecer relaciones con los otros (Ramos y Navas, 2017).

Los duelos de la etapa adolescente mengua el narcisismo, volviendo necesario el logro de la resignificación simbólica de sus pérdidas. Casas (1999) menciona que en la adolescencia se da un intenso trabajo de resignificación entre las separaciones y las pérdidas. Los duelos que experimenta el adolescente, es por todo lo que deja de ser como era (Scalozub, 2017).

Tubert (2000) enfatiza que la transición adolescente implica un desgarramiento, una separación y renuncia del mundo infantil, salida que puede simbolizarse alrededor de la idea de la muerte. Este contacto del adolescente con la mortalidad psíquica, lo enfrenta con su finitud y sus limitaciones, momento de descubrimiento *del sentido o el sinsentido* de la existencia, lo que llamará angustia existencial, confrontamiento con la sexualidad y la muerte. Para Aryan (1985) el logro se alcanza al dar sentido (y aceptación) a la satisfacción realista, parcial y finita en la vida. Se trata de asimilar la incompletud del *Self* por las limitaciones del objeto y la existencia temporal. El trabajo de la resignificación también representa

la apertura a una nueva posibilidad, que permita al adolescente dar paso a nuevas experiencias, donde se construyan nuevos significados (Unzueta y Zubieta, 2010). Por lo que hace de esta etapa un fenómeno inédito inserto en el cuerpo, lo subjetivo, lo familiar y lo social (Aryan, 1985 y Scalozub, 2017).

La adolescencia es un periodo de reapertura de los procesos de representación y de simbolización, que permitirán darle a lo económico un sentido (Hernández, 2013). Se trata de generar nuevas representaciones para lo novedoso presentado (Scalozub, 2017).

Una forma de encontrar un lugar con valor identitario desde donde nacerá un reconocimiento y un sentido de pertenencia, son los ritos de iniciación, que se hacen cargo de esta marca de transición de etapa, con una carga afectiva intensa (Unzueta y Zubieta, 2010).

Otra resignificación se halla en la búsqueda de los padres fuera de la familia, es decir una salida exogámica (Scalozub, 2017). En este sentido, Aryan (2009) discute que el adolescente tiene el trabajo psíquico de re-construir su objeto sexual precedente. Esto se obtiene con dos condiciones. Con el remplazo de la fantasía del amor objetal parental, en particular el amor materno, por la capacidad de amar del objeto actual. Y con el reemplazo de la fantasía de amor bisexual y narcisista, al conceder al objeto actual de amor, una forma de amar diferente de la propia hasta ese momento.

Por su parte Kaplan (1991) comenta que para completar el pasaje adolescente, se requiere de un desplazamiento de los deseos incestuosos, esto es desligar la libido de sus padres a través del proceso de remoción de los afectos a otra parte, a otras personas, es el pasaje del deseo incestuoso al deseo genital adulto. Es separar la carga sexual de las imágenes infantiles de los padres, es el reto de defenderse de los imperativos del tabú del incesto.

Dolto (1987) menciona que las dificultades de su vida, desde su primera infancia, el adolescente va a revivirlas en su pubertad. Por ejemplo, un niño que al

comienzo de su vida es anoréxico, en la pubertad tendrá trastornos análogos –por lo que no habrá que inquietarse– (p.189).

(...) porque revive los momentos estructurantes de su vida con la descompensación; para en revista de una vez los síntomas que padeció en el transcurso de su adaptación, síntomas que sirvieron para purgar lo que, de la libido, no era simbolizable de otra manera, para canalizar una energía que no podía decirse. Esto es lo que vuelve a jugarse en la pubertad. (Dolto, 1987, p.189).

Ya que durante la adolescencia, existe un reacomodo de las instancias psíquicas y biológicas del sujeto, se precipita la resignificación de lo no significado y traumático de las etapas anteriores. La resignificación no es el descubrimiento de un evento que se ha olvidado, sino un intento por medio de la interpretación, construcción e historización de *extraer una comprensión nueva del significado* de ese evento enigmático y oculto (Kancyper, 2007).

MÉTODO

Planteamiento del problema

Leonora es una adolescente que al iniciar el proceso terapéutico contaba con 13 años y 10 meses de edad, acude a psicoterapia por indicación del médico de su escuela quien sospecha que pudiera tener “*un trastorno alimenticio*” al identificar su bajo índice de masa corporal. El médico la observó “*muy delgadita*”, por esto la escuela extendió un oficio al Centro Psicológico solicitando la atención para Leonora.

Al realizar la evaluación psicológica se encuentra que Leonora no cumple con los criterios diagnósticos para determinar el trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, ya que no hay síntomas o signos tales como: restricciones para bajar de peso, dietas, ayunos, miedos intensos para subir de peso, alteraciones del ciclo menstrual, no presentaba atracones seguidos de vómitos inducidos o alteraciones en la forma de percibir su peso (APA, 2014,

González, 2001). Al respecto Leonora solamente mencionó que a veces no tenía apetito. En la entrevista con los padres se descubriría que su bajo peso corporal registrado tuvo como antecedente una cirugía que le realizaron debido a que padecía de reflujo gastroesofágico crónico, de origen congénito; tras consultar a su médico pediatra, éste les comentó a los padres que era esperado que bajara su índice de masa corporal a partir de la cirugía.

El motivo de consulta de Leonora era diferente a la preocupación del médico, ella reveló *“no puedo hablar de mi mamá”*, con intriga sigo escuchando, *“no puedo hablar de mis papás en especial de mi mamá”*, fue entonces que repentinamente observo que Leonora comienza a llorar, le brotan las lágrimas y al mismo tiempo comienza a dibujarse una enorme sonrisa en su rostro. Impactado por el tránsito de estos dos afectos, llanto y risa coexistiendo en su rostro, le pregunté *¿Estas triste?*, con la intención de empatizar con el afecto de tristeza que creí experimentaba Leonora, pero ella respondió: *“no siento tristeza y no sé porque me río”*, mientras mantenía el llanto y la sonrisa en su cara.

Luego continuó diciendo:

“hasta me quiero reír de cómo me imagino, pero no dejo de llorar, no sé por qué lloro, es como hacer una cosa sin pensarlo cuando tu cuerpo te lo pide, es algo inconsciente, no estoy triste pero mi cuerpo si lo está”.

Mientras Leonora llora, se toma del cuello con ambas manos y menciona con un tono de voz entrecortada *“siento que se me cierra la garganta, como si no pudiera hablar, se me cierra”*, continúa con un tono cada vez más bajo. Al observarla ahí en el consultorio, viene a mi mente, que Leonora experimenta algo intrusivo, una fuerza ajena a su voluntad que la estuviera estrangulando.

Leonora describe con su voz entrecortada y débil *la sensación* de este modo, *“es como si se me tensara y tuviera algo atorado”*. Al pedirle que me describiera ese *“algo atorado”*, Leonora no lograba reconocerlo y dice *“No sé, no sé”*, rechazando de manera inmediata, con resignación y sufrimiento. Sin embargo

Leonora comienza a recordar tras un gran esfuerzo que esa sensación inició cuando tenía 8 años de edad, en aquel entonces lloraba cuando alguien le preguntaba algo sobre su madre. Leonora recuerda que de pequeña se ría después de caerse y cuando la regañaba su madre. Leonora asocia estos regaños con el temor a que su madre piense y le diga que ella es “*una inútil*”.

Leonora me cuenta que acudió a revisiones médicas debido a dolores en el estómago, tiempo después de su cirugía, pero al preguntarle sobre datos específicos de sus malestares, tratamiento y diagnóstico Leonora responde: “*no sé explicarlo y no me acuerdo bien*”, por lo que decidí recurrir a una entrevista con los padres para aclarar dicha información que ella no podía recordar o mencionar. Estas entrevistas arrojaron datos importantes sobre la historia de sus síntomas:

1) Los dolores por los que acude a revisión médica iniciaron mientras se encontraba en la escuela, se trataban de dolores de cabeza con fiebre, la mantuvieron en el área médica de la escuela y reportó “*siento el cuerpo caliente, me tiemblan las manos y siento tensión en el cuello*”. Ante esto los médicos indicaron la realización de estudios clínicos de sangre. Aquel día sus padres acudieron por ella a la escuela.

2) Tiempo después, un fin de semana en la madrugada, Leonora presentó dolores estomacales y estreñimiento, síntomas que se presentaron durante cuatro días, lo que ocasionó que su abuela materna la llevara a urgencias en un hospital donde tuvo que ser internada.

3) Al ser hospitalizada se le practicó una cirugía por apendicitis, los médicos diagnosticaron *intestino flojo*, le indicaron tomar fibra, agua, hacer ejercicio y evitar irritantes.

4) Después de la cirugía, se obtuvieron los resultados de sangre, cuyos indicadores fueron negativos para cualquier diagnóstico clínico o afección orgánica. Por lo que el padre se mostró incrédulo y sorprendido por los resultados y deseaba otra opinión médica, mientras que la madre expresó con ahínco “*Leonora lo provoca*”.

Al preguntarle *¿por qué fuiste operada?*, Leonora me dice lo siguiente, *“fue por aguantarme de ir al baño”*, enseguida le pregunté, *¿y por qué te aguantabas?*, respondió *“Me agunto de ir al baño, porque no me gusta o no me acuerdo de ir”*, mismas razones que utilizó para explicar el no tomar agua, *“no me gusta o no me acuerdo”*.

Otra manifestación corporal de Leonora es que se siente como con *“algo atrapado en el cuerpo”*, que no sabe explicar, se siente *“fea y sucia por dentro, esquelética”*, reconoce caminar encorvada, asociándolo con ser insegura y teniendo la sensación de *“es como si tuviera una joroba”*. Lo que confirmó mi observación en su caminar ligeramente encorvada. Así mismo relata que siente una pesadez en todo su cuerpo, por dentro y por fuera en la piel, se siente tensa, sobre todos sus músculos. El peso del cuerpo lo ubica específicamente en su cabeza y por dentro, y lo relaciona con tener el cabello largo, siente que *le ahorca*, por ello optó por cortarse el cabello⁸ para estar más cómoda, aunque no logró que se le quitara esta *sensación de pesadez*. Refiere que el corte de cabello le generó una sensación de libertad y seguridad. Sin embargo, también provocó que algunos compañeros de escuela le pusieron apodos, aludiendo a que parecía un niño calvo.

Relata que cuando va a fiestas, se le paralizan las piernas, al momento de desear bailar, recuerda: *“no me respondían”*. Se avergonzaba aunque deseara bailar. Lo cual contrasta con ser bailarina de ballet durante su infancia y parte de adolescencia. En las clases de ballet, no interactuaba con las chicas de su edad, prefiere relacionarse con las más pequeñas.

En la escuela se le olvida entregar las tareas y tomar agua. Leonora cree que tomar agua significa tener mayor capacidad para recordar, aunque cuando ella toma agua, no le resulta tal efecto. El no ingerir agua es reclamado por sus padres ya que le ha traído problemas de estreñimiento. Así mismo, suele perder sus libretas y materiales del taller de la secundaria. Es muy frecuente, que la mayor parte del día

⁸ Leonora recortó su cabello después de la primera entrevista de evaluación clínica.

sienta sueño y que se duerma tanto en las clases como al llegar a casa. Situación que no le genera preocupación alguna.

En la secundaria, al observar que algún compañero destaca en algún trabajo escolar realizándolo bien, Leonora felicita el talento de su compañero, pero enseguida piensa que ella pudo *“hacerlo mejor”*, *“para sentirse la más”*, no obstante, Leonora no puede especificar la más en qué o para qué. Así mismo, estos halagos hacia los otros, ocultan su intención de anular el talento del otro. Esto lo asocia con autolesionar su cuerpo al pellizcarse los brazos y pestañas, sacarse sangre de sus dedos al mordérselos, lo cual cree que quizás es para castigarse. Además, señala que no siente dolor ante golpes o cuando se pellizca fuertemente los párpados o se quita los pellejos de los dedos. Esto lo observo en sus dedos que se encuentran cicatrizados o recién despellejados.

Cuando se traslada de la escuela a la casa, se siente incómoda, sin poder explicar más a detalle, o con certeza a que se refiere. Lo que reconoce es su deseo de salir del lugar donde llegó, y cree que al retirarse y arribar a otro lugar (su casa o la escuela) estará mejor, pero lo que ocurre es que, nuevamente se siente incómoda y desea irse nuevamente a otro lugar.

Por otra parte, tiene *sensaciones de caerse* cuando está en su cama para dormir y recurre a juntar alrededor de ella, todos sus muñecos de peluche, y cuando está sentada en una silla también le ocurre estas sensaciones, por lo que ha hecho es *“agarrarse o enroscarse de objetos cercanos”*, como tubos en el microbús o de las sillas. Sin percatarse cuando hace esto, de repente se observa que ya está en una posición donde su cuerpo (sus brazos o piernas) se sujetan a algo.

En relación con los recuerdos de sus padres, a Leonora se le dificulta precisar cuándo se separaron sus padres, menciona que fue entre los 3 y 5 años. No recuerda a sus padres juntos sino hasta después de los 6 años. No quisiera que regresaran sus padres debido a que ahora los ve más felices con sus respectivas parejas.

Leonora percibe a su madre como “*regañona*”, una relación con “*poca confianza y comunicación*”. Leonora sólo le comparte o comunica si su madre le cuenta sus experiencias. La percibe también como “*controladora para que todo salga bien*”. Siente que siempre es juzgada por ella, diciéndole que está mal, que “*es una cínica*”, especialmente cuando Leonora le cuenta cosas que no le agradan a la madre (como dormirse en clase). Siente todo el tiempo que puede ser regañada.

Con su padre es apegada, se queda con ella los fines de semana por acuerdo legal del divorcio, Leonora recuerda la historia de su padre con tristeza, comenta que su padre le dice que ella “*es la mujer de su vida*”, ya que su nacimiento cambió la vida del padre y que por ella hizo muchas cosas. Ella sin saber qué responder, le contesta que “*lo siente*” y le dan ganas de llorar al recordar esto, sin embargo, se *ríe*, sin saber por qué. Además, Leonora se orgullece de tener un padre “guapo” el cual sorprende a los demás, como en la escuela cuando va a firmar boletas escolares. El padre menciona que teme abrazar a su hija, aunque él quiera hacerlo, ya que por lo regular Leonora se aleja de él cuando lo intenta y cree que ella le demuestra enojo.

Por otra parte, cuando su padre le cuestiona sobre el tema de su desempeño académico, Leonora se resiste a hablar y guarda silencio, en ese momento siente que *se le cierra la garganta*, ello no puede responderle o decirle algo. Lo cual la hace sentirse motivada y después *se siente que la reta* su padre, ya que éste le dice que puede y en otras ocasiones que es floja, que no va a poder pasar sus materias o no va a poder seguir estudiando y la amenaza con sacarla de estudiar. Leonora reconoce que si cualquier otro(a) compañero(a) “*la reta*” ella hace todo lo posible para demostrar que es capaz y cumple el reto impuesto, sin embargo, con sus padres es incapaz de responder a los desafíos, en especial con su padre, desconoce la razón por la que no puede responderles.

Así mismo a Leonora se le dificulta obedecer instrucciones directas provenientes de cualquier persona, como cuando su abuela le manda que haga sus quehaceres o tareas, no obedece “*por ser directos*”, o porque le da flojera. Siente “*más obligación*” al escuchar indicaciones y por consecuencia más flojera y

entonces no lo hace. Pero si alguien menciona o insinúa, que necesita ayuda, ella entonces obedece. En esta segunda forma de hacer las cosas se siente mejor, más segura, es como ver un necesitado y ayudar.

Leonora considera que su gusto por los chicos representa un problema, desde que ella le comienza a gustar a los chicos, pues recuerda que solo iba a la escuela para esperar lo que le dijeran, sin embargo nunca les dijo que le gustaban, recuerda que fueron como 15 niños que le atraían, pero esta atracción era efímera, ya que solamente le gustaban por algunos días hasta que le volvía a gustar otro niño.

Pregunta de investigación

¿Los síntomas somatomorfos de Leonora constituyen una manifestación defensiva ante las renunciadas infantiles no-elaboradas, la emergencia de la sexualidad adolescente y la fantasía inconsciente de asesinar a los padres?

Objetivo general y objetivo particular

Objetivo general:

Describir y analizar los síntomas somatomorfos de una adolescente temprana utilizando los fundamentos teóricos del psicoanálisis.

Objetivo particular:

1. Exponer los diferentes ejes temáticos que aborda el estudio psicoanalítico de la adolescencia.
2. Identificar y explicar los síntomas somatomorfos de Leonora.
3. Analizar los fenómenos inconscientes de la adolescencia y su relación con el cuadro clínico de Leonora.
4. Establecer conclusiones experienciales sobre el caso clínico.

SUPUESTO TEÓRICO

Los **síntomas somatomorfos** (globus histérico, parálisis de extremidades inferiores, vértigos, disfonía, movimientos anómalos y síntomas sensitivos referentes a la extrañeza corporal) manifestados por Leonora, una adolescente

temprana, obedecen a defensas frente al advenimiento del segundo despertar sexual. Representan así mismo las dificultades para elaborar los duelos de las pérdidas infantiles y la fantasía inconsciente de asesinato de los padres.

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS

Síntomas somatomorfos abarcan los trastornos de conversión y los trastornos de somatización. Los trastornos somatomorfos son identificados como un grupo de trastornos que incluyen síntomas físicos para los cuales no se halla explicación médica que los justifique (Riquelme y Schade, 2013):

- **Síntomas psicósomáticos:** Se define el término psicósomático como el surgimiento de enfermedades físicas producidas por conflictos emocionales. Esta formación de síntomas somáticos es una de las formas de enfrentar el desequilibrio emocional.
- **Conversión:** Mecanismo psíquico que consiste en la transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores o sensitivos. Corresponde a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se convierte en energía de inervación. Los síntomas expresan, a través del cuerpo representaciones reprimidas (Laplanche y Pontalis, 2004).

Defensa (mecanismos): Conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad del individuo (Laplanche y Pontalis, 2004).

Segundo despertar sexual: Abruptos cambios en el cuerpo, modificaciones en la imagen corporal e intensas excitaciones en la adolescencia. (Elgarte, 2011). Implica una metamorfosis, una transformación psíquica y corporal irreversible donde el adolescente deberá asumir una posición de identidad sexual (Fogola y López, 2012).

Duelo por las pérdidas infantiles: Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles (Aberastury y Knobel, 1988). Vicisitudes de pérdidas manifestadas con el cuerpo, con los objetos externos (familia y medio ambiente) y con los objetos internos (las identificaciones y sus configuraciones). (Fernández, 1984).

Duelo: Reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (...). Puede originar grandes afectaciones en la vida anímica de la persona (Freud, 1917 [1915]).

Fantasía inconsciente: Guion imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo inconsciente (Laplanche y Pontalis, 2004).

Tipo de estudio

La presente investigación es el reporte de un *estudio de caso*, por lo tanto, forma parte de una *metodología cualitativa*. Se busca comprender los fenómenos a profundidad, a través de la descripción y medición considerando los significados subjetivos, sin la intención de generalizar los resultados a poblaciones más amplias. Se elaboran posibles explicaciones, a modo de hipótesis y refutadores. En este tipo de estudio se enfatiza la singularidad y la subjetividad del fenómeno explorado (Cuenya y Ruetti, 2010).

Los datos recolectados y generados en la relación clínica, fueron tratados bajo el *análisis hermenéutico*, el cual se caracteriza por el proceso de interpretación-comprensión, que pretende dar sentido a los fenómenos particulares (Cárcamo, 2005). Por lo tanto, para lograr el entendimiento de lo que le ocurre al paciente, se empleó la teoría y práctica psicoanalítica, texto necesario para procurar develar y esclarecer fenómenos inconscientes de la inter e intrasubjetividad, constituido por alguien que habla expresando un sentido, y alguien quien escucha, el cual podemos definir como asociación libre y atención flotante o escucha analítica.

Así mismo se empleó el *análisis del discurso*, tomando como objeto de estudio los actos del habla del paciente, lo cual indica la dimensión específica en la que se emplea el lenguaje como forma de interacción social, y factor dinámico, es

decir, analizar los fenómenos detrás de la oración, en observaciones verbales, no verbales, y las representaciones involucradas, esto se traduce en poder captar y analizar los fenómenos inconscientes o latentes del paciente. Así también se emplearon las interpretaciones como operaciones de atribución, esto es, atribuyendo al discurso, su objeto semántico o significado de sus expresiones (Meersohn, 2005).

Participantes

Adolescente mexicana de 13 años, derivada al servicio de atención psicológica de la escuela a la que asiste. Residente de la ciudad, estudiante de nivel secundaria y primera hija de sus padres.

Escenario

El proceso terapéutico se realizó en un centro psicológico comunitario perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicado al sur de la Ciudad. El centro alberga diversos programas de residencias, especialidades y prácticas clínicas, para los estudiantes de nivel licenciatura, maestría y doctorado.

Instrumentos

Se emplearon entrevistas clínicas de evaluación, las cuales son técnicas de investigación científica del método clínico de la psicología, para la recolección de datos, en la que se establece una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados que perturban su equilibrio actual del entrevistado (Díaz-Portillo, 1998).

Procedimiento

El proceso para recibir atención psicológica individual en el centro comunitario, inicia con la solicitud del usuario, en la que se le toman datos personales (nombre, edad, sexo, y teléfono) registrándolo en una base de datos. Los pacientes se asignan en función de la especialidad del terapeuta, el usuario es citado por el terapeuta para la primera sesión, en ésta, se realiza la apertura de un expediente clínico, con un consentimiento informado firmado por los padres o

tutores, una ficha de admisión y un estudio socioeconómico. Con estos documentos, se inicia la etapa de evaluación diagnóstica, para ello, se realizó un *encuadre de evaluación*, dejando claro que es una etapa de entrevistas, además de fijar, horario, costo y duración de las sesiones. Al finalizar esta etapa, se realizó una devolución de impresión diagnóstica a los padres y al adolescente. Seguido de esto, se estableció el *encuadre de tratamiento psicológico*, que se distinguió por explicarle la regla principal psicoanalítica; *“Puedes decirme todo lo que desees y todo lo que se te ocurra en la mente, aunque lo consideres sin sentido o vergonzoso”*. Las sesiones tuvieron una duración de 45 a 50 minutos, cada sesión fue reportada y anexada en su expediente clínico, para su posterior análisis discursivo y hermenéutico en supervisión clínica. El proceso terapéutico de Leonora, tuvo un total de 50 sesiones durante un periodo de 13 meses en tratamiento.

Consideraciones éticas

Esta investigación y proceso terapéutico se realizó respetando los principios, y normas del *Código Ético del Psicólogo*, que se aplican a todos los psicólogos, pertenecientes o no a la Sociedad Mexicana de Psicólogos (SMP). Debido a que el paciente fue menor de edad, se siguió los lineamientos para estos (art. 124), cuyo consentimiento informado fue firmado por los padres del adolescente, siendo leídos y explicados en la primera sesión. En los que destacan; asistencia voluntaria a la terapia (art. 118) y al estudio de caso (art. 122), así como su derecho a declinar en cualquier momento (art. 117), consentimiento previo a realizar grabaciones de audio (art. 121), confidencialidad de la información del paciente en las sesiones para cualquier agente externo (art. 61), protección de su identificación al realizar un cambio de nombre y omitir datos personales (art. 68). Así mismo, se empleó un lenguaje entendible para los padres y el paciente (art. 50). Además, se respetó y mencionó al paciente, que la información obtenida en las sesiones, serían discutidas con otros profesionales, únicamente con propósitos científicos, dándole un seguimiento con una supervisora clínica asignada (art. 122). Con lo cual se enmarcó los servicios de manera global, con la naturaleza de su participación de bajo riesgo,

definiendo sus obligaciones como paciente, y las limitaciones del proceso terapéutico (art. 127).

LA PACIENTE

Descripción de la paciente

Al momento de la primera entrevista, Leonora tenía 13 años y 10 meses de edad, una adolescente de complexión delgada, de una estatura aproximada de 1,50 m. De tez blanca, cabello corto, color castaño, ojos grandes color oscuro, rostro delgado y nariz delgada. Su lenguaje es claro, aunque en ocasiones experimenta cambios agudos de voz. Camina ligeramente encorvada, en sesión suele sentarse sobre sus piernas cruzadas, y viste frecuentemente con el uniforme de la escuela, con pants, playera y suéter. Evita usar vestidos o shorts, que muestren sus piernas o brazos, ya que no le gustan. Sonríe constantemente, mostrándose jovial y simpática. Es frecuente que diga estar fatigada frotándose los ojos, para bostezar y luego sonreír. Se observa que sus rasgos sexuales secundarios aún no se han desarrollado, tal es el caso de sus caderas o senos. No obstante, inició su periodo menstrual cuando cursaba 6º de primaria (aproximadamente 1 año antes de la entrevista). Actualmente identifica su ciclo menstrual como irregular experimentándolo con “mucho calor y a deprimirse mucho”. Leonora es la primogénita de dos hijas, cuya diferencia con su hermana menor es de dos años. Sus padres actualmente están separados. Leonora vive en casa de sus abuelos maternos y los fines de semana en casa de su padre. Cursa el segundo grado en una secundaria pública y aspira a ser pintora o dedicarse a la Química. También asiste a un grupo de religión católica para adolescentes.

Motivo de consulta

Acude por indicación de la escuela secundaria para valorar posible trastorno de alimentación, debido a que en una evaluación médica realizada en la escuela se percataron de su bajo peso corporal, por debajo de lo normal de acuerdo a su edad y talla. Es así que, la escuela a través de un oficio de canalización, solicitó al centro psicológico la atención para Leonora.

Además de la sugerencia de la escuela, los padres expresaron como motivo de consulta “bajo rendimiento escolar”, y apoyan el juicio del médico de la escuela sobre Leonora: *“ella no cierra círculos, empieza una cosa y no la termina cuando ya está iniciando otra, y además que no está explotando su potencial, pues es buena alumna, pero ahora no lo es porque no termina de hacer las cosas”*. La madre añade que Leonora no puede expresarse por ser *“nerviosa”*.

Por otro lado, el motivo de consulta de Leonora es diferente, señala que su principal problema es que *“me guardo mis sentimientos”*, se siente convencida de esto porque fue lo que le dijo la médico de la escuela tras aplicarle una prueba proyectiva.

Entrevistas iniciales

En las entrevistas iniciales con los padres, cabe destacar diferentes rasgos, tanto de los padres como de la dinámica de las entrevistas.

La madre es una mujer de 33 años, empleada en una agencia, es de complexión delgada y alta, de tez blanca, que vestía con aliño, observé en ella continuas manifestaciones de queja y enojo al expresar características de su hija, dice: *“batallo mucho con ella”, sobre todo que (Leonora) casi siempre responde a los cuestionamientos con un no sé, me choca”*. Siente que Leonora la ve como *“la mala del cuento”*. Mientras tanto, el padre, un hombre de 39 años, dedicado al comercio, es alto, de tez blanca, cabello corto, de complexión atlética, se caracterizó por su notable necesidad de hablar de sí mismo, ya que cuando se le preguntaba sobre su hija el padre tendía a responder sobre sus propias experiencias o por interrumpir las preguntas de la entrevista. Se mostró sonriente y en ocasiones haciendo bromas. También se observó, que el padre describe a su hija, como *“es alguien quien conservó el cariño paterno, pese a mis comportamientos”*. Añadió al terapeuta: *“Espero que a usted si le cuenta más, porque casi no habla de sus sentimientos, lo que yo hago es contarle mis cosas y así se abre un poco más”*.

Ninguno de los padres recordó datos relevantes en la historia de Leonora, como información sobre una cirugía. Cabe destacar que aunque los padres están

separados, tienen una interacción afable; su interacción fue tranquila, se escucharon permitiéndose hablar, con capacidad de corregirse o completarse en información, sin riñas o reclamos, mostrando libremente sus diferencias de pensamientos y afectos. Parecieron unos padres en acuerdo, reflejada en su convivencia. Algo particular es que la madre se muestra avergonzada bajando su mirada, y resistiéndose a que el padre contará sobre su drogadicción, y el padre le mencionó, *“hay que decir toda la verdad, es para bien de Leonora”*.

En las entrevistas con Leonora, se mostró cooperadora con disposición a hablar. Acerca de su infancia, se describe como una niña que era *“tosca y agresiva por jugar con sus primos”*, pero también *“berrinchuda”* al oponerse a su madre, ya que no quería obedecerla, aventaba cosas o se tiraba al suelo. Recuerda que un día al no querer ir a la escuela, Leonora le reclamó a su madre porque nunca estaba con ella y que prefería trabajar, la madre le contestó que tenía que hacerlo para complacerla, mantenerlos, igual que su padre lo hacía. Entonces Leonora se enojó, destruyó unos discos de su madre y los arrojó por la ventana, la madre reaccionó amenazando a Leonora que se iría de la casa. En una ocasión, Leonora le dijo a su mamá: *“vieja fodonga”*, lo que causó el llanto de sus abuelos y de sus padres, desde entonces Leonora no tolera que cualquiera de ellos llore. A su madre la describe como: *“gritona, mandona y controladora, además de que me reta, es como si me dice, si no haces esto te dejo de hablar y me dejaba de hablar por semana por no hacerle caso”*. Cuando comenzó a hablar de su madre empezó a sentir que se le cerraba la garganta y empezaba a llorar, cambiando su voz entrecortada al hablar. Agregaba *“no sé porque lloro”*. Esto que le ocurre solo lo sabe su padre, ya que dice Leonora: *“se me ha olvidado decirle a mi mamá, es que si no me preguntan las cosas, no me acuerdo, cuando bajo del salón por que se me suben los ácidos, si el doctor no me pregunta porque bajé, no me acuerdo”*.

También lloró al referirse a la relación con su hermana, de quien le enoja que la imite, que exija regalos, y que siempre esté comiendo, contrariamente a lo que hace Leonora; que no le gusta que gasten en ella o que le den regalos, y desea que su hermana no sea gorda, como ella lo fue en su infancia y le impidió hablarles

a las compañeras de ballet porque todas eran delgadas. Leonora considera que bajó de peso por su cirugía y porque sus padres le daban menos dinero para comer en receso. Refiere que actualmente se burlan de ella por ser delgada y le llaman *“esquelética, anoréxica o bulímica”*, de esto se desprendió un recuerdo de su hermana en la que ella es como una *“viejita rica infeliz y Leonora una viejita pobre feliz”*, porque Leonora no pide cosas y puede ser feliz según dice la hermana. Pero Leonora explica este recuerdo, porque considera que su hermana ha convivido menos con sus padres, a comparación ella: *“he tenido la atención de mis padres por estar siempre en los hospitales”*. Otra causa de llanto en Leonora fue que le enoja que le repitan una y otra vez indicaciones, como levantarse de la cama o hacer quehacer, o que la reten a que no puede hacer las cosas. Por otro lado, Leonora siente que camina como si tuviera una joroba porque se siente insegura y no le gusta caminar derecho.

La etapa de evaluación se llevó a cabo en seis sesiones. De las cuales, las dos primeras entrevistas se realizaron con los dos padres y las siguientes sesiones fueron entrevistas clínicas con Leonora. Después se realizó una entrevista de devolución de resultados en presencia de los padres y de Leonora, lo cual marcó la apertura al tratamiento y el encuadre del mismo.

Es importante señalar que se exploraron los síntomas de anorexia y bulimia, los cuales se descartaron al no encontrar datos clínicos, tanto en la paciente o evidencia aportada por los padres, que indicaran algún trastorno de alimentación. El bajo índice de masa corporal de Leonora tiene como antecedente una cirugía realizada dos meses atrás, con el propósito de intervenir el reflujo gastroesofágico que presentaba, éste es de origen congénito según lo reportado por la madre. Leonora reporta que a veces no tiene apetito, que nunca se ha provocado vómito para bajar de peso o que tenga una ideación de sentirse obesa.

HISTORIA CLÍNICA

Historia familiar

Toda historia implica una prehistoria, por lo que inicio brevemente con la historia de los padres de Leonora, que se desarrollará a su vez con la historia de la paciente.

La madre de Leonora es la primogénita de su familia, aún viven sus dos padres, tiene una hermana y un hermano menor, de 25 y 33 años respectivamente, ambos padres son originarios de la Ciudad de México. Mientras tanto, la familia del padre de Leonora, proviene de Sinaloa, de donde vinieron para radicar en la Ciudad de México, está integrada por seis hermanos, siendo el padre de Leonora el hijo intermedio. El abuelo paterno murió cuando el padre de Leonora tenía ocho años de edad, razón por la cual él comenzó a trabajar y a cuidar a sus hermanos pequeños.

Los padres de Leonora se conocieron desde su adolescencia, la madre tenía 15 años y el padre 21, desde entonces comenzaron un noviazgo, la madre lo recuerda: *“con cariño, respeto y comunicación”*. Dos años después se casaron por el civil, los padres de ambos aceptaron la unión, para entonces ellos vivieron en casa de sus respectivos padres, un año después decidieron casarse por la iglesia católica y vivir juntos en un departamento rentado.

Cuatro meses después de casarse, la madre se embarazó, situación que no tenían planeada, aunque tras la noticia ambos lo aceptaron, la madre menciona : *“aún estaba muy chiquita, apenas me estaba acostumbrando a la vida de casados”*, ella tenía 20 años, por las mañanas cursaba la carrera de economía, y por las tardes trabajaba en un banco como asistente, el padre tenía 26 años y trabajaba como empleado en una escuela privada, aunque decidió cambiar de empleo debido a la noticia del embarazo, y comenzó a trabajar en un negocio de venta de equipo de cómputo, lo cual le trajo un aumento al doble en su sueldo.

La madre siempre mantuvo la idea de trabajar y estudiar, pensaba en tener un mayor ingreso para lograr una mejor calidad de vida, menciona: *“para darle lo*

mejor a Leonora”, incluso por un tiempo acudía a la escuela superior estando embarazada. Al nacer Leonora y transcurrir la cuarentena, la madre se reintegró a sus labores, dejando a Leonora por las mañanas a cargo de la abuela materna, en casa de ella, y por la noche el padre, después salir de su trabajo, pasaba a recogerla. La madre menciona que: “aunque extrañaba estar con mi hija, me gustaba estar fuera de casa, porque no soy una mujer de casa, sino de salir y hacer cosas, disfruté la cuarentena pero no podía dejar de trabajar porque no iba a progresar en lo económico, ni en lo profesional, ni en nada, ni para que ella estuviera mejor, así que el poco tiempo dedicado a Leonora sería con calidad”. Se sabe también, que mantuvo cuidados y consultas médicas de seguimiento durante el embarazo, y que ambos padres no esperaban un sexo en específico para Leonora.

Historia de la adolescente

Leonora es la primera de los tres hijos que tendría la madre, pero antes de iniciar el recorrido de su vida, comenzaré por explicar el origen de su nombre. El nombre que lleva, es el de una actriz de la *época de oro* del cine del mexicano, fue propuesto por el padre, ya que le gustaba dicha actriz.

Leonora nació a término luego de un trabajo de parto de ocho horas, sin complicaciones graves, en un hospital privado de la ciudad, pesó 3,200 kg. La primera impresión de la madre *“fue lindo, algo que no te lo crees, que haya salido un ser vivo de ti, no me la creía”*. Fue amamantada hasta los seis meses, para luego iniciar la comida de sólidos al año, sus primeras palabras las dijo a los diez meses y alrededor del año aprendió a caminar. El aprendizaje de control de esfínteres lo llevó a cabo a la edad de año y medio. Todo indica que su desarrollo fue normal. No obstante desde su nacimiento, presentó reflujo gastroesofágico, ya que desde entonces tendió a devolver alimentos frecuentemente, pero los médicos no establecieron un diagnóstico específico, esto no había resultado un conflicto a su salud hasta entonces.

A los tres o cuatro meses después del nacimiento de Leonora, el padre comenzó a llegar a casa alcoholizado y drogado, consumía marihuana y cocaína los fines de semana, después entre semana, para empezar a faltar por días a la

casa, llegaba sin querer hablar a su familia, hasta que lo confrontaba la madre. A nivel económico, la familia resiente el gasto excesivo del padre en alcohol y otras sustancias, por lo que la madre reafirma su idea de que: *“no dependería de una persona”*. El padre le prometía a la madre que cambiaría, aunque solo dejaba de tomar una semana para después recaer. Algo recurrente, es que cuando el padre llegaba a casa intoxicado, Leonora se alegraba acercándose a él, pero su padre la rechazaba diciéndole *“vete para allá que quiero dormir”*. Aunque no hubo violencia física contra ella, el padre señala que *“el daño ocasionado a su familia”*, eran las discusiones con violencia verbal, debido a las ausencias y al consumo de sustancias del padre, recuerda la madre que sólo una vez fue golpeada por el padre, al estar discutiendo sobre su adicción.

Cuando Leonora tenía dos años, se cambiaron de residencia con el propósito de intentar disipar los conflictos en relación con la adicción del padre, solo durarían tres meses en este hogar, para cambiarse y comenzar a vivir en casa de la abuela materna. Esto hace que en la historia de Leonora tuviera tres hogares. Así también, es en este periodo, de los dos años de vida de Leonora, que tiene un evento relevante, el nacimiento de su hermana, reaccionando de forma aceptable a la llegada de ésta. El embarazo de su hermana tampoco fue planeado, e incluso el ambiente familiar es descrito por la madre *“mal, debido a las discusiones y la mala comunicación”*. Al transcurrir el tiempo, su hermana tiene en alta estima a Leonora, siguiéndola en cualquier actividad que realice. La madre menciona que *“Leonora fue muy apegada a mí, su hermana más con su abuela materna”*.

Cuando Leonora tenía cuatro años aproximadamente, y tras mantenerse la adicción del padre, la madre decide internar al padre en un anexo cercano a la casa, donde permaneció durante tres meses, al salir pudo estabilizarse temporalmente. Sin embargo, alrededor del quinto año de edad de Leonora, el padre recae en las adicciones y la madre lo interna por segunda ocasión, esta vez el padre permaneció en el anexo por seis meses. Al salir del anexo, el padre deja de consumir sustancias, aunque al regresar a casa, la relación de pareja ya no pudo restablecerse, discutían,

“ya no compaginábamos”, “ya todo estaba destrozado”, “él me decía y yo le decía cosas”, entonces, aquel año los padres deciden separarse definitivamente.

La madre se queda en casa de la abuela materna y el padre se va a vivir con la abuela paterna. Por algunos meses el padre no visitó a sus hijas, se mantuvo alejado por cuatro meses aproximadamente, pero después retoma la convivencia con ellas. A partir de esto, los padres acordaron, que tanto Leonora como su hermana permanecerían con su madre entre semana, y los fines de semana convivirían con su padre, pudiendo llevarlas a su residencia y regresarlas posteriormente. Desde entonces esa fue la rutina de Leonora en la infancia. La madre nunca supo el motivo de las adicciones del padre, aunque ella pensaba que fue por la muerte temprana del abuelo paterno de Leonora. De esta forma, los primeros años de vida de Leonora fue cuidada por su abuela materna y por su madre, con la ausencia constante de su padre.

La madre prefirió no hablar de su separación con Leonora, menciona: *“yo no tocaba el tema, se me hizo fácil, estaba presionada con el trabajo y las niñas, me enfoqué más a esto que en cómo se sentía Leonora en ese momento, me enfoqué más en sacar lo de la escuela y comida, que lo sentimental”. “Pensaba que no abrir el tema era mejor que platicarlo, para qué sacar cosas que no”.*

En el jardín de niños, Leonora es recordada, como *“una niña alegre que convivía con sus compañeros”.* En la escuela primaria, destacó académicamente estando frecuentemente en el cuadro de honor, era responsable en sus trabajos y le gustaba ir a la escuela.

A la edad de diez u once años de edad de Leonora, se formaliza el divorcio entre ambos padres, por petición del padre, ya que inició una nueva relación con una mujer. Esto ocurrió cuando Leonora cursaba el último año de primaria y el primer año de secundaria. Unos meses después la madre formaliza una relación de pareja, con quien venía saliendo por dos años. En el segundo año de secundaria de Leonora, su madre y pareja, deciden vivir juntos en un departamento rentado cercano a la casa de la abuela materna. En este departamento, Leonora y su hermana tenían una habitación disponible para cuando quisieran quedarse ahí, sin

embargo, la abuela materna pensaba que era peligroso que se quedaran en casa de la pareja, alegando a la madre, que: *“no conocían sus mañas y les puede hacer daño”*. Por lo tanto, se decidió que se quedaran en casa de la abuela.

La rutina de Leonora era ir a la secundaria, después llegar a casa de la abuela materna donde pasaba la tarde, hasta cuando la madre le telefoneaba al llegar del trabajo, en ocasiones, la madre visitaba a sus hijas y en otras ocasiones se la llevaba a su casa a dormir, aunque esto era menos frecuente.

Leonora menciona que interactuaba sin conflicto con las parejas de sus padres. Con la pareja de su padre es capaz de comunicarse más, como dice: *“con ella soy capaz de compartirle mis experiencias, pues ella si se interesa porque ella me pregunta sobre mi vida”*. Narra que con quien dice tener más confianza, es con su abuela materna.

Acerca de su madre Leonora menciona, *“siento que me juzga, y que todo lo que hago está mal”*. La madre llega a decirle que es una *“cínica”*, como cuando Leonora le cuenta cosas y a ella le desagrada, como dormirse en clase. Leonora caracteriza a la relación con su madre por dos cosas, la primera es que siente que todo el tiempo cuando convive con su madre, puede ser regañada, y que cuando Leonora le está contando sus cosas, la madre se retira sin escucharla o acabarle de platicar. Por lo que la describe como *“amargada”*.

La madre por su parte considera que la relación con su hija se caracteriza porque *“siempre le llama la atención, diciéndole, no te duermas tanto, hay que hacer la tarea”*, como que *siento que soy la mala del cuento, al estar detrás de ella”*. Leonora cree que no hay comunicación porque siempre la está regañando y reconoce que no hay confianza a diferencia con su abuela materna a quien le tiene más confianza. La madre considera que *“trata de sacarle las cosas, pero ella es cerrada”*. Así mismo, la madre es quien le castiga, no comprándole cosas que Leonora desea, en tanto no obtenga buenas calificaciones. Si quiere un antojo no se lo da o le restringe las visitas a su abuela.

Por otro lado, la relación con su padre “*es abierta*”, esto es que “*no regaña por todo*”, y algunas veces puede que le cuente sus cosas, porque él si le cuenta de él. Aunque sienta que su padre se distraiga en su relato. Por otra parte, los padres mencionan que Leonora “*se cierra mucho, al responder no sé, no cuenta sus cosas, es muy difícil que hable*”. Con su hermana platica mucho mejor, pero quisiera que le tuviera más confianza a Leonora, porque se limita a compartir sus experiencias, lo cual le enoja.

Historia del padecimiento

De acuerdo con la narración de la madre, el rendimiento académico de Leonora disminuyó al ingresar a la secundaria, en contraste con el obtenido en primaria, dejó de hacer tareas, ya no era una alumna destacada con reconocimientos en el cuadro de honor o ser invitada a la escolta de la escuela. Durante un año los padres atribuyeron el decremento al cambio de nivel escolar, después creyeron que se debía a la falta de motivación de sus maestros y a la de Leonora, de este modo los padres concluyeron que no saben cuál es la causa de su bajo rendimiento escolar. En relación con sus tareas, la madre supervisa que las realice y su padre ocasionalmente.

Así mismo, en el primer año de secundaria, Leonora comenzó a dormirse en casa después de salir de la escuela, dormía por periodos de 4 horas, esto provocaba que la madre la despertara para hacer sus tareas, así como que en la noche, a Leonora se le dificultara conciliar el sueño, y llegara a dormirse hasta las 3 de la madrugada. Según Leonora pierde el sueño debido a que se concentra en pensar una cosa en específico, menciona: “*me concentro muchísimo en pensar cómo se hacen las cosas, e ir a otras ideas relacionadas a lo pensado*”, lo cual influye en su dificultad para conciliar el sueño. Cuando piensa demasiado, se siente “*inteligente*”.

Así mismo, el padre menciona que si no la deja dormir en la tarde se puede dormir a las 10 pm, lo cual el padre se dice “*estar pendiente de ella, sobre ella*”. Su sueño es repentino, advirtiéndole que tiene sueño y enseguida se duerme. Esto le ocurre en casa y en las clases. Cuyo inicio ha sido en secundaria. La madre le enoja “*que siempre esté dormida sin hacer nada*”. Los padres han notado que duerme

más y por ende ha dejado de hacer actividades, como ejercicio, pintar, lo cual le gustaba mucho, y ante las propuestas de los padres para que realice actividades ella las rechaza.

Cuatro meses antes de acudir a terapia, Leonora empieza a tener signos de malestar estomacal, intensificándose hasta devolver constantemente los alimentos, a no tolerarlos, agudizándose la dificultad de reflujo congénito. Al acudir a consulta médica con su pediatra, los padres recuerdan que la explicación dada fue: *“le tocó a ella padecer esto, pues de cien bebés a uno le toca”*. El padre recuerda que él también padeció de este reflujo en su infancia. Dada la intensidad de los síntomas le practican una cirugía de esófago, llamada funduplicatura. Al acudir a su médico pediatra, les explicó que la cirugía causó la disminución de su índice de masa corporal, impidiéndole vomitar los alimentos. Determinó que su peso y talla eran normales, y su bajo peso se debía al efecto de la cirugía. No obstante, la escuela secundaria, le indicó una evaluación psicológica.

Entre otros signos, además del reflujo gastroesofágico, Leonora tiene problemas de estreñimiento que se originaron desde la infancia. Aunque en la secundaria se ha agudizado, debido a que evita tomar agua e incluso dice que se le olvida, para no ir al baño de la escuela, el no tomar agua causa enojo a sus padres.

Unas semanas antes de que Leonora acudiera a terapia, nace su nuevo hermano (hijo de la madre). La relación entre ellos al parecer dice su madre es que: *“Leonora lo quiere cargar y cuidar todo el tiempo, hasta parece su juguete”*.

RESULTADOS

“Ser absolutamente sincero consigo mismo es el mejor ejercicio”

Freud.

El análisis del caso clínico comprende tanto el material del proceso diagnóstico como del material de las sesiones de tratamiento, en las que ocasionalmente Leonora llevaba poemas o realizaba dibujos. El proceso psicoterapéutico tuvo una duración de 1 año.

La etapa adolescente supone un trabajo psíquico, lento y lleno de dificultades, esta labor se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos que resumen las luchas y en ocasiones violentos intentos por resolver los retos que plantea el crecimiento para alcanzar o acercarse al estado adulto (Lillo, 2004).

A continuación, se realizará la descripción del cuadro clínico (síntomas) y el análisis interpretativo, desde la teoría psicoanalítica, de sus conflictivas relacionadas.

1. El extraño cuerpo adolescente y sus síntomas somatomorfos

Silvia Tubert (2000) hace referencia a que la *metamorfosis corporal de la pubertad* se presenta como fuente de sensaciones que necesariamente hemos de nombrar en el intento de descifrarlas. Por ello, agruparé las diversas sensaciones corporales que presentaba Leonora.

1.1 El cuerpo feo, sucio y esquelético

Leonora describe a su cuerpo como “tengo un cuerpo feo, sucio y esquelético”, es decir, un cuerpo despreciable e irreconocible para ella. Esto puede ser explicado desde las teorizaciones de Tubert (2000) como un cuerpo erógeno extraño, fuente de inseguridades, no integrado en imagen, cuyas sensaciones emergentes son imposiciones del nuevo cuerpo, en el cual surge una particular angustia por no reconocerse a sí misma.

En una parte de los poemas escritos por Leonora hace mención de esto: “una emoción me invadió, no era nada agradable, no pude descifrarle”. Este no saber, no

reconocer, este enigma de extraño o desconocido del que habla Tubert (2000), integra un sector de la crisis narcisista de la adolescencia, que se vive a lo largo de la adolescencia, pues en esta etapa se está expuesto a vivenciar profundas heridas narcisistas para el adolescente.

Esta sensación se anuda al comportamiento de Leonora, ya que actúa su sentir de ser fea y rara, expresándolo en su caminar jorobado, es decir, pareciera escenificar su conflicto a través de su comportamiento, que viene acompañado de una fantasía inconsciente de monstruosidad, que alberga su cuerpo desconocido, fragmentado y terrorífico, tal como Quiroga (1988) lo denomina: sensaciones de imagen repulsiva. Esto corresponde claramente con un fragmento de uno de los poemas que escribió Leonora:

“...todo se sale de control.
Y tu consciencia comienza a revolverse.
Y por consecuencia te sientes sucio, como si tu cuerpo y tú
fueran compatibles.
Y estas consciente de que eres esa persona”.

Esta incomodidad corporal representa su búsqueda por habitar su cuerpo, son intentos de encontrar un lugar dentro de sí, para reafirmar su seguridad, como el hecho de haberse cortado el cabello, intentos frecuentes entre los adolescentes de vestirse con ropa diferente, peinados nuevos, simpatizar con otros, experimentar nuevos gustos, etc. Se trata de la tarea de representar al yo (Salazar, 2008) para la fortificación narcisista (autoestima y autoconcepto). Es la búsqueda de una nueva imagen, que regenere su imagen infantil, buscar desprenderse de ella, para dar paso a una identidad emergente como fue su cabello corto, una imagen de feminidad diferente de Leonora. Esta búsqueda de un nuevo sitio psíquico, un lugar que habitar propio de la adolescencia, en Leonora se manifestaba en su incomodidad al expresar: “*me siento incómoda, y cuando llego a cualquier lugar quiero salirme*”, se trata de encontrar un sitio integrado que sostenga su existencia.

Por otro lado, dentro de la coordenada pulsional-sexual, es posible pensar en un desprecio inconsciente de Leonora hacia su cuerpo sexualizado, a modo de

defensa ante los peligros que pueda ocasionar el poseer o el arribo de una sexualidad genital. Es decir, el miedo a comenzar a verse y ser más joven mujer que niña. Sería un retiro ante un cuerpo potencialmente peligroso. Una defensa ante la sexualidad, que se manifiesta en mostrarse poco atractiva, para no ser blanco de atracción o mirada sexual. Esto se evidencia en su miedo por usar falda y en su lugar, decidir vestir pants deportivos, así como suéter como dijo ella “*para que los demás no vieran sus brazos, porque no me gustan, son muy delgados como mis piernas*”. En este punto se puede hablar de vergüenza por el cuerpo adolescente. Esto apunta a la difícil tarea de la integración de la nueva sexualidad (Hernández, 2013), que todo adolescente va aprendiendo al vivir, tal como lo mencionó Leonora en una sesión, al contar que poco tiempo atrás se había encontrado a un amigo de infancia, pero que ahora al reconocerlo, se había dado cuenta que estaba enamorada de él, le era atractivo: “*me dio mucho miedo sentir que me gustaba y mejor me alejé de él para no verlo más*”. Apunta también a la pérdida de una de sus construcciones simbólicas de la latencia o pérdida de la representación infantil de sus objetos o la pérdida de su propia identidad infantil, más que la posible gratificación sexual que devendría al considerarlo como novio. También puede considerarse una experiencia hacia el enamoramiento adolescente y el despertar genital (Freud, 1961).

1.2 Sensaciones de pesadez, tensión y ahorcamiento

Los diversos síntomas corporales como pesadez, tensión, ahorcamiento, expresan las dificultades en el proceso de crecimiento puberal muy particular de Leonora. Sensaciones, representaciones y simbolizaciones de la restructuración psíquica-corporal en la que Leonora temía enfrentarse, es decir, su proceso está marcado por una profunda inseguridad debido al *sentimiento de invasión* de la metamorfosis pubertaria. Tal como refiere en una sesión: “*me siento descoordinada de mi mente con mi cuerpo*”. O cuando intentamos pensar su tendencia a arrancarse los pellejitos de sus dedos, lo cual asoció con el sentimiento de tener “*algo atrapado en su cuerpo*”, lo cual desconocía y le era difícil describir o explicar. Esto es la

manifestación del yo-corporal (Freud, 1923) derivado de las sensaciones corporales.

García (1983) menciona que las sensaciones derivadas de los cambios físicos generan preocupaciones intensas por el propio cuerpo y sus transformaciones pasan a ser el objeto de mayor interés, es lo que llama retraimiento narcisista, fenómeno muy particular entre los adolescentes, quienes encaran la enorme dificultad de reconocerse a sí mismo, lo que puede generar un gran monto de angustia. Es posible que existan diversas manifestaciones de retraimiento narcisista en el cuerpo adolescente, ya sea de tipo fóbico, histérico, hipocondriaco, etc., una diversidad para cada de adolescente que experimenta el desafío de habitar su cuerpo.

Leonora manifestaba cierto retraimiento, pero aparentemente carecía de preocupaciones sobre sus síntomas, y acontecimientos corporales, dando la impresión de atravesar por una *belle indifference*, fenómeno característico de los cuadros histéricos, donde se acepta la supuesta enfermedad con un dejo de indiferencia (Cameron, 2009). Este aparente desinterés puede estar relacionado con la falta de capacidad para aceptar (tolerar) lo diferente (nuevo emergente) de su cuerpo, quizás experimentado su cuerpo adolescente como extraño amenazante.

Esta indiferencia o despreocupación la observé cuando intenté explorar sus dolores estomacales, su cirugía y toda su experiencia en el hospital, a lo que Leonora respondió con un *“no sé explicarlo, no me acuerdo bien”*, sin mostrar preocupación alguna. Así mismo, este tema de sus fiebres, temblores o tensiones no resultaban motivo de consulta o de gran interés para hablarlo en las sesiones. Este rechazo por estar consciente o con angustia por los cambios corporales, puede implicar el deseo inconsciente de permanecer en un cuerpo infantilizado, la no renuncia de ese cuerpo y el miedo intenso al cuerpo erotizado.

Del mismo modo, es conveniente analizar la aparición y prevalencia de los episodios con sintomatología psicosomática. El primer acontecimiento de éstos, fue estando en la escuela, donde presentó dolor de cabeza con fiebre, al respecto

recordó: *“siento el cuerpo caliente, me tiemblan las manos y siento tensión en el cuello”*. Aquella ocasión se mantuvo en el área médica de su escuela sin determinar un diagnóstico, sugiriendo realizarle estudios clínicos. Estos síntomas no se presentaron de forma frecuente, resultaban *ocasionales*, por lo que en otra ocasión logró clasificar dos sensaciones que experimentaba: 1) temblores con escalofríos y 2) dolor de cabeza, mencionando: *“es como algo que me empuja para afuera, siento como que se me salen los ojos, como si se inflaran”*, estos síntomas podían acompañarse de fiebre. Esta descripción se acerca mucho a una cefalea tensional aguda recurrente (episódica), siendo una de las afecciones psicósomáticas más frecuentes (González, 2001 y Lasalle, 2000). La cefalea aguda es un episodio único de corta duración que puede presentarse por hipertensión arterial (HTA) y/o con fiebre (Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone y Fernández-Jaén, 2015).

Partiendo de la definición que proporciona Riquelme y Schade (2013) sobre la somatización como expresión de malestar emocional utilizando síntomas físicos, se podría decir que Leonora experimenta síntomas de somatización. Así mismo, al recurrir a Uriarte (1997) cuando menciona que en cada persona existe un órgano más sensible o frágil, especialmente vulnerable por su simbolismo involucrado, en el caso de Leonora respecto a la especificidad de dolor de cabeza o el malestar ubicado en ella, se hipotetiza que el simbolismo es traer algo pesado en la cabeza, o que le pesa algo con demasiada carga en el pensamiento. Representación inconsciente correspondiente al gran peso que representa para ella la emergencia pulsional de la adolescencia. Así también está en juego la apropiación de una parte del cuerpo por el conflicto psíquico, característico de un cuadro psicósomático (Taylor, 2007).

1.3 Vértigo (sensación de caerse)

La sensación de caerse mencionada por Leonora se presentaba cuando se iba a dormir, cuando viajaba por el transporte o repentinamente al sentarse, por lo que ella reacciona agarrándose de algo. Puede tratarse clínicamente de mareos o vértigos psicósomáticos.

El vértigo es una ilusión de movimiento, incluye la sensación de los movimientos de rotación de que el techo se cae, el suelo se hunde o las paredes se desploman, de esta manera el vértigo puede aplicarse a diversas clases de sensaciones de movimiento (Fernández, s/f). El vértigo no es un diagnóstico, sino la descripción de una sensación (Tucci, 2016).

El vértigo puede ser rotatorio (una sensación de giro o torbellino) o no rotatorio. Los vértigos rotatorios objetivos es cuando el paciente refiere la sensación de que los objetos exteriores a él son los que giran. Los vértigos rotatorios subjetivos son cuando refiere que es su cabeza o su cuerpo el que gira. Se habla de un vértigo severo cuando impide la actividad cotidiana por varias horas, con frecuencia se trata de una enfermedad del oído interno (Fernández, s/f).

Mientras que el mareo es un término impreciso que los pacientes suelen utilizar para describir varias sensaciones (Tucci, 2016). También se puede decir que el mareo es la manifestación que sigue a la crisis vertiginosa. Se sabe que el mareo es un síntoma cuyo diagnóstico diferencial abarca un amplio abanico de patologías. Sin embargo, algunos pacientes explican sensaciones vagas, difíciles de encasillar, como pesadez de cabeza, cabeza hueca, oscilación del suelo, de su propio cuerpo o de su entorno. La ansiedad previa es un factor para presentar este cuadro. En casos sin causa vestibular activa clara, neurológica o médica se sospecha de un mareo psicógeno⁹ o mareo subjetivo crónico (MSC).

Podría decirse que el vértigo psicógeno es una expresión exteriorizada de la ansiedad interna, un mecanismo que pretende proyectar la sensación interna de inseguridad al mundo exterior. Estas alteraciones vertiginosas pueden estar acompañadas de tras tornos de pánico, coexisten entre la disfunción vestibular y la angustia. Ya que una sintomatología vestibular puede inducir un ataque de angustia, donde los pacientes interpretan de manera catastrófica las sensaciones vestibulares (Rosell, 2005).

⁹ También ha recibido el nombre de vértigo visual o vértigo postular fóbico (Salazar, García, Mateo, Fuentes y Companyó, 2014).

También se les ha llamado como trastornos psicógenos del movimiento (PMD), como aquellos trastornos del movimiento que no se pueden atribuir a ninguna enfermedad estructural o neuroquímica conocida y muchos de estos casos entran en la categoría de diagnóstico psiquiátrico de los trastornos de conversión del subtipo motor (Hinson, 2007).

1. 4 Piernas paralizadas

Leonora menciona: “*me siento paralizada de las piernas al querer bailar*” situación que puede estar relacionada con el nivel de debilidad del yo en su estado puberal o adolescente referente a su control corporal, lo que también influye en la inhibición motora que presenta al exponerse al bailar. Posiblemente se asocia al pasado melancólico de su infancia, ya que como menciona: “*en el ballet hablaba solo con compañeras más pequeñas*”, rehusándose a platicar con compañeras de su edad, pareciera un intento de *anhelo o refugio a lo infantil*. Respecto a las parálisis, la función abolida está envuelta de gran valor afectivo que será liberado en tanto se libere ese valor afectivo, en tanto fenómeno conversivo (Lasalle, 2000).

En el caso de Leonora, sus asociaciones indican esta tristeza por la infancia, especialmente centrada en las piernas, ya que se le paralizaban al querer bailar en reuniones con sus compañeros, con sus pares, quienes ya no son más niños, son sus semejantes que comparten este desprendimiento de lo infantil. Se podría suponer no bailar, o no controlar sus piernas por miedo a caminar al mundo adolescente, no-más-infantil como le recuerda el ballet como etapa de su infancia. Referente a esto, Rother (2006) señala la importancia de la vida grupal del adolescente, ya que el grupo cumple la importante función de contener las confusiones surgidas por *identificación proyectiva* de las partes del self de fuertes niveles de fuerza y violencia. Coincide con las teorizaciones de Rodolfo (1992) sobre la función simbólica de los amigos como requisito de la construcción o surgimiento de lo extrafamiliar en la psique adolescente. De este modo, se ancla una dificultad de Leonora al convivir con sus compañeros de secundaria, de los cuales menciona poco se relaciona con ellos, ella se preguntaba: “*¿Por qué desde que llegué a la escuela rechazo a las personas?, no quiero escucharlas, solo a algunos si les*

hablo". Del mismo modo, la importancia de contar con amigos íntimos como menciona Urribarri (2015) cumple el desplazamiento de las figuras parentales.

1.5 Globus histérico

Leonora presentaba un *globus o bolo histérico* (faríngeo), activado cada vez que se le preguntaba sobre sus padres. De principio es una reacción defensiva por la suma de ansiedades o angustias al contacto con cierta vivencia o representación de los padres, esto asume una carga afectiva importante, una inervación sensorio-motriz de la boca-garganta. Ya que como menciona Ramos, (2014) esta presión en la garganta, con sensación de que algo se ha atascado, y que se siente que la garganta se va estrechando cada vez más, se experimenta con aumento de ansiedad, puede ocurrir llanto e incluso la sensación de que dejará de respirar.

Freud (1893-95) menciona los síntomas histéricos como la huella mnémica de lo que se está reprimiendo. Tal como lo mencionó Leonora al decirme "*se me cierra la garganta cada vez que empiezo a darme cuenta de algo o cuando estoy aceptando algo*", una de estos aspectos difíciles fue percatarse de su miedo a crecer, de su tristeza o desilusión de no tener los padres anhelados por no cumplir sus expectativas. Estos afectos posiblemente mermaban o dañaban su estima, su confianza y seguridad para desenvolverse en el medio, presentando cierta timidez en ciertos aspectos de convivir plenamente siendo ella misma ante los demás, como mencionaba "en ballet yo no me junto con niñas de mi edad, me siento más cómoda conviviendo con las niñas más pequeñas", o al mencionar "intento caer bien a mis compañeros pero en realidad no saben lo que siento de verdad, es mejor que no sepan de mí". Esto puede relacionarse con lo reportado por Sibina, Ramos y Ferrer (2002) acerca de que en pacientes con globus faríngeo se ha encontrado una mayor tendencia a ser más introvertidos, depresivos y con mayor nivel de ansiedad.

Ese algo atorado es un síntoma formado por efecto del proceso de la represión. Se encuentra reprimiendo un afecto sin nombre, un conjunto de sensaciones, sentimientos y emociones inconscientes no verbalizadas. Se trata del teceo que menciona Nasio (2009), es decir, el callar del paciente que alberga dolor inconsciente por la incapacidad de permitirse expresarse o salir a flote. En Leonora

se trataba de un sector de su mente que se rehúsa a hablar, un rasgo anal de retención de palabras (Ferenczi, 1910). Dificultad para dar expresión o salida a una emoción. Un conflicto entre la descarga y la tensión quedando atrapada en la zona erógena de la garganta, de la voz para expresar palabras y la anulación de la necesidad de ser escuchada. Globus histérico que en el caso de Leonora significa tener atoradas las palabras de desprecio o desconfianza hacia la madre, reactivando el conflicto edípico inconsciente de que una mujer la separa a Leonora del amado padre, esto posiblemente impulsado con la realidad de que el padre y madre ya hayan encontrado una nueva pareja. También es posible pensar en una represión del deseo de gritarle, de debatirle, de enfrentarse verbalmente a la madre odiosa y odiada, castrante responsable de la no unión con el padre (siendo en la fantasía objeto de prioridad amorosa), reeditándose así un investimento de la madre como objeto rival edípico. Así también, es posible enlazar lo callado por represión al tema censurado de la separación de los padres de Leonora, pues como mencionó la madre, *“siempre preferí nunca hablar con Leonora de la separación con su padre... estaba presionada con el trabajo y las niñas, me enfoqué más a esto que en cómo se sentía Leonora en ese momento, me enfoqué más en sacar lo de la escuela y comida, que lo sentimental”*.

Tal como sugiere Ferenczi (1910), en este callar pueden hallarse ciertas representaciones verbales, auditivas o gráficas que se resisten a expresarse con libertad. En el caso de Leonora, la asociación es con la madre, en la representación interna de una madre regañona, exigente, intolerante, incomprensible, poco cariñosa, que podrían haber propiciado una mirada de la madre hacia su hija como alguien *“inútil”*. Leonora también recuerda al mencionar *“mi mamá no me ponía atención, ni cuando llegaba del trabajo, no me saludaba y sólo me preguntaba si ya había hecho la tarea. No le tenía confianza de contarle nada de mi vida”*. Es posible, que esta carga afectiva desagradable, molesta y de desconfianza que tenía Leonora hacia su madre, contribuyera a cierta transmutación de emociones reprimidas en síntomas físicos o somáticos, ya que como menciona Freud (1893-95) las representaciones intolerables quedan inofensivas por la transformación en excitaciones somáticas, lo que denomina conversión.

1.6 Disfonía

Leonora sentía la sensación de cierre de garganta que le dificultaba poder al hablar de su madre, intentaba hablar con una voz muy cortada, baja y con evidente esfuerzo por pronunciar las palabras. Decía de forma muy pausada y con pesadez “*es que... se me... cierra (la garganta) y ...no puedo...hablar*”. Debido a la alteración en su función del habla o de su voz puede ser considerado medicamente como disfonía. No obstante, para un diagnóstico de disfonía es necesario la permanencia del síntoma, ya que estos pacientes portan el síntoma de forma constante. En el caso de Leonora, ella tenía estos episodios que no se presentaban de forma permanente durante el día, sólo aparecían en la consulta al hablar o preguntarle algo sobre su madre que fue presentándose desde el inicio de las consultas y que conforme intentaba hablarlo o acercarle al significado de sus emociones iba liberándose de esta disfonía. En una ocasión le pregunté si quería que su mamá fuera diferente, ella respondió “*si, me gustaría fuera más cariñosa conmigo y me pusiera más atención*”. Esta interlocución sobre el tema de su madre era para ella algo que con nadie más había podido hablar y escucharse, como cuando me mencionó “*nunca hablo de mi mamá con nadie, porque hay muchas cosas*”. Y eran “*esas cosas*” las que no se habían nombrado, reconocido o hacer comunicación con alguien más.

Dentro de las diferentes componentes de la disfonía, se halla el factor psicológico, por lo que se le llega a denominar disfonía psicógena (entre otros términos¹⁰) a la alteración de la voz en la que no existe lesión anatómica o neurológica. Los hechos estresantes que pueden detonar este síntoma son sucesos que dejan huella, por ejemplo, intentos de suicidio personal o de un familiar, haberse sentido maltratado, haber sido ignorado delante de otras personas, vivir la muerte de un ser querido, experiencias como una violación y su concomitante sentimiento de vergüenza por lo sucedido. Se sabe también que personas con disfonía psicógena puede estar viviendo intensamente protestas de algún miembro de la

¹⁰ También se le ha llamado disfonía histérica, afonía de conversión, afonía psicósomática (Fontclara, 2013).

familia, sentirse cansado de que alguien le diga constantemente qué debe hacer y que no o percibir que intentan guiar su vida por el camino no deseado. Esto explicaría la carga emocional de Leonora con su madre y sus exigencias o expectativas hacia ella. Otro componente frecuente es que la mayoría de estos pacientes cursan con síntomas depresivos: llanto, preocupación e impotencia, sentirse inútil, pensamientos suicidas, desmotivación o desesperación. Del mismo modo, el sentimiento de no ser suficiente en Leonora era fomentado por su ambiente parental. También se sabe que este tipo de pacientes suele asumir responsabilidades, fácilmente se compromete a cumplir favores, relacionando incluso, el rechazar o decir no a los favores con el miedo a la pérdida de su voz. Esto se relaciona con Leonora al querer agradar a los demás y mostrar interés o preocupación por ayudar a los demás. Aunado a esto, hay pacientes que se sienten responsables de la familia, de su padre o madre sin recibir comprensión de los de su alrededor. Por último, se identificó falta de confianza en Leonora como rasgo típico, lo cual supone inseguridad sobre lo que hace, dudando si es correcto o no, como decía *“no sé si quiero mi fiesta de cumpleaños, quizás no, ¿para qué?, solo es gastar dinero y yo no lo valgo, pero si me gustaría”*. Otra situación que dificulta la libertad por hablar, es por el miedo a que las cosas empeoren, lo que significa que el hablar es estresante y amenazante (Fontclara, 2013). En este punto, para Leonora era difícil expresar los significados emocionales alrededor de la relación con su madre, quizás por el riesgo o la amenaza a nombrar o sentir emociones desagradables de su vínculo como rechazo, antipatía, decepción, tristeza, enojo y rivalidad edípica.

Freud (1917b) refiere que la histeria de conversión se caracteriza por ese “salto enigmático de lo anímico a lo corporal” (p. 236). Es decir, se trata de la conversión de energía psíquica a la energía somática. Y es que el hecho de crear un síntoma por represión de pulsiones sexuales, contiene un significado a la historia del paciente enlazada a una fantasía inconsciente relacionada a la situación edípica (Panceira, 1997). Que en síntesis la disfonía puede ser el reverso del deseo de gritar con agresión o intensidad al objeto edípico (madre) pero reprimido al punto de acción (o “trastorno”) de no-habla, haciéndose síntoma de incapacidad para hablar-

expresar el odio, desagrado y deseos de destrucción por el habla a la madre objetivo-rival.

Estos síntomas bucales-faríngeos de Leonora se pueden explicar como la genitalización por desplazamiento de zona erógena, es decir, se carga libidinalmente otras zonas corporales alejadas de los genitales para conseguir (conciliar o comprometerse) a una satisfacción parcial de los deseos reprimidos (ya sea acciones deseadas y/o temidas), deseos agresivos de destrucción a la madre y deseos de amor por el padre, que en el inconsciente se realizan, se dan por hechos pero desplazados somáticamente por conversión, como sucedió en el caso Dora de Freud (1905 [1901]) un desplazamiento hacia la boca que hace síntoma por castración o castigo al encontrar disfuncionalidad somática. El castigo emocional de no hablar como un intento de atrapar, reprimir o encerrar sentimientos profundos de rivalidad hacia la madre, ya que como ella lo decía “me guardo mucho mis sentimientos”.

1.7 Estreñimiento

En el caso de Leonora, se presentaba un estreñimiento que se agudizó a partir de su ingreso a la secundaria, lo cual supone pudo despertar fuertes sentimientos de angustia, ante lo nuevo y lo desconocido, ya que el paso de primaria a secundaria señala un nuevo reordenamiento en la jerarquía social, pasa de ser de las más grandes en sexto de primaria a la más pequeña en primero de secundaria, como ella lo dijo “*ya no es lo mismo que en la primaria, ahora es diferente y es volver a empezar a ser grande*”. Suponiendo un sentimiento de inseguridad, una amenaza a su identidad (aún emergente y en construcción) y un sentimiento de ser pequeña.

Este nuevo estatus social y de convivencia genera en muchos adolescentes altos niveles de estrés, movilizándolo intensas angustias que canalizan mediante el uso del cuerpo, tal como menciona Tubert, (2000) sobre el uso defensivo del cuerpo como objeto en la adolescencia para hacer frente a la incertidumbre de las experiencias. Quizás Leonora experimentó nuevas exigencias que se renovaron a partir del ideal de hija impulsado por la función materna de perfección y sin cometer

errores. Como cuando Leonora teme que su madre le diga *“ya déjalo así, ya no hagas nada”*, equivale a decirle lo que Leonora tanto evita, sentirse *“inútil”* frente a su madre.

Así mismo, hace pensar en la gran dificultad de Leonora para tramitar las experiencias emocionales, así como en la gran complicación para metabolizar e incorporar un buen alimento experiencial y elaborar experiencias de amenaza, como puede representarse en su tendencia de *“no tomar agua para no ir al baño de la escuela”*, comportamiento evitativo para no acudir al sanitario escolar, quizás por miedo, vergüenza o control de sus propias necesidades fisiológicas. Esto puede ser explicado con la propuesta de Aryan (2009) sobre las dificultades del adolescente por soportar sobre sí mismo el cuerpo erógeno, también cruza con el ascetismo corporal de los adolescentes mencionado por Kaplan (1991), al explicar que el uso de medidas restrictivas y de renuncia entre los jóvenes, son intentos intransigentes del adolescente contra sus placeres y necesidades corporales con el fin de dominarlas. Así también pudo evitar ir al baño por el miedo o rechazo al observar sus genitales, y dar cuenta de ese cuerpo erógeno emergente, como cuando mencionó: *“no me gusta ir al baño de la escuela, a veces me da miedo, no sé porque”*; o en referencia a su cuerpo *“mi cuerpo es feo, sucio y esquelético”*.

También, es posible pensar en el recurso obsesivo (anal) de retener las heces como detención de elementos agresivos, o como defensa ante la incertidumbre de un ambiente amenazador de la secundaria, representado al enfrentarse al escusado de la escuela, en un escusado ajeno, misterioso, público y amenazador como puede sentirse un niño en su proceso de instrucción esfinteriana. Esta nueva experiencia de secundaria, es posible pensarla en una potencial generador de grandes montos de agresividad en Leonora, que convenía controlar, haciendo simbólicamente un refugio dentro de sí, en sus intestinos, de sus peligrosas heces-agresión, protegiendo de esta manera a sus objetos más valiosos, para que no sufrieran daño o pérdida.

El estreñimiento parece deberse a un estado afectivo que denota una angustia del individuo hacia su propia agresividad y, por ello, una tendencia

a controlar la evacuación. También suele estar asociado a una personalidad obsesivo-compulsiva, en donde las heces representan elementos valiosos que el individuo se niega a ofrecer a los demás debido a insatisfacciones afectivas primitivas por parte de la madre y necesidades muy poderosas de control. Esto se debe a que este tipo de adolescentes en su fantasía inconsciente viven la sensación de que si expresan esa agresión, matarán a alguien. (González, 2001, p. 173).

El estreñimiento, es un síntoma psicossomático, una alteración del tránsito intestinal. Leonora lo presentaba de forma intermitente lo que nos conduce a pensar en un equivalente simbólico al nudo en la garganta, como manifestación sintomática de depósito de angustia e inseguridad, se trata de la realización simbólica de algo que se retiene y no se expresa, lo que no puede expresarse, una defensa represiva llevada al cuerpo, generalmente relacionada con defenderse de componentes pulsionales agresivos y sexuales, que en caso de Leonora se trata de la reactivación edípica en relación con los afectos de odio, agresión hacia la madre, ese deseo de ahorcar a la madre, callarla, en una forma de identificación hacia la madre para poderla atacar o expresar también el sentimiento de pérdida de aquella madre buena y cuidadosa que no tuvo real e internamente, y de amor, pasión o deseos hacia sus representaciones paternal.

1.8 Reflujo gástrico

Otro síntoma psicossomático que presenta Leonora es el reflujo gástrico, que si bien se contempla de origen congénito (factor predisponente), no cabe duda que se agudiza en su etapa adolescente (factor desencadenante).

La enfermedad acidopéptica, se define como un trastorno en el que el ácido gástrico se pone en contacto con tejidos no protegidos contra la acción corrosiva, causando quemaduras y ulceraciones. Un factor emocional que caracteriza a adolescentes con cuadros psicossomáticos es la tendencia a:

una notable dependencia hacia la madre, con la sensación de insatisfacción y frustración. Cuando se enfrentan a esto, responden con una gran actividad que les genera estrés y ansiedad. También

se caracterizan por dificultad en la expresión de sus afectos, ya que así como ellos muestran sus necesidades orales y de afecto, suponen que de la misma manera serán objeto de exigencias afectivas por parte de quienes les rodean (González, 2001, p.173).

Esto puede explicar el conflicto de dependencia de Leonora y a su vez, la necesidad de autonomía e independencia, conflicto central al experimentar los duelos en la adolescencia propuestos por Aberastury y Knobel (1988), su lucha por la conquista de una identidad tras abandonar su constitución infantil. También Freud (1905) refiere que una reacción psíquica importante en la pubertad es la liberación de la autoridad de los padres.

En Leonora se observa que su necesidad de ser alabada por los demás, de “*ser objeto de admiración*”, de “*ser la más*” como ella lo mencionaba, sin precisar en qué, incluso podría pensarse en cierta *necesidad por estar por encima de los demás como necesidad narcisista*. A su vez, se constituye en Leonora un modelo de ideal del yo *cargado de exigencias* de talento y desempeño, de esta forma, exigía afecto y una forma de búsqueda de ambiente protector que suele encontrarse en los grupos de pares de adolescentes que sirven como *sostén extrafamiliar* (Dolto, 1988) y contenedores de confusiones por identificación proyectiva (Meltzer y Harris, 1998). En Leonora, su dificultad para integrarse al grupo de pares se centraba en considerarlos “*infantiles*”, “*inmaduros*”, “*descontrolados*”, de lo que ella no se asumía como tal, decía de sus compañeros de escuela “*un espacio viciado*”, donde solo observaba el desorden y se caracterizaban por no hacer tareas. Aunque contradictoriamente, Leonora también podía descuidar sus tareas.

Esto puede tener origen en el tipo de mirada de la madre y de regulación emocional de su *holding*, ya que, si en la temprana edad la madre adopta un *rostro inexpresivo* durante una interacción con su bebé, éste pierde su *capacidad de autorregulación* y en ocasiones, llega a presentar síntomas *somáticos* como regurgitación y vómito (Uribe, 2006). De ahí la insatisfacción con ella misma, marcado fuertemente por su vínculo materno, constituyendo o activando *una particular necesidad oral*, expresado en el *globus histérico*, sus regurgitaciones y el

estreñimiento, que si se hace una integración de estas zonas parciales, se alinean al proceso de psíquico de recibir alimento, digerirlo y expulsarlo. De lo que recibe, da y suelta afectivamente.

2. La pérdida por lo infantil y el desprendimiento-dependencia con la madre

Uno de los temas centrales de la adolescencia es el *duelo por el cuerpo infantil y los padres de la infancia* (Knobel y Aberastuy, 1988) que acompaña la metamorfosis puberal (Freud, 1905), de ahí la expresión tan impactante que Leonora me comentó en una sesión: *“no estoy triste pero mi cuerpo si lo está”*, señalando este afecto a elaborar en la adolescencia. En una sesión Leonora me cuenta *“siento como si tuviera otra edad, como si fuera más chiquita, como de nueve o diez años”*, más adelante, en la misma sesión, reconoce lo siguiente: *“tengo miedo a crecer”*, de aquí se desprende esta tendencia de juntarse en el ballet con niñas más pequeñas y sentirse más cómoda que con las de su edad. En esa misma sesión agrega *“no quiero crecer porque me recuerda que he dejado cosas pendientes”*, al intentar indagar aquellas cosas pendientes de Leonora, se le hace confuso y no definido, pero con dicho sentimiento, hace pensar en el duelo por aquello perdido de su infancia.

La manifestación de conflicto al crecer más claro en Leonora era su falta de entusiasmo y empatía por su fiesta de quince años, ya que mostraba indiferencia, provocando que la madre impusiera sus propias decisiones sobre la organización de esta fiesta. Esto expresa cierto rechazo por el cumpleaños como rito de crecimiento en Leonora, ya que comentaba en sesiones *“sentirse envejecer”*, tema que le atemorizaba. O como cuando añade *“me quiero saltar esta etapa de mi vida, aunque dicen que es la etapa para experimentar”*, o al mencionarme *“me sorprende porque ya voy a salir de la secundaria y aún me siento más pequeña, como una niñita”*, esto como resultado de una señalización que le hice al comentar que pareciera que tenía dos Leonoras, una niña y otra más grande. Otro aspecto que da cuenta de su crecimiento y duelo experimentado, es que al ingresar a secundaria y sentirse crecer Leonora cuenta *“perdí la confianza de mis padres, no sé como pero*

así sentí”, lo que se puede traducir en la remoción de los afectos parentales de los que habla Kaplan (1991).

Una de las manifestaciones más enigmáticas que presentaba Leonora era el *bolo histérico* cuando se le preguntaba sobre sus padres, cuando se le pedía que hablara de ellos. Ese primer momento cargado de afecto, era para Leonora un sufrimiento, el poder hablar de ellos, en especial de su madre, lo que inauguró un trabajo de abreacción y búsqueda para resignificar sus propias experiencias infantiles.

Se acompañaba de un fenómeno particular, que era reírse y llorar al mismo tiempo, me recuerda la frase de Fellini (1998). que menciona “nada es más triste que la risa” (p.69). Esta *paradoja sensorio-motriz*, albergaba de principio la tristeza de su infancia, de la madre de su infancia, la madre internalizada, una madre exigente, regañona, poco comprensible y rígida. Leonora recordaba tener miedo (incluso hasta el día de hoy), porque su madre la perciba como una “inútil”, de la que predomina el sentimiento de ser *objeto de desprecio* por la madre, al no satisfacer sus expectativas; de ser destacada alumna, que haga caso a las instrucciones, que responda cuando se le cuestiona, que no se quede callada.

La experiencia más viva que recuerda Leonora era que al caerse, reaccionaba riéndose, sin permitirse llorar por temor a ser reprendida, lo cual se repetía ese sentimiento de querer llorar y mecanismo de represión cada vez que *la regañaba su madre* y que en ocasiones le llega a decir, eres “*cínica*” al no mostrar respuesta ante los regaños. Se trataba también de un mecanismo defensivo, de *transformación en lo contrario* que consiste en la expresión del deseo opuesto al que originalmente se trata de dar satisfacción (Díaz-Portillo, 1998). Este deseo que se trata de satisfacer es la hostilidad o agresión hacia el objeto de la “madre bruja”, “la mala del cuento”, “*siempre me hace ver mis errores y no los olvida, me los restriega*”, es así como se refería Leonora a su madre, este afecto era lo que se transformaba en su contrario: una sonrisa, una imagen amigable y sonriente, libre de conflictos. Es un me duele tanto que necesito llorar, pero entonces me río para *esconder* esto. Este *esconder* sus afectos se relaciona con su dificultad por expresar

y conocer sus sentimientos, por no permitirse ella y no haber tenido el *holding* de la madre para contener estas emociones. También le ocurre esto cuando su madre la increpa o regaña sobre sus calificaciones y desempeño escolar, sintiendo en esos momentos que se le cierra la garganta.

No obstante, Leonora alcanzaba cierta descarga de tristeza en el llanto, un desamparo o tristeza no permitido, reprimido y acompañado de dolor psíquico, a causa de aquella madre perdida que nunca más sería o tendría en su infancia, una madre anhelada. En una sesión se pregunta “¿*Qué es ser una buena madre?*”, me relata los cuidados que tiene una tía con su primo, llega a comparar a su madre como una mujer que sale a trabajar, y que estuvo la mayor parte de su infancia al cuidado de la abuela materna. También compara a su madre con la pareja de su padre, a quien tiene mayor confianza sin el temor al regaño o a la reprimenda como lo es con su madre. A su vez, este llanto puede derivar de una culpa inconsciente por el ataque fantaseado o deseado que Leonora le causaba internamente a este objeto-madre.

Pues no estaba este objeto madre capaz de sostener emocionalmente (*holding*), con suficientemente amor para esos momentos tan vergonzosos de caídas, de haberse lastimado y necesitar un apapacho o cariño materno. Alguien que la arrojara en su dolor. Aquí se trata de una madre ambiente que se necesita más de lo que se anhela. Este puede representar su *imago parental* (Aberastury y Knobel, 1988) que en uno de sus polos le atemoriza, le entristece y ataca en la fantasía como *objeto rival (objetos edípicos)*. Ya que en el uso del objeto dice Winnicott (1971) se ama y se odia, “mientras te amo te destruyo constantemente en mi fantasía”.

Se trata de una madre con representación interna viva de *cualidades superyóicas*, que se reafirma en su carácter insensible, impulsando a Leonora sentir *sentimientos hostiles* hacia ella y en cierta proporción hacia su padre. Reactivados por su etapa de *pubertad-adolescencia*. Por un lado, por el empuje de la internalización de esta madre propia de su infancia, y por otra parte, reactivado por el *proceso de separación-individuación* propia de la etapa del desarrollo, se *reactiva* así con gran intensidad, la carencia de afecto con la que se configuró su complejo

edípico. Una madre rígida, centrada en el trabajo, con poco tiempo para procurar suficiente cariño a Leonora, y de un padre ausente, perdido en el alcoholismo y la drogadicción, con *ausencias paternas*, que imprimía rechazo cuando Leonora se acercaba a él, un objeto de fuerte *necesidad de conquista edípica*, probablemente convencida inconscientemente de conquistar a ese padre a toda costa, sin importar el costo o y puesta a prueba de su esfuerzo omnipotente infantil.

De esto deriva entonces que, cuando un chico entra a la pubertad-adolescencia con un pasado marcado por carencias afectivas o fallas parentales, ésta se torna más conflictiva o turbulenta. Mahler (1977) explica que en esta separación-individuación infantil y puberal, existe un enfrentamiento a continuos temores o amenazas de pérdidas de objeto (la madre cariñosa que esperaba y necesitaba tener Leonora), esto potencializa fuertes ansiedades de separación, lo que constituye el proceso de desligazón madre-hija. Y que en Leonora es posible la presencia inconsciente de ansiedades de destrucción al *objeto-rival-madre* como necesidad de la elaboración edípica, como menciona Carrasco (2015) haber hallado en pacientes psicosomáticos cuyo conflicto edípico tratan de elaborar, al contar con sentimientos contradictorios de querer, odiar, necesitar y expulsar.

La dificultad de Leonora a nivel psíquico se plantea en la siguiente cuestión ¿cómo hacer (o afianzar) modelo de identificación con la madre si ésta es fuente de hostilidad y rechazo, de cualidades de desconfianza para confrontar?, aquí un punto de conflicto, que si bien es esperada cierta ambivalencia hacia la imago materna, en el caso de Leonora se intensificaba por su propia historia, una pugna entre la *necesidad y el rechazo*, pues así mismo, en la adolescencia se reactiva el miedo a la separación y necesita constantemente de la constancia objetal de la madre, por lo que se sugiere una comprensión total de las diferentes contradicciones puberales, Leonora no sentía apoyo, escucha o comprensión de su madre.

En una sesión Leonora se pregunta *¿qué debo hacer para que mi mamá tenga confianza en mí?*, ya que constantemente se siente “no apoyada”, “no comprendida”, y siente que sus padres la perciben como “floja e incapaz”. La madre se vuelve necesaria como modelo para reafirmar su identidad aunque rechace utilizarla (García, 1983). Esta autora también menciona que la identificación es un

momento crítico de las adolescentes, ya que la identificación sexual se experimenta con el miedo a *recibir daño o hacer daño* debido a su transformación en mujer.

Momento aún en preparación para Leonora y de ensayos o intentos hacia este momento crítico para elaborar ser vista más mujer-adolescente que niña. Pues como ella lo refería, prefería “*estar con compañeras más pequeñas*”, como un intento de refugio hacia su crecimiento, dificultad para identificarse con las compañeras y hacer experiencia compartida de crecimiento (sexual y emocional).

3. Dificultad de expresión afectiva: la huella mnémica del conflicto ambivalente

El llanto sin sentido de Leonora pareciera la manifestación de un cuerpo que habla, que delata un sentimiento profundo que maneja de forma defensiva, un terror quizás por experimentar este sentimiento de tristeza, dolor, desamparo o humillación. Esto abre paso y se suma a otras manifestaciones sobre su dificultad por expresar verbalmente sus sentimientos, así como su dificultad para diferenciarlos de sensaciones, por su extrañeza, a esto Peter Sifneos (1972) llamó *alexitimia*, un rasgo característico en pacientes psicósomáticos, y que después Joyce McDougall denominaría normópatas. Una característica que coincide con Leonora, es que en la infancia de estos pacientes alexitímicos, se adaptan mecánicamente a su medio, lo que coincide con el “*no llorar*” ante el dolor de las sus caídas, lo que implicaba una dificultad por conectarse con sus *necesidades de realidad interna*, se trata de la incapacidad para nombrar los dolores o hablar como si no le doliera el cuerpo (Carrasco, 2015), lo que implica una distorsión del afecto.

Leonora mencionó en sesión: “*hasta me siento ridícula de cómo me veo, me enoja no controlar mi llanto*”; “*no me gusta llorar*”, esto puede asociarse con la identificación inconsciente con la madre fría, pues recuerda que su madre “*nunca llora y siempre se hace la fuerte*”, incluso cuando descubrió que su padre la engañaba. O cuando me platicó que al ver películas de amor o escuchar música sacra, puede llorar, sin saber por qué, mencionaba “*yo sé que no me pertenecen esos sentimientos pero me hacen llorar*”, aquí de nuevo se encuentra esa ajenidad de sentirse, de experimentar sus afectos más profundos.

Existe en Leonora una dificultad para ligar las palabras con sus sentimientos, lo que indica una disociación ideo-afectiva (McDougall, 1987). Así mismo, puede ser que Leonora sea el portavoz de las emociones reprimidas de la madre, ya que al igual que ella, se prohíbe a sí misma llorar, Leonora lo hace por ella, buscando la necesidad de validación del sentimiento de tristeza expresado en el llanto pero a su vez el castigo superyoico de que debe permitirse llorar, como mamá lo ha enseñado.

Debido a la disociación ideo-afectiva, Leonora no puede darle sentido o ponerle palabras a su flujo emocional, siendo recurrente que exprese *“es que estoy nerviosa”*, se puede pensar en la fuerza pulsional que invade con intensidad los afectos internos de Leonora, e influye en su dificultad para expresar sus emociones hacia los demás; así, solía decir *“es que no sé”*, una forma de *analfabetismo afectivo* tal como lo llama Carrasco (2015) al explicar que son dolores no nombrados, que indican la dificultad de definir aquellas sensaciones y sentimientos, como cuando comentó Leonora en sesión: *“cuando me dieron la noticia comencé a llorar pero no sabía por qué, como que solo quise llorar, pero sin saber por qué”*.

Cuando era increpada o regañada por su padres se quedaba sin palabras, callando todos sus sentimientos y pensamientos, entonces era su hermana menor quien explicaba a sus padres o interpretaba lo que le había sucedido o molestado a Leonora, una especie de voz auxiliar.

Esta dificultad por reconocer y expresar los sentimientos, es algo característico en los adolescentes, es por ello, que se encuentran escasos momentos de comunicación efectiva que entabla un adolescente con el adulto, pues el adulto espera una conversación a su nivel adulto. Pareciera entonces, que es un esconder afectivo de los adolescentes, y por lo tanto podría pensarse en su *función de escondite* o de *arrancarse los afectos* para mostrar indiferencia, como si no les importara, no les provocara interés o resonancia afectiva a la que se espera, como cuando me compartía *“ya no me da pena pasar al pizarrón o hablarles a más chicos, como que ya no me importa nada, todo tendrá una solución”*. Otra muestra de esta situación era la forma de confrontar a sus maestros al no responderles ante sus reprimendas o regaños, lo que provocaba en los maestros grandes enojos, esto

muestra la sustitución de los representantes parentales o cierto desplazamiento de sus mismas defensivas ante situaciones de estrés y angustia, el refugiarse en sí misma, callando, reteniendo con ausencia de palabras.

Cabe señalar que en esta función de esconder u ocultar, se encuentra la actitud de los padres hacia su separación, ya que, por iniciativa de la madre, no se le explicó o preparó para el divorcio, como Leonora cuenta: “nunca me dejaban ver los papeles del divorcio que tenía, los escondía mi mamá y no quería que los viera”. La separación de sus padres, fue para ella algo vergonzoso, difícil de comprender y no aclarado por sus padres, recuerda que cuando sus compañeros de primaria le preguntaban sobre sus padres, les respondía que “*los dos estaban siempre trabajando y por eso no podían verse*”, o también mencionaba que le era difícil recordar a sus padres juntos.

4. Fantasía inconsciente de asesinato a los padres de la adolescencia

Winnicott (1963 [1961]) menciona que una de las necesidades fundamentales de los adolescentes es desafiar a un medio ambiente que atienda su dependencia, esto es, contener y tolerar la posibilidad de desafío adolescente. Se puede decir que Leonora no llegaba aún a este lugar de confrontación, de sentirse capaz de confrontar a su madre, que se desarrollara de manera sana y universal en pro del desarrollo emocional adolescente; es decir, sin temer demasiado la posibilidad de retaliación y angustia de castración, cuya fantasía edípica de hostilidad reactivaba las cargas afectivas al objeto-madre-rival y al objeto-padre-amor.

El desafío adolescente implica confrontar no solo a sus padres sino a su pasado, a su historia, a sus ideales infantiles, a sus nuevas inquietudes, a los objetos psíquicos que le impidan llegar a ser otro, para arribar a otro lugar de su existencia. Leonora parecía haber llegado con cierta *inhibición a la confrontación, al asesinato normativo*, pues como señala Winnicott (1971) “Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de asesinato”, “crecer significa ocupar el lugar del padre...En la fantasía inconsciente, el crecimiento es intrínsecamente un acto agresivo” (p. 224). El

asesinato inconsciente es simbólico, sano y universal, propio de todo adolescente. En Leonora apareció en uno sueño, dentro de los primeros meses de su proceso psicoterapéutico. Del cual narró lo siguiente:

Soñé que estaba vestida de novia en una colina, pero no tenía pies, como si flotara, de repente sabía que morirían mis papás, después aparecía un monstruo que subía las paredes de mi cuarto.

En sesión se le pidió que asociara lo que le viniera a la mente, lo que llevó al miedo a la muerte de sus padres y la traición que siente de ellos por no haber sido los padres que Leonora quería al haber tenido una madre exigente y un padre ausente. El sueño representa el paso de niña a mujer, mujer casada, una mujer sexual, sin embargo, aparece la mutilación de sus pies como intento de detener su avance o su caminar, su paso firme, sin tierra o suelo para andar. A su vez, aparece esta idea inconsciente de que para crecer es necesaria la muerte de los padres, pero es un asesinar sano, en pro de su crecer. Podría pensarse, que el crecer o comprometerse a crecer (ser novia) equivaldría a quedarse sin pies, sin sus padres para seguir caminando, mutilar sus pasos es mutilar a sus padres, o sentirse incapaz de caminar (crecer) sin ellos. Enseguida en el sueño aparece aquel cuerpo extraño y ajeno que es el cuerpo puberal, de cualidades monstruosas, todo aquel monto de sensaciones corporales, ya sea de contenido aberrante a lo sexual y de carácter pulsional, del ello, que invadía su cuarto, que sería la representación de su mente, una gran amenaza incontrolable que la invade. La idea de muerte de los padres era recurrente, en otra sesión Leonora comenta que memoriza todos los datos que su padre le dice o enseña pues piensa que le servirían si su padre ya no estuviera. Lo que muestra que es una idea que merodea la mente de Leonora.

Esto lo relaciona también con que no le agrada recibir regalos, pues para ella significa estar en deuda con quien le regala, por eso también nunca ha pedido algún regalo en especial, para no quedar en deuda con sus padres. Este fuerte sentimiento de sentirse en deuda, en compromiso, probablemente se refleja en la constante presión que siente por responder a sus padres. Como Dolto (1987) menciona, cuando un niño crece en un ambiente cerrado y asfixiante, en su

adolescencia seguirá siendo un chico pequeño, que siempre querrá complacer a sus padres, esto se comprueba con Leonora pues recuerda que nunca la han dejado salir de casa a salir a jugar o darle permisos seguidos.

La situación de dolor por cumplir las expectativas de sus padres se puede relacionar con el sufrimiento de Leonora por no ser “la más” para su madre, ser suficiente para su madre y para sí misma. Con culpa por pasar encima de sus padres (cadáver de sus padres, Winnicott, 1971) para encontrarse, desprendiéndose de su yo-infantil, decirle adiós a su infancia (Kaplan, 1991), sin culpa o remordimiento, al respecto Dolto refiere: “un individuo joven sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres no le produce ningún efecto inhibitor” (Dolto, 1987, p.21); en el caso del padre de Leonora esta angustia se manifiesta cuando con tristeza les dice a sus hijas *“no quiero que me dejen solo, porque yo siempre quiero estar con ustedes a su lado”*.

Superar, confrontar y asesinar las figuras parentales suponen abrirse paso a cierto grado de renuncia al vínculo tiránico por parte de la madre (García, 1983), Leonora recuerda que cada vez que su madre le compraba cosas como los útiles escolares, le comentaba *“te los voy a anotar como deuda”*; también recuerda los regalos de su padre tras ausentarse, obsequios que para ella no tienen gran importancia, resultando ser también objetos de deuda. Quizás al escuchar Leonora que estaba deuda parental, era lo que Leonora pretendía salir o saldar en su fantasía esa deuda.

Matar simbólicamente a los padres requiere de confianza, Winnicott (1968) de lo contrario puede aparecer una *“timidez al asesinato”* (Winnicott, p.225) lo que es probable fuente de angustias e inseguridades por la no presencia y no disposición a ser destruidos de los padres, es así que los padres se enfrentan a la *“capacidad de sobrevivir”* y con no tomar represalias (p.152). Esta necesidad de confrontación requiere entonces la presencia de los padres. Al respecto, en una ocasión Leonora mencionó *“vi una película que me dio mucha motivación para la escuela, porque era de un adolescente inseguro que recibe apoyo de un adulto”*. Quizás se identifica cierta inseguridad y desconfianza por cumplir sus propias metas o retos (como son las tareas y trabajos) de Leonora, expresando la necesidad de

un padre-madre que la aliente, que la impulse al reto de cumplir. Un soporte de confianza adulta o paternal que contribuya a su seguridad emocional.

Winnicott (1971) menciona que la confrontación es una contención sin represalia y sin venganza de los padres, pero que tenga fuerza. Quizás Leonora necesita de esa no represalia de su madre. Pues la forma de vincularse, de hablarle, de dirigirse a Leonora parece contener cierta agresión, exigencia e incomprensión, pues como ella menciona de su madre *“siento que me juzga y que todo lo que hago está mal”*. Promoviendo entonces no solo un sentimiento de insuficiencia para ser aceptada, sino también un sentimiento de desconfianza para confrontarla y que sobreviva. Probablemente en la realidad psíquica de Leonora existe una ausencia de padres dispuestos a sobrevivir al asesinato. Se puede recordar y agregar el antecedente de ausencia de su padre debido a sus adicciones, así como cierto rechazo paterno como cuando le decía *“vete para allá que quiero dormir”* cada vez que Leonora esperaba el regreso de su padre en casa.

Winnicott (1971) menciona que donde existe el desafío de un joven en crecimiento es necesario un adulto para encararlo. Bajo esta premisa, Leonora lograba una confrontación académica con sus pares y sus profesores, se sentía con fuerza y disposición a responder los retos que le imponían. Sin embargo, cuando el reto provenía de sus padres, se sentía sin confianza para superarlos, quizás percibía las represalias ante su fracaso anticipado de Leonora, pues algo de ella confía en su fracaso o sus errores más que en su confianza por confrontarlos y superarlos. Se puede recordar que su padre solía ponerla a prueba en relación a su capacidad escolar, a lo que Leonora respondía con poco entusiasmo, confianza y motivación para vencer los pronósticos de su padre, le decía *“¿a poco no eres capaz de pasar tus materias?”*, *“sino puedes entonces te vamos a sacar de la escuela”*, la retaba, pero quizás Leonora vivía emocionalmente cierta timidez de confrontación, siendo incapacitante para ella. Leonora comentó *“si me retan hago todo lo posible para demostrar que si puedo, y lo hago, pero con mis padres no pudo responder, me siento incapaz”*.

Este temor a no cumplir los retos impuestos por el padre, implica el temor a decepcionarlo a no ser suficiente para la admiración y anhelo del padre. Se podría

pensar en la dificultad de no poder ocupar el lugar del padre ni de la madre, ya que de hacer esto último regresa intensamente al conflicto edípico, en el caso de la mujer, el reto es desasirse para lograr la autonomía, para no quedar sujeta al deseo de los padres y encontrar objetos exogámicos, para traer y ocuparse de otro vínculo de amor no familiar. Además, Leonora tenía miedo de que su padre dejarla de quererla, que tuviera una gran desilusión. Como cuando en una sesión dice: *“me acuerdo mucho cuando lloraba porque mi papá no iba a venir a casa y desde ahí lloro por la idea de que no me quiera”*. También recuerda cuando su padre se drogaba y ella intentaba ayudarlo, acercarse a él para darle un abrazo, pero el padre se alejaba o se dormía, ante estos difíciles recuerdos desplegados en sesión, Leonora se esforzaba por contener su llanto, pues la observaba, con sus ojos a punto de llanto y su rostro entristecido. Quizás estos intentos por esforzarse en ayudar a su padre, constituyen el origen de esta preocupación altruista de ayudar a sus compañeros de escuela y sentirse culpable al no atenderlos como prioridad.

Este sentimiento de culpa que Leonora contenía ya sea por no atender a las personas quienes le pedía ayuda o peticiones, ya sea culpa o deuda por recibir regalos con origen de reproche de la madre y la ausencia del padre, surge la hipótesis de una particular culpa inconsciente en Leonora, una culpa incestuosa por el deseo de tener al padre. En una sesión Leonora revela otro episodio de su llanto incomprensible detonado cuando su padre le contó, que de joven él embarazó a su madre, refiriéndose a Leonora, *“por ti cambió mi vida, eres la mujer de mi vida”*. Esto genera en Leonora tristeza ya que comienza a llorar sin explicárselo, e inmediatamente le dice al padre *“lo siento”*, y expresando *“para mi significa que no me planearon, que mi madre fue una tonta por embarazarse porque estaba estudiando y se tuvo que casar”*.

Por otra parte, la risa inmotivada, que no sabe explicar Leonora, puede indicar lo que Winnicott (1958) menciona sobre “el sentimiento de culpa es una angustia generada por el conflicto entre amor y odio. El sentimiento de culpa implica tolerancia a la ambivalencia” (p.19). En este sentido, es probable que esta frase repercuta fuertemente en el inconsciente de Leonora, siendo de gran satisfacción escuchar esta frase o idea: ser la mujer de su padre y no ser su madre del padre,

es como confirmar que le ha ganado el lugar a la madre, y que se actualiza por la situación de separación que tienen ambos padres. Es la victoria incestuosa confirmada por el padre. Winnicott explica que en el complejo de castración, el niño sueña un amor recíproco con su madre y sueña también la muerte del padre, lo que le conduce al miedo al padre y al miedo a ser destruido por el padre.

Los sentimientos de amor y odio son los generadores del sentimiento de culpa. Lo que en Leonora puede ser el conflicto nuclear de su síntoma conversivo (globo histérico), la fantasía de poseer al padre y destruir a la madre, pero de quienes también necesita su amor, cariño y comprensión. Podría pensarse en cierto grado de intolerancia a la ambivalencia de Leonora que se inerva en el cuerpo, en la zona erógena de la garganta-boca. Es llorarle a la madre que desea asesinar, es el llanto por la culpa de este impulso amoroso con fines destructivos, es la culpa por la victoria incestuosa y es su sonrisa a la vez por ello, condensa la representación reprimida e intolerante para Leonora. Estructuralmente es el conflicto de la instancia del Yo + Superyó vs Ello (Fenichel, 2008).

Winnicott (1958) menciona que en una persona sana, los impulsos agresivos se fusionan con los eróticos. Cabe mencionar la afirmación de Freud (1913) que “la angustia nace en lo inconsciente...este inconsciente desconocido es lo que determina el carácter angustioso de la conciencia”. En Leonora es posible pensar en material inconsciente reprimido, es decir, representaciones incestuosas que llevan al yo a hacer uso de sus mecanismos para mantenerlos alejados de la conciencia. Y que de este deriva cierto sentimiento de culpa. También declara Freud (1913) que “aquello que se halla severamente prohibido tiene que ser objeto de un deseo” (p. 1791).

5. Sobre la inmadurez y la resignificación en la adolescencia

En relación con la maduración del adolescente, Winnicott (1963 [1961]) comenta: “Sólo la cura real para la adolescencia es la maduración, combinada con el paso del tiempo, produce el surgimiento de la persona adulta” (p.170).

Un rasgo típico y por el que muchos padres sufren y se acongojan, es que su hijo o hija adolescente no obedezca. Esto ocurría con frecuencia en el caso de

Leonora, ella mencionaba en sesión: *“no me gusta obedecer cuando me lo dicen directamente, me siento presionada, como obligada, pero si me lo insinúan o dicen que necesitan ayuda, yo entiendo mejor y no me cuesta hacerlo”*. Pareciera que se trata de esta necesidad por desprenderse de sus padres como figuras de autoridad, donde ella se conduzca por su propia autoridad, siendo, como señala Rodulfo (1992), una de las tareas vitales de la adolescencia, una forma de manejar su propio desamparo adolescente, su dependencia relativa, sentirse más grande o importante a quien solicitan ayuda, en vez de ser ella una esclava de los adultos, como en ocasiones los adolescentes piensan a los niños (Rother, 1989).

En otra fase del tratamiento Leonora narró: *“me preocupo primero por los demás”*, me explica que hace los trabajos de sus compañeros, descuidando los suyos, ya que: *“si no les hago caso, me siento culpable”*, deviene otra vez la gran importancia que adquiere el grupo de pares para los adolescentes, tal como enfatiza Rother (1989) al decir que la llamada transición adolescente implica justamente el pasaje del mundo del niño centrado en la familia hacia el mundo de los pares y de allí al mundo adulto.

Otro rasgo de su inmadurez adolescente es que una vez que ella ha dicho algo, le molesta volver a decirlo o repetirlo a alguien más, *“no me gusta decir las cosas dos veces, pues ya lo dije”*, una tema recurrente entre sus padres y sus amigos, a quienes no respondía o explicaba si ya lo había hecho antes. Esto lo asociaba con que cuando le contaba algo a su padre, él dejaba de escucharla y a ella le molesta que no le presten atención; por esta razón, repetir las cosas equivale para Leonora que no es importante volverlo a decir. Temas de esta índole, dan cuenta de cierta inmadurez de personalidad, para tener mayor tolerancia, confrontar y elaborar.

Respecto al trabajo de elaboración, le señalaba los diferentes miedos que acompañaban el poner fin a ciertos capítulos de la infancia de Leonora, lo que es necesario para tener mayor apertura hacia las experiencias que depara el futuro. Hablar de aquello que le hubiera gustado sucediera en la relación con su madre,

como una forma de elaborar, implica el trabajo de resignación y aceptación de la pérdida de una madre que no fue como ella quisiera.

Otro punto relevante para superar el duelo es el desapego, Leonora tenía muchos recuerdos de insatisfacción de lo que deseaba que ocurriera, o rencores hacia su madre, una especie de intensidad en el afecto de los recuerdos. Esto es importante, pues la aceptación de los cambios abre paso a una nueva identidad, el renacer (Fernández, 1984).

Diferentes momentos de tristeza y dolor, se hicieron presentes durante el proceso psicoterapéutico. En este sentido Segal (1989) refiere que en cada experiencia repetida de duelo, el yo se fortalece y la elaboración se completa cuando se renuncia a un aspecto del objeto. Poder expresar y experimentar los recuerdos infantiles, forma parte de la resignificación simbólica de las pérdidas (Casas, 1999). Una muestra de lo que modificó Leonora fue su autoconcepto de sí, pues menciona, "*antes yo me creía presumida porque pensaba que todo lo sabía y como que no me importaba morir*". Esto coincide con lo planteado por Tubert (2000) quien menciona que la renuncia del mundo infantil se simboliza alrededor de la muerte, es el contacto del adolescente con la mortandad psíquica, donde se confronta con su finitud y la angustia existencial. Leonora fue más consciente de la muerte, y consideró que después de la muerte no hay nada, añadiendo "*mi único consuelo es que después de mi vida, la vida sigue para los demás*". Este concepto de sí misma se fue trabajando en las sesiones al intervenir con aclaraciones o confrontaciones señalando esa parte engrandecida de ella como forma de tapar sus vulnerabilidades y dificultad de renunciaciones.

Otro punto de resignificación de Leonora fue su fiesta de quince años, la cual rechazaba y mostró un gran desinterés, al mencionarle que era como no querer crecer, castigarse o sentirse avergonzada por crecer, ella cambió de posición, comenzando a dar un sentido propio a su fiesta, y saber que también tenía miedo a ser exhibida. Pero llegó a pensar que solo sería un momento y que no duraría para siempre. Esto abrió una posibilidad que le permitió dar paso a esta nueva experiencia (Unzueta y Zubieta, 2010).

Sobre los puntos de discusión teórica se considera lo siguiente:

Aunque los duelos son fenómenos inconscientes de la adolescencia, no es únicamente eso, pues sería reducir a la adolescencia a su dolencia y duelo. También está presente la alegría por lo nuevo, por lo que se gana o se adquiere (libertad, toma de decisiones, acceso a la sexualidad) a partir de aquello que se deja atrás. Esto es un planteamiento a revisar y observar en la clínica con adolescentes. Del mismo modo, existe una discusión teórica que es relevante seguir investigando y reflexionando, se trata de si “las tareas adolescentes son meras reediciones o reactualizaciones, o significan algo verdaderamente inédito” (Fernández, 2014, p.90). Mi postura es que son algo simultáneo, se reedita y se crea lo inédito, converge con la paradoja Winnicottiana (1971) de crear lo dado. La existencia de un pasado o historia infantil convoca a la creación y surgimiento de elementos inéditos en la adolescencia.

Bajo esta misma línea de discusión teórica se encuentra lo que refiere Fernández (1984), quien sostiene que junto con las pérdidas de la adolescencia, coexiste el renacer, debido al desplazamiento de libido narcisista hacia nuevos objetos. Por su parte, Urribarri (2015) cuestiona el modelo de duelo, ante la marcada significación de pérdida, replanteando que lo infantil no se pierde, sino que se sustituye y transforma, aludiendo al planteamiento freudiano de *metamorfosis de la pubertad*, cuyo origen etimológico señala “cambio de formas” o “transformación de un estado a otro”. Para él, los elementos “perdidos” del pasado infantil son incluidos y modificados, es decir, no desaparecen, por eso cuestiona el duelo sobre las ganancias anheladas, el interés, júbilo y placer en lo nuevo, aludiendo a la incentivación del anhelo y deseo del niño por ser adulto. A dicho autor le parece más apropiado utilizar el modelo de Helene Deutsch y Peter Blos sobre “*los movimientos oscilantes entre lo regresivo y lo progresivo*” característico de las adolescencias, para incluir el pasado en el futuro. Ya que los adolescentes pueden esperar, promover y disfrutar el cambio o progresos.

ASPECTOS TRANSFERENCIALES Y CONTRA-TRANSFERENCIALES

Sobre la asignación del nombre clínico del caso: “Leonora”

Al comenzar a conocerla a través de las entrevistas clínicas iniciales me compartió que le gustaba pintar, dibujar y tenía en mente estudiar pintura, fue esto lo que me identificó con mi fuerte afición por la pintura mural y de caballete venida de mi propia adolescencia. Tiempo después en el momento de buscar un nombre y contemplando la panorámica clínica de esta adolescente, quien me pareció interesante, compleja y enigmática, pensé en la célebre pintora surrealista Leonora Carrington, fue así, que decidí tomar su nombre para remplazar el real en aras de mantener el anonimato. Leonora produjo diversas obras catalogadas como surrealistas, que a mi parecer poseen las características de: extrañeza, complejidad, de lectura inquietante y difícil desciframiento. Cabe resaltar la relación afín entre el psicoanálisis y el movimiento surrealista, que se interesa en el inconsciente, los sueños, la fantasía, los contenidos afectivos, creativos, contradictorios, paradójicos, y sobre todo en el principio de dejar fluir como implica la libre asociación.

Análisis del proceso transferencial y contratransferencial

La transferencia de Leonora en el proceso psicoterapéutico se desarrolló en diferentes momentos, el primero por una actitud cooperativa y de confidencialidad depositada en el terapeuta, siendo capaz de hablar más de lo que hablaba con sus padres, como mencionó el padre: *“A ver si a usted le cuenta más, porque casi no habla de sus sentimientos”*. O de su madre quien también mencionaba que poco hablaba con ella. Este primer vínculo transferencial se caracterizó por la búsqueda de aceptación y alianza terapéutica. Pero también por cierta resistencia, que se presentaba al llegar a sesión y manifestar sueño al principio de la misma, se frotaba los ojos, bostezaba y decía: *“es que me acabo de levantar, estaba dormida”*, un aspecto de descuido (o esfuerzo) al tratamiento para poder trabajar en sesión.

Posteriormente la transferencia fue tomando una forma específica, que poco a poco se fue instalando en las sesiones, ocurriendo un despliegue de su personalidad en todo el lenguaje no-verbal, exponiendo sus principales rasgos.

Leonora se mostraba jovial, sonriente, siempre dispuesta a hablar, se sentaba sobre sus piernas cruzadas. En una sesión Leonora lleva unos poemas escritos en la secundaria y que decidió regalármelos, poemas que ganaron el reconocimiento de su escuela, cuya temática era en torno al pasado que no volverá, al amor, a sensaciones del cuerpo, a la amistad o a la búsqueda de algo que falta. Se identificaba con ser alguien madura, que pensaba diferente a sus compañeros de escuela, de los que se deslinda de sus actividades y que llamaba “*infantiles*”, así como contar de seguidores que querían ser sus novios.

A la par de esta jovialidad, exponía toda una serie de extrañas sensaciones y angustias, se mostraba con poca preocupación por lo que le pasaba, como la cirugía que tuvo, le resultaba difícil hablar de ello, de pensarlos, y la constante de mantenerse como una paciente que trae síntomas. Esto se relaciona con una intensa necesidad de hablar, es decir un discurso que no dejaba espacio para pensar la situación, dejar un espacio para el diálogo reflexivo, incluso se resistía a abandonar el consultorio pasado el tiempo límite argumentando: “*espérame nada más te cuento esto*”. Hacía evidencia de su necesidad de estar a solas con ella misma, sin acudir a terapia, mencionaba: “*No vine la sesión pasada porque me sentía mal, no quería hablar con nadie*”.

La última etapa del tratamiento se caracterizó porque Leonora podía escuchar más las preguntas que le realizaba, así como ponerse a pensar en los señalamientos, y sobre todo en recordar eventos de su pasado, sin embargo, la resistencia se evidenció ya que comenzó a faltar a sesiones, hasta no regresar. Leonora decidió no asistir el último día permitido para continuar, ni tampoco a la sesión de cierre que se había programado.

La resistencia transferencial representaba su renuencia a crecer, como lo dijo Leonora en alguna sesión: “*Siento que está descoordinado mi cuerpo, que el tiempo pasa muy rápido sin darme cuenta, no quiero crecer, ya que eso me recuerda que he dejado cosas inconclusas de mi infancia*”. Quizás en esa fase del tratamiento, fue descubriendo elementos relevantes de sí que en su fantasía creyera que el terapeuta no podría tolerar, o eran tan vergonzosos que no pudiera trabajarlos. Me

hace pensar que la aproximación de su cumpleaños número quince significaba una gran amenaza ante el crecimiento de convertirse en mujer con las implicaciones sexuales que ello conlleva. Los quince años significan que ahora los padres y la sociedad aprueban ser “una señorita”: tener novio, ir a fiesta, inclusive casarse. ¿Cómo permitirse crecer ante la conflictiva del peligro?, era un no permitirse festejar la vida y una nueva etapa de ella.

Sobre la contra-transferencia, es conveniente mencionar que al enterarme que atendería a Leonora, y escuchar su nombre real, pensé que era un nombre poco común y que aquel nombre, de entrada, no me agradaba. Sin embargo, al observar a Leonora, la impresión se opuso a mi preconcepción, me pareció una chica bonita, de rasgos finos y además compartía con ella el gusto por la pintura. Una paciente con la que podía sentirme cómodo atendiendo.

Sin embargo, a la luz de la supervisión clínica, se planteó la posibilidad de pensar en una seducción de la paciente y una atracción de mi parte, lo cual podría representar una resistencia transferencial y un obstáculo contratransferencial, que debía revisar en mi propio análisis. Reconozco que tuve miedo al pensar en mi sentimiento de atracción por la paciente, y mi primera reacción fue negar aquella idea, pensando “¡no me puede estar pasando esto a mí!”. Lo negaba, ya que mi omnipotencia de estudiante de posgrado lo consideraba un error, una falla como psicoterapeuta, un defecto profesional, no permitirlo por nada que esto pudiera ocurrirme, recordando a Breuer.

Sin embargo, escuchar esta posibilidad en el proceso y vínculo terapéutico, dio pauta a poder explorar la posibilidad de lo incestuoso en la transferencia-contratransferencia como componente de la vida psíquica de la clínica psicoanalítica. Revisar (cuestionar) si en realidad esto era una pasión amorosa desmedida cercana a un fuerte sentimiento de atracción por la paciente que obstaculizaría el acto analítico, capaz de desbordarse a tal grado del *acting* del analista¹¹, o no, fue el ejercicio de mayor intimidad para mi, ya que se trataba de

¹¹ Como ha ocurrido en muchos psicoterapeutas y en otras carreras profesionales como ginecólogos, docentes, médicos, que haciendo uso de *su posición* son atrapados por su propia

reconocerme, resultando que era más el miedo desmesurado por caer ahí y fallar como psicoterapeuta. Un reto clínico de diálogo, que ponía en juego mi propia exploración analítica de diván de algunos años atrás y aún vigente en aquel entonces. Era necesario hacer uso de mis recursos exploratorios sobre mis sentimientos más profundo y reconocer, acercarme y ponerme en contacto con ellos de la forma más ética y honesta.

El resultado del análisis de la contratransferencia condujo a que tal atracción no llegaba a un grado desmedido que haya corrompido mi posición y función psicoterapéutica, reconociendo que también la atracción se sumaba por la diversidad del planteamiento clínico, es decir, de sus síntomas presentados, sus manifestaciones sensorio-corporales de los que jamás había presenciado o escuchado, lo cual hacía un atractivo clínico y teórico en mi formación y joven experiencia como psicoterapeuta de adolescentes. No obstante, pude contactar con un sentimiento de miedo hacia lo prohibido, lo pudoroso y lo contradictorio, analizar estas ideas, me permitió pensarlo, confrontarme con esto, explorar en mis adentros, concluyendo que dicho sentimiento de miedo quizás se albergaba también en Leonora, una resonancia de lo que ella pudiese estar sintiendo, fuertes sentimientos inconscientes que se movilizaban de amor-atracción al padre y odio-rechazo a la madre, una vivencia edípica, la redición edípica de su adolescencia. Así como lo difícil en reconocer el surgimiento de sentimientos, de aceptarlos, conocerlos y decidir a partir de esa conciencia de ellos.

En alguna ocasión me ocurriría un acting-contratransferencial, de tipo paternal, esto se concluyó en una supervisión clínica, esto al anticiparme en dar una explicación exhaustiva a Leonora de que faltar a sesión podía interpretarse como resistencia haciéndolo de forma muy acentuada, casi como regaño parental, sin antes explorar las causas que la motivaron a faltar a sesión, para después sus asociaciones fueran material de trabajo referente a su inasistencia.

contratransferencia, corrompiendo su función, abusando del fenómeno transferencial que debe estar principalmente en beneficio del paciente o de la persona consultante.

Por otra parte, la transferencia desplegada por Leonora, mostrada en su habla masiva, para abarcar más allá de la sesión, me colocaba en la situación de permitirle una libre asociación interminable, me sentía incapaz de intervenir, como si estuviera en un mar de palabras, inmovilizado, donde no había rumbo para escuchar e intervenir. Lo cual dio paso a afinar mi escucha analítica y abandonar la actitud paternalista hacia Leonora, por el temor a interrumpirla o hacer una pausa, así como hacer un corte o intervención en su discurso. Funcionó aclarar lo que ocurría en las sesiones y empezar a abordar a Leonora para explorar su discurso y lo que estaba implicado en ello.

Después del avance terapéutico, devino el abandono del tratamiento, lo que me hizo sentir triste y ponerme en duda si había manejado correctamente el proceso o las resistencias, así como una vivencia de herida narcisista por no haber sido capaz de mantener el tratamiento, sin embargo, considero que es derecho de todo paciente tanto el iniciar como lo es la decisión de finalizar un proceso terapéutico. Basado en un principio de libertad que evoca el psicoanálisis. Y también considero esta finalización como un momento de aprendizaje y continuidad de mi formación como psicoterapeuta, al aceptar, tolerar y comprender de la partida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Logros y limitaciones psicoterapéuticas

Entre los logros terapéuticos resalta la notable disminución hasta la desaparición de la afonía y llanto al hablar de sus padres, que actuaba como estrangulamiento. Esto se dio paso al ejercicio de que asociar y explorar experiencias y recuerdos de su vida. Así como en el fomento de posibles significados de las sensaciones corporales que presentaba, como fue el reconocer la represión de emociones de rechazo hacia ella o hacia los demás. Otro logro fue que pudiera externar el temor ante la idea de la muerte de sus padres, que merodeaba inconscientemente en el conflicto de Leonora, apareciendo en diversas ocasiones para ser trabajado. Fue capaz de hablar de otras emociones implicadas en esto, como fue el enojo y dependencia hacia los padres. Relacionado a este enojo, obtuvo confianza para debatir y tomar decisiones por sí misma, de alentar

cierto alcance de autonomía en su vida cotidiana. Por otra parte, se fomentó el cuestionar posiciones infantiles que la tenían atrapada como un medio para no afrontar cosas nuevas.

En tanto a fracasos terapéuticos considero el cambio implementado a dos sesiones por semana, lo cual quizás no era necesario para un mejor avance terapéutico como supuse, sino poder trabajar a una sesión sosteniendo con paciencia el despliegue psíquico del paciente, enfocado en mantener la continuidad de ese ambiente facilitador para que siguiera acompañando sus necesidades propias de la adolescencia. Esta dificultad pudo deberse a la inexperiencia en el trabajo psicoanalítico con adolescentes, ya que el alcance de la técnica fue limitada, así como el trabajo realizado, dejando aspectos que trabajar en sesión por la relación paciente-terapeuta. No obstante MacKinnon y Michels (1973) proponen que mientras el terapeuta va adquiriendo experiencia y madurez profesional, le será más fácil mostrarse firme con el paciente, siendo al mismo tiempo amable y comprensivo. Lo que significa poder estar en contacto afectivo directo con la suficiente aproximación para salir y entrar en el conflicto de su mundo interno.

El púber-adolescente es un *metamorfo* por excelencia, es decir, su conflictiva de modificación de la forma de vida, que implica no solo el cuerpo erógeno genital que se impone, sino también en las transformaciones que implican los estados mentales que menciona Meltzer (1998) con o sin sintomatología marcada, que dependerá en gran medida del nivel de conflicto edípico con el que se entra a esta etapa. Entonces se puede hablar también de cierto polimorfismo sintomático en el que el cuerpo es el protagonista adolescente.

La metamorfosis púber-adolescente es una intensa incomodidad corporal que afecta la existencia adolescente. La fantasía de monstruosidad adolescente al estilo kafkiano merma la seguridad y confianza de *sí mismo* (Self), lo que era manifiesto en Leonora y derivaba en una marcada inseguridad y fragilidad narcisista.

En el aspecto social de la tarea de lo familiar a lo extrafamiliar, Leonora presentaba dificultades a nivel moderado, ya que no se trataba de una adolescente

totalmente aislada de su ambiente, sin amigos o evitativa socialmente, si bien era selecta en con sus pares de confianza, existía un malestar de convivencia con sus compañeros de escuela y de ballet, ya sea por no identificarse o sentirse formar parte del grupo y sus características que pudiera compartir, un sentimiento que la alejaba mucho más, marcado en el grupo de ballet, cuando se alejaba de su grupo para convivir con niñas, pequeñas que le recordaran su infancia. Sin embargo, puede ser una dificultad en encontrar aquellos elementos de identificación que haga compartir con quienes forme grupo.

Paradójicamente, Leonora tenía la necesidad de ser valorada dentro de la escuela, en la que llegaban a reconocer como una compañera capaz de escuchar y dar buenos consejos, no obstante, Leonora aspiraba a ser percibida como “la más”, la que destacara entre los compañeros por sus talentos, esto indica la necesidad del grupo de pares, pero con el conflicto característico de no esforzarse o atreverse a integrarse por sí misma, quizás en una dificultad por reconocerse en este desamparo grupal de todo adolescente, ya que como mencionaba “*yo no soporto a nadie, no les hablo mucho a mis compañeros, casi siempre espero a que me hablen*”. Esto apunta a los *procesos contradictorios de la adolescencia* señalados por Anna Freud (1961) y que podrían reconocerse como uno de los funcionamientos paradójales del self.

La dificultad de Leonora por hablar, cuya forma sintomática se identifica como *globo histérico*, encontró una salida a modo de *talking cure* en su proceso psicoterapéutico, pues al exponerse al hablar de sus padres, el síntoma fue perdiendo intensidad, descubriéndose las capas más profundas de sus recuerdos de infancia, sentimientos pendientes por revelar, el vivenciar de su madre interna exigente y por consiguiente, sacar a flote la necesidad de una madre (ambiente) anhelada. Esto se compagina con lo mencionado por Winnicott (1958) con respecto a que a la reducción de carga de la culpa inconsciente le sigue una reducción de la represión o a decir, la aproximación del paciente al complejo de Edipo y la aceptación del amor y odio que involucra.

Se observa en el caso de Leonora una serie de síntomas polimorfos de breve duración, episódicos podría concluirse, ya que llegaban a ser ocasionales, de poca duración, *transitorios* (Aberastury y Knobel, 1988), pero con montos de angustia, dolor y sufrimiento infantil que en la etapa adolescente representa todo una turbulencia y confusión intensa. Al paso de las sesiones, Leonora logró hablar de sus padres sin llorar y reír “*la última vez que lloré fue aquí cuando vine a terapia*” mencionó Leonora. Y agregó “*pero ahora me doy cuenta que me enoja más con mis papás*”.

En otras sesiones mencionaba tener discusiones con su padre por saber quién tenía la verdad o por los reclamos de su padre por su desempeño escolar, aunque en ellos reconocía el no poderle decir nada y no saber cómo defenderse. Esto podría representar un paso importante para salir de la *timidez al confrontar* a sus padres, (Winnicott, 1971), para liberarse de su autoridad aunque esto constituyera una de las experiencias más dolorosas (Freud, 1909).

La experiencia de este caso, me hace pensar que una de las aristas de la clínica psicoanalítica con adolescentes, es principalmente un trabajo de *desahogo psíquico* (afectivo, de pensamientos, de fantasías, de resistencias, de indentificaciones, etc.). La labor de desahogar-escuchar, es fundamental en la clínica el núcleo de limpiar y curar por el hablar, como enseñó Anna O. al psicoanálisis, es una clínica como las demás, una clínica del detalle y de lo que muestra el adolescente sin hablar, donde cada elemento cuenta. Implica una conexión con el adolescente del terapeuta al servicio del inconsciente del paciente. Es la clínica del asesinato sin muerte de los padres y de la infancia, pues como considera Meltzer y Harris (1998) “el adolescente se muestra en tres mundos durante el proceso de desarrollo de su estructura interna: en el de los adultos, en el de los niños y en el de sus pares”, todo esto para sostener su tarea primordial que es el crecer del adolescente.

Es importante mencionar que las diferentes intervenciones del proceso psicoterapéutico de Leonora se enfocaban en clarificar, extender el significado de lo que pensaba, preguntar y enlazar ideas de su discurso. En ocasiones el avance

de permitirse experimentar cosas nuevas, eran impulsadas por tenerse confianza, como lo fue cuando dudaba en ir a una fiesta pues nunca había bailado en fiestas y su padre le comentó “ve a tu fiesta y echa relajo, haz eso, diviértete”, por lo que Leonora se atrevió a bailar con sus compañeros, sintiéndose libre de hacerlo, mencionaba “*antes mi cuerpo se ponía duro y tenso en mis piernas*”, “*pensaba que las fiestas eran muy aburridas, ahora no. Esa día bailé mucho, ya no me dio pena, me gustó*”. De esto se puede deducir la resignificación a partir de la confianza hacia ella y sentirse en confianza con su familia, una reorganización narcisista, lo que modula su proceso identificatorio, de ser más claro quién es Leonora, que le gusta, con que se siente ser ella misma. Son los nuevos nexos, como lo fue también acercarse a lo que implicaba o se reprimía de recuerdos, el trabajo del recuerdo y el recuerdo compartido (Hornstein, 2014). Leonora buscaba cierta identificación con sus pares, a los que se le hacía difícil, aquellos nuevos objetos idealizados, de los que esperaba madurez y disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. 1ª Reimp. en México [2009]. México: Paidós.
- Aryan, A. (1985). La adolescencia. Aportaciones a la metapsicología y psicopatología. En Asbed, A. y Moguillansky, C. (2009). *Clínica de adolescentes*. 1ª Ed. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Aryan, A. (2009). Duelo, depresión y melancolía en la adolescencia. En Asbed, A. y Moguillansky, C. (2009). *Clínica de adolescentes*. 1ª Ed. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Blos, P. (1962). *Psicoanálisis de la adolescencia*. 1ª Ed. en español [1977]. México: Joaquín Mortiz.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Barcelona: Editorial UOC.
- Cameron, N. (2009). Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico. México: Trillas.
- Casas, M. (1999). *En el camino de la simbolización: producción del sujeto psíquico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. *Cinta Moebio*, 23, 204-216.
- Carrasco, D. (2015). Escuchando al cuerpo en la actual clínica psicoanalítica de adolescentes: reflexiones a partir de algunas viñetas clínicas. *Tiempo psicoanalítico*, Río de Janeiro. 47(1). p.p. 101-111.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescer: la aventura de una metamorfosis*. 2ª Ed. Bogotá, Colombia: Tiresias.
- Cornejo, R. (2015). Temporalidad psíquica y subjetivación en la adolescencia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., Sao Paulo*, 18(1). p.p. 62-73.
- Cuenya, L. y Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 271-277.
- de Mijolla, A. y de Mijolla-Mellor, S. (1996). *Fundamentos del psicoanálisis*. España: Editorial Síntesis.

- Díaz-Portillo, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. 1ª Edición. México: Pax.
- Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española.
- Dolto, F. (1987). *Diálogos en Quebec sobre la pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos*. 1ª Ed. [1988]. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Dolto, F. (1988). *La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*. Barcelona: Seix Barral. 1990.
- Dolto, F. (1989). *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires, Argentina: Atlántida. [1992].
- Elgarte, R. (2011). Cuerpo, adolescencia y espacio. IV Jornadas Hum Ha. Universidad Nacional del Sur. Recuperado de: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3654/Elgarte.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En García, L., Garrido, M. y Rodríguez, L. (Ed.). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.
- Espinosa, H. (2010). Las tareas de la adolescencia: una lectura de la adolescencia normal. *Clínica e investigación relacional*. 4(3): 620-647.
- Fellini, F. (1998). *Fellini por Fellini*. 4ª ed. España: Editorial Fundamentos.
- Fenichel, O. (2008). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Reimp. México: Paidós.
- Ferenczi, S. (1910). Palabras obscenas. Contribución a la psicología en el periodo de latencia. En *Sandor Ferenczi Obras completas* Tomo I. España: Espasa-Calpe.
- Fernández, L. (s/f). Vértigos y trastornos del desequilibrio. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/cirugia/Tomo_V/archivos%20PDF/5Vertigos.pdf
- Fernández, O. (1984). El trabajo del duelo durante la adolescencia. En Quiroga, S. (1984). *Adolescencia: de la metapsicología a la clínica*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fernández, O. (1993). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fernández, M. (2014). Notas sobre las transformaciones psíquicas de la adolescencia en la historia del psicoanálisis. *Rev. Affectio Societatis*, 11(21). p.p. 88-101.

- Fernández, D. (2018). Análisis psicoanalítico sobre las problemáticas en la identificación con la función parental en la adolescencia: la transición hacia la adultez como un espacio de transformación. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., Sao Paulo*, 21(4). p.p. 761-778.
- Fernández-Mayoralas, M., Fernández-Perrone, L. y Fernández-Jaén, A. (2015). Cefaleas y migrañas en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de la Adolescencia*. 3, (3). p.p.11-30.
- Fontaclará, M. (2013). Características del paciente con disfonía psicógena. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 58,
- Freud, A. (1947). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. 3ª reimpresión [1992]. Barcelona, España.
- Freud, A. (1961). El yo y el ello en la pubertad. En *El yo y los mecanismos de defensa*. 3ª reim. [2011]. México: Paidós.
- Freud, S. (1888). Histeria. *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo I. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria (Breuer, J. y Freud, S.). *Obras completas Sigmund Freud*. Tomo I. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895 [1894]). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En *Obras completas Sigmund Freud. Primeras publicaciones psicoanalíticas. (1893-1899)* Tomo III. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896b). La herencia y etiología de las neurosis. En *Obras completas Sigmund Freud. Primeras publicaciones psicoanalíticas. (1893-1899)* Tomo III. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896c). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas Sigmund Freud. Primeras publicaciones psicoanalíticas. (1893-1899)* Tomo III. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas Sigmund Freud. Tomo II. (1905-1915 [1917])*. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas Sigmund Freud. Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905)* Tomo VII. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1909 [1908]). La novela familiar del neurótico. En *Obras completas Sigmund Freud*. El delirio y los sueños en la Gravidia de W. Jensen y otras obras. (1906-1908). 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913 [1912]). Totem y tabú. En *Obras completas Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas Sigmund Freud. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)* Tomo XIV. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas Sigmund Freud. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)* Tomo XIV. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917b [1916-1917]). 19ª Conferencia Resistencia y represión. En *Obras completas Sigmund Freud. Conferencias de Introducción al psicoanálisis (Parte III)* Tomo XVI. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923 [1922]). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido. En *Obras completas Sigmund Freud. Más allá del principio de placer. (1920-1922)*. Tomo XVIII. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950 [1888]). Histeria. En *Obras completas Sigmund Freud. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)*. Tomo I. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950, [1896a]). Fragmentos de correspondencia con Fliess. Manuscrito K. Las neurosis de defensa, anexo a la carta 39. En *Obras completas Sigmund Freud. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)*. Tomo I. 4ª Reimpresión en castellano [1992]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fogola, M. y López, A. (2012). El despertar de la primavera y sexualidad en la adolescencia. Trabajo escrito del seminario de postgrado "Intersecciones: psicoanálisis y literatura". Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45687/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garbarino, M. y Garbarino, H. (1961). La adolescencia. *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*. Tomo IV, (3). Años 1961-62.

- García, M. (1983). *El síndrome de la niña púber*. 3ª Ed. Ampliada [1991]. México: Paidós.
- Goetschy, C. (2014). *Psicosomática actual: teorías y enfoques clínicos*. 1ª Reimp. [2014]. México: Centro Eleia.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. e Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Rev. Adolescere*, Sociedad Española de Medicina de la adolescencia. 5,(1). p.p. 1-16.
- Harders, J. (2018). La pubertad y sus riesgos psíquicos. Cuadernos de psicoanálisis LI: 3 y 4, julio-diciembre. Publicado por APM.
- Hernández, M. (2013). El cuerpo adolescente. En Monserrat, A. y Utrilla, M (Comp.) *Clínica psicoanalítica en adolescentes: sus vicisitudes*. APM. España: Siglo XXI.
- Hinson, V. (2007). Trastornos psicógenos del movimiento. orphanet. Recuperado de: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=ES&Expert=71519
- Hornstein, L. (2014). Escucha, simbolización y cura psicoanalítica. *Rev. Errancia poliéticas*. Recuperado en: https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v9/PDFS_1/TEXTO%20POLIETICAS%20%20ERRANCIA%209.pdf
- Jacobson, E. (1974). *El self y el mundo objetal*. Buenos Aires, Argentina: Beta.
- Jasper, K. (2011). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica. 7ª reimp.
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Kaplan, L. (1991). Diálogos de amor II. Llorando el pasado perdido. En *Adolescencia. El adiós a la infancia*. 1ª Reimp. México: Paidós.
- Kestemberg, E. (1980). Notule sur la crise de l'adolescence de la déception à la conquête. En Perret-Catipovic, M. Ladame, F. *Adolescence et psychanalyse une histoire* (p.p.151-162). Lausanne-Paris, Francia: Delachaux & Niestlé.
- Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Hormé.
- Korembliit, M. (2012). La sexualidad adolescente y su época. *Psicoanálisis*, 34,(1). p.p.121-138.

- Lasalle, A. (2000). Adolescencia y psicósomática. En Firpo, S., Lasalle, A., Ortega, A., Díaz, N., Prates, C. y Sansarricq, J. (2000). *Clínica psicoanalítica con adolescentes*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. 6ª Reimp. [2004]. Argentina: Paidós. Publicado originalmente en 1967.
- León, S. (2013). *Problemas actuales en psicoanálisis infanto-juvenil*. Chile: Ril Editores.
- Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20. p.p. 57-71.
- Mackinnon, R. y Michels, R. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. Ed. en español [2002]. México: Enlace Editorial.
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente*. 1ª Ed. México: Masson.
- Marty, F. (2005). Hacia una tercera anamorfosis en la teoría de la sexualidad. En A. Birraux et al. *Adolescentes hoy: en la frontera entre lo psíquico y lo social*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Marty, F. (2009). La adolescencia como experiencia límite. En Bilbao, A. & Morlans, I. *Subjetivación, adolescencia, institución: psicopatología clínica y social* (p.p.61-86). Chile, LOM Impresiones.
- Marty, P. y M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, pp.345-356.
- McDougall, J. (1987). Reflexiones sobre el afecto: una concepción psicoanalítica de la alexitimia. En McDougall, J. (1987). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid, España: Tecnipublicaciones.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Editorial Julián Yébenes.
- Meltzer, D. (1967). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Hormé. 1976.
- Meltzer, D. y Harris, M. (1998). *Adolescentes*. Buenos Aires: Spatia.
- Meersohn, C. (2005). Introducción a Ten Van Dijk: Análisis de discurso. *Cinta Moebio*, 24, 288-302.
- Nasio, J. (2009). *El silencio en psicoanálisis*. Buenos Aires: Argentina. Amorrortu.
- Ovando, N. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 10(1), 34-43.

- Panceira, A. (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Argentina, Lumen.
- Quiroga, S. (1998). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Ramos, J. (2014). Cuando despertó, la histeria todavía seguía allí. Globus hystericus en la hipermodernidad y relato de una psicoterapia. *Rev. Asco. Esp. Neuropsiq*, 34(123): 589-595. doi: 10.4321/S0211-57352014000300011
- Ramos, M. y Navas, I. (2017). El cuerpo virtual desde una lectura psicoanalítica. Rescatado en:
<http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2258/1/Cuerpo%20Virtual.pdf>
- Riquelme, M. y Schade, N. (2013). Trastorno somatomorfo: resolutivez en la atención primaria. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*, 51(4), 255-262.
- Rodríguez, J. (2019). Ponencia "Winnicott: el problema de la agresión y la tendencia antisocial". Ciudad de México.
- Rodulfo, R. (1992). *Estudios clínicos: del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rosell, J. (2005). Vertigo psicogénico. *Seminario Médico*. 57, (1). p.p. 51-54.
- Rother, M. (1989). La elaboración de los duelos en la adolescencia. *Revista de psicoanálisis*. 46(6), p.p. 950-960.
- Rother, M. (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Argentina: Paidós.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Rev. Reflexiones*, 87(2), pp. 67-80.
- Salazar, B., García, A., Mateo, A., Fuentes, J. y Companyó, C. (2014). Mareo subjetivo crónico. Una entidad a tener en cuenta en nuestras consultas. *O.R.L. Aragón*, 17(1): 18-22.
- Segal, H. (1989). *La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*. 1ª ed. México: Paidós.
- Sibina, S., Ramos, L. y Ferrer, O. (2002). Globus hystericus, personalidad y psicopatología. *Acta Otorrinolaringol Esp.*, 53: 174-180.
- Sifneos, P (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge; Harvard University Press.
- Smadja, C. (2005). *La vida operatoria: estudios psicoanalíticos*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. APM.

- Scalozub, L. (2017). El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. *Psicoanálisis*, XXIX (2). 337-391.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ª ed. México: McGraw Hill.
- Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo: las crisis adolescente*. 1ª ed. España: Ludus.
- Tucci, D. (2016). Mareo y vértigo. Manual MDS. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/abordaje-del-paciente-con-problemas-auditivos/mareo-y-v%C3%A9rtigo>
- Unzueta, C. y Zubieta, P. (2010). Una lectura psicoanalítica de los síntomas contemporáneos en la adolescencia dentro de la era de la globalización. *Ajayu*, 8(2), pp. 29-44.
- Uriarte, V. (1997). *Psicopatología*. 2ª ed. México: Editorial de Autor.
- Uribe, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicosomática, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25: 7-20.
- Urribarri, R. (2015). *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. (1958). El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad. En *Los procesos de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo*. Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1963 [1961]). Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado. En *Deprivación y delincuencia*. Comp. Clare Winnicott, Ray Shepherd y Madeleine Davis. 1ª Ed. impresa en México [2016]. México: Paidós.
- Winnicott, D. (1968). Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior. En Winnicott, (1971). *Realidad y juego*. Reimp. digital 2013. México: Paidós.
- Winnicott, D. (1968). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En Winnicott, (1971). *Realidad y juego*. Reimp. digital 2013. México: Paidós.
- Winnicott, D. (1969). Muerte y asesinato en el proceso adolescente. En Winnicott, (1971). *Realidad y juego*. Reimp. digital 2013. México: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1986 [2004]). El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Argentina: Paidós.

ANEXOS

Poemas escritos por leonora

“Sin título”

Nada es como se supone sea,
Todo es al gusto de cada persona.
Mientras yo trato de hacer las cosas bien
Todos los demás hacen sus propias reglas,
Es por ello que todo se sale de control
Y tu conciencia comienza a revolverse
Y por consecuencia te sientes,
Sucio, como si tu cuerpo y tu fueran
compatibles.
Y estas consciente de que eres esa
persona,
Pero tu físico no son igual.
Yo trato de hacer las cosas bien,
pero todos los demás viven felices,
yo vivo llena de complejos, aparento ser
feliz,
en realidad no me falta nada,
tengo todo para ser feliz,
pero aún así mi mente no me deja,
siempre recuerda que algo está mal,
hago las cosas a medias.

“Antes”

¿Alguna vez apareciste, tu inocencia?
De pequeña, soñabas con princesas
Ahora tu mente es hueca,
la vitalidad que corría en tu rostro
Y manchaba tus mejillas
Ya no pinta.
Tenías un propósito para caminar,
Y ahora cada día te encorvas más,
Brincabas, gritabas, imaginabas...

Dime ¿que tan pesada se siente tu
conciencia ahora?
Querías crecer, ser bella, ser como
cualquiera,
Pero jamás te percastaste,
que lo único que veías en el espejo
Era a ella.
En realidad no querías cambiar,

pero tu admiración hacia mamá era más
verdad.
Te urgía crecer, buscaste la manera más
fácil de llegar,
Al final ¿qué más da?...
Cada día el pensamiento, obliga a que
regreses,
Pero tu sabes que el presente es presente,
Sabes que después de experimentar,
Nada es igual.
Amiga mía que pena me da,
Tanta vitalidad desperdiciada
En estereotipos,
Ahora solo hay que esperar.
Suplicame que no me vaya,
Grítame que no me aguantas,
Hazme flotar, pero déjame amar,
Sostén mis ilusiones y no me permitas
olvidar.

“Ven ya”

Nunca imagine que fuera posible poner la
mente en blanco.
Ni una sola vez, pensé que me frustraría
tanto.
La desesperación, invade mi cuerpo,
Me inmoviliza y ya no siento.
De hecho, no puedo,
La inspiración, me abandonó,
Necesito una razón.
Detesto no tener nada para recordar,
Nada para pensar.
Ven ya,
Ocúpame,
Hazme sentir necesitada,
Déjame que te suplique,
déjame que me inspire,
Porfavor, una vez más,
Dime que el amor, viene cuando ya no
estás.
Dame esperanzas para triunfar.

¿Qué pasa aquí?

El tiempo se hacía eterno,
Los minutos me pesaban,
La ilusión me mataba,
Al llegar todo se hizo realidad.
Era perfecto.
Pasaron las horas, los días y las semanas,
Mis sentimientos no cambiaban,
Un día como hoy,
Todo comenzó,
Me abrazaba y nada,
Me besaba y no me sincronizaba,
Una emoción me invadió
No era nada agradable,
No pude descifrarle,
Decidí contarte, para no lastimarte.
No fue la mejor decisión,
Perdí la inspiración,
El mundo se revolvió,
Mi mente no era clara,
Y solo dudaba.
¿Qué pasa aquí?
Aún me emocionó al oírte,
Cada vez que lo nombran,
me lleno de latidos
pero... aún no me sincronizo,
no siento sus labios,
no siento amor.
Me mató.

“Apreciarte”

Fuiste una gran amistad,
Nunca te supe apreciar,
Ahora solo quiero aprovechar,
Que me vuelves a mirar,
Quisiera vivir más junto a ti,
Extraño cada defecto tu cuerpo,
Tu ingenio era inigualable,
Tu sonrisa era esperanza para la vida,
Tus palabras, mi razón de cantar,
Pero ahora, no sé nada de ti,
Lo se, fue mi culpa, descuidé tanto amor
En tu corazón, perdón.

“Ya no más”

Preguntas, preguntas, preguntas.....
Estoy segura que tengo todo para resolver
las dudas.
Mi vida ha sido poca,
Pero tengo la sensación de saber cosas
que nadie más.
No me siento de mi edad,
Por dentro estoy en mi estado terminal,
Por fuera empiezo a aparentar la verdad,
Pero no quiero abandonar,
El dolor me recuerda que vivo,
Pero se que también me va a acabar,
Prefiero estar dormida,
Estoy segura que cuando acabe de
respirar,
Tendré mucho que trabajar.

Mi madurez me sorprende,
No quiero abandonarme, no quiero
dejarme caer, no quiero crecer.
Ya no más preguntas,
Déjen de hablar,
Mi cuerpo va a acabar su ciclo final,
Respeto a mi ser,
Ya no quiero aprender,
Mi capacidad no da para más,
Ten piedad,
Déjame terminar.

“Pesada”

De experiencias se vive,
Yo estoy muerta
Mi físico siempre presenta,
Pero ya no hay nada dentro,
Siento que me quemo,
El dolor es agudo,
pero aún oigo sus graves,
no tiene sentido,
me siento pesada,
la comida ya no me hace falta,
el agua no me moja,
cada vez hay más líneas recorriendo mi
cuerpo,
deje de pensar,
abandoné mis ilusiones,

no hay palabras que describan el fuego
que arde entre mi abdomen,
ni calor que extinga el frío de mis
extremidades,
me faltan emociones,
mi cabeza se siente como llena de aire,
duele, olvido hasta como hablar,
me encantaba cantar,
cada vez me siento más cerca de estallar,
mi piel se ha vuelto gris,
mis ojos ya no ven,
Froto con violencia mi piel,
Pero ni así siento consuelo, en mi ser.
Estoy a punto de flotar,
De despegar,
No sé cómo pasó, pero el miedo se
perdió.
Estoy lista para cerrar.
Lista para ya no cantar.

Notas clínicas: sesiones Px. Leonora

8 diciembre (ÚLTIMA SESIÓN)¹

Cuenta sobre una película donde identifica aspectos de su vida, como *el miedo a la muerte de sus padres*, se pone a reflexionar de porque no los valora, así como de que su madre quiere que haga las cosas en el momento, como es estudiar.

Recuerda que el personaje de la madre convivió ante sus temores y tristezas. ¿Y ahora quién me va a consolar? ¿Y ahora a quien le voy a contar? Se señaló que habla también del miedo y tristeza a la separación de la terapia, pareciendo que la voy a abandonar. Pero que debe recordar que hay cosas buenas en su mente y no todos son destructivos como ella teme, es por ello que las oculta, según cuenta ella. Ya que si la molestan y ven su enojo, la molestarían más y cree que les diría cosas feas y los hiriera.

También se le señaló que al igual que ella comentó a un amigo a quien escucho aunque no le diera buenos consejos es que entendiera lo que hay detrás de su historia. Pues Leonora borra o ha borrado eventos de su vida, pues recordarlos le causaría dolor.

3 diciembre

Menciona tener sueño por hacer un trabajo, titulado Proyecto de vida, que lo trabajo hasta las 5 am, pero agrega que no pensó bien el futuro. Sabe o tiene confianza que le irá bien aunque no sepa a que se dedicará, le gusta la Pintura y la Química.

Se agarra los ojos constantemente y trata de abrirlos, menciona el intenso sueño. Se le señala que parece que ahora en vez de cerrarse la garganta esa parte de su mente la quiere ver dormida o que su mente este dormida.

Su madre le dice que va a trabajar en un banco, siendo gerente y no una cerilla de centro comercial.

Recuerda que le disgusta que su madre piense que es ratera, que le roba (el cariño), lo relaciona con las deudas que no le gusta tener. El frasco de dinero que tomo y su madre le reclamó.

24 Noviembre

Cuenta el motivo de las faltas, las cuales han sido porque se le olvidó, otra mas por que no quería hablar con nadie, estaba irritante con todos y se puso a hacer sus trabajos y tareas pendientes.

Sin embargo, también mostro deseos de reparación al intentar recuperar las sesiones. Se le señaló la parte de que todo el tiempo parece tener sueño (como en

¹ El orden de las sesiones corresponde de la última a las primeras consultas.

la sesión), antes de ello comentó que hasta le duele la cabeza de recordar que le digan que ella y un compañero (Ivan) parecen novios, incluso Leonora señala que se pelean como esposos, pero arreglan las cosas hablando. Se le señaló que parecía tener el problema de la bella durmiente, en espera de su amor que la despierte o que esta hechizada, lo cual la hace dormir. Leonora reacciona diciendo que no esperaba o no había pensado así.

Agrega que no es indispensable un novio, lo cual se le señala que se trata de sentir. Lo mismo que parece que prefiere escuchar sobre los problemas de amor de otras que vivirlo ella. Ya que dijo que los demás le platican de sus cosas y se duerme, después al despertar quieren platicar con ella.

Se le señala que quizás tenga algo de las chicas que critica de tener varios novios. Pero lo niega.

Dormir.- El amor: Los temas desarrollados: Los novios de las amigas. No querer pensar a Ivan como pareja. Lo irritante que es con todos.

Se señaló que el ataque de las faltas y que es una parte que se ríe de ella, de que haga mal las cosas, como el escribir mientras duerme.

10 Noviembre

Inició contando que ya la dejan salir sola por la calle aunque sea acompañada con su hermana, pero tiene que hablar por teléfono cuando llega.

Esto no lo sabía, su padre se enteró u les dice a sus hijas a modo de reclamo que por qué no se lo habían informado, “me tienen que contar”, tras enterarse, entonces le pide que vayan por mandado. Y agrega que ya no las dejará salir pues sino se van a ir y lo van a dejar solo y él quiere que siempre estén sus hijos a su lado. Ya que Leonora quiere irse a Londres y ya no los va a ver, pero después Leonora desmiente esto para calmar a su padre, ya que piensa que su hermana dice las cosas directas, y ella quizás cuidando que no se escuchen tan feas. Mira a su padre triste ante esta idea.

Menciona que ahora su madre se interesa por su vida, por escuchar ya que antes, mientras le contaba algo de ella, la madre no le prestaba atención y miraba su celular, tecleando, Y solo escuchaba y le importaba lo de la escuela, en ocasiones ni la saludaba al verla y le preguntaba de su tarea (estricta) por ello Leonora prefería ya no contarle más, en ocasiones se sorprendía la madre de los amigos que le contaban de Leonora o repentinamente mostraba interés, aunque “hacía como si escuchara”. Con su padre dejaba de prestarle atención aunque con él, intentaba escuchar y le ha tenido más confianza.

_Desde pequeña de 6-8 años se identifica que por no dejarla salir o ser libre es por ello que pensaba o tenía una forma particular de pensar, la cual fue *depresiva* y *enojada*, lo recuerda en sus dibujos, en sus poemas y en su vida cotidiana, después

llegó a pensar que ya lo sabía todo, era payasa y no se llevaba bien con su hermana, de quien quería que le contara todo. Recuerda que al no dejarla ir a fiestas, la respuesta de su madre era “todo a su tiempo”, igual el padre,, pero con la diferencia de que él agregaba, “tienes que ganarte la confianza”, lo cual tenía que llegar a la hora límite de sus salidas, menciona que perdió la confianza de su padres al entrar a primero de secundaria, no hacer tareas y bajar calificaciones.

Menciona que de pequeña, al separarse sus padres, ella asignaba a sus fines de semana exclusivos para estar con su padre, aunque no fuera a fiesta, aunque ahora se pregunta el porque nunca le pidió a su padre que la llevara. Leonora: El amor de su vida.

5 Noviembre

Inició contando avances de sus síntomas, como ya no arrancarse los pellejos de las manos o no rascándose las costras, no sabe por que así como poder descansar al dormirse temprano, lo cual provocó en ella estar bien todo el día. Incluso tomo agua y jugo con un amigo a quien considera que “su vida está resuelta”, debido a que este chico trabaja y gana dinero, aunque siga viviendo en casa de sus padres.

Recuerda por otra parte sus 15 años, de los que ya no hay tiempo para planear debido a que falta solo 2 meses y ni aún ha elegido a sus chambelanes que se aprendan la coreografía.

Después cuenta algo que le sucede, lo cual es darle asco los olores, percata-percibe un olor y si huele otro, y al combinarse los olores, le empieza a doler la cabeza, siente ganas de vomitar, y señala con su dedo (como perforar o pulsar desde su estómago hacia fuera) así dice ella. “No sé cómo pero es así”. Se marea y ya no puede comer.

La última vez fue en octubre en su firma de boletas al darle atole y pan de muerto. Se percata que su padre le ocurre lo mismo, por eso se tapa la nariz con las manos, disimulando pensar. Leonora procura no oler mientras come, por eso come rápido. Esto le ocurre después de su primera operación hace 1 año cuando entró a 1º de secundaria,

Dice (asocia) que era muy diferente al ser presumida, cree que lo sabía todo y que por eso no le importaba morir. Aunque ahora es su miedo que después de la muerte no haya nada y su consuelo es que siga la vida sin ella.

Señalamiento: ¿De dónde crees que venga eso? Del pasado, de algo ya vivido, crees que es un miedo al futuro pero es algo ya vivido.

Señalamiento: Asco son los errores de la madre, el alimento que no puedes digerir y no oler más, pero choca con lo de tu padre, de aprender de los errores y seguir aprendiendo (oliendo).

Señalamiento: Padre anima, madre desanima. Vida y muerte.

Retar a la vida para convencerse que todo apesta.

Mi madre me dice que me parezco a mi padre, cuando se enoja y le doy besos, lo mismo hace papá para reconciliarse con mi mamá.

Mi madre hace ver los errores y no los olvida, los restriega.

Padre estas por el mal camino y caerás como yo en un hoyo profundo, aún puedes salvarte.

3 Noviembre

Leonora cuenta que tras el enojo de Ivan (a quien le perdió su celular y cartera) la buscó para reconciliarse, no sin antes reclamarle lo que observó en el celular de una amiga. Por otro lado, narra que no salió en la obra que estaba ensayando como “la Catrina”, cuenta que es Noviembre una fecha que le gusta, pero en el grupo de oración católica, le dijeron que el Halloween, era malo.

Cuenta después que un día faltó a los ensayos por visitar al médico (prueba de cáncer de mama), debido a que su bisabuela muere debido a esto. Su madre le programó este estudio. Ese día perdió puntos de calificaciones. Al día siguiente realizó un ensayo general pero el día de la presentación no salió, actuó “pues ya”, se subió y pidió libretas para pasar sus apuntes con el fin de recuperar lo perdido (los sellos), los maestros le preguntaron por que no salió, ella no responde por que ya lo había dicho a sus amigos y compañeros, esto lo relaciona con que su abuela le repite que se tiene que levantar. Se le señala que si es un recordatorio de ser vista como incapaz, niña o bebe. Leonora responde con un “no sé”, se le señala que parece que no habla lo que debe con quien debe. Leonora vuelve a responder que ya lo había repetido, dice no saber que. Se le señala que es un recordatorio de que es tonta. Después cuenta que a veces al contarle a su padre, él no la escucha, no le presta atención y trata de que se lo repita de nuevo, pero Leonora no accede, dice que se parece a ella, se enojan y luego piden perdón o ruegan. Se le señala que entonces no decirle a los maestros es porque no la escucharían y haría el ridículo. Parece Leonora que tiene *belle indifference*, ante su desempeño académico, se le señala que deja que todo le pase y que parece que busca que le rueguen los maestros, que oculta sus sentimientos) para que no crean o piensen de ella un desperdicio, lo mismo que hace en la transferencia, al decir, Pero ya estoy bien. Provoca en los demás que la defiendan (aunque no le guste) porque se pone como víctima y provoca eso en los demás. Leonora asocia que ya no se le olvidan las cosas, pero no puede enfocarse. Se le señala no querer tirar ideas basura de su mente por buenas.

27 octubre

Leonora se pregunta ¿Por qué desde que llegó a la escuela rechaza a las personas? No quiere escucharlas, solo son unas pocas (algunas amigos) que si les habla. Enseguida cuenta que perdió una cartera con \$2 000 pesos y un celular de su mejor

amigo Ivan, después todos le preguntaban porque estaban enojados. Ivan le dijo que ya no le hablaba más. Ella intentó encontrarla en los salones. Al salir de la escuela, caminó hacia unas calles donde se encuentra un oxxo y regreso a la escuela, tenía necesidad de correr, en el transporte ya no quería estar y no quería escuchar la música de la radio. Solo quería escuchar Banda, esto lo relaciona con su mamá, haciendo el quehacer. Reiteradamente, mencionó que no quería que le hablaran y les decía “No tengo nada”, esto a su familia y amigos. Cuando se encuentra enojada antes escribía pero ahora no pudo y quería correr Tenía ganas de gritar pero dice que no podía hacerlo como loca y por eso estaba cantando muy fuerte. Quisiera que estuvieran aquí Paola, Armando o Ivan, pero parece que le enoja que le pregunten sobre ella haciéndola sentir como una niña pequeña.

Intervención: huyes de ti misma, de tu propio reflejo.

Intervención: No deseas sentir lo que debes sentir, como enojo, vergüenza, tristeza. Porque encierras tus emociones y los pones en el cuerpo. M: No lo había pensado así.

22 Octubre

Inicia que ha aprendido a bailar y lo hizo hasta las 4 de la mañana. No sabía pero aprendió en una fiesta y lo hizo rápido. Esto porque su padre le dijo. “Hecha relajo” lo cual la hizo bailar. Pero al amanecer se sentía mal. Antes su cuerpo se ponía duro y tenso de las piernas al querer bailar. Antes de ello, no le gustaban las fiestas pues le aburrían. En esta fiesta que fue eran 15 años, lo cual le pareció sencillo. Señala que ahora no le da pena, se sintió feliz.

En las fiestas anteriores se engataba y se dormía, por ello nunca le gustaron las fiestas. Ahora no le gusta estar en la casa y en ninguna casa.

En la mañana, no tenía ganas de hablar, no quería contar nada, estaba cansada. En su cuarto trata de hacer ejercicio para sentirse feliz o ese efecto consigue. Menciona no soportar a nadie, a su abuela, le dice que no quiere estar con nadie. En la escuela ya no les habla a sus compañeros, ella espera que les hable.

No le gusta responder, solo una vez sino se harta.

15 octubre

Inicia preguntando si aún puede acudir los lunes y miércoles a sesión, enseguida cuenta sobre su estrategia de como pasar las materias, en la cual prefirió reprobar con 5 para realizar exámenes de reposición, y sacar más calificación, ya que no deseaba sacar 6 o 7. Leonora tiene la seguridad de aprobar con mayor calificación, sin embargo, sus padres no le creen, en especial su madre de quien dice que ha perdido su fe en Leonora, describe que su *madre es perfeccionista*, todo lo que quiere tener en orden. La llama “*cerrada*”. Pero con su padre, siente que la apoya más, aunque los dos padres no dejan de pensar que es floja y no podrá recuperar

calificaciones como otras veces se los ha dicho. Leonora cree que en diciembre tendrá mejores calificaciones. Se le pregunta ¿Qué es lo que necesita para obtener la confianza (fe) de su madre? Ya que menciona que ya ahora, todo esta bien, en su escuela hace los trabajos *se siente más segura*, sin pena, no como antes que no podía expresar lo que deseaba.

Recuerda que de los 6 a los 11 años, se sentía insegura, fea y jorobada, haciendo dibujos así. Desconoce porque se sentía así. Agrega que solo le hablaba a las mujeres y los hombres se les acercaban para preguntarles si querían andar con ella, lo cual los rechazaba. Menciona que no podía expresarse, pero ahora es segura. Antes de esto menciona que lleva casi todos los días sus pans, debido a que no le gustan sus piernas.

Tras preguntarle si se siente fea por dentro, dice que ya no, aunque si lo recuerda. Al final de la sesión habla sobre su operación, aquel día caminó para llegar a casa, ya tomaba agua y se cuidaba, tomó un licuado y después ya no podía caminar. Después de la operación deseaba regresar a clases lo antes posible.

1 octubre

Le da tristeza cuando dice mi papá que yo soy la mujer que cambió su vida y que por mi cambió y que hizo muchas cosas, ya que al enterarse de que mi mamá estaba embarazada, se casaron y mi papá cambió, comenzó a trabajar en muchas cosas.

Leonora piensa que no la planearon, ya que su mamá fue tonta al embarazarse ya que estaba estudiando y se tuvo que casar. Su padre comenzó a hacer muchas cosas, le dice que por ella cambió su vida, y Leonora responde que “lo siente”, le dan ganas de llorar al recordar esto, sin embargo, ríe, sin saber por qué.

Recuerda que su padre era inmaduro, cuando estaba con sus hijas las dejaba hacer lo que quisieran, si no podían dormir veían una película.

No le gusta que le den cosas (regalos) por que me daban mucho de pequeña. Recuerda una vez que su madre dejaba dinero en un frasco para lo que quisieran ella y su hermana. Y una vez Leonora sacó dinero de más y dudaba si se lo decía o no, al decírselo su madre se enojó, diciendo que está bien que agarre pero no mucho. Sin embargo, desde ese evento Leonora ya no le pide nada.

Cuando le preguntaban de pequeña por sus padres, les decía que estaban trabajando, los niños se confundían tras la respuesta. Leonora no sentía nada, le fue normal, preguntándole sino sentía feo ya que algunos compañeros tenían sus padres separados y así lo sentían.

Recuerda que su madre nunca llora, se hace la fuerte e incluso cuando descubrió a su padre con otra mujer en un carro, sacándola de los cabellos. Leonora tenía 1 año de edad y se encontraba muy enferma, alguien había visto a su padre con alguien

en el carro y le fueron a avisar. Aquella vez lloro su madre pero con solo brotarle las lágrimas sin lamentos. *Se señala ¿A quién se parece? Yo me parezco a ella.*

No le gusta preguntar las cosas, ya que siempre acaban contándole las cosas, como ejemplo una amiga que con tan solo acercarse a ella, le comentó sobre sus sentimientos. A su vez asocia que su padre le cuenta todo, a quien vio en el día, pero también le indica que recuerde datos, papeles, claves de internet o de otras cuentas del padre por si algún día faltará o ya no esté él. Comienza a titubear su discurso y le señalo *Parece que es una despedida cada vez que te cuenta algo. Te es difícil pensar la ausencia de tu padre.*

Pese a las amenazas que su padre le dice y hace al quitarle objetos Leonora muestra confianza y acepta el castigo del padre, pero ella tiene confianza que le van a dar las cosas, pues desde pequeña le han dado cosas sin que ella las pida.

Los padres guardaban los papeles de divorcio “*como un tesoro*” Recuerda que apenas sabía leer, ella y su hermana entraban a la habitación de la madre tratando de leer lo que decían los papeles. Me decía mi hermana pero tú si sabes leer.

Inicia la sesión diciendo que no podrá venir dos días a la semana pues lunes es inicio de semana, su abuela no puede traerla y no le dejan dinero. Después menciona que su papá, su mamá y su abuela, a consideran tonta, distraída y floja, acepta que sea distraída, lo demás no. Menciona que esta decidida a cambiar y mejorar, pero desconfían de ella. Como el venir sola a consulta si es que vive cerca de ahí (a una cuadra).

22 Septiembre

Da inicio a la sesión explicando que el miércoles no pudo llegar a sesión debido a que ese día cortó a su novio (Erik), a través de un mensaje de texto. Al llegar a casa eran las 5 de la tarde (hora de la consulta) y su abuela la miró preguntándole que le ocurría. Ella le cuenta que ya no tiene novio. Esto coincide con el día en que Casandra inicia una relación de noviazgo, su padre le pregunta entonces a Leonora ¿y tu novio?, al responder que ya no tenía. Menciona el padre que mientras Leonora sale de la cueva ahora su hermana entra, pero que eso le iba a ayudar a su hermana pues Leonora ya sabía.

Leonora menciona que ya lo venía pensando que no duraría con su novio, ya que en la escuela le preguntaban sobre su novio.

Aquel día Leonora comparte sus sentimientos con su familia, su padre, su madre, su abuela y su hermana, llorando por dos días pero después de ello ya no lloró más. Pensó que duraría más. El (sentimiento de tristeza).

Leonora menciona que a partir de la ruptura, ya le dan ganas de hacer las cosas como hacer su tarea, platicar con las personas, etc. Antes no lo hacía. S: que solo con su novio tenía ganas para él, juntaba su gusto para él.

Ahora ya le dan ganas de tomar agua, cosa que no quería y no sentía necesidad, la rechazaba.

Se le señala: Has integrado a una Misolava por la parte de mostrarte como alguien que puede estar triste (abatida) por una ruptura lo cual ocultaba tu fortaleza y por otra parte compartir con sus padres. Fue liberarse de ella misma, de esa imagen consigo y no del novio. Leonora responde no lo había pensado de esa manera.

A lo largo de la sesión mostraba gestos de pereza, de tener sueño, incluso lo mencionó al inicio de la sesión, debido a que no duerme por las noches por pensar o recordar lo que vio en el día, como ejemplo menciona que piensa en cómo iba vestido alguien, y se esfuerza en recordar detalles. Esto lo asocia con el clima nocturno, el cual para ella la motiva, asocia con *recuerdos de su infancia* de cuando tenía 6-7-8 años e iban a Cuernavaca donde el clima era semejante.

8 Septiembre

Reconoce al final de la sesión que cada vez que se le cierra la garganta se debe a que se empieza a dar cuenta de algo o esta aceptando algo. Esto ocurre tras mencionarle que hay dos partes de Leonora, una pequeña (niña) y otra madura, ella refiere que la madura le dicen que ella es así, pero Leonora no reconoce que sea así, y la pequeña es como se siente, es decir no de su edad, y se sorprende pues ya va a salir de secundaria y se siente pequeña. I: No se pequeña ni madura, sino en crecimiento y querer vivir su etapa. Añade “me quiero saltar esa parte de mi vida, pero dicen que es la etapa para experimentar”.

Cuenta una escena que presencié, la de una hija llorando porque su padre no vendrá a casa y llora por la idea de que no la quiera su papá. Enseguida la otra hija pequeña dice que eso no es verdad, la consuela tratándola de convencerla.

Recuerda que esperaba a su padre en la madrugada para poderlo ver, aunque solo fuera un momento. Y lo que hacía su papá era regalarle cosas para compensar su ausencia. Pero Leonora no le da importancia a los obsequios, es como ver algo cotidiano, como ver la pared. El padre la amenazaba para que la obedeciera, al advertirle que le quitaría las cosas que le regalo, sin embargo Leonora no le daba importancia y así manipulaba a su padre. Cuando le regalan las cosas así sean sus padres es como quedar adeudada y tener que pagar como recuerda su madre que cada vez que perdía útiles le decía que se lo anotaría como deuda.

Existen dos sensaciones 1) Temblor-frío en el cuerpo el cual le ha ocurrido en la escuela. 2) Dolor de cabeza, como algo que le empuja para afuera, siente que se le sobresalen los ojos como si se inflaran, y en cualquiera de las dos circunstancias, le puede dar aumento o disminución de temperatura, fiebre o escalofríos; ya sea en la mañana o en la noche. Y lo soluciona durmiendo por lo menos dos minutos.

Otro evento es que ha ido a urgencias por no tomar agua. Un miércoles que fue intenso su malestar, prefirió no bajar a servicios médicos.

Se le señaló: “No enfrentarse a las dificultades, como decir “No sé”.

Se la líder que la sigan, manipula, pero al tener a muchos desespera, se siente comprometida.

27 Agosto

Un sábado hace dos meses, en periodo vacacional del tratamiento, cuando Leonora permanece en casa de su padre, le dan dolores de estómago, por lo que es intervención quirúrgica por apendicitis, le explican que se debe a que su intestino es flojo, por lo cual se indica ingerir fibra, tomar agua, hacer ejercicio y no comer picante. Leonora fue internada en el Hospital cerca del Parque de los Venados, así mismo menciona que se aguantaba a ir al baño.

Hace 15 o 20 días en la secundaria comenzó a experimentar dolores de cabeza, sentía el cuello tenso, el cuerpo caliente, temblor en las manos, al ir al doctor se le fue quitando los síntomas, pero se le indicó realizarse estudios de tiroides. Lo cuales salieron negativos para alteraciones orgánicas, solo saliendo bajos niveles de sodio.

El viernes pasado en la madrugada, Leonora fue llevada a urgencias debido a que no podía hacer del baño desde hace 3 o 4 días, pero ella no lo había notificado. Se encontraba en casa de su abuela y le llamaron a su madre.

P. ¿Dónde te quieres quedar? Yo voy donde me digan.

La madre dice que tiene que cuidarse sino siempre va a estar en el hospital y le va a salir caro.

20 Agosto

Recuerda que desde que le empezaron a gustar los niños tuvo problemas en la escuela, ya que solo iba a la escuela para esperar lo que le dijeran o le hicieran sin embargo nunca les dijo que le atraían, fueron como 15 niños que le gustaban, pero esta atracción era efímera, ya que solo le gustaban por algunos días hasta que le volvía a gustar otro niño.

Al ir a casa de su abuela, Leonora recuerda haber conocido a Francisco, un amigo de la infancia, con quien jugaba y se identificaba en diferentes gustos y pasatiempos, les hacía reír a ella y a su hermana, al crecer y convivir con él se percató que se estaba enamorando de él, lo cual le dio mucho miedo y decidió alejarse de él y no contactarlo más. Fue poco después que conoció a su actual pareja Erik, con quien repentinamente se enamora, pero actualmente al ingresar Erik a la preparatoria ha sido cortante, con poco tiempo de frecuentarse, eso le sorprende a Leonora. Se percata de que Francisco la ha buscado y se siente dudosa por tener a los dos.

Leonora percibe sentirse pesada sobre todo su cuerpo por dentro y tensa sobre sus músculos. El peso del cuerpo lo ubica en su cabeza por dentro y lo relaciona con

tener el cabello largo, ya que siente que le ahorca, por ello ha optado a cortarse el cabello para estar más cómoda aunque no se le quite la sensación de pesadez. Actualmente se amarra el cabello aunque tenga poco.

Otro aspecto es que percibe que al cerrarse su garganta es como si sintiera que esta a punto de llorar, lo cual se le señala que le llora a alguien. Se queda pensando, reconociendo que ya lo había escuchado en algún lugar, por lo que señala que fue aquí. El cierre de su garganta ocurrió durante la sesión, relacionada con hablar sobre aspectos de los que se percata de algo, evidencia partes de ella o quiere señalar algo de sí.

También tiene la sensación de ya no importarle nada, como pasar al pizarrón y exponer o hablarles a chicos, el cual ha aumentado el número de muchachos quienes le hablan, pese a ello no les interesa. Se le señala que es como arrancarse los sentimientos. Leonora siente que aunque tenga problemas todo tendrá solución, lo cual no le importa.

Al ingresar a 3º de secundaria le entusiasmó conocer a sus nuevos profesores, ya que son exigentes y la ponen a trabajar. Recuerda que desde primaria no le gustaba que los niños se acercaran a ella para andar ya que no solo le decían a ella sino a otras chicas más. Esos mismos chicos andaban con alguien y tiempo después andaban con otras.

6 agosto

Leonora comienza acusándose de que se enoja más con sus padres y agrede más a su hermana.

Ahora al debatir contra su padre sobre las opiniones y representación (floja y fracasada) que expresa a Leonora en relación a su desempeño escolar, a Leonora se le cierra la garganta al reconocer enojo, “sin poderle decir algo”, de poder defenderse. Solo asienta lo que escucha de su padre, aparentando no pasar nada, entonces su padre se enfurece, interpretando indiferencia o rebeldía.

Leonora tiene la sensación de ser motivada y después la reta (confrontación) diciéndole que no va a poder pasar sus materias, o seguir estudiando, amenazándola que la va a sacar de estudiar. Leonora reconoce que si *“la retan” ella hace a toda costa lo contrario o demuestra es capaz*, como lo hace comúnmente entre sus compañeros, sin embargo con sus padres es incapaz de ello, desconoce porque. Le señalé que quizás tenga miedo de destruirlos con su enojo, ella duda a pensarlo así.

Al ser regañada o ser juzgada por sus padres como ella lo percibe, calla su enojo y es su hermana quien actúa como su interprete, aclarando a sus padres la dificultad que está pasando Leonora, interpreta sus sentimientos, corrigiendo a sus padres sobre lo que piensan sobre Leonora.

Con su padre el conflicto se desata debido al tema de la escuela y su bajo rendimiento. Le señalo que parece que todo se le va de las manos, a lo cual agrega que sabe que tiene la capacidad pero se desequilibra.

Con su madre el tema de discusión es la fiesta de sus 15 años, ya que la madre impone sus deseos ante los de Leonora, en relación a la organización de la fiesta. Leonora desea tal cosa y se ve impedida por algo.

Otro aspecto es que se siente amenazada su grandeza de talento (en la escuela) al observar que algún compañero se destaca en algún trabajo o que lo haga bien, entonces ella halaba dicho trabajo pero enseguida ella lo intenta mejor, ocultando que lo hace para sentirse “la más”, ocultando su intensión. Esto lo asocia con autolesionar su cuerpo al pellizcarse los brazos y pestañas, sacarse sangre de sus dedos al mordérselo, cree que es castigarse.

Es incapaz de concentrarse en una sola tarea por eso hace más de dos actividades a la vez, como suele ocurrir al jugar un videojuego. Le señalo que es como sentirse sola con una cosa.

Agrega que al dormirse junta muchos peluches alrededor de ella porque tiene a sensación de caerse, mismo que ocurre frecuentemente al sujetarse siempre de algo, lo que ella llama “al amarrar su cuerpo” con algo, ya sea una silla, una mesa etc. Y sin percatarse ya esta en una posición donde su cuerpo (brazos o piernas) se sujetan a algo.

Por otra parte menciona no dolerle los moretones, las lesiones en el cuerpo. Le señalé que parece que el dolor prefiere sentirlo en el cuerpo.

26 Junio

Con sus compañeros se enoja fácilmente y descarga dicho enojo con otras personas. Con su padre discute sobre quien tiene la verdad (sobre ideas; qué temas....

Al explorar si su llanto se relaciona con el divorcio de sus padres, se queda callada y llora. De igual forma llora cuando escucha cantos religiosos, se pregunta por qué llora. Así también cuando ve películas de amor, “yo sé que no me pertenecen esos sentimientos pero me hacen llorar”. Leonora considera que no le gusta llorar.

Su padre le ha contado a Leonora que cuando ella era pequeña, y su padre tomaba drogas, Leonora trataba de ayudarlo, [P: ¿se aproximaba para abrazarlo, pero el padre la alejaba], sin embargo no lo recuerda esto, pero al pensarlo le invade la sensación de llorar (lo observo en su cara y sus ojos, el esfuerzo por no llorar).

Sus padres le impedían ver los papeles de su divorcio. Leonora no los recuerda juntos, solo cuando ella tenía seis años los recuerda juntos.

19 Junio

Reflexiona que se enoja fácilmente con sus amigos debido a sus comportamientos infantiles.

Menciona haber visto una película, provocándole motivación por la escuela, debido a que observa el apoyo de un adulto a un adolescente que es inseguro, la cual la hace sentir con la capacidad de realizar las cosas. Al día siguiente, durante el día

Ahora nota que ya no se ríe de las tonterías (comentarios) de sus compañeros ya que *“le son castrantes”*.

Por otra parte se preocupa por los sentimientos del grupo, de sus compañeros, escuchándolos ya que se acercan a ella, Se preocupa primero por los demás, prefiere hacer los trabajos de sus compañeros y después los de ella, descuidando su entrega de trabajos y tareas. Ya que si no les hace caso se siente culpable. P. ¿de dónde viene la culpa?.

No le gusta que estén a su alrededor de ella mucha gente, que le estén hablando al mismo tiempo a ella. Pero señala que ella es aceptada a otros grupos cuando están platicando, la integran a la problemática de lo que estaban hablando. *Si no les hace caso se siente culpable*, como una carga hasta que va y los escucha.

12 junio

Llega con sueño y cansancio, hasta perdió el transporte al quedarse dormida, pero encontró a una compañera para regresar a casa.

Menciona que le da asco la relación de esta amiga con su novio , describe al novio como presumido.

Leonora menciona que en el grupo le quita sus alimentos, le piden y la dejan sin alimento.

Tiene dificultad para realizar y entregar las tareas, culpando a los demás por no avisarle. Se le cuestiona si eso debería ser así, lo cual asocia que le aplastaron su alimento.

5 Junio

Leonora se queja de sus compañeros criticando su forma de ser, los describe desastrosos y que haya alianzas y que poco les importe sus calificaciones o trabajos que entregar.

29 mayo

Cuando su padre le cuestiona sobre el tema de su desempeño en la escuela, Leonora se resiste a hablar guardando silencio, en ese momento *siente que se le cierra la garganta*.

Otro aspecto, es que *teme a la muerte de su padre* (como en un sueño y uno donde desaparecen). Se le señalo que su tenia que ver con el llanto con el miedo de muerte y de traición, titubea un poco, permitiéndole pensarlo, se aproxima a la idea de traición con que sus padres la han traicionado y le dan ganas de llorar. Otro aspecto es que no se permite llorar.

Se le cierra la garganta porque si sigue hablando siente que va a llorar.

Menciona que no necesita apuntes para las materias.

22 mayo

En esta sesión descubre que al comenzar a investigar y acercarse a una idea sobre aspectos de sí misma, se engaña y siente que se le cierra la garganta. Lo cual solo cuando viene a terapia le ocurre.

Leonora menciona que duerme demasiado y siempre tiene sueño.

10 abril

Menciona que se le pierden los cuadernos de su escuela

Se enorgullece por tener un padre guapo el cual sorprende a los demás.

3 abril

Inicia con la preocupación sobre qué es ser una buena madre, describe lo que su tía hace con su hijo. Así mismo que llega tarde a clases y descuida sus tareas.

Menciona a sus compañeros como un espacio viciado, los cuales tiene dificultad para controlar sus impulsos el cual Leonora observa en su continuo ambiente.

Leonora menciona que respeta a sus maestros y no se relaciona más con ellos más que en lo escolar, no hay más confianza, ya que considera que perdería el respeto si es amiga de los maestros.

27 marzo

Se queja de sus compañeros los cuales son infantiles y desordenados. Se queja de su escuela, por que no se preocupan por hacer sus tareas.

20 marzo

Destaca que desde hace 2 o 3 semanas ya no llora al nombrar a sus padres, refiere que la última sesión fue la última vez que lloró. Pero ahora se percata de que se enoja más seguido con su padres y que tiende a dormirse más seguido en las

clases, sin que sus maestros le digan algo. Se le señala que es como no querer vivir su vida y permanecer dormida, no vivir su momento.

13 marzo

Leonora relata que no quiso asistir a sesión, debido a que decidió irse con su abuela a ver flores como lo hacía de pequeña. El terapeuta realizó un acting-transferencial al no indagar las causas y el propósito de la falta e interpretarlo como ataque al tratamiento.

Por otra parte Leonora reta a los maestros provocándoles enojo, al no responder ante sus regaños.

27 febrero

Antes de ingresar a sesión, su abuela traía escondidos unos poemas que realizó Leonora ya que le preocupaban el contenido de hablar de la muerte. H: es normativo el tema del duelo (muerte) por el cuerpo infantil. Los poemas se refieren a pérdidas en relaciones de amistad y de identidad.

20 febrero

Leonora participó en un maratón de poemas, su maestra le indicó que revelan sus sentimientos profundos.

Siente que está descoordinada su mente de su cuerpo, con el deseo de no crecer. Y que el tiempo pasa muy rápido, sin darse cuenta. **Cuando llega a un lugar se siente incómoda y ya quiere salir de ahí con la idea de que al llegar al otro destino estará mejor pero lo que ocurre es que desea irse nuevamente. **No le gusta que pase el tiempo porque se da cuenta de que envejece cada día más y ya no es niña.

Acompañando el llanto tiende a reírse sin considerar que le causa la risa. Señala que desde pequeña cuando ella se caía se reía, esto acontece también cuando su madre la regaña, lo cual la madre interpreta que es muy sínica.

Se siente alegre cuando sale el sol y triste cuando está nubaldo. Le agrada estar descalza y acostarse en el piso frío como lo hace también su padre. Le gusta la naturaleza.

13 febrero

Leonora no establece relaciones de amistad con compañeras de su mismo sexo, debido a que las percibe hipócritas, esto lo asocia con la pérdida de una amiga en la primaria la cual la hizo cambiar de actitud social y ser amigable y tratar de hablarles a más personas.

Se niega crecer ya que recuerda ha dejado cosas inconclusas en su infancia.

Duerme demasiado, lo cual se le Señaló que así se siente protegida pero la engaña en crecer, debe fortalecerse en contra de eso pues vivir implica éxitos y fracasos.

30 enero

La madre de Leonora, desea que su hija regrese a su casa, ya que por este tiempo se encuentra viviendo en casa de su padre. Pero Leonora desea estar más tiempo con su padre.

Desde pequeña se quita los pellejitos de los dedos. Menciona sentirse con algo atrapado en el cuerpo lo cual no sabe que es, comienza a llorar tras preguntarle sobre su cuerpo y de su mamá.

Duda si es enojo o tristeza lo que siente. Se percata de que al arrancarse los pellejitos de los dedos al principio siente satisfacción.

Se siente como una niña más pequeña de lo que es de unos nueve o diez años, reconoce que tiene miedo a crecer y juega con niñas más pequeñas en el ballet. H: se siente segura.

La sensación de que se le cierra la garganta es como algo que se tensa y está atorado.

23 enero

Se inicia la asociación libre. Ella destaca el cambio de casa ahora vive con su padre donde ahora ya desayuna, come lunch en la escuela, y cena en casa debido a que la esposa de su padre hace de comer. Otro cambio es que ya toma agua y lo asocia con la mejora de memoria

Reprime las diferencias de mamá, ya que su verdadera madre no la cuidaba en la alimentación. Lo cual destaca que no haya agradecimiento por darle de comer, siente que ya *“es rutinario, como si algo que llevara haciéndolo por tiempo”*.

Al conocer la noticia del embarazo de su madre comienza a llorar sin reconocer cuál es el sentimiento, desde ahí no reconoce que sea un hijo de su mamá. Pero por otro lado al estar a solas cuidando a su hermanastro, siente alegría y es capaz de enseñarle.

9 enero

Se le dificulta entender instrucciones escritas siendo más hábil en la comprensión oral.

Comenta que ha iniciado una relación de pareja y recuerda que sus anteriores parejas le han aburrido.

21 noviembre

Sus padres la describen que casi no habla con ellos de sus sentimientos, que es independiente y muy social con sus compañeros. El padre dice *“Haber si le cuenta a usted”*.

Cada vez que se le pregunta sobre sus padres, en especial sobre su madre comienza a llorar sin poder controlarlo y sin tener sentimientos de tristeza o intención de llorar, siente que es ridículo, muestra insatisfacción de no poder controlar el llanto. Relaciona esto con el *temor de ser regañada por su madre*, piensa que cuando le da una instrucción Leonora no puede hacerlo y que su madre le diga *“ya déjalo así no hagas nada”* H: Eres una inútil. Menciona que *no le gusta obedecer instrucciones* cuando son directas, pero si le dicen indirectamente que necesitan ayuda ella obedece o colabora.

**El llanto inicia desde los 7 años y no lo ha podido contar.

SUEÑOS

20 febrero: Escribe en el salón donde no hay clase y en otra ocasión escribe con faltas de ortografía en grande y entre paréntesis como la palabra “volillo”.

s/f: El sueño de la novia en la colina sin pies y de repente mueren sus padres. Un monstruo que sube las paredes.

5 diciembre: Ha soñado que la persiguen y logra escapar pero luego aparecen repentinamente. Y ha soñado dos veces un sueño donde al despertar lo hace con sangre en la nariz.

Carta de motivos para el ingreso a la maestría

Comité Académico del Programa
de Maestría y Doctorado en Psicología

Por este medio me dirijo a ustedes para compartir mi convicción de cursar la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes. He de decir en principio, que tengo presente los estándares de calidad con los que se reconoce el programa, los objetivos que persigue, el plan de estudios con el que se estructura y el perfil del graduado a consolidar. Por lo que entiendo el nivel de compromiso y dedicación a invertir para lograr conjuntamente tal propósito. El plan de estudios del programa ofrece lo que busco para mi proyecto de vida y significaría para mí un honor proseguir mi formación como psicólogo clínico al servicio de los adolescentes.

Por otro lado, es de mi conocimiento que la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes se caracteriza por un enfoque psicodinámico, lo cual celebro, ya que dicho enfoque tiene una singular concepción del funcionamiento psíquico, merecedor de reconocimiento como una teoría compleja y sistematizada del desarrollo humano, incluyendo la adolescencia. En este sentido, juzgo de elevado alcance una formación psicodinámica para la amplia comprensión de los procesos mentales de los conflictos específicos de la adolescencia. Es por ello, que considero a la maestría el lugar correcto para realizar mis estudios en las estrategias de intervención para esta población.

Es mi deseo dedicarme a la intervención con los adolescentes, ya que esta etapa clave de transición del ser humano ofrece la oportunidad de crecimiento al definir principalmente la identidad, la posición sexual y social, pero al mismo tiempo, surgen de ella altos riesgos de conflicto, desequilibrio e inestabilidad emocional, que pueden llegar a consolidar problemas graves de salud mental; tales como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria o trastornos relacionados con sustancias, atentando así contra la posibilidad de una adultez satisfactoria y productiva, lo cual se traduce en elevados costos sociales.

Para abatir tales panoramas, se requiere de un entrenamiento específico y tener un conocimiento profundo de los procesos normales y psicopatológicos de la adolescencia. Es por ello que considero de gran relevancia la atención psicológica y la investigación continua de este estadio del ser humano, en el cual estoy dispuesto y me siento capaz de especializarme.

Sé lo que ofrece y exige la residencia, una ardua labor de análisis, disciplina y comprensión en los diferentes escenarios clínicos a los que me enfrentaría. Ante esto, en este momento de mi vida me siento capaz de asumir los retos que de ella se deriven, comprometiéndome a ser honesto, reconociendo tanto mis errores como mis aciertos y sobre todo, a moldear de forma disciplinada la metodología clínica bajo la supervisión de los expertos de la maestría.

Quiero finalizar reiterando el más alto grado de compromiso, responsabilidad y ética para convertirme en un psicoterapeuta al servicio de los adolescentes. Sin más por el momento, agradezco su atención y quedo a la espera de los resultados del proceso.

Atte: Lic. Pablo Javier Hernández Mejía.