



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

BRENDA: ENTRE UNA MADRE MUERTA Y UN PADRE INACCESIBLE

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
ABRAHAM VIDAL GONZÁLEZ

DIRECTORA:  
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M  
DRA. SUSANA CASTAÑOS CERVANTES. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,  
UNIVERSIDAD PANAMERICANA  
DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M  
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX

14 de enero de 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

Agradezco, en primer lugar, a la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, en cuya formación adquirí las herramientas necesarias para la elaboración de este trabajo. Del mismo modo, agradezco a las doctoras que conforman mi comité de titulación, por la dedicación con la que me leyeron, y por sus comentarios y sugerencias, que enriquecieron distintos aspectos de mi propuesta. Reconozco especialmente el acompañamiento y la paciencia de la doctora Rosa María Ramírez.

Por su presencia y apoyo incondicional, por ser fuente inagotable de orgullo e inspiración para mí, agradezco a mi madre, a mi padre y a mi hermano.

Agradezco a Melissa, por su invaluable amistad, por ser mi aliada en este proceso, por compartir su conocimiento y sensibilidad, y el amor y respeto por el trabajo que hacemos todos los días. Aprecio profundamente el compromiso y la honestidad con que leyó esta tesis, pues en su compañía me sentí más seguro para llevarla a cabo.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); el presente trabajo no se habría podido realizar sin la beca que me otorgó.

## Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Marco teórico.....	10
Capítulo 1. El proceso fundamental para la conformación del sujeto: la identificación; perspectivas freudianas.....	10
Incorporación y apuntalamiento.....	10
Introyección.....	13
Identificación.....	14
Capítulo 2. El <i>yo</i> y el narcisismo.....	18
El concepto del <i>yo</i> .....	19
La integración del <i>yo</i> .....	24
Narcisismo.....	26
Herida narcisista.....	27
Capítulo 3. “El espacio al que el Yo puede advenir”: Apuntes sobre la relevancia de los padres en la conformación del sujeto.....	28
La madre.....	29
La relación con la madre desde el embarazo.....	30
La unidad narcisista primaria.....	31

La madre como espejo y la preocupación maternal primaria.....	34
Fallas en la unidad narcisista primaria.....	36
La madre muerta.....	38
Lo psicossomático.....	50
El padre.....	53
El deseo del padre.....	54
La relación con el padre después del parto.....	58
El lugar del padre en el Edipo freudiano “femenino”.....	60
Más allá del yo: del yo <i>ideal</i> al <i>superyó</i> .....	63
Retomando: <i>Yo ideal</i> e <i>ideal del yo</i> .....	63
El <i>superyó</i> freudiano.....	66
Paciente.....	69
Método.....	87
Resultados y discusión.....	98
Del nacimiento y la infancia de Brenda.....	98
Nacer ahí, donde se esperaba a alguien más.....	98
La <i>madre muerta</i> de Brenda.....	102
El inaccesible padre de Brenda.....	109

“El mejor momento”.....	116
De la adolescencia y la actualidad.....	118
El final de la infancia, retorno de la decepción.....	118
Si el padre se va, la niña se muere.....	122
El “error” de la licenciatura.....	126
La recaída, revelación de <i>la madre muerta</i> .....	129
Análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales.....	137
Conclusiones.....	142
Referencias.....	147

## Resumen

En el presente trabajo se realizó el análisis del caso de una paciente de 21 años, aquejada por el *complejo de la madre muerta* (Green, 1986), así como de las condiciones bajo las que se produjo dicho complejo, de los determinantes que sostuvieron y agravaron sus efectos a lo largo de los años, y del proceso que permitió su revelación, mediante la teoría y la práctica de la psicoterapia psicoanalítica. El proceso de psicoterapia, conducido en su totalidad mediante la plataforma de videollamadas, Zoom, constó de ciento sesenta y cuatro sesiones, en las que la paciente manifestó un persistente y generalizado sentimiento de insuficiencia que afectaba los dos ámbitos más relevantes de su vida, el académico y el de las relaciones personales, pues le impedía reconocer y sostener sus intereses, esfuerzos y logros, además de representar una profunda dificultad para desarrollar y afianzar vínculos afectivos fuera del ambiente familiar. En el análisis de las evidencias obtenidas durante poco más de año y medio de trabajo con la paciente, se constató que el núcleo de su malestar podía reconducirse, en primer lugar, a las consecuencias inmediatas que, a las semanas de haber nacido, provocó en ella una depresión abrupta que le sobrevino a su madre. Del mismo modo, se encontró que las circunstancias en las que dicha depresión surgió serían igualmente decisivas en la relación de la paciente con la pareja parental durante la infancia y la adolescencia, dando forma al estado actual de la paciente.

*Palabras clave:* Complejo de la madre muerta, psicoterapia psicoanalítica, ambiente familiar, pareja parental, adolescencia.

## Abstract

This work was carried out with the objective of analyzing the case of a 21 year-old patient, afflicted by *the dead mother complex* (Green, 1986), as well as the conditions under which said

complex occurred, the determinants that sustained and aggravated their effects over the years, and the process that allowed its revelation, through the theory and practice of psychoanalytic psychotherapy. The psychotherapy process, conducted entirely through the video calling platform, Zoom, consisted of one hundred and sixty-four sessions, in which the patient expressed a persistent and generalized feeling of inadequacy that affected the two most relevant areas of her life, school and personal relationships, because it prevented her from recognizing and sustaining her interests, efforts and achievements, in addition to representing a profound difficulty in developing and strengthening emotional ties outside the family environment. In the analysis of the evidence obtained during a little more than a year and a half of working with the patient, it was found that the core of her discomfort could be traced, first of all, to the immediate consequences it had on her, weeks after being born, the abrupt depression that came upon her mother. Likewise, it was found that the circumstances in which said depression arose would be equally decisive in the patient's relationship with the parental couple during childhood and adolescence, shaping the patient's current state.

*Keywords:* Dead mother complex, psychoanalytic psychotherapy, family environment, parental couple, adolescence.

## **Introducción**

El *complejo de la madre muerta*, propuesta del psicoanalista francés, André Green (1986), es una construcción teórica que deriva de la experiencia clínica, especialmente de la observación de la transferencia. Este complejo parte de un hecho concreto: una depresión temporal, pero abrupta, sufrida por la madre durante los primeros meses de vida de su bebé, regularmente “antes

de lo que se ha convenido en llamar la pérdida de objeto” (Green, 1986, p. 212). La madre, absorta en su depresión, descuida el aspecto libidinal de los cuidados que provee a su bebé, reduciéndolos a cuidados “esencialmente operatorios, es decir, carentes de actividad libidinal” (Gutton, 1987, p. 71), emocionalmente distantes y, por lo tanto, inadecuados. Ante la insatisfacción de sus necesidades, y el distanciamiento de su madre, el recién nacido va acumulando displacer y tensión, lo que dispara una serie de respuestas defensivas cuyas consecuencias tendrán efecto inmediato y a largo plazo, especialmente en el ámbito de las investiduras libidinales. Esta situación, debido a su cualidad de herida narcisista, al momento evolutivo en que se presenta y a que escapa de la estructura del lenguaje —porque aún no se ha adquirido—, queda para el sujeto bajo el efecto de la represión. Para revelarla, es necesario ir reconstruyendo, por medio del análisis del discurso del paciente, una historia de su vida libidinal, de sus vínculos con los otros, particularmente con aquellos seres más significativos, más amados, lo que inevitablemente conduce a la triangulación axiomática para el sujeto: su relación con la pareja parental. Es que “el destino de la psique humana es siempre tener dos objetos, nunca uno solo, no importa cuán lejos nos remontemos para delinear la estructura psíquica pretendidamente más primitiva” (Green, 1986, p. 212).

De tal manera cobra relevancia la presencia del padre, que, en el *complejo de la madre muerta*, encuentra lugar prematuramente en la psique de su bebé, no sólo porque la depresión de la madre puede estar relacionada con él —como objeto ante cuya pérdida se produce, o que representa una carencia de soporte para la función materna—, sino también porque el bebé, para defenderse del efecto de *la madre muerta*, tiende hacia él, quien, no obstante, suele mostrarse incapaz para auxiliar a la pareja madre-lactante. “He ahí al sujeto tomado entre una madre muerta y un padre inaccesible”, dice Green (1986, p. 216). Tal es el caso de Brenda y tal es la razón por la que decidí analizarlo en este trabajo, guiado por una pregunta central: ¿Qué determinantes

influyeron en que la depresión de su madre, durante las primeras semanas de vida de Brenda, tenga consecuencias graves aún en el inicio de su vida adulta?

La búsqueda de una respuesta para la pregunta anterior requirió partir del desarrollo de una base teórica que, posteriormente, me permitió examinar distintos aspectos organizados alrededor de cinco ejes:

- a) Las condiciones bajo las que se produjo la depresión materna, así como la influencia de las mismas en la manera en que Brenda fue recibida al nacer.
- b) El efecto inmediato que tuvo en Brenda la depresión de su madre.
- c) Las manifestaciones actuales de dicho efecto.
- d) La relación de Brenda con sus padres a lo largo de su vida.
- e) El papel que la adolescencia tuvo en el desarrollo de su malestar.

## Marco Teórico

### Capítulo 1. El Proceso Fundamental Para La conformación del Sujeto: La Identificación; Perspectivas Freudianas

Tomo como punto de partida la premisa freudiana sobre la identificación: que más allá de ser uno de los múltiples mecanismos psicológicos, se trata de “la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 232). Dicha constitución, explica Freud en *Introducción del narcisismo* (1914), se refiere a la organización de las instancias psíquicas que estructuran al sujeto, mediante la convivencia cotidiana con los objetos a su alrededor, especialmente los padres o quienes cumplan su función. Desde esta perspectiva, las instancias psíquicas adquieren una cualidad histórica, que se sobrepone a la meramente funcional, pues se les concibe como “los restos de diversos tipos de las relaciones de objeto” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 233). Es decir, que la historia del sujeto psíquico es la historia de sus identificaciones, en cuanto “las instancias que se diferencian a partir del ello vienen definidas por las identificaciones de las cuales derivan” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 232).

De lo anterior puede ya deducirse que la identificación no es un solo proceso, ni es estático, ni ocurre una sola vez. Pero antes de buscar una definición o ahondar en sus propiedades, dinámicas y consecuencias, habrá que rastrear su origen, siguiendo la misma línea teórica que planteé al inicio de este apartado.

#### *Incorporación Y Apuntalamiento*

Según Rosales Manfredi (2005b), Freud introduce el concepto de incorporación en 1915, como un agregado a *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), donde establece que la primera

de las organizaciones pregenitales de la vida sexual es la etapa oral o “canibática”, que se encuentra indiferenciada de la alimentación, por lo que su meta fundamental sería la incorporación del objeto. Colocada así en un lugar que ya era de profunda relevancia, la incorporación cobró un protagonismo todavía mayor, pues Freud llegaría a proponerla como el modelo primordial de lo que después será la identificación en los individuos (Rosales, 2005b). Esto lo retomaré más adelante, pero vale la pena adelantarlo y luego repetirlo, no solamente para insistir en la relevancia de tal afirmación, sino porque es necesario extraer, desde este momento, dos consideraciones indispensables para comprender el sentido y la pertinencia de las presentes elaboraciones teóricas, como base de la que partirán los siguientes índices de este marco teórico, y como fundamento del análisis de caso que se realizará posteriormente.

La primera consideración es que el mecanismo que permite que de la actividad fisiológica, corporal, derive un proceso psicológico como lo es la identificación, es precisamente aquello que Freud denomina como apuntalamiento, y que Laplanche y Pontalis, en su diccionario, traducen como apoyo. Replico aquí lo que dicen esos autores en su definición:

Término introducido por Freud para designar la relación primitiva de las pulsiones sexuales con las pulsiones de autoconservación: las pulsiones sexuales, que sólo secundariamente se vuelven independientes, se apoyan sobre las funciones vitales que les proporcionan una fuente orgánica, una dirección y un objeto. En consecuencia, se hablará también de apoyo [apuntalamiento] para designar el hecho de que el sujeto se apoya sobre el objeto de las pulsiones de autoconservación en su elección de un objeto amoroso; esto es lo que denominó Freud el tipo de elección de objeto por apoyo (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 62).

Al respecto de eso último, dice Freud, en *Introducción del narcisismo*, que tal modo del apuntalamiento resulta evidente “en el hecho de que las personas encargadas de la nutrición, el cuidado y la protección del niño devienen los primeros objetos sexuales: son, sobre todo, la madre o su sustituto” (Freud, 1914, p. 84). Por lo tanto, los cuidados primarios, su calidad y cualidad, tienen un papel central, fundamental en el desarrollo psicosexual del sujeto. El énfasis, para cerrar esta primera consideración, hay que ponerlo sobre el marco específico en el que Freud instala la idea del apuntalamiento: la dinámica pulsional y la elección de objeto. Por lo tanto, y particularmente, la pulsión sexual. Y de la pulsión sexual, lo que destaco en este momento es aquello que, en *Dos artículos de enciclopedia* (1922), Freud definió como la manifestación en la vida psíquica de la pulsión sexual, es decir, la libido. De tal modo se cumple el recorrido desde las funciones corporales —particularmente las vitales— hasta los procesos psicológicos. O sea, de las funciones vitales a las pulsiones de autoconservación, a la pulsión sexual, a la libido. Este es, pues, el modelo del camino que el sujeto habrá de seguir de la incorporación a la identificación.

La segunda consideración, entonces, apunta a las huellas, a las consecuencias, al modo particular en que el proceso del apuntalamiento puede darse en cada quien. Si bien este punto es una continuación del anterior, pues ya puse de relieve la importancia de los cuidados primarios en el desarrollo psicosexual, cabe insistir hasta qué grado, aunque en este momento no sea más que un mero vislumbre. Para ello vuelvo a la definición de Laplanche y Pontalis (1996, p. 64), y recupero este breve extracto: “las pulsiones de autoconservación se hallan desde un principio en relación con el objeto; así, mientras la sexualidad funciona en apoyo [apuntalamiento] sobre aquellas, existe igualmente para las pulsiones sexuales una relación objetal”. Siendo el objeto en este tiempo: el pecho materno, los cuidados maternos, “la madre o su sustituto”. Dije ya que la madre, como función y como persona en sí misma, adquiere un papel insoslayable en el devenir

de la pulsión sexual del bebé, y, por lo tanto, en la historia del desarrollo de su libido, por lo que la impronta que deje podrá reconocerse muchos años después, en los vínculos libidinales del sujeto —más adelante abordaré un ejemplo particular de tales consecuencias, a propósito del *complejo de la madre muerta*—.

Es precisamente en el ámbito del apuntalamiento de la pulsión sexual sobre la alimentación —fase oral a la que ya hice referencia—, que la incorporación muestra uno de sus atributos más relevantes, pues se distingue como el inicio de esa “modalidad del amor compatible con la supresión de la existencia del objeto como algo separado y, por lo tanto, esencialmente ambivalente” (Rosales, 2005b, p. 420). De tal modo, hablar del acto de la incorporación lleva implícito un objeto externo, “como algo separado”, y, al tratarse de lo que se apuntala sobre la nutrición, es decir, sobre la alimentación del objeto y su introducción, esto se vuelve también el ámbito en el que después se dará la diferenciación psíquica del objeto. A ello se refiere Freud cuando dice que “la identificación es la etapa previa de la elección de objeto y es el primer modo, ambivalente en su expresión, como el yo distingue a un objeto” (Freud, 1917, p. 247), lo que, a su vez, le permite vincular ambos mecanismos, y postular a la incorporación como el origen y modelo primordial de la identificación, en un momento en que el objeto queda “asimilado como formando parte desde siempre del sujeto, es decir, antes de toda diferenciación posible” (Rosales, 2005b, p. 420). De esta misma lógica extraerá Freud (1905) que encontrar el objeto es en realidad reencontrarlo.

### ***Introyección***

Introducido por Sándor Ferenczi en 1909, este concepto fue adoptado por Freud seis años después, en *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), donde lo sitúa como contraparte del mecanismo de proyección (Rosales, 2005b), en una serie de oposiciones que parecen conformar

la dinámica esencial en la que Freud percibe los primeros movimientos hacia la estructuración del sujeto, especialmente del *yo*. Es por ello que dedico un apartado a la introyección, pero también por su lugar como el paso intermedio, en la lógica freudiana, entre la incorporación y la identificación.

De las oposiciones mencionadas, la que cronológicamente vendría primero, en términos de desarrollo, es a la que Freud (1915) recurre para dar razón de la emergencia de una rudimentaria formación del *yo*, a la que denominó “yo-placer purificado”, que se constituye por la introyección de lo que ha resultado placentero y la proyección de las sensaciones y fuentes de displacer, introyección-proyección que, al tratarse de la fase oral del desarrollo psicosexual, se manifiesta en la forma de comer-escupir, introducir-expulsar. En este sentido y uso específico, introyección e incorporación significarían lo mismo.

Dicha igualdad entre conceptos dejará de operar en otro de los usos que Freud le da a la introyección, en el que la relaciona directamente con la identificación, propiamente dicha, ahí donde ya ha ocurrido la elección objeto y, por lo tanto, la investidura del mismo. “Y lo usa precisamente para indicar ese retorno del objeto (que ya había sido constituido) al *yo*; o esa vuelta del exterior hacia el interior” (Rosales, 2005b, p. 421).

A diferencia de la incorporación, la introyección no sólo se trataría de la asimilación del objeto en el cuerpo, sino en el aparato psíquico, sin importar que se trate de objetos totales o parciales. “Así, se habla de introyección en el *yo*, en el ideal del *yo*, etc.” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 256).

### ***Identificación***

Sobre este concepto en específico, Freud dedica el capítulo siete de *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921). Baso en dicho capítulo la mayor parte de los apuntes realizados en el presente apartado.

Conviene tener muy presente, de este momento en adelante, la aseveración con la que Freud abre el capítulo: “El psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud, 1921, p. 99). E inmediatamente señala su relevancia en la “prehistoria” del complejo de Edipo, no sólo como una referencia al juego de identificaciones que en este se da, sino por la investidura, la relación de objeto que originalmente se establece con la madre, tal como se vio en la sección previa sobre el apuntalamiento. Así, considerada la identificación como un “retoño” de la incorporación en la fase oral, conserva de su predecesora una de las características esenciales, la ambivalencia, por lo que “puede darse vuelta hacia la expresión de la ternura o hacia el deseo de eliminación” (Freud, 1921, p. 99). No obstante esta similitud, Freud señala una diferencia fundamental entre la identificación y la elección de objeto, y es que en el primer caso se trataría de un *aspirar a ser*, mientras que la segunda consistiría en un *querer tener* —y de tal modo refuerza su postura cuando afirma que la identificación es el primer tipo de ligazón, y que ocurre, por lo tanto, antes de la elección sexual del objeto—. “La diferencia depende, entonces, de que la ligazón recaiga en el sujeto o en el objeto del yo” (Freud, 1921, p. 100). Por otro lado, en el ámbito metapsicológico resulta menos clara esta diferenciación, por lo que Freud se limita a definir una característica que considero muy relevante: “la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como <<modelo>>” (Freud, 1921, p. 100).

Valiéndose de las puntualizaciones anteriores, Freud va formulando los distintos tipos de relaciones que pueden establecerse entre identificación y elección de objeto, particularmente

reconocibles en las formaciones de síntoma. Para ello, comienza por insistir en que ha de considerarse la identificación como “la forma primera, y la más originaria, de lazo afectivo” (Freud, 1921, p. 100). Siendo así, es posible considerar la identificación como un estadio al que puede retornarse, o sea, el objetivo de una regresión. ¿Una regresión desde dónde? Específicamente, operando bajo la influencia de la represión y “los mecanismos del inconsciente”, desde la elección de objeto. Es frecuente, señala Freud, “que el yo tome sobre sí las propiedades del objeto” (Freud, 1921, p. 100), realizando una “introyección” del objeto en el yo. Sea que se trate de una persona amada o con quien se rivalice por el amor de esta, por efecto de un desplazamiento de la primera a la segunda. Además, aclara Freud, en todo caso se trataría de identificaciones parciales, en ocasiones sostenidas por un único atributo del modelo.

También ocurre que la identificación puede darse sin intervención previa de una elección de objeto, en cuanto depositario de las pulsiones sexuales. “El mecanismo es el de la identificación sobre la base de poder o querer ponerse en la misma situación” (Freud, 1921, p. 101), movimiento que sería previo a la empatía, por lo que no debe confundirse. Tal como hizo antes, para ilustrar este mecanismo Freud recurre a una formación de síntoma, la cual deriva de la percepción de una “importante analogía” entre una persona y otra, cuyo reconocimiento en el yo produce un rechazo que se manifiesta, facilitado por la identificación, en el mismo tipo de expresión patológica presente en la persona con quien se ha encontrado la analogía. “La identificación por el síntoma pasa a ser así el indicio de un punto de coincidencia entre los dos <<yo>>, que debe mantenerse reprimido” (Freud, 1921, p. 101). Esa sería la mecánica fundamental por la que Freud considera a la identificación en el núcleo de ciertos mecanismos de tipo histérico, como aquellos casos en que:

(...) los enfermos llegan a expresar en sus síntomas las vivencias de toda una serie de personas, y no sólo las propias; es como si padecieran por todo un grupo de hombres y

figuraran todos los papeles de un drama con sus solos recursos personales (Freud, 1900, p.167).

Cabe aclarar que, en el caso específico de las estructuras histéricas, “el objeto de la identificación sí coincide con el objeto de la investidura o catexia sexual. (...) tal conexión entre ambos objetos (identificarse a aquel a quien se ama), Freud la hallará en ciertas formas de la sexualidad femenina” (Rosales, 2005a, p. 431).

Continúa Freud confiriendo un espacio singular al análisis de la de introyección del objeto por medio de la identificación, específicamente aquella que se da cuando el objeto o el vínculo con él se ha perdido efectivamente: la melancolía —me refiero, como hace Strachey en su nota al pie (Freud, 1921, p. 103), a la melancolía entendida como lo que hoy llamaríamos depresión, que es el uso habitual en Freud, al que me apego en todo momento—. En ella se observa una característica esencial: “la cruel denigración del yo, unida a una implacable autocrítica y unos amargos autorreproches” (Freud, 1921, p. 103). Lo anterior daría cuenta de que la pérdida del objeto amado se vivió como una herida, como una “afrenta”, pero, resignado el objeto, la retribución sólo es posible contra lo que de él queda en el yo. La “sombra del objeto cayó sobre el yo” (Freud, 1917, p. 246). La introyección, entonces, se consume mediante la regresión desde la elección de objeto hacia la identificación. Si bien, la condición para tal desenlace sería que la elección de objeto se haya realizado sobre lo que Freud (1914) concibe como una *base narcisista* —“amarse a sí mismo a través de un semejante” (Nasio, 1996, p. 69)—, de modo tal que sea posible la vuelta de la libido hacia el yo, y la manifestación, por tanto, de la instancia que ejecuta autorreproches y autocrítica, a la que “le atribuimos las funciones de la observación de sí, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la principal influencia en la represión” (Freud, 1921, p. 103) —el *ideal del yo*, que más tarde (Freud, 1923), en el mismo sentido de esta función censora, nombrará *superyó*, aunque

terminará usando ambos conceptos de manera indiscriminada (Roca, 2005)— contra la parte del *yo* afectada por la identificación —recordando que para Freud “la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro” (Freud, 1921, p. 100)—.

Además, sobre la introyección por identificación, Freud propone en *El Yo y el Ello* (1923) que sea a partir de dicho mecanismo que se facilite o posibilite la resignación del objeto perdido. Esto sería así desde la pérdida del primer objeto, por lo que se debe precisar que la identificación para Freud no está vinculada meramente a la formación de síntoma, sino que se trata del mecanismo por el que “el sujeto podría hacer que ciertos objetos externos (en algún caso resignados) formaran parte de su propia e íntima estructura” (Rosales, 2005a, p. 434). Es decir, que la identificación, sumando todo lo expuesto hasta aquí, tiene una función estructurante desde la perspectiva freudiana.

A manera de conclusión de este apartado, tomo a la letra el sumario que Freud realiza sobre los tres aspectos clave de la identificación:

(...) en primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el yo, por así decir; y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales (Freud, 1921, p. 101).

## **Capítulo 2. El Yo Y El Narcisismo**

El camino seguido en los apartados anteriores definió la relevancia de la identificación como mecanismo en la estructuración del sujeto; particularmente en la conformación del *yo*. Esta perspectiva permitirá abordar ciertos fenómenos y condiciones, relevantes para el presente trabajo,

alrededor de dicha conformación, así como sus consecuencias, los derivados de tales procesos y las funciones que eventualmente puedan llegar a tener, pues he tomado como referencia total la teoría freudiana de un aparato psíquico, estructurado en instancias según la segunda tópica, tal como fue formulada por Freud a partir de *El yo y el ello* (1923).

Por lo tanto, considero inaplazable la exposición de los fundamentos que den cuenta de lo que se entiende por *yo*. El objetivo no es emprender una revisión histórico-conceptual de dicho término en la obra freudiana, ni realizar sobre él un análisis crítico; pretendo apenas despejar las líneas más elementales que me permitan utilizar el concepto sin detenerme a acotarlo en cada ocasión, partiendo de un uso convenido desde ahora.

### ***El Concepto Del Yo***

Para la elaboración de este apartado me valgo, por su alcance y cohesión sobre lo sustancial del concepto, del compendio de Laplanche y Pontalis (1996), del que he seleccionado las nociones más determinantes, si bien la referencia última es *El yo y el ello* (Freud, 1923).

Hay que comenzar por distinguir al *yo* como una de las tres instancias que constituyen el aparato psíquico, conforme a la segunda tópica freudiana. Se diferencia del *ello* y el *superyó*, si bien se mantiene en una relación de dependencia, en la que se le concibe como una instancia mediadora, aunque no completamente autónoma.

Ubicado de esta forma, se puede atribuir al *yo* ciertas funciones desde dos perspectivas particulares: la dinámica y la económica. En lo dinámico, el *yo* ejerce una función esencialmente defensiva, encargado de activar los mecanismos de defensa que responden a la percepción de los afectos causantes del displacer. En lo económico, se comporta como la instancia encargada de los procesos de ligazón psíquica, por ejemplo entre los afectos y sus representaciones, o sobre las

manifestaciones de la energía pulsional, etcétera; aunque, retomando el aspecto dinámico, los procesos defensivos alteran esta función integradora, induciéndole un “matiz compulsivo, repetitivo, arreal” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 530); y es que, si bien el *yo* es el garante de la operaciones defensivas, sus mecanismos pretenden ponerlo a resguardo de la percepción fuente del displacer, relegando la representación de la misma “a un tipo de proceso que escapa de su control” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 534), específicamente, a los procesos psíquicos primarios<sup>1</sup>. Lo anterior se debe a que la acción defensiva es principalmente inconsciente, pues el “*yo* es más extenso que el sistema preconscious-consciente” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 530) —definido por Freud en la primera de sus tópicas—, afirmación que se basa en la observación clínica sobre aquello en el propio *yo* “que se comporta exactamente como lo reprimido, vale decir, exterioriza efectos intensos sin devenir a su vez consciente, y se necesita de un trabajo particular para hacerlo consciente” (Freud, 1923, p. 19).

Al referirme a las fuentes de displacer las ubiqué deliberadamente en el ámbito de los afectos y de las representaciones, obviando por un momento la existencia de otras fuentes en la realidad exterior al sujeto, pues pretendo situar más precisamente al *yo* en la intersección de las dos funciones que destacué anteriormente, es decir, la defensiva y la integradora. Para ello, vuelvo sobre la cualidad mediadora del *yo* como instancia, cualidad que se define con toda claridad ante la presencia de un conflicto:

(...) ante una situación conflictiva (conflicto de intereses, de deseos, o incluso de deseos y prohibiciones) e incapaz de dominarla, se defiende evitándola, no queriendo saber nada de

---

<sup>1</sup> La catexis del deseo hasta la alucinación, el desarrollo total de displacer que comporta un gasto total de la defensa, todo eso lo designamos con el término de *procesos psíquicos primarios*; por el contrario, los procesos que sólo son posibles en virtud de una buena catexis del *yo* y que representan moderación de los anteriores son los *procesos psíquicos secundarios* (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 535).

ella; en este sentido, el yo sería el campo que debe ser preservado del conflicto por la actividad defensiva (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 533).

Si se reflexiona sobre la acotación “conflicto de intereses, de deseos, o incluso de deseos y prohibiciones”, se comprende que se trata de una situación en la que el yo se enfrenta a las otras dos instancias del aparato psíquico: se enfrenta a los deseos y reclamos de satisfacción del *ello*, y se enfrenta a las prohibiciones e imperativos del *superyó*. La formación de compromiso en el síntoma neurótico es otro ejemplo de esta posición mediadora, defensiva e integradora a la vez, del yo.

Habiendo situado ya en el terreno de las representaciones psíquicas a unas posibles fuentes de displacer, se puede concebir una imagen del yo como una *masa dominante de representaciones* (Laplanche y Pontalis, 1996), por lo que aquello que pondría en marcha sus mecanismos defensivos, como la represión, serían otras representaciones, estas de naturaleza inconciliable con la “masa” total. Se verá más adelante que en este proceso, para que alguna representación resulte o se juzgue como inconciliable, juega un papel central una de las subestructuras del aparato psíquico de la que ya se hizo mención: el *ideal del yo*.

Conviene terminar aquí la obviedad sobre la presencia del mundo exterior al sujeto, de manera que sea posible ampliar la comprensión de las funciones del yo, a la vez que seguir enfocando sobre su naturaleza tópica. Así, el yo está considerado como el encargado del control de la motilidad y de la percepción, de la prueba de realidad, la anticipación, la ordenación temporal de los procesos mentales y del pensamiento racional, así como de la racionalización, el desconocimiento, la defensa compulsiva contra las manifestaciones pulsionales, entre otras (Laplanche y Pontalis, 1996). Se percibe en tal lista de funciones la huella insoslayable del mundo exterior. Se comprende —sin olvidar la supervisión del *superyó*— que “el yo quiere mediar entre

el mundo y el *ello*, hacer que el *ello* obedezca al mundo, y —a través de sus propias acciones musculares— hacer que el mundo haga justicia al deseo del *ello*” (Freud, 1923, p. 56), de lo cual se extrae que el *yo*, para el aparato psíquico, adquiere el valor de auténtico *representante de la realidad*. Entonces, para el *yo*, “la percepción cumple el papel que en el *ello* corresponde a la pulsión” (Freud, 1923, p. 27), sin embargo, por este doble contacto, con la realidad exterior y con las pulsiones, el *yo* se encuentra sujeto a una función más: “asegurar un control progresivo de las pulsiones” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 542).

La delimitación del concepto realizada hasta aquí, no da razón explícita de la génesis del *yo*, pues al intentarlo surgen ciertas ambigüedades, que no pretendo resolver aquí —sino aprovechar para dar cabida a otros registros, a otros autores—, y que, “por lo demás, fueron mantenidas por Freud a lo largo de toda su obra” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 542); ambigüedades que resultan un tanto más evidentes cuando se analizan los procesos de diferenciación de las funciones del *yo*, en tanto que no pueden considerarse completamente autónomas del cuerpo que las sostiene, ni, por lo tanto, independientes de la historia de desarrollo de dicho cuerpo, pero tampoco se pueden explicar simplemente como el producto de procesos fisiológicos, basados en el intercambio de materia y energía, cuya regulación tendería al equilibrio. En consecuencia, creo suficiente en este momento adherir a la siguiente afirmación de Freud sobre la génesis del *yo* en relación con el cuerpo: “[...] el *yo* deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar [...] la superficie del aparato psíquico” (Freud, 1923, pp. 27-28).

Las sensaciones corporales y la superficie del cuerpo después del nacimiento —etapa en la que se localiza la génesis del *yo*— se encuentran en estricta relación con los cuidados primarios,

lo que ya fue mencionado en apartados anteriores —a propósito de la identificación y su proceso— y sobre lo que volveré más adelante. Para profundizar en las elaboraciones sobre tal relación, y luego proseguir hacia etapas ulteriores de la vida del sujeto, hay que recuperar algunos aspectos del *yo* que fueron abordados previamente de manera indirecta o cuya relevancia no fue explicitada en su momento, pues ocupaba otro tema específico, y que son necesarias para redondear todo lo expuesto hasta ahora.

En primer lugar, que “el *yo* no existe desde un principio ni tampoco aparece como el resultado de una diferenciación progresiva” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 538), sino que requiere “una nueva acción psíquica” (Freud, 1914, p. 74), caracterizada por una tendencia a la integración (Freud, 1923). También, que el hecho de que pueda ser tratado como objeto por las otras dos instancias —tomado como objeto de amor por el *ello*, o como objeto de reproches y crítica por el *superyó*— “impide que sea confundido con el conjunto del mundo interior del sujeto” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 538). Finalmente, que el *yo* consta de un monto propio de libido —tomada originalmente del *ello*— que deposita en los objetos y que puede retirar de vuelta hacia él, lo que plantea una imagen del *yo* como aquello que Freud (1923) denominó *reservorio de libido*, un lugar en el que una porción de esta reside permanentemente y que, a su vez, se ve modificado por ella, por su contención; se diría, entonces, que los procesos y flujos libidinales en esta etapa de génesis, afectan la forma del *yo* (Laplanche y Pontalis, 1996).

Así, se concluye que el *yo* es una “formación interna que tendría su origen en ciertas *percepciones privilegiadas*, provenientes, no del mundo exterior en general, sino del mundo interhumano” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 544), mundo en cuyas huellas insisto a lo largo de todo este trabajo, pues, sin su inclusión —en lugar de su oposición—, parece imposible ocuparse del estudio de la subjetividad. De las percepciones privilegiadas en cuestión, subrayo tres tipos

particularmente: las identificaciones, los cuidados primarios y la situación edípica. Si bien no queda agotado el tema, hasta aquí sólo se ha tratado el primero de esos tres tipos.

### ***La Integración Del Yo***

Habría que comenzar por reiterar, ahora desde la perspectiva de Winnicott (1962), que el desarrollo del *yo* está en función de la maduración del sistema nervioso central, tal que componente del cuerpo humano. O sea, que el *yo* no existe desde un principio, sino que deviene. De manera que, para Winnicott, el *yo* es una unidad que se integra conforme el infante va madurando lo suficiente como para registrar experiencias. Cualquier sugerencia respecto a que el *yo* exista desde el principio, queda descartada, pues “el principio está en el momento en que el ego [yo] empieza” (Winnicott, 1962, p. 66).

El esclarecimiento de tal postura respecto al *yo*, permite a Winnicott desvelar un ámbito del que no se puede prescindir, pues, sin este, resultaría inútil todo intento de emprender el estudio descriptivo de los bebés; me refiero a la función materna: Cuando no hay un quehacer materno *suficientemente bueno*, el infante “no logra iniciar la maduración de su ego [yo] o bien, de hacerlo, el desarrollo del ego [yo] forzosamente sufrirá deformaciones en ciertos aspectos de importancia vital” (Winnicott, 1962, p. 66). Sobre distorsiones de esa clase hablaré más adelante, en el apartado sobre las fallas en la *unidad narcisista primaria*.

Winnicott pondera que la adecuación de los cuidados maternos es de importancia vital para el bebé. Pero, a pesar de lo obvio que esto aparente ser, para que dichos cuidados lleguen a ser *suficientemente buenos*, la condición es que la madre pueda ponerse en el lugar de su bebé para lograr entender lo que este necesita en el manejo general del cuerpo (Winnicott, 1962). En la terminología de Winnicott, estos cuidados del cuerpo están representados por los conceptos

*holding* y *handling*, y aquí se vinculan, para sumar al tema en curso —la integración del yo—, con una cita de Freud a la que ya se había hecho referencia: “[...] el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo” (Freud, 1923, p. 27), es decir, la piel como membrana limitadora (Winnicott, 1962). Por lo tanto, esa derivación del yo, que originalmente es un yo corporal, integración e integrador de las sensaciones corporales, depende de que la madre pueda colocarse en una posición de yo auxiliar y fuente de satisfacción de las necesidades del bebé.

Y así es como, para Winnicott, las relaciones objetales se inician por medio del yo, entendido este inicio como “las condiciones previas, a la vez internas en el niño y externas, que forman una experiencia del ego [yo] partiendo de la satisfacción obtenida al ser amamantado (o de una reacción ante la frustración)” (Winnicott, 1962, p. 72).

Para que la integración de las sensaciones corporales —“elementos motores y sensoriales” (Winnicott, 1962, p. 70)— adquiera una tendencia hacia un sentimiento de existir, y, por lo tanto, sea posible afirmar la existencia de un nuevo ser humano, capaz de recoger y organizar su experiencia personal —momento en que se diría que la psique ha empezado a vivir en el soma, “dando inicio a una vida psicósomática individual” (Winnicott, 1962, p. 72)—, es necesario que se dé en dos planos simultáneamente: el tiempo y el espacio. Dado que he desarrollado los temas como un proceso, o una serie de procesos, confío en haber dado un lugar evidente a la dimensión del tiempo; en cuanto al espacio, lo considero fundamentalmente, y tomando un término de Piera Castoriadis-Aulagnier (2014), como *el espacio al que yo puede advenir*, espacio constituido esencialmente, ahora en términos freudianos, por los padres o quienes cumplan su función. A la conceptualización de la presencia de los padres, como pilares de dicho espacio, dedicaré el próximo capítulo.

Pero antes, cabe mencionar que lo opuesto de la integración no es la desintegración, sino la no integración (Winnicott, 1962). En su aspecto favorable, lo anterior quiere decir que, en el infante, la relajación “se refiere al hecho de no sentir la necesidad de integrarse, al darse por sentada la función materna de apoyo del ego [yo]” (Winnicott, 1962, p.71).

### *Narcisismo*

Considero apropiado incorporar en este momento la conceptualización de algunos elementos del narcisismo, sin pretender en absoluto ser exhaustivo, sino anudar muy concretamente las nociones mayores revisadas hasta aquí, a la vez que abrir el panorama hacia otros temas.

Grosso modo, desde la teoría psicoanalítica se concibe al narcisismo como “un modo particular de relación con la sexualidad” (Nasio, 1996, p. 63), especialmente en lo que refiere a las pulsiones sexuales, pero esta forma de relación tiene distintas modalidades y tiempos. Una primera distinción la hizo Freud en 1914 al formular la existencia de un narcisismo primario y uno secundario. La asunción de un narcisismo primario conlleva una premisa en la que anteriormente insistí: que al “principio no existe una unidad comparable al yo, éste sólo se desarrolla de modo progresivo” (Nasio, 1996, p. 65). En ese primer momento, las pulsiones sexuales irán encontrando tipos de satisfacción, igualmente primarios, mediante el autoerotismo; “las pulsiones parciales buscan, independientemente una de la otra, satisfacerse en el propio cuerpo” (Nasio, 1996, p. 65), lo que Freud considera característico del narcisismo primario. Esto es, por lo tanto, previo a la elección de objeto.

El paso del narcisismo primario a la investidura de los objetos requiere el reconocimiento de los mismos como diferentes y exteriores, y su posterior contraposición al *yo*. Por eso, para Freud, “el desarrollo del *yo* consiste en alejarse del narcisismo primario” (Nasio, 1996, p. 67).

Por su parte, el narcisismo secundario depende de la existencia del *yo*, “corresponde al narcisismo del *yo*” (Nasio, 1996, p. 66). Su característica esencial consiste en un trámite al que hice referencia previamente: el retorno de la libido desde los objetos hacia el *yo*, quedando este último investido (Freud, 1917). La “libido que afluye al *yo* a través de las identificaciones descritas produce su «*narcisismo secundario*»” (Freud, 1923, p. 32).

### **Herida narcisista.**

Para Baranger (1991), se puede concebir como herida narcisista todo lo que produce una disminución de la estima de sí del *yo*, o del sentimiento de ser amado por los objetos que libidinalmente ha investido. Usaré, en distintos momentos, ambos componentes de esta definición. Dichas disminuciones, entre otros aspectos, deben considerarse en términos de intensidad y momento en que se presentan.

Las primeras heridas sobrevienen durante las etapas iniciales del narcisismo —del nacimiento a la constitución del *yo*— y corresponden, en su dimensión patológica, a la insuficiente narcisización por parte de la figura materna, quien no llega a colocar al lactante en la posición de objeto de su deseo (Braier, 2001). Un tipo particular de esta clase de heridas es el núcleo del *complejo de la madre muerta* (Green, 1986), de especial interés para el presente trabajo.

De manera general puede decirse que las heridas narcisistas provocan en el sujeto una respuesta compensatoria: ahí donde sienten que no son amados invisten con libido *yoica* (Braier, 2001). Esta sería la causa de una patología de índole narcisista.

### **Capítulo 3. “El Espacio El Que El Yo Puede Advenir”: Apuntes Sobre La Relevancia De Los Padres En La Conformación Del Sujeto**

De acuerdo con Lebovici (1995), el análisis profundo de la condición actual de un sujeto, desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica, habrá de conducir a la reconstrucción histórica del desarrollo de dicho sujeto, desde el inicio mismo de su vida. Sea que se siga una exploración progresiva o retrospectiva en el tiempo, la observación general es que los individuos pasan, según van creciendo, de un estado de dependencia absoluta a uno de independencia verdadera (Winnicott, 1971). La naturaleza de los primeros estadios de la vida determina la dependencia total del sujeto, que poco a poco va ganando una existencia individual, cuyas limitaciones, cada vez menos concretas, corresponden a su inserción en el ámbito social, cultural. Pero, ¿de quién o de qué somos absolutamente dependientes al inicio de nuestras vidas? De lo que existe ahí donde nacemos, donde somos recibidos: el medio familiar o el que lo sustituya (Castoriadis-Aulagnier, 2014). Ámbito al que, tomando una expresión de Piera Castoriadis-Aulagnier (2014), refiero como *el espacio al que el yo puede advenir*. Si bien, la propuesta original de dicho espacio concibe al *yo* como instancia constituida por el discurso (Castoriadis-Aulagnier, 2014), y ello implica una aproximación teórica relativamente distinta a la que he seguido en este trabajo, también es cierto que sus elementos fundamentales son de naturaleza general y, considero, imprescindible, dado que centran la atención y el análisis en la dinámica libidinal que habita ese espacio al que el *yo* puede advenir y, muy particularmente, sobre los efectos que en la psique del recién nacido producen la acción, el discurso y el deseo de la pareja paterna.

La estructura y dinámica de cada familia, con sus determinantes biológicas y culturales específicas, no sólo constituyen el sustrato en el que se afianzarán y del que se nutrirán las identificaciones y la identidad de cada sujeto, sino que conservan, sostienen y actualizan la historia

de las generaciones anteriores. Así, “la cadena transgeneracional inscribe sus alegorías en la epigénesis de aquello que sucede en el bebé, quien, una vez venido a la vida, asienta en su destino las consecuencias de los sucesos felices y tristes que viven sus padres” (Lebovici, 1995, p. 63). La historia de los padres y sus propias familias acoge al recién nacido, le ayuda a construir un sentido de la vida y, retroactivamente, a interpretar los sucesos de su propia historia. Se observa de este modo la relevancia del ámbito exterior a la familia nuclear, que influye, por medio del discurso compartido y la observación de los roles, en la manera en que la pareja parental inviste a su hijo, aún antes de que este haya nacido. “La catectización del niño por parte del grupo anticipa la del grupo por parte del niño” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 165). El grupo, cuyo primer representante es la familia nuclear, acepta reconocer como uno de sus miembros al bebé en camino, con la condición de que este, una vez integrado, admita, comparta y asegure los ideales y la historia del grupo. Un acuerdo no explícito, vivo, que Castoriadis-Aulagnier (2014) describió como *el contrato narcisista*. El cumplimiento de su parte le ofrece al sujeto “una certeza acerca del origen, necesaria para que la dimensión histórica sea retroactivamente proyectable sobre su pasado, cuya referencia no permitirá ya que el saber materno o paterno sea su garante exhaustivo y suficiente” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 165), lo que habrá de facilitarle el camino hacia la independencia antes mencionada.

Tal influencia del ámbito que circunda a la familia nuclear también se hace patente en la convención social que designa a la madre como encargada de los primeros cuidados de su hijo. Por ello, tanto como por el hecho de haber nacido de su cuerpo, el primer contacto del bebé con el espacio al que su *yo* puede advenir, y con el vasto proceso histórico de roles y significados que constituye a cada familia, es con la madre.

### ***La Madre***

## **La Relación Con La Madre Desde El Embarazo.**

“La madre encuentra su identidad de madre a partir de su deseo de maternidad y su deseo de embarazo”, dice Lebovici (1995, p. 61). Sea desde un momento previo a la concepción, porque se trate de un embarazo planificado, o sea en el momento mismo en que descubre que está embarazada, ese encuentro con su identidad como madre y su deseo es tanto un hallazgo como la recuperación de una vieja historia, anterior a ella misma. Es decir, que el primer vínculo de la madre con su bebé se da mucho antes de tenerlo entre sus brazos, recién nacido, y aún antes de sentirlo crecer dentro de su cuerpo, a través del ideal desde el que construirá su propia identidad maternal y desde el que comenzará a elaborar fantasías acerca de su bebé por venir. Ese ideal, explica Lebovici (1995), es inconsciente y transgeneracional, inscrito en la propia historia de desarrollo de la madre, vislumbrado en su temprano deseo edípico de darle un hijo a su padre. Nutrida con este material, la madre con su deseo va imaginando a su bebé, a quien después sentirá creciendo y desarrollándose dentro de ella y, gracias a la tecnología, llegará a escucharlo, verlo y conocer su sexo antes del alumbramiento.

Las proyecciones previas de la madre sobre su bebé, tanto de su deseo como en el sentido temporal —el proyecto a futuro—, dan muestra de su existencia en el momento en que ella las puede contrastar, confrontar con el neonato, si bien las fantasías, el bebé imaginario no queda del todo resignado, y la forma en que la madre pueda integrarlo con el bebé real jugará un papel central en el desarrollo del mismo y de la relación de ambos (Lebovici, 1995). Evocando a Winnicott (1971), Lebovici considera que una muestra de la frustración de las expectativas y fantasías de la madre, y de la integración de los residuos —derivados de dicha frustración— con la imagen real del bebé, puede observarse en la cualidad ambivalente que adquiere el amor maternal, pues el bebé real no es la fantasía a la que consagró esfuerzos y sufrimiento durante el periodo de embarazo y

el parto, pero sí es el causante de su preocupación actual, de su inseguridad al cumplir sus funciones maternas, ese bebé que llora, la agrede y la ensucia. Por lo mismo, es frecuente que las madres sueñen con eliminar a sus recién nacidos (Lebovici, 1995).

### **La Unidad Narcisista Primaria.**

Previamente, a propósito de la integración del *yo*, señalé la importancia que para un autor como Winnicott (1962) tiene el estudio del lactante en conjunto con su madre, y en el apartado anterior quedó en evidencia que la dimensión materna tampoco puede comprenderse sin la presencia del bebé, imaginario y real. Gutton también advierte que la aproximación más integral se da por medio del “estudio de pautas madre-hijo, que funcionan según un modelo de retroalimentación” (Gutton, 1987, p. 55), dependientes, a su vez, del momento evolutivo que atraviesen por su parte la madre y el bebé, pues, particularmente para este último, su excitabilidad “varía considerablemente en función de su estado biofisiológico”, tal como “los resultados del examen neurológico del niño muy pequeño dependen del momento en que se lo practicó, en relación con el ciclo sueño-vigilia” (Gutton, 1987, p. 56).

Se trata entonces de un continuo, en espacio y tiempo, en que madre y lactante se encuentran —unión que Winnicott (1960) llamará *la pareja madre-lactante*—, que no le pertenece a cada uno por su cuenta, sino al conjunto, y que “precede a las investiduras narcisistas y objetales ulteriores de los participantes” (Gutton, 1987, p. 95), eso que Gutton denominó como *unidad narcisista primaria*. Dicha unidad se constituye por el total de las actividades libidinales entre madre e hijo, lo que implica la satisfacción del bebé por medio de los cuidados primarios, pero también, por el mismo medio, la satisfacción de la madre (Gutton, 1987). Por lo tanto, los cuidados maternos adquieren un lugar privilegiado, pues se vuelven el acceso para la observación de la unidad narcisista primaria, y su expresión misma, a través de la que se puede obtener una impresión

de cuál es el estado de la unidad, lo que, además, refiere al estado de sus miembros, pues esta “unidad simbiótica” (Gutton, 1987, p. 89) en que se encuentran es, por una parte, vital para el recién nacido, cuya condición radica en una *indiferenciación perceptivo-motora* —incapaz de regular o siquiera diferenciar las excitaciones provenientes del interior y el exterior de su cuerpo—, y, por la otra parte, resulta “útil, hasta psicológicamente necesaria” para la madre (Gutton, 1987, p. 89), quien no termina por percibir al lactante como un objeto distinto de ella, como si “psicológicamente formara parte todavía del cuerpo materno” (Gutton, 1987, p. 69), aunque en realidad lo tenga ya entre sus brazos. Así, hablar de la unidad narcisista primaria es hablar de los cuidados maternos.

Para Freud (1905), la función materna es en primera instancia un factor auxiliar *para-excitación*, una protección antiestímulo que ayuda al bebé a descargar la tensión a través de la satisfacción de sus necesidades, inscribiendo en él una huella mnémica de placer. Pero esta función, que para el bebé lleva a la descarga, para la madre representa una tarea de regulación, pues sus cuidados van desplazando el nivel de la tensión, interna o externa al bebé, en una escala que, si bien no es lineal, se mueve entre dos extremos: demasiada tensión o tensión insuficiente — para que el bebé “despierte y se desarrolle”— (Gutton, 1987, p. 58). Lo anterior significa que la descarga de la tensión puede ser calmante/reparadora, y puede ser también “despertadora”, ya desde los primeros días de vida (Gutton, 1987), y en tanto está ligada al cuerpo erógeno del bebé, donde deja esa huella de placer que eventualmente facilitará la activación del deseo, como búsqueda, cuando la madre se perciba ausente (Freud, 1905).

Esa dimensión, en la que los cuidados maternos consisten en el conjunto de “conductas [de la madre] organizadas por su meta: adaptarse a la demanda biológica del niño” (Gutton, 1987, p. 69), se denomina *dimensión operatoria*, y de su eficacia depende la supervivencia del lactante —

pero se verá que para el desarrollo del mismo no basta solamente dicha dimensión—. A su vez, para que los cuidados maternos resulten adecuados, es necesario que se establezca un canal de comunicación entre la madre y el bebé, por donde circularán las expresiones de ambos, imponiendo a la madre que “las señales emitidas por el bebé se transformen en signos y símbolos comprensibles para el adulto” (Gutton, 1987, p. 70), quien habrá de responder con los cuidados y el manejo del cuerpo del lactante. Se trata, entonces, de una doble decodificación entre ambos, que transcurre “a través del prisma de *los factores socioculturales de los cuidados maternos*” (Gutton, 1987, p. 70). Es que no se puede suponer que a la madre le basta con mirar a su bebé para que se active en ella un instinto que inmediatamente se traduzca en acciones eficaces en la dimensión operatoria. “La tabla de decodificación de las señales del niño es una tabla simbólica cuya historia, como la del lenguaje, está inscrita en los elementos de la cultura” (Gutton, 1987, p. 70), aunque el ejercicio y calidad de la traducción por parte de la madre estarán en función de su deseo sobre el bebé, quien representa la realización de dicho deseo conforme la madre lo percibe como “un objeto real distinto de ella misma” (Gutton, 1987, p. 69).

Esa disposición de la madre es esencialmente lo que Winnicott denominó como *la preocupación materna primaria*, si bien se trata de un concepto más complejo de lo que aquí aparenta. Lo abordaré en el siguiente apartado, pero se puede anticipar que el “periodo de crisis constituido por el posparto coloca a la mujer en un alto nivel de sensibilidad a los acontecimientos reales o fantasmáticos” (Gutton, 1987, p. 117), por lo que la estructura social y familiar alrededor de ella, en la que queda sostenido su rol de madre, cobra tal relevancia que llegará a influir en el desarrollo mismo del lactante, aun cuando este se encuentre bajo el resguardo de la unidad narcisista primaria, cuyo futuro, queda claro ahora, “depende del doble régimen de evolución del lactante y de la madre más allá del posparto” (Gutton, 1987, p. 96).

Poco a poco, si los cuidados maternos resultan adecuados, el bebé comenzará a formarse una imagen de su madre, una imagen integrada por las pequeñas representaciones parciales de las que se hace durante la convivencia con ella: la madre que satisface sus necesidades urgentes, la madre que lo cuida, lo sostiene, lo manipula afectivamente, la madre que recibe y contiene sus impulsos agresivos, su sadismo oral, que se mantiene como un objeto constante, capaz de contener su angustia —la propia y la del infante—, y que le da la oportunidad de manifestarle afecto y de expresar libremente sus instintos y su creatividad en el proceso identificatorio (Winnicott, 1965).

El desarrollo de ese proceso de identificación singular, lo que el bebé conoce de sí mismo por lo que percibe en su madre, no deberá, como dice Winnicott (1971), darse por sentado.

### **La Madre Como Espejo Y La Preocupación Maternal Primaria.**

Establecido el primer vínculo de objeto del bebé por vía de la incorporación —de la madre a través de su pecho—, reforzado y ampliado dicho vínculo por todos los cuidados maternos, por la función de la madre de sostén y manipulación del cuerpo erógeno del lactante, llega un momento en que “el bebé echa una mirada en derredor. Es posible que cuando se encuentre el pecho no lo mire. Lo más probable es que un rasgo característico sea el de mirar la cara” (Winnicott, 1971, p. 180). La pregunta natural, la misma que se hace y responde Winnicott, es ¿qué ve el bebé en el rostro de su madre? La expresión facial y mirada de ella le devuelven algo de lo que ve en él, por lo que, de algún modo, se estaría viendo a sí mismo, pero también, e inevitablemente, este espejo en el que se convierte el rostro de la madre estaría mostrándola a ella, su estado emocional. Si este último aspecto se vuelve dominante, las consecuencias suelen ser negativas para el bebé. Winnicott (1971) señala dos tipos de consecuencias: El primero sería lo que él llama *atrofia de la capacidad creadora*, la cual puede pensarse como una disminución de la voluntad y creatividad para encontrar nuevas formas de expresión e interacción con el ambiente, recordando que uno de los vínculos que

el bebé establece con su madre como objeto parcial es a través de su función precisamente como *madre-ambiente* (Winnicott, 1965); la segunda consecuencia de que el rostro de la madre pierda su cualidad de espejo, y por lo tanto cese la retroalimentación del bebé, es que la percepción de este último mude en aperccepción, es decir, la percepción consciente de estar mirando el rostro de la madre y ya no a sí mismo. Ese rostro se vuelve entonces un objeto de estudio para el bebé, lo mira buscando un significado, aprendiendo a relacionar rasgos con estados de ánimo, en la urgente necesidad de predecir, de encontrar la conducta adecuada frente al objeto que mira; el bebé se pone a la defensiva (Winnicott, 1971).

¿Cómo explicar que las madres puedan o no sostener dicha función de espejo? ¿Qué influye en la presencia o ausencia de esa disposición particular de la madre hacia su bebé? Según Winnicott (1960), ha de pensarse como el grado en que las madres pueden resignar sus intereses personales, previos al bebé, en beneficio del mismo; se trata de una actitud, de *la preocupación materna primaria*. Si la madre puede entregar su persona de una manera casi total a la existencia del lactante, por medio de una identificación que se va gestando junto con el bebé en su cuerpo, conseguirá desarrollar la sensibilidad y capacidad para entenderlo como nadie más podría y, por lo tanto, de intervenir adecuadamente, en el momento y de la forma necesaria, en lo que corresponde a los cuidados maternos.

Como suele ocurrir en Winnicott y Freud, la forma más ilustrativa para entender los procesos psicológicos, y donde más evidencias de su existencia y dinámica se encuentran, es en el trastorno. Winnicott (1960) plantea dos clases de trastorno referentes a la preocupación materna primaria. La primera clase es aquella donde se agrupan las madres que no consiguen resignar lo suficiente sus intereses, su vida previa al bebé, y, por lo mismo, le ofrecen muy poco de sus aptitudes y su presencia. La segunda clase, fundamentalmente opuesta, es aquella donde las madres

tienden a estar permanente preocupadas por algo, por lo que terminan preocupándose demasiado, a un nivel patológico, por y acerca de sus bebés, a causa de lo cual suelen mantener demasiado tiempo el estado identificatorio con ellos o, súbitamente, desplazar su atención hacia otros aspectos que no están directamente relacionados con los bebés, y que podrían inclusive ser previos al, o convergentes con, el nacimiento de los mismos. Ya sea porque su preocupación impide a la madre alejarse del lactante, o porque bruscamente se preocupa por algo más, el trastorno resulta más evidente en lo que en circunstancias normales sería el proceso esperado de separación, cuando la madre comienza a retomar su vida, sus intereses personales previos, mientras que el bebé poco a poco se va adaptando.

La magnitud del impacto que las situaciones contingentes alrededor de la madre puedan tener en el desarrollo de su preocupación primaria, suele ser un indicador de las condiciones en que se encuentra lo que Winnicott (1960) concibió como un tipo de círculo protector que, en torno a la madre, organiza y sostiene su pareja. La falla o ausencia de esta barrera protectora, dificultará gravemente la capacidad de la madre para centrar su atención y preocupación en su bebé, en lugar de en las amenazas externas.

### **Fallas En La Unidad Narcisista Primaria.**

Anteriormente quedó asentado que el estado de la unidad narcisista primaria da cuenta del estado de sus participantes, ahí precisamente donde se manifiestan, en el vínculo; o sea, que todo “signo (o síntoma) es el resultado de un compromiso entre las demandas del lactante y las que se expresan en los cuidados maternos, [...] una doble búsqueda de adecuación” (Gutton, 1987, p. 55). Signos o síntomas que aparecen en el lactante como reflejo de una función materna que cae fuera de los límites de aquello que en la terminología de Winnicott se conoce como *la madre suficientemente buena*, cuyos extremos define Gutton del siguiente modo:

[...] por una parte, la evitación de la concomitancia con la demanda inmediata del lactante, gracias a un distanciamiento fundamental entre la madre y su hijo, que permite a este último expresarse y estar despierto; por otra, la evitación de una excitación que pueda desembocar en estados de desorganización perceptivo-motora (Gutton, 1987, p. 65).

Se comprende que las posibilidades de la posición materna, dentro y fuera del rango explicado por Gutton, son múltiples. El propósito de este apartado no es abordar todo el espectro de los cuidados que no llegan a ser suficientes para el lactante, sino seleccionar aquellas descripciones que permitan decantar un tipo particular: “los cuidados brindados por una madre depresiva” (Gutton, 1987, p. 123).

Lo anterior implica reducir el campo a los casos en que los cuidados maternos se vuelven “esencialmente operatorios, es decir, carentes de actividad libidinal” (Gutton, 1987, p. 71), donde la madre, tanto física como mentalmente, se limita al cumplimiento de las operaciones necesarias para la supervivencia del bebé, gestos que pueden repetirse cual rutina. “El hijo no es objeto de deseo, sino de actividad” (Gutton, 1987, p. 72). Tal operación de la madre puede ser global o focalizada; para el propósito del presente trabajo resulta más relevante el segundo tipo, especialmente ahí donde la falta de libido afecta “la boca del hijo, y sin duda más en general los cuidados digestivos [...]. El gesto alimentario es simplemente operatorio” (Gutton, 1987, p. 74). Consecuentemente, las acciones de la madre resultan inadecuadas, pues ella misma no busca, ni le es posible, adaptarse a las demandas del bebé, no logra traducir el lenguaje del lactante, por lo que este permanece insatisfecho, acumulando tensión, displacer. La consecuencia es un agudo estado de tensión en el que el lactante sufre una desorganización perceptivo-motora, patente en la elevación del umbral perceptivo de la zona oral, normalmente bajo en esta etapa (Gutton, 1987), primera en la organización y desarrollo psicosexual del sujeto. Es decir, que el bebé ya no

reacciona ante el estímulo que anuncia el alimento, el pezón, lo que se observa del siguiente modo: el “lactante que llora porque siente hambre ya no reconoce el pezón que tiene en la boca y sigue gritando” (Gutton, 1987, p. 62). Una fisura se abrió camino entre los integrantes de la unidad narcisista primaria; quedó la madre de un lado, sin poder saciar ni calmar a su bebé, que está en el otro extremo, y que poco a poco “deja de perseguir el placer de la satisfacción” (Gutton, 1987, p. 63), lo que, para Gutton (1987), puede derivar en una bifurcación de sus actividades libidinales, unas apuntaladas en la satisfacción de las necesidades meramente orgánicas, y las otras apuntaladas en el displacer, dado que se trata de una fuente de excitación corporal.

La depresión de la madre, que conlleva la falta de libido en sus cuidados, puede presentarse, entre otros motivos, como repuesta a una herida narcisista, “una frustración impuesta por la realidad” (Gutton, 1987, p. 76), por ejemplo, el abandono de su pareja.

### ***La Madre Muerta.***

El *complejo de la madre muerta*, acuñado por el psicoanalista y autor francés, André Green (1986), es una construcción teórica que agrupa, describe y pretende dar cuenta de las consecuencias psíquicas observadas en pacientes cuyas madres se deprimieron abruptamente, mientras los proveían de los cuidados necesarios en los primeros meses de vida. Tal depresión materna es causa y núcleo del complejo, especialmente cuando sobreviene “antes de lo que se ha convenido en llamar la pérdida de objeto” (Green, 1986, p. 212). “La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida” (Green, 1986, p. 208).

Seguiré, con la intención de capturar lo esencial del pensamiento de Green, la estructura de su artículo publicado en 1980, bajo el nombre de *La madre muerta*, pero he seleccionado

aquellos aspectos que serán la base del análisis de caso, a propósito del cual se construyó el presente trabajo.

Antes de internarse en los pormenores de *la madre muerta*, y dado el momento en la vida del sujeto en que se origina, Green (1986) manifiesta el lugar que su proposición tiene con respecto de otro complejo, el Edipo, el cual, asevera, deberá mantenerse siempre como *matriz simbólica esencial*, referencia irreductible hasta en aquellas ocasiones en que se aborde el análisis de las primeras fases de la organización psicosexual, como es el caso —donde aún prima la unidad narcisista primaria y podría pensarse que nada cabe entre la madre y su bebé—. Y es que “el destino de la psique humana es siempre tener dos objetos, nunca uno solo, no importa cuán lejos nos remontemos para delinear la estructura psíquica pretendidamente más primitiva” (Green, 1986, p. 212). Ese otro objeto, interfiriendo en el vínculo madre-hijo, es el padre; un tercero que viene a cerrar la *triangulación axiomática* que, para Green (1986), es el Edipo.

Al descubrimiento del *complejo de la madre muerta*, Green (1986) llegó por medio del análisis de la transferencia que establecen cierto tipo de pacientes, sujetos aquejados por síntomas que reflejan “el fracaso de una vida amorosa o profesional” (Green, 1987, p. 214), que termina por afectar, inevitablemente, la relación con los objetos más próximos. Estos pacientes, que regularmente presentan síntomas neuróticos, en cuyo análisis pueden llegar a extenderse por largos periodos, sostienen un discurso atravesado por un eje central, más o menos velado, de índole narcisista, pues se encuentran en conflicto con el *ideal del yo*, ya sea que cedan o se opongan a las exigencias del *superyó*. De ahí procede la vivencia de fracaso antes mencionada. “El sentimiento de impotencia es nítido. Impotencia para salir de una situación de conflicto; impotencia para amar, para sacar partido de las propias capacidades, para aumentar sus conquistas o, cuando esto se consigue, insatisfacción profunda con el resultado” (Green, 1986, p. 214). Entonces se vuelve

llamativo, a los ojos del observador —psicoterapeuta, psicoanalista, médico—, que la naturaleza depresiva de eso que el paciente manifiesta dentro del consultorio se encuentra en franca discordancia con su comportamiento fuera del mismo, donde nadie parece notar con claridad el rasgo depresivo, “lo que por otra parte no impide que los prójimos padezcan a causa de las relaciones de objeto que el analizando anuda con ellos” (Green, 1986, p. 214). Se trata de un fenómeno que se establece y expresa en y por el vínculo entre paciente y profesional, en la transferencia, y es por ello que Green (1986) lo denomina como *depresión de transferencia*, en la que supo percibir la repetición de una depresión anterior, infantil, muy antigua. Una depresión sufrida en presencia del objeto investido, en lugar de frente a su pérdida, como suele ocurrir. El objeto, en este caso, es la madre, quien, a su vez, se ha deprimido. Las razones, por supuesto, pueden ser muchas, pero Green coincide con Gutton (1987) en una posible causa, que ya mencioné y a la que presto especial atención en este trabajo: el padre del recién nacido abandona a la madre, infligiéndole una herida narcisista, por lo que “la tristeza de la madre y la disminución de su interés por el hijo se sitúan en el primer plano” (Green, 1986, p. 215).

El lactante, que hasta entonces había disfrutado de una verdadera relación con su madre, se vuelve testigo de una transformación radical en ella, un cambio abrupto, su mutación en “un núcleo frío, que ulteriormente será rebasado, pero que deja una marca indeleble sobre las investiduras eróticas de los sujetos en cuestión” (Green, 1986, p. 215). Absorta en su duelo, en la depresión causada por la pérdida de su pareja, la madre desinviste repentinamente a su hijo, quien lo vive como un acontecimiento brutal, un trauma narcisista, un cese de los intercambios libidinales, falla —también a la manera geológica— de la unidad narcisista primaria. Una desilusión anticipada (Green, 1986). Es que la escisión de la unidad narcisista primaria, proceso necesario en la conformación de cada sujeto, ocurre aquí de manera violenta y precoz.

Para contrastar la exposición de Green sobre este punto, incluyo algunos señalamientos acerca de la desinvestidura normal del bebé por parte de su madre, desde la perspectiva de Gutton (1987). En primer lugar, que aquello que impulsa y sostiene la desinvestidura es un cambio en la meta del deseo de la madre, ahora “buscada con un objeto diferente de su hijo” (Gutton, 1987, p. 135). La triangulación axiomática, según la planteaba Green, que incluye al padre, pues a él se podrá reconducir, “con posterioridad, todo cuanto anticipa la existencia de un tercero” (Green, 1986, p. 212). En segundo lugar, que dicho cambio en la meta, así como la desinvestidura, han de ser pausados y progresivos para que las pulsiones del lactante puedan tornarse autoeróticas y, así, logre defenderse de la retirada de su madre, replegándose en el cuerpo propio a la búsqueda del placer que hasta entonces obtenía con el de ella. “Para que este sistema funcione de manera «suficientemente buena», es preciso que la protección antiestímulo, que lo precedió, haya señalado sucesivamente su pertenencia y su insuficiencia” (Gutton, 1987, p. 140). Sucesivamente, progresivamente, con tiempo suficiente para que el lactante pueda responder y adaptarse a la ausencia de su madre, levantando por sí mismo una barrera para contener la afluencia de excitaciones, internas y externas. A esa actividad con la que el bebé replica a la desinvestidura de la que es objeto, se le denomina *contrainvestidura*, y es la que, en el sentido energético, “alimenta y constituye el cuerpo libidinal y sus investiduras, y también sus desinvestiduras personales” (Gutton, 1987, p. 140).

Perdido de golpe el amor de su madre, el bebé queda enfrentado precozmente con la existencia de un tercero, el objeto desconocido que produce el duelo y se lleva consigo el amor retirado. Esta triangulación prematura y desequilibrada para el lactante puede derivar, piensa Green (1986), en cualquiera de dos caminos posibles, ya sea que se produzca una condensación entre el objeto intruso y la figura del padre, o que este último sea intensa y precipitadamente

investido como “salvador” del hijo. “Ahora bien, en la realidad, en la mayoría de los casos el padre no responde a la aflicción del hijo” (Green, 1986, p. 216); queda a su suerte la pareja madre-lactante.

“He ahí al sujeto tomado entre una madre muerta y un padre inaccesible” (Green, 1986, p. 216).

Frente a la posibilidad angustiante de perder ya no sólo su amor, sino a la madre misma, e incapaz de repararla, el bebé activa una defensa “cuyos signos son la agitación, el insomnio o los terrores nocturnos” (Green, 1986, p. 216), sin éxito, razón por la que entonces se ponen en marcha otros mecanismos. El primero, y más importante, señala Green (1986), es un movimiento doble y simultáneo: *la desinvertidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta*; lo que responde al cese de los intercambios libidinales, pero que también consiste en una renuncia representativa, o en términos vistos en apartados anteriores, una renuncia a continuar la integración del objeto, cuya consecuencia es “un agujero en la trama de las relaciones de objeto con la madre” (Green, 1986, p. 216), de lo que no se puede deducir la presencia de actividad destructiva pulsional, ni un impedimento en las investiduras periféricas, pues el bebé sigue vivo, como también lo está en la realidad, la madre, “impotente para amarlo” (Green, 1986, p. 216), limitada a encargarse de él por medio de cuidados que Gutton (1987) califica de meramente operatorios.

Por otro lado, en cuanto a la identificación con el objeto, siguiendo la línea que planteé en el capítulo correspondiente —desde la incorporación hasta la identificación—, es posible inferir la gravedad de sus efectos, no sólo en el ámbito libidinal, sino también en la formación del *yo*, pues se trata en verdad de un mimetismo con la depresión de la madre, luego del fracaso de respuestas de complementariedad, como alegría y agitación artificiales. Ante la imposibilidad de

retener al objeto, el propósito es ahora poseerlo mediante la transformación en el mismo, “deviniendo él mismo, no como él” (Green, 1986, p. 216). Tal incorporación, por primitiva —pues se trataría del modo “canibólico” de la identificación—, se efectúa, por supuesto, de manera inconsciente, lo que terminará por volverla sumamente alienante: “En las ulteriores relaciones de objeto, el sujeto, presa de la compulsión de repetición, habrá de poner activamente en práctica la desinvestidura de un objeto en vías de decepcionar” (Green, 1986, p. 218), repetición que podrá observarse en la forma de desinvestiduras masivas y temporales de los objetos cercanos, lo que dejará huellas, en el ámbito inconsciente, “en la forma de «agujeros psíquicos» que serán colmados por reinvestiduras, expresiones de la destructividad liberada así, por ese debilitamiento de la investidura libidinal erótica” (Green, 1986, p. 212). Lo que se repite, entonces, es la defensa en sí misma.

El segundo mecanismo consiste en una serie de tres acciones defensivas ante lo que Green (1986) denomina como la *pérdida del sentido*, ocasionado por la repentina ausencia del amor de la madre, y la consecuente interrupción del placer que sus cuidados libidinizados le proporcionaban:

1. “*El desencadenamiento de un odio secundario*, que no es ni primero ni fundamental” (Green, 1986, p. 218), y que se vuelve el motor de posteriores regresiones a la incorporación o a posiciones anales sádicas, cuyo objetivo es vengarse del objeto, por acciones como la humillación o el dominio del objeto.

2. *La excitación autoerótica*. A la búsqueda de un placer sin ternura y sin piedad, “placer de órgano en el caso límite” (Green, 1986, p. 218), que se caracteriza por un rechazo a mostrarle amor al objeto. Se observa una “disociación precoz entre el cuerpo y la psique, así como entre sensualidad y ternura y bloqueo del amor” (Green, 1986, p. 218), lo que, desde la perspectiva de

Gutton (1987), se explica por el retiro prematuro y abrupto de la función materna de protección antiestímulo, de modo que el cuerpo erógeno del lactante queda expuesto a la tensión acumulada que precisa descarga. Sobre la disociación psicósomática, Green obvia u omite las implicaciones profundas que ello comprende, quizá porque es un tema muy amplio, complejo, que requiere su propio análisis, pero también porque lo entiende como un efecto secundario que puede estar más o menos presente, y ser más o menos problemático en el *complejo de la madre muerta*. Incluyo en el siguiente apartado unos breves apuntes al respecto, desde otra perspectiva, con el objeto de sumar hacia mi análisis de caso.

3. *El desarrollo precoz de las capacidades imaginativas e intelectuales del yo*. La compulsión de imaginar, en el ámbito del jugar, y la compulsión de pensar, en el plano del desarrollo intelectual. Lo que parece una evolución temprana y sobresaliente es, de hecho, un proceso encubridor, “a modo de una tela cognitiva destinada a enmascarar el agujero de la desinvestidura, al tiempo que el odio secundario y la excitación erótica borbotan en el borde del abismo vacío” (Green, 1987, p. 218). El impulso proviene de la necesidad por sobreponerse al desconcierto que deja la ocurrencia simultánea de los cuidados operatorios y la desinvestidura materna, presencia y ausencia paralelas que orillan al hijo a concentrar sus esfuerzos en la anticipación como recurso protector, pues “ha hecho la cruel experiencia de que depende de las variaciones de humor de la madre” (Green, 1986, p. 218). Y si bien, estaríamos frente a “una tentativa de dominio de la situación traumática” (Green, 1986, p. 218), las sublimaciones que resulten no serían por ello menos auténticas o sustanciales, no obstante, fallarán en sostener el equilibrio del sujeto, pues este “permanece vulnerable en un punto particular, a saber, su vida amorosa” (Green, 1986, p. 218), donde habrá de reactivarse, por obra de la repetición antes mencionada, el dolor producido por *la madre muerta*, dolor que obnubila y vence al sujeto, cuya

fragilidad libidinal se muestra en los débiles vínculos que establece, insuficiente para comprometerse e involucrarse profundamente, responsablemente, sujeto de su herida narcisista. “Por fuerza sobrevienen la decepción del objeto, o la del yo; estas decepciones ponen fin a la experiencia, y resurge el sentimiento de fracaso, de incapacidad. El paciente tiene el sentimiento de una maldición que pesara sobre él” (Green, 1986, p. 219). La maldición de *la madre muerta*, habitando el núcleo libidinal del sujeto, sin revelarse ni dejarlo ir, y que mantiene a los demás objetos al “límite del yo, ni completamente adentro, ni enteramente afuera” (Green, 1986, p. 219).

Ahora, tal dificultad para amar, presente en el fracaso de la vida amorosa, profesional y, se verá, en la transferencia, no es producto, como podría pensarse, de un conflicto de ambivalencia, sino del mencionado debilitamiento de la pulsión erótica —cuyo destino es lo que Freud (1923) llama desmezcla pulsional—, que termina por relegar el odio al dominio de la represión, mientras el objeto permanece enterrado, enquistado, “conservado en frío”, ilustra Green (1986). El amor “sigue hipotecado por la madre muerta” (Green, 1986, p. 221) y el sujeto no puede ejercer usufructo de él.

Por lo tanto, explica Green (1986), si los pacientes llegan a conseguir progresos visibles en su trabajo clínico, este permanece susceptible de “hundimientos espectaculares en que todo torna a aparecer como el primer día” (Green, 1986, p. 219). Otra ausencia se hace patente en ese momento, la del objeto transferencial; al analista no le ha sido dado, por el paciente, ocupar ese sitio, no más allá de una dinámica narcisista, casi una puesta en escena, en la que el analista debe mantenerse intacto, idealizado como una figura a la que hay que interesar y mantener admirado por el trabajo del propio paciente en el dispositivo clínico. ¿A quién, entonces, iban dirigidas las quejas y reproches constantes? A la *madre muerta*, indisponible, absorta. Indisponible por carecer de “cuerpo”: tras la depresión que produjo prematuramente su desinvestidura y pérdida como

objeto, el lactante tuvo que abandonar por un lapso la representación e integración de las huellas mnémicas que debió dejar el placer de los cuidados maternos, si estos hubieran sido algo más que operatorios. En su lugar quedó un agujero y, aunque los pacientes se han identificado con él, les infunde miedo, los enfrenta con un sentimiento de soledad y vacío que angustiosamente buscan evitar. En síntesis, se perdió contacto con la madre y esta quedó oculta en las profundidades de la psique, por lo que “todas las tentaciones de remplazo por objetos sustitativos están destinadas a fracasar” (Green, 1986, p. 229).

Además, en el transcurso de su proceso clínico, estos pacientes llegan a encontrarse “con que su vida sexual aminora o se desvanece” (Green, 1986, p. 221), pero eluden la cuestión arguyendo un desafortunado, aunque simple, desfase de intereses: alguien se interesa por ellos, pero ellos no se sienten atraídos, o al revés, sienten interés, pero ese alguien no los desea. ¿Es así en realidad? Green propone: “Frenados en su capacidad para amar, los sujetos que están en poder de una madre muerta ya no pueden aspirar a otra cosa que a la autonomía” (Green, 1986, p. 222). Se descubre entonces que han logrado transformar la experiencia de la soledad que, como mencioné, producía miedo y aversión; ahora les parece positiva, atractiva, y la buscan. “El sujeto se anida” (Green, 1986, p. 222).

En suma, esos dos ámbitos esenciales, la vida amorosa y la vida profesional —aun cuando esta segunda puede estar profundamente investida (Green, 1986)—, se viven bajo el signo del fracaso. Es por ello que, a modo de compensación, el sujeto se aferra entonces a la búsqueda del orden, la conservación del estado y estructura de su vida, un tipo de regresión, de naturaleza anal, cuyo objetivo velado es protegerse de otra regresión muy amenazante: una “regresión oral a la que la madre muerta remite siempre” (Green, 1986, p. 223). Tal fijación y resistencia al cambio contribuyen a la caída del progreso que los pacientes llegan a sufrir en el tránsito del trabajo clínico,

antes mencionada. No obstante, mantienen dicho trabajo “muy investido, narcisistamente casi siempre” (Green, 1986, p. 223), lo que significa que, por medio de los reproches narcisistas, llegan a comprender más de los otros que de sí mismos. Y así, *la madre muerta* continúa indemne, “se rehúsa a morir su muerte segunda” (Green, 1986, p. 223).

Por lo anterior, Green deduce que no sería “atacando frontalmente la relación oral como se extirpa el núcleo del complejo” (Green, 1986, p. 223). Si el Edipo debe ser la “matriz simbólica esencial” (Green, 1986, p. 212) en todo momento, según lo que ya se mencionó, entonces, la vía de acceso sería el “prototipo” del Edipo, es decir, la escena primitiva, definida por Green (1986) como una figuración de las imágenes de la madre y el padre potencialmente reunidos en una escena hipotética, de naturaleza sexual, a la que el sujeto no tiene acceso y que se concretó en su ausencia. Es por este tipo de reunión de ambos objetos que el sujeto podrá acceder a las huellas mnémicas relacionadas con el complejo de *la madre muerta*, las cuales, por efecto de la desinvestidura de la madre, quedaron fuertemente reprimidas. De manera que la fantasía alrededor de la escena primitiva “no sólo ha de reinvestir esos vestigios, sino que ha de conferirles, por una investidura nueva, efectos nuevos, que constituyen un verdadero abrasamiento, un incendio de la estructura, que con posterioridad imparte significación al complejo de la madre muerta” (Green, 1986, p. 224).

Por otro lado, un trabajo como ese no podría ocurrir sin obstáculos ni resistencias. En primer lugar, porque al ser confrontado con lo que surge del retiro de la represión, el sujeto reconoce y experimenta la magnitud de la distancia que lo separa de aquella madre deprimida. Se revive la impotencia por no lograr hacer contacto, “en el sentido más estricto”, aclara Green (1986, p. 224), con la madre, tal que objeto. Como si de nuevo fuera ese lactante incapaz de infundirle vida a su madre, de reanimarla. Pero esta vez, desde la nueva perspectiva que le facilita su trabajo

clínico, el paciente puede dar cuenta de que efectivamente está en sus manos reanimar a *la madre muerta*, que ya no se lo impide el objeto perdido por el que ella se deprimió. El panorama, podría pensarse, luce prometedor, sin embargo, el sujeto recula, pues teme el necesario e infranqueable análisis de la herida narcisista que le ha producido su propia madre, lo que, además, genera la amenaza de perderla completamente, dejando nada más que vacío. “Es ahí donde se aloja la situación repelente” (Green, 1986, p. 225), cuyo abordaje requiere de un largo proceso y, quizá, de volver a comenzar más de una vez.

Mientras los pacientes eviten enfrentarse a *la madre muerta*, seguirán expuestos a la reactivación de la pérdida de la omnipotencia narcisista que sufrieron con la prematura y repentina escisión de la unidad narcisista primaria, causándoles un actual sentimiento de invalidez libidinal, que los domina, y que podría explicar los accesos de desinversiones masivas observadas en ellos, así como el profundo y persistente sentimiento de insuficiencia, o el sacrificio de las satisfacciones libidinales en pos de la antes mencionada actividad intelectual notoriamente investida, cuya evidencia más inmediata se observa en el discurso que despliegan en el consultorio, especialmente en la “gran riqueza de representaciones y un muy notable don de autointerpretación, que contrasta con el escaso efecto que tiene sobre la vida del paciente, que se modifica poco, sobre todo en el plano afectivo” (Green, 1986, p. 227). El discurso, entonces, adquiere un cariz narrativo, al que el clínico asiste como un mero espectador, testigo que debería conmovirse al escuchar las tribulaciones del paciente, agobiado por los obstáculos que le presenta el mundo exterior. “Es como un niño que contara a su madre su jornada escolar y los mil pequeños dramas que ha vivido, a fin de interesarla y de hacerla participar en lo que ha conocido en su ausencia” (Green, 1986, p. 227). Esta forma de prolongar el trabajo clínico le permite al paciente “nutrir a la madre muerta para mantenerla en un embalsamamiento perpetuo” (Green, 1986, p. 227). Se infiere en este punto

que la renuencia a elaborar el duelo por su madre significa también que el sujeto se niega a renunciar a su posición incestuosa, lo que se torna en una suerte de trampa elaborada por sí mismo, pues persevera, y se empantana, en la esperanza de ser el hijo ideal, “estrella polar de la madre” (Green, 1986, p. 227), de quien nunca recibe satisfacción, pero tampoco desengaño, pues no es un objeto vivo, “es decir, no es imperfecto, limitado, finito” (Green, 1986, p. 227). El sujeto sostiene la percepción de una madre insaciable, a quien no puede colmar, pero no cesa en su empeño, pues en realidad no quiere revivirla, sino conservarla, muerta pero presente, a fin de cuentas.

El temor es, como mencioné, perderla por completo. Ya sea porque en la elaboración del duelo termine por dejarla ir, o porque logre reanimarla y ella, curada, abandone su letargo sepulcral, donde el paciente la había mantenido, y se vaya en búsqueda de nuevas vivencias y nuevos objetos que investir. Para evitar eso último, y como consecuencia de la identificación que se produjo con el objeto perdido, los pacientes sacrifican en “el altar de la madre” (Green, 1986, p. 229), cualquier emergente signo de vitalidad, cualquier placer posible que pudiera despertar a esa madre que yace deprimida.

Green (1986) sostiene que, para que la madre se transformara en el objeto descrito, simultáneamente inaccesible e ineludible, muerta y presente, es necesario que el trauma de su duelo sobrevenga antes de que el hijo haya podido investir, de manera suficientemente firme, su propio espacio psíquico. Es decir, esa “estructura encuadradora” del *yo* que se constituye por la escisión normal de la unidad narcisista primaria, y que, en condiciones favorables para el lactante, ocurre de manera progresiva, lo que le permite ir generando e invistiendo libidinalmente las representaciones tanto de los objetos como de sí mismo —el *yo*, masa de representaciones, como se advirtió en un apartado preliminar—. En el complejo de *la madre muerta*, la ocurrencia súbita de la escisión origina un conflicto, entre la renuncia obligada tras la pérdida del objeto y un empeño

por “mantener cautiva la imagen de la madre, en lucha contra su desaparición” (Green, 1986, p. 231). Por lo tanto, el paciente alterna entre ambas posturas, lo que daría cuenta de cierto fracaso en la represión primaria, “en la medida en que la borradura del objeto primordial no fue una experiencia aceptable o aceptada de común acuerdo por las dos partes de la antigua simbiosis madre-hijo” (Green, 1986, p. 231). Desde su origen, el *yo* de estos pacientes ha estado a expensas de una dinámica en la que, por un lado, el sujeto se “encarniza” en retener el objeto primario y, por otro lado, revive su pérdida una y otra vez. Pérdida que, no obstante, termina por sentirse también como una pérdida a nivel del *yo*, por causa de cierta propiedad de la identificación, que abordé en su momento. Cabe aclarar, porque la referencia parece inevitable, que no se está hablando aquí de una situación que pudiera denominarse como la “posición depresiva común, ni asimilada a los traumas graves de la separación real” (Green, 1986, p. 233).

Finalmente, Green (1986) propone una actitud técnica para aquellos profesionales clínicos que enfrentan el trabajo con pacientes aquejados por el *complejo de la madre muerta*: que se muestren como un “objeto siempre vivo, interesado, alertado por su analizando, y que da testimonio de su vitalidad por los lazos asociativos que comunica a este” (Green, 1986, p. 229), porque de ello dependerá la capacidad que el paciente pueda demostrar cuando sobrevenga la desilusión, y la muerte de *la madre muerta*, muerte que deberá ser “lenta y dulce” para que, al fin, el amor consagrado a ella pueda quedar de nuevo a disposición del deseo del paciente.

### ***Lo Psicosomático.***

En el apartado anterior adelanté que incluiría algunos señalamientos para complementar la propuesta de Green acerca del fenómeno psicosomático, la “disociación precoz entre el cuerpo y la psique” (Green, 1986, p. 218) presente en el *complejo de la madre muerta*. Para ello, recorro a la perspectiva de McDougall (2012), quien parte del momento en la vida de los sujetos en que se

les impone la tarea de adaptarse a la separación del pecho materno —lo cual ocurre de manera abrupta y prematura en el *complejo de la madre muerta*—, y advierte que el vacío y la angustia producidos por esta separación deberán ser tramitados mediante la búsqueda de nuevos objetos, sin que, como diría Winnicott, se perturbe la sensación de omnipotencia del bebé, o de que todo lo que ocurre a su alrededor le parezca una proyección (Winnicott, 1965), lo cual implicaría la eventual delimitación entre un mundo exterior y uno interior, un *yo* que comienza a independizarse de su madre. “De aquí en adelante el bebé lleva una vida psicossomática” (Winnicott, 1965, p. 72).

Para McDougall, el recorrido anterior depende en gran medida de la capacidad del bebé para construir estructuras simbólicas, pero esta capacidad, a su vez, está supeditada a “los temores y deseos inconscientes de sus padres” (McDougall, 2012, p. 303). Así como el bebé deberá adaptarse a la separación de su madre, ella también deberá soportar dicha separación. El riesgo de una identificación narcisista intensa con el bebé, en la que ambos padres podrían caer, manteniendo un vínculo cerrado, supone una barrera entre el infante y la realidad, la imposibilidad impuesta de prepararse para las separaciones por venir, como mencioné anteriormente, pero también una dificultad en la búsqueda de una identidad personal. Entre las distintas consecuencias que lo anterior puede generar, resultan de mayor relevancia, para el interés del presente trabajo, aquellos casos en los que los efectos de la falla en la función materna durante el curso de la *unidad narcisista primaria*, y su posterior desintegración, transcurren subyacentemente, indicando una pérdida en los nexos que conectan cuerpo y psique (McDougall, 2012), y que propiamente pueden llamarse fenómenos psicossomáticos.

En *Alegato por una cierta anormalidad*, McDougall (2012), se propone hacer una revisión de lo que entiende por lo *psicossomático*, a la búsqueda de una definición que permita distinguirlo de las manifestaciones de tipo histérico, a las que también hice referencia en su momento. Así,

comienza por asentar la base histórica de su pensamiento: la dicotomía freudiana entre histeria de conversión y neurosis actuales, si bien este último término ha perdido uso con el paso del tiempo, como sugieren Laplanche y Pontalis (1996). De modo que, mientras en la histeria de conversión se da un “salto misterioso” de la mente al cuerpo, en las neurosis actuales sería en el sentido opuesto, del cuerpo hacia lo psíquico (McDougall, 2012). Sin embargo, en ambos casos la hipótesis freudiana era que el trastorno tenía un origen sexual, si bien el conflicto podía estar en el presente —neurosis actuales—, o en la infancia temprana —histeria—, manifestándose este último caso en síntomas de naturaleza simbólica, al representar una formación de compromiso entre las instancias psíquicas. De esta manera, por eliminación, va delineando el concepto. La histeria no pertenece a lo psicósomático. “Cabría afirmar que en la histeria, el cuerpo y sus funciones se entregan a la mente para que ésta los use a su antojo, mientras que en la enfermedad psicósomática el cuerpo ‘piensa’ por su cuenta” (McDougall, 2012, p. 312).

Subrayo: lo psicósomático escapa, es previo al conflicto sexual, es de naturaleza primitiva, pre-simbólica, por lo que sus síntomas no son traducciones simbólicas de un conflicto psíquico, sino signos que se atienen a las leyes del cuerpo, donde el trastorno tiene implicaciones fisiológicas y se presenta una verdadera disfunción orgánica.

Lo anterior no significa que tales síntomas no tengan ninguna conexión con el sujeto, tal que individuo histórico, pues en realidad están ligados, como se formuló anteriormente, a la historia de su desarrollo, las circunstancias de su vida —como eventos estresantes previos en su ambiente— y su propia constitución. McDougall utiliza esta conexión para diferenciar lo psicósomático de la enfermedad meramente orgánica. Y es que “el psicósoma funciona como una entidad” (McDougall, 2012, p. 313). Desde esta perspectiva, los fenómenos psicósomáticos

manifiestos en sujetos aquejados por el *complejo de la madre muerta*, serán también indicios que permitan develar dicho complejo y comprender su origen.

### ***El Padre***

Tal como sucede con la madre, el lugar y función del padre se constituyen a partir de una identidad que se encuentra y se elabora. Elaboración, bajo las nuevas condiciones de existencia, de aquello que es propio de la historia del padre como sujeto y de su constitución; “la historia de todo padre se inscribe en su comportamiento” (Herzog y Lebovici, 1995, pp. 71-72). Y hallazgo, en cuanto consiste en ir activamente —cuando hay interés— descubriendo su rol en la nueva dinámica en la que se encuentra involucrado, y en la relación misma con la madre, aun la que construyeron antes del embarazo, pero también durante y luego de su desenlace, es decir, en su participación y la manifestación de su deseo sobre el embarazo y la crianza, cuya retroalimentación, en la convivencia directa con la madre y el bebé, contribuye a manera de “sostén para paternalizarse” (Herzog y Lebovici, 1995, p. 71), y en cuya ausencia, sin la oportunidad de convivir con el bebé, ni el apoyo afectivo de la madre, se puede agravar sensiblemente la fase depresiva post-puerperal por la que suelen atravesar también los padres (Herzog y Lebovici, 1995).

Por lo tanto, y si bien la identidad del padre se nutre recíprocamente de la de la madre —por ejemplo, por las fantasías conscientes e inconscientes que desde el embarazo ambos pueden construir—, el padre suele necesitar una cercanía distinta con el bebé recién nacido, secundaria a la de la pareja madre-lactante, en la que pueda conocer a su hija o hijo, identificar sus rasgos y reconocer, a fin de cuentas, el parecido con él (Herzog y Lebovici, 1995).

De manera general, puede afirmarse que la paternidad presenta dos elementos centrales que, para Gutton, pueden entenderse como “dos líneas de fuerza contradictorias” Gutton (1987, p.

150): Por un lado, el padre participa en los cuidados del bebé, en la dinámica libidinal y en la regulación de los intercambios e investiduras entre madre e hijo, por lo que, más allá de ser un auxiliador de la madre, “el padre es un sustituto materno” (Gutton, 1987, p. 150). No obstante, y por otro lado, el padre es distinto de la madre para el bebé, es ese otro que interfiere en la unidad narcisista primaria, y, para la madre, “su lugar está señalado como el del representante actual de la historia edípica” (Gutton, 1987, p. 150) de ella.

La disposición psíquica del sujeto que se vuelve padre es en sí misma objeto de estudio, pues da cuenta de fenómenos complejos y profundos, reorganizaciones y reactivaciones, conscientes e inconscientes, de su propia historia y la de los elementos de su psique. Tanta importancia tienen estos fenómenos para el estado mental del padre —susceptible también de un posible desarrollo patológico— como para el del recién nacido, pues se encuentran íntimamente relacionados, ya que el padre es el otro elemento constitutivo de ese espacio que habrá de facilitar u obstaculizar el advenimiento del *yo* del bebé (Castoriadis-Aulagnier, 2014). Sin embargo, y a diferencia de los apartados anteriores, no habré de profundizar en las particularidades patológicas que podrían acaecer, por la relación con el padre durante dicho advenimiento, sino que presento una descripción sucinta —es que el lugar de la madre es prioritario mientras prime la unidad narcisista primaria— de lo que comúnmente implica la presencia de un padre involucrado con la madre y el bebé, para, así, disponer de una referencia con la cual contrastar los efectos observados cuando el padre se ausenta, como en el caso clínico presentado en este trabajo.

### **El Deseo Del Padre.**

En el apartado anterior quedó establecido que “la historia de todo padre se inscribe en su comportamiento” (Herzog y Lebovici, 1995, p. 72). Desde la perspectiva de Castoriadis-Aulagnier (2014) habría que añadir que ese comportamiento, integrado por la conducta y el discurso del

padre, también manifiesta su deseo por su hijo. De modo que, tanto ese deseo, como la manera en que el padre asuma y ejerza su rol, remiten a los orígenes mismos de su historia, en cuanto sujeto.

Para Castoriadis-Aulagnier (2014, p. 150), “tanto el niño como la niña heredan un deseo de tener hijos transmitido por el anhelo materno”. En el caso del varón, esa influencia en su deseo se dará en la medida en que se produzca una identificación con su madre a partir de una función que ella no puede cumplir y que, a su vez, hace referencia a su propio padre. Se trata de la *función paterna*, que deja un claro registro en las madres, como derivado de la antigua relación con sus padres, cuyas evidencias se hacen patentes en el vínculo actual con sus hijos varones, mediante el anhelo respecto al lugar que podrían ocupar como futuros padres. Así, al poner en relieve el lugar que la madre puede ocupar en la transmisión de la mencionada función paterna, se vuelve indispensable aclarar mediante qué determinantes lo hace:

a) la interpretación que la madre se ha hecho acerca de la función de su propio padre; b) la función que el niño asigna a su padre y la que la madre atribuye a este último; c) lo que la madre desea transmitir acerca de esta función y lo que pretende prohibir acerca de ella. (Castoriadis-Aulagnier, 2014, pp. 150-151).

A partir de lo anterior es que se introduce la función paterna como elemento constitutivo del sujeto, y se esclarece su importancia en el sostenimiento del espacio al que el *yo* del recién nacido puede advenir. Como ya mencioné, el padre es quien comúnmente provoca la primera brecha en la unidad narcisista primaria, y lo consigue tanto por la irrupción real de su presencia como por el lugar que la madre le otorga y le permite ocupar, a través de su propia conducta, discurso y deseo.

Previamente quedó establecido también que la unidad narcisista primaria se concibe como el total “de las actividades libidinales que unen a madre e hijo” (Gutton, 1987, p. 95), especialmente por medio de los cuidados maternos, lo que implica la satisfacción de ambos en función de las necesidades del cuerpo del bebé. Al irrumpir el padre en dicha unidad, se pone de manifiesto la diferencia —que ni la madre ni el bebé perciben— entre la satisfacción de las necesidades corporales y la satisfacción libidinal, apuntalada esta segunda en la primera. Por la presencia del padre, el lactante se ve inducido a mirar más allá de la madre, y descubre que “esta presencia es totalmente ajena al campo de la necesidad” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 152) y que, no obstante, es objeto del deseo de la madre, lo que, en primera instancia, le confiere un poder específico que, en un segundo momento, lo facultará para determinar los límites de aquello que su hijo pueda “ofrecer a la madre como placer y lo que le está prohibido proponer debido a que él desea a la madre y se presenta como el agente de su goce y de su legitimidad” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 153). El padre adquiere entonces una doble cualidad, el bebé lo percibe simultáneamente como objeto de odio y como objeto a seducir.

En principio, el padre no interviene de manera arbitraria, sino que representa y opera una ley que impide la conservación indefinida de la unidad narcisista primaria, lo que facilita al bebé el tránsito por la separación, pues, si bien el padre es percibido como la causa, la verdadera herida, y consecuente decepción, la sufrirá una vez que verifique que el deseo de su madre no le pertenece en su totalidad. El lactante atribuye tal falta del deseo materno a la imposición del padre, garante de esa ley a la que ambos están sujetos, de modo que no es que ella no lo desee, sino que debe seguir las reglas. “Esta primera racionalización de una decepción, cuyas huellas nunca desaparecerán, permite un estado de complicidad transitoria entre la madre y el niño” (Castoriadis-

Aulagnier, 2014, p. 154), salvando el conflicto al interior de la pareja madre-lactante, desplazando los correspondientes sentimientos hostiles del bebé hacia el padre.

Para Castoriadis-Aulagnier (2014), la función paterna se inserta en un contexto que se puede comprender a través de cuatro ejes principales:

1. La incertidumbre que el padre puede albergar sobre su rol procreador. Se entiende que la certeza no queda reducida, obligada e inmutablemente, al coito con la madre.

2. La designación de la paternidad por el ámbito social y civil, pues su lugar puede no estar garantizado por el simple hecho de haber participado en la procreación del bebé. Por ejemplo, en “algunas culturas el rol procreador del padre puede no ser reconocido, ya que en ellas el hombre se convierte en el puro intermediario entre la mujer y el espíritu que la fecunda” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 155).

3. La presencia del bebé, que ofrece al padre la prueba del antiguo anhelo que su propia madre tuvo sobre él, acerca de su lugar y función como padre.

4. Si el recién nacido es varón, el padre encuentra la posibilidad de inscribirse en la cadena generacional que hereda la función de padre en padre, acompañado por el deseo que referente a ello muestra su pareja, quien, con su discurso frente al bebé, le permite saber que ella también reconoce su función y los mecanismos que la organizan. Sin lo anterior, no sólo queda en riesgo la tradición paternal, sino la identidad del padre en ella, lo que puede generar una respuesta que lo mismo será violenta o depresiva. Además, si el padre no consigue colocar al hijo en el lugar de su heredero, vivirá su presencia como amenazante, pues lo verá como un sustituto que desea su desaparición y no como continuador de su legado. Por su parte, la relación con una hija implica una percepción menos hostil, y una menor rivalidad directa, pues, aún con la presencia de la niña,

el padre puede sostener la esperanza de un hijo que eventualmente habrá de ocupar su lugar. Despejado el temor por una posible futura hostilidad por parte de la niña, el padre espera que ella renuncie a mirarlo como objeto de odio y se decante por la opción de seducirlo, deseo de seducción que, “visto el desfase de edad, le parece «inocente»” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 156).

Finalmente, hay que considerar que, si bien ambos padres proyectan el narcisismo propio en su bebé (Freud, 1914), será el padre quien lo haga apoyándose en mayor medida sobre los valores culturales (Castoriadis-Aulagnier, 2014). Y esa es también la *función paterna*, pues, como ya se dijo, el padre representa y opera una ley, mediante una posición que no sólo depende del reconocimiento de la madre, sino de la sociedad, y es que son abundantes las culturas en las que el padre recibe un trato y lugar privilegiados a cambio de defender el mismo *statu quo* en que encuentra su privilegio; se trata de una demanda social, cierta “violencia que [la sociedad] ejerce para hacer aparecer como ilusoriamente acorde con exigencias de la estructura psíquica lo que, en realidad, está al servicio de sus objetivos conservadores (y del mayor o menor éxito de esta violencia dependerá su estabilidad)” (Castoriadis-Aulagnier, 2014, p. 158). Es decir, que la función paterna se inscribe en una serie de mecanismos psicológicos heredados que, buscando la regulación y la preservación de sí, la cultura supervisa y favorece, mediante el discurso colectivo y el sostenimiento de diversos ideales.

### **La Relación Con El Padre Después Del Parto.**

La interacción entre padre y bebé, señalan Herzog y Lebovici (1995), suele ser de apariencia similar a la de la madre con su hijo(a), pero con un componente distintivo fundamental, la violencia del padre:

El padre mece verticalmente al recién nacido y tiene tendencia a lanzarlo al aire, a mirarlo desde abajo y a acercárselo a la parte lateral del cuello, que es para él una zona erógena [...]. Los intercambios son más táctiles y menos visuales (Herzog y Lebovici, 1995, p. 73).

Esta convivencia, la aplicación de cierto grado de violencia en el lanzamiento del bebé al aire, no ocurre, por cierto, sin temor.

Resulta de suma importancia el hecho de que los padres, a diferencia de las madres, notablemente se comportan de diferente manera según el sexo de los bebés. Se produce algo que Herzog y Lebovici (1995) llaman *identificación sexualizada*. La distinción estribaría en que los intercambios verbales y físicos con los niños suelen ser más fluidos y frecuentes, mientras que, con las niñas, la distancia sería mayor. No obstante, Herzog insiste en que, cualquiera que sea el sexo del bebé, la interacción seguirá siendo esencialmente motriz; “empujar, zarandear, hacer cosquillas, etc.” (Herzog, 1995, p. 76). En tales dinámicas, el padre no sólo funciona a manera de un factor que llega a violentar el estado previo del bebé, regularmente acompañado de la madre, sino que establece un espacio lúdico en el que el bebé puede adaptarse a las irrupciones violentas, sincronizar su estado de ánimo con el del padre, hasta que el juego se torne demasiado violento y él decida, de manera igualmente violenta, terminarlo (Herzog, 1995). El bebé, no obstante, tenderá a buscar reiniciar las actividades que desembocaron en esta conducta del padre. “Los pequeños no parecen sufrir por este comportamiento paterno que más bien les gusta. Es como si el padre estuviera encargado de organizar los comportamientos y los fantasmas agresivos” (Herzog, 1995, p. 76).

Es importante hacer notar que en lo anteriormente descrito sobresale la aparente ausencia de la palabra como forma de expresión emocional por parte del padre. Lo que puede considerarse como una de las diferencias centrales con el tipo de interacción que establece la madre. Estas

interacciones diferenciadas facilitarán que el bebé construya representaciones mentales, igualmente diferenciadas, de sus padres (Herzog, 1995). Así, las representaciones mentales del bebé se manifiestan a través de conductas que suman a la reafirmación de la identidad y por lo tanto función de cada uno de los padres. En el caso del papá, su presencia violenta, disruptiva, tanto en el estado de ánimo del bebé, como en la pareja que mantiene con su madre, indica el derrotero de una función central, continuo de dicha violencia: “personificar el superyó, que prohíbe la posesión completa de la madre por parte del niño” (Herzog y Lebovici, 1995, p. 74), o del niño por parte de la madre, es decir, establece un corte en los deseos que se generan entre el bebé y su madre, y que se erigen sobre la base de la satisfacción de necesidades corporales, lo cual quedó descrito en el apartado sobre el *apuntalamiento*.

### **El Lugar Del Padre En El Edipo Freudiano “Femenino”.**

De manera muy elemental puede decirse que en la teoría psicoanalítica se considera que el Edipo, como complejo y como estructura, tiene un rol central en la constitución del modelo bajo el que se organizarán los conflictos entre las instancias psíquicas del sujeto. Mencioné ya que Herzog y Lebovici (1995) señalan que, independientemente del sexo del bebé, el padre cumple una función prohibidora y disruptiva en la “situación” triangular edípica —padre-madre-bebé—. Bajo la condición de ser hijos de sus padres, de la pareja parental, y enfrentándose a la prohibición del padre, que les impide a los bebés desplazarlo por completo, estos tenderán a “dejar para más tarde esta empresa y organizar aquellas identificaciones que le dan su lugar en su sexo y en su generación” (Herzog y Lebovici, 1995, p. 71).

Partiendo de lo anterior, y por ser de utilidad para el análisis de caso que más adelante se llevará a cabo, consideraré únicamente la propuesta freudiana sobre la dinámica de este Complejo entre las niñas y sus padres.

Para Freud está muy claro que no es posible establecer “un paralelismo uniforme entre el desarrollo sexual masculino y el femenino” (Freud, 1931, p. 228). Sus desarrollos en el triángulo edípico no siguen los mismos caminos, aunque parten del mismo punto: la elección de la madre como primer objeto de amor. Surge la duda entonces sobre cómo se genera en la mujer la particularidad en eso que Freud (1931) llama la *vía sexual* —que se refiere a la elección de objeto— en su camino hacia la heterosexualidad. Su respuesta es que el cambio, más que en la vía, se produce en el sexo del objeto, de femenino, la madre, a masculino, el padre. Pero, ¿cómo? La pregunta, en realidad, debe plantearse así: Si la función principal del padre es establecer la separación de la pareja madre-lactante, ¿por qué las niñas convierten el sexo del objeto, si los niños desplazan el deseo por la madre como objeto de amor hacia otras mujeres? ¿Por qué la prohibición impuesta por el padre tiene efectos distintos en niños y niñas? Habrá que pensar precisamente en la naturaleza de esa prohibición. Anteriormente se abordó cuál es su objetivo, pero cómo opera es algo que todavía queda por analizar.

Aquello que le da una fuerza tal a la prohibición del padre, la mantiene activa y vigente, y pone en marcha los mecanismos posteriores en ambos sexos, es el *complejo de castración* (Freud, 1908). En el niño, este complejo deriva de lo que percibe como una amenaza de castración por parte del padre —si no se atiene a sus reglas, el niño piensa que le quitará el pene, como probablemente ocurrió con las niñas—, mientras que en las niñas la toma de conciencia de la castración produce una respuesta ambivalente: Por un lado, reconocen que los hombres tienen/conservan algo que ellas no, el pene, lo que genera una sensación de perjuicio e inferioridad y un deseo por tenerlo/recuperarlo (Freud, 1931). Por otro lado, pero al mismo tiempo, esta condición causa en ellas una respuesta violenta de desagrado, que termina por movilizarlas, para empezar, lejos de su madre, también castrada y quien, según su fantasía, las hizo mujer. Dicho

movimiento puede derivar hacia cualquiera de tres orientaciones posibles, tal como plantea Freud en *Sobre la sexualidad femenina* (1931):

1. Un extrañamiento general acerca de la sexualidad. Inconforme con su clítoris, en la comparación con el pene, la niña “renuncia a su quehacer fálico y, con él, a la sexualidad en general, así como a buena parte de su virilidad en otros campos” (Freud, 1931, p. 231).
2. Negándose a asumir una posición de inferioridad, se aferra al deseo de tener un pene como los hombres. Esta actitud puede perdurar durante muchos años, aún en épocas tardías de la vida.
3. La “configuración femenina”. No sin rodeos, y luego de un proceso más extenso que el de los hombres en cuanto a la castración, la niña toma como objeto al padre. Esto es el Complejo de Edipo. Así, con el tiempo, transforma “la «envidia de pene» en un «deseo de pene» y a su vez establece la equivalencia hijo=falo” (Baldiz, 2005, p. 385), pues, sujeta a la prohibición de incesto que en primer lugar la obligó a alejarse de su madre, deberá también renunciar a su padre, desplazando su deseo hacia otros hombres y hacia la posibilidad de concebir un bebé, cerrando, a manera de círculo, su proceso edípico. “El deseo de gozar de un pene en el coito se metaboliza, en esta tercera salida, en el deseo de procrear un hijo [...], del deseo de acoger en su cuerpo el órgano peniano, al deseo de ser madre” (Nasio, 1996, p. 26).

De modo tal que, a diferencia de los niños, el *complejo de castración* no pone fin a la dinámica del Edipo en las niñas, sino que la produce (Freud, 1931).

Finalmente, y dado que Freud reconoció los límites de su comprensión sobre lo que él designaba como la sexualidad *femenina*, es necesario aclarar que habré de apegarme a su propuesta

únicamente en tanto permita explicar satisfactoriamente lo edípico en el caso que presento y analizo en este trabajo.

### ***Más Allá Del Yo: Del Yo Ideal Al Superyó***

Sobra precisar que la conformación del sujeto no se limita exclusivamente a la integración del *yo*; a la par, de manera dependiente e intrincada, van tomando forma las otras dos instancias —*ello* y *superyó*— del aparato psíquico del sujeto, de acuerdo con la segunda tópica freudiana, a la que hago referencia a lo largo de todo este trabajo. El advenimiento del *yo*, con sus particularidades internas y externas —léase las condiciones propias del individuo y las del medio en que se constituye—, es quizá la serie de procesos y momentos más relevantes en cuanto a la estructuración de la psique (Freud, 1923). Como se ha visto, la confrontación con las exigencias de la realidad va configurando el mundo interno, delimitando al sujeto, quien es testimonio vivo de los modos en que fue enfrentando y respondiendo a las imposiciones del mundo exterior, tanto como a las del interior.

La evidencia más palpable de esa historia es siempre el carácter del *yo*, su naturaleza, pero no es una historia terminada, pues el *yo* debe constantemente manejar y adaptarse a las pulsiones del *ello* y, muy particularmente, a las demandas del *superyó*, cuya génesis resulta ser otro de los momentos —lato sensu— más determinantes en el porvenir del sujeto psíquico. Por tal motivo, en los siguientes apartados abordaré ciertos aspectos de la relación e historia compartida entre el *yo* y el *superyó*.

#### **Retomando: Yo Ideal E Ideal Del Yo.**

Sobre estos dos conceptos ya hice referencia en otro momento, pues son indispensables para comprender temas como la identificación o el *contrato narcisista*, por ejemplo. Sin embargo, tal

postura en su uso resulta meramente utilitaria, lo que parece limitar la comprensión de su trascendencia. Por ello, y porque es el paso natural según el avance cronológico de los procesos que hemos seguido hasta aquí, considero necesario efectuar una revisión de sus generalidades, así como de sus diferencias, lo que dará pie, además, al cierre de este marco teórico.

Tanto la repetición de palabras —yo e ideal—, como el hecho de que ambos conceptos aparecieron por primera vez en *Introducción del narcisismo* (Freud, 1914), pueden generar un efecto de confusión, pero se verá que cada uno atañe a una función y vía muy específica de la conformación del sujeto. Para comenzar, habría que volver a tomar como contexto la teoría freudiana de la libido, pues de ahí nace la noción de un ideal en sentido amplio. Ante la problemática que plantea el movimiento de la libido y sus investiduras, sea que recaigan en el yo o en lo objetos, Freud propone como mecanismo regulador a la represión, operada por el yo, quien determinaría —más adelante se verá por qué medio— quién o qué merece el depósito libidinal y qué, por el contrario, resulta no sólo indigno, sino reprobable. De modo que aquello que se va consolidando como digno de amor está en función de lo que por otro lado resulte intolerable debido al “respeto del yo por sí mismo” (Freud, 1914, p. 90). Así queda manifiesta la existencia de un ideal. “Podemos decir que uno ha erigido en el interior de sí un *ideal* por el cual mide su yo actual [...]. La formación de ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión” (Freud, 1914, p. 90). Ese ideal, cuya naturaleza ha de ser intemporal para que pueda continuamente contrastarse con el yo actual, es a lo que Freud se refiere como *yo ideal*, el cual es investido por el sujeto con “el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real” (Freud, 1914, p. 91), lo que implica un desplazamiento del narcisismo con las mismas “perfecciones valiosas” (Freud, 1914, p. 91) que lo constituyeron en un principio. De este modo se enfrenta la pérdida de la perfección y omnipotencia

narcisistas que inevitablemente ocurre tras la escisión de la unidad narcisista primaria y la posterior y obligada separación del pecho materno.

De todo lo anterior se deduce una tercera presencia: ¿quién o qué ejerce la comparación entre el *yo* actual y el *yo ideal*? Se trata de esa instancia que, en un primer momento, Freud llamó *ideal del yo*, cuya génesis se sitúa más allá del *yo* y convoca la presencia de los padres. También aquí se hace referencia a un parámetro, esta vez en la forma de una conciencia moral que el sujeto interioriza a partir de la experiencia de críticas exteriores, provenientes de los padres. Este origen exterior es lo que, para Freud (1921), confiere al ideal un componente social tan relevante como lo es el individual, pues podría estar compartido y sostenido por los padres, la familia en general y hasta la comunidad en que esta se inserta.

En un apartado previo, a propósito de la identificación adelanté sobre la dinámica entre el *yo* y el *ideal del yo*, así como las funciones generales de este último. Mencioné que del análisis de la melancolía Freud deriva la existencia de una instancia tal que se diferencia del propio *yo* y puede entrar en conflicto con él (Freud, 1914), especialmente contra la parte del *yo* afectada por la identificación que se produjo tras la pérdida de un objeto amado. Por lo tanto, de la perspectiva freudiana sobre el *ideal del yo* expuesta hasta aquí, se pueden extraer los siguientes dos elementos:

- a) Tiene las funciones de observación del *yo*, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la influencia principal en la represión.
- b) Se construye a partir de una identificación con el discurso y conducta de la pareja parental, quienes dictan lo deseable y lo reprobable en el sujeto, así como fuera de él. Es decir, que el *ideal del yo* se forma mediante un *aspirar a ser* —según se planteó en el apartado sobre identificación— como lo amado por los padres y como lo amado, por el sujeto, de los padres. Recobra importancia la característica metapsicológica que Freud definió con mayor

claridad acerca de la identificación, o sea, que esta “aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como <<modelo>>” (Freud, 1921, p. 100), lo que permite que se genere un movimiento libidinal de la investidura del objeto a la investidura del yo, presentándose esta parcialidad del yo ante el *ello* como objeto digno de amor.

Va quedando entonces definido que por un lado se encuentra el ideal hacia el que se aspira, y por otro lado está la instancia encargada de supervisar que se mantenga dicha aspiración. Esta instancia, a partir de 1923, Freud la denominará como *superyó*, asignando al *ideal del yo* el lugar y la forma de una subestructura, una función diferenciada del *superyó*, sobre la que se depositará aún más la carga del componente social ya mencionado, pues sintetiza y representa “los rasgos más significativos del desarrollo del individuo y de la especie y, más aún, en la medida en que procura expresión duradera al influjo parental, eterniza la existencia de los factores a que debe su origen” (Freud, 1923, p. 37). Por supuesto, el espacio al que el yo puede advenir da lugar también al *ideal del yo*, y en él se reconocen las huellas del *contrato narcisista*.

### **El *Superyó* Freudiano.**

En el pensamiento freudiano, el origen del *superyó* es el origen del *ideal del yo*, tanto en un sentido histórico —pues forman parte de una misma genealogía conceptual—, como en el sentido funcional —como se mencionó, el *superyó* incorpora al *ideal del yo*, promoviendo la relevancia de sus funciones a la de una de las tres instancias que conforman el aparato psíquico del sujeto, a partir de una misma génesis: identificaciones libidinalmente investidas, del tipo de la introyección y del tipo secundario, de ciertos atributos de la madre y del padre, así como de su autoridad—.

Pero el *superyó* es algo más, no se agota en el *ideal del yo*, de otro modo ¿cuál sería la necesidad de formular una instancia nueva a pesar de las similitudes?

El *superyó* es la herencia del complejo de Edipo (Freud, 1923). Por lo tanto, su formación está directamente relacionada con un componente específico de la autoridad de los padres: la prohibición del incesto y el complejo de castración. Se trata de una interdicción fundamental sobre los deseos incestuosos del infante que deviene una sedimentación en el *yo* del mismo, sedimentación que, a partir de ese momento, se encargará de imponer la conciencia moral heredada de los padres, con su conjunto de prohibiciones. La dinámica sería la siguiente: “El niño, por miedo a ser castrado, se somete resignado a la prohibición parental y acepta renunciar —con temor y odio— a concretar su deseo, pero no por ello queda el deseo suprimido” (Nasio, 1996, p. 182). El niño acepta y se resigna, o sea, ha ocurrido un proceso interno, psíquico, que daría cuenta de la introyección de la ley operada por los padres, cuyo garante a partir de ese momento será esa instancia diferenciada del *yo*, el *superyó*, que quedará marcado —sujeto de repetición— por la manera en que el individuo haya resuelto su conflicto edípico, especialmente en tres dimensiones:

- a) La *renuncia* a la consumación de su deseo y placer prohibido.
- b) Simultáneamente, la *exhortación* a movilizarse por ese deseo, en cuanto queda marcado como inaccesible pero no desaparece.
- c) La *salv guarda* de su “integridad física y psíquica del peligro de fragmentación que hubiera sobrevenido si el *yo* del niño hubiera accedido al goce trágico del incesto” (Nasio, 1996, p. 183).

Además, en el *superyó* habrá de manifestarse la esencia ambivalente de la renuncia al objeto de amor edípico, pues predominarán en él afectos como el odio, el amor y el miedo, correspondientes al estado emocional en que se dio dicha renuncia. “Más tarde, el odio originario se volverá severidad sádica del *superyó* y la angustia sentimiento de culpabilidad del *yo*” (Nasio, 1996, p. 184). Esto último implica que el *superyó*, tanto como el sujeto mismo, podría estar

atravesado por un conflicto de ambivalencia, en el que habría preponderancia de alguna de sus dos fases: un *superyó* que, valiéndose de la conciencia moral, el *ideal del yo* y la tendencia a salvaguardar la integridad, procuraría el bienestar propio y el de los otros; o un *superyó* tiránico y cruel, arbitrario, cuya única manera de hacerse pasar por ley sería a través del “modo imperativo que adopta para hacerse oír por el yo” (Nasio, 1996, p. 189).

Así como el primero, considerado como el *superyó primordial* (Nasio, 1996), el *superyó* tiránico procede de una crisis cuyo detonante es una prohibición, aunque en este caso independiente —y no por ello son mutuamente excluyentes— del conflicto edípico, que el sujeto vive de manera traumática y que suele presentarse en un momento muy temprano de la vida. “Aturdido, el niño siente el peso de la autoridad y de la intimidación parentales, sin comprender sobre qué recae en realidad la prohibición proferida [por los padres]” (Nasio, 1996, p. 188). De modo que, si el *superyó* primordial es heredero del complejo de Edipo, el *superyó* tiránico es el heredero de un trauma primitivo, y no sería otra cosa que la personificación de dicho trauma por parte del *yo* (Nasio, 1996). Su comportamiento estará entonces marcado por lo excesivo; *renuncia* excesiva, *exhortación* excesiva, *salvaguarda* excesiva (Nasio, 1996).

## Paciente

La paciente, a quien identificaré como Brenda, solicitó el servicio de psicoterapia a los 21 años de edad, a través de la convocatoria para atención a distancia durante la pandemia por COVID-19, abierta por la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Su motivo de consulta fue un sentimiento de tristeza intermitente que últimamente se había incrementado tanto en frecuencia como en intensidad, y parecía derivar de dos fuentes principales: La época del año —noviembre, a un año de la muerte de su abuela paterna—, y un profundo sentimiento de insuficiencia, “como si estuviera decepcionando a todos”.

Al inicio de su proceso —conducido en su totalidad mediante la plataforma de videollamadas, Zoom—, Brenda se presentó sin maquillaje, usando anteojos de armazón negro y suéteres o sudaderas oscuras que le cubrían desde el cuello hasta las muñecas. Su piel, a través de la pantalla, parecía ser clara, tenía el cabello quebrado, oscuro y limpio, normalmente peinado por la mitad. De compleción robusta y cara redonda, daba la impresión de ser de baja estatura. Impresión que se veía reforzada por su postura corporal, pues se sentaba frente a la cámara encorvándose hacia delante, contrayendo los hombros y con la cabeza baja. Parecía dispersa, estar pensando en algo más, pero respondía las preguntas con buena voluntad y compromiso.

Durante las entrevistas previas, y aún durante las primeras semanas del proceso psicoterapéutico, el discurso de Brenda giró únicamente en torno a la tristeza y a la demanda de ayuda para ponerle un fin. “Ya lo he pensado mucho y no encuentro razón para sentirme así, no sé qué hacer”. Además de agobiada, se sentía sola, pues, si ella misma no podía dar explicación de su malestar, cómo iban a poder ayudarla sus familiares y amigos. Así, la posibilidad de buscar las causas de su tristeza parecía suprimida bajo la exigencia, dirigida hacia mí, de darle una solución. Pero algo tenía que haber hallado si ya había pensado mucho al respecto, por lo que la invitación

fue para que reflexionara nuevamente y lo expresara, ahora bajo la luz del espacio psicoterapéutico. Lo primero que encontró fue que en realidad había cosas que no se había permitido pensar, y otras tantas que no había dicho, fundamentalmente porque en su casa “se evita hablar de emociones y problemas”, aún en circunstancias que les afectaron a todos, como la muerte de la abuela paterna, ocurrida un año antes. Brenda descubrió que fue esa peculiaridad la que la orilló a buscar un espacio donde pudiera hablar abiertamente de su malestar, pues no se sentía en confianza de hacerlo con ningún miembro de su familia, quienes, según la propia paciente, esperaban que cumpliera un rol, que ella asumía: la hija que siempre está feliz, divertida y risueña, quien siempre lo ha tenido todo y que, por lo tanto, no tiene justificación para sentirse mal. Hablar de su verdadero estado emocional habría roto la ilusión, como ella la denominaba, lo que significaba al mismo tiempo una imposibilidad de comunicarse y un mandato de bienestar, cuyo incumplimiento reforzaba y aumentaba la sensación que describió “como si estuviera decepcionando a todos”. Poco a poco, muy lentamente, fue ganando terreno y comenzó a expresar que tenía derecho a sentirse mal y a hablar de ello.

Sus primeros intentos fueron meramente enunciativos. Se refería a su estado mediante síntomas: Desgano generalizado —físico e intelectual—, anhedonia, insomnio, incapacidad para concentrarse, llanto, falta de apetito. Fue notorio que, a pesar de estarse limitando a elaborar una lista de síntomas, algo había en su discurso que daba la impresión de reclamo. Ante el señalamiento de esta situación, respondió que sí, que estaba muy enojada con ella misma, y recordó uno de los componentes de su motivo de consulta: que su tristeza parecía estar asociada con la época del año. Se refería a Día de Muertos. “Día de Muertos me recuerda a mi abuelita, murió el año pasado, también por estas fechas”. La relación que ello guardaba con el enojo consistía en que Brenda dejó de visitar a su abuela durante sus últimas semanas de vida. “Ya ni siquiera nos reconocía, no

soportaba verla así”. Una noche, observando su condición, los médicos que la atendían sugirieron a la familia que fueran a despedirse. Brenda no fue y esa misma noche murió la abuela. Desde entonces se había recriminado no haberse despedido de ella. Durante un tiempo se sostuvo en la justificación de que de nada hubiera servido pasar a despedirse, porque de todos modos la abuela no la habría reconocido. Pero, ¿de quién era el reproche? ¿Quién, entonces, le reclamaba no haberse despedido? Poco a poco fue reconociendo que era ella misma, y que esto no le había permitido vivir el duelo por la pérdida de un ser tan querido.

Al cabo de unas sesiones dijo: “Ya no me siento triste, no como antes, pienso en mi abuela y sí, todavía me da tristeza, pero no como la de antes, ya puedo aceptar que no la volveré a ver”. Sus palabras estuvieron acompañadas de un cambio efectivo de actitud, se le notaba despierta, había abandonado los pants holgados con los que se presentaba a las sesiones, comenzó a maquillarse, se pintó el cabello, probó distintos peinados. Y así se mantuvo hasta el final del proceso. Sin embargo, algo persistió: El sentimiento de insuficiencia. No sólo se volvió este el motivo de trabajo a partir de entonces, sino que poco a poco fue resultando evidente que su persistencia, actualidad y generalización, se debían a que tenía años construyéndose, su origen se remontaba al nacimiento de Brenda, y su historia era la historia misma de ella.

Brenda es la hija menor de una familia de cinco miembros: La madre, de cincuenta y tres años, empleada; el padre, de cincuenta años, dueño de un taller; y dos hermanas, de treinta y veinticinco años, respectivamente, ambas profesionistas. El embarazo del que nació Brenda fue planeado para ser el último del matrimonio, y transcurrió sin complicaciones hasta los siete meses, cuando se declaró embarazo de alto riesgo, debido a mareos y desmayos que la madre comenzó a sufrir. Sin embargo, la paciente nació en término completo, en condiciones normales peri y postnatales.

La historia de ese embarazo estuvo desde el comienzo sostenida por los padres desde dos vivencias distintas, aunque no independientes: La angustia de la madre y las expectativas del padre respecto al sexo del bebé.

Brenda contó que fue una bebé planeada y muy deseada, pero al explicar los motivos, su tono y expresión facial se volvieron a la vez severos y tristes. “Antes de mí, hubo otro bebé, pero mi mamá lo perdió”. Tenía este bebé entre cuatro y cinco meses de desarrollo cuando la madre tuvo una discusión muy fuerte con una de sus hermanas, luego de la cual empezó a sentir un gran malestar, por lo que el padre, al llegar del trabajo horas después, la llevó al hospital. Ahí les dijeron que el bebé ya estaba muerto. A pesar de conocer la historia por voz de su madre, Brenda no sabe cuáles fueron las razones exactas por las que murió el bebé, ni cuánto tiempo había estado así; “según yo, ni siquiera mi mamá tiene muy claras las razones, ni qué fue lo que pasó”, dijo al respecto. Sabe, por otro lado, que el cuerpo del bebé tenía un tono verde cuando fue extraído de su madre, por lo que los médicos pidieron permiso para quedárselo y estudiarlo, a lo que la mamá accedió.

Años después, los padres comenzaron a planear un nuevo embarazo. Recibieron asesoría médica desde el comienzo, querían, especialmente la madre, seguir todas las precauciones posibles, para no revivir la experiencia traumática del embarazo anterior, y porque consideraban esta como “la última oportunidad”, debido a la historia previa y a la edad de la madre. Otra razón para que buscaran activamente el embarazo era que no querían dejar pasar más años entre la hermana de en medio y el próximo bebé. Finalmente, lo consiguieron, y la angustia de la madre pareció ceder por un momento; Brenda dijo: “Cuando se enteraron de que mi mamá estaba embarazada, se pusieron muy felices”.

Los primeros siete meses transcurrieron sin anormalidades médicas, aunque la madre “siempre se sentía cansada, y como con miedo de que le fuera a pasar lo que la última vez, que también fuera a perder a este bebé”. Así, durante el séptimo mes de embarazo, la mamá de la paciente comenzó a sufrir mareos y desmayos, por lo que acudió inmediatamente al médico, angustiada. El diagnóstico fue que, una vez más, el bebé había muerto. Pero ambos padres, “quizá en negación”, reflexionó Brenda, decidieron no aceptar este diagnóstico y buscaron una segunda opinión. “Afortunadamente, el segundo médico hizo otro ultrasonido y descubrió que no, que no estaba muerta, sino que tenía mucho miedo, estaba hecha bolita, como si tuviera mucho miedo”.

A partir de ese momento, el embarazo fue declarado de alto riesgo, aunque transcurrió sin más complicaciones hasta el día del parto, “dos días antes de lo programado”. Lo que ocurrió durante el parto, resulta de gran relevancia: La madre le contó a Brenda que, en el preciso momento en que daba a luz, sintió que iba desfalleciendo, que se iba a morir; recuerda que pensó que debía regresar por sus hijas, que no podía abandonarlas, y que, cuando finalmente “revivió”, vio a los médicos reanimándola con el desfibrilador, mientras le decían “quédese con nosotros”. Llegó a confesarle después que desde entonces ha vivido con la angustia de morir y dejar a sus hijas, o de perderlas, y que ello ha producido, especialmente con Brenda, una relación sobreprotectora. Adujo el mismo argumento para sostener que no le causó ningún problema el sexo de Brenda, pues: “estaba agradecida de tener otra oportunidad de vivir, y a una mamá no le importa lo que sea el bebé mientras venga saludable”.

Finalmente, Brenda nació. Entonces cobra relevancia el padre, y sus expectativas respecto al sexo del bebé. “Todo mundo decía que yo iba a ser niño”, relató Brenda, “desde una señora que sobaba los huesos y que según nunca se equivocaba, hasta los médicos; en todos los ultrasonidos salía que yo era niño”. Y ese era el deseo de su padre, exacerbado por ser “la última oportunidad”,

sentido como una realidad antes del nacimiento, debido al pronóstico médico. Sin embargo, Brenda nació niña. “Cuando nací, mi papá no me aceptó, le decía a mi mamá: seguramente te cambiaron a tu bebé”. La madre le respondía que eso no era posible, que ella era su hija, que la viera, que se parecía a él, a ella, a sus hermanas. El padre insistía, pero ante la imposibilidad de mantener la sospecha de un desafortunado intercambio de bebés, tanto como de ver realizado su deseo de tener un hijo varón, “sufrió una depresión”. “Mi mamá sintió muy feo de que a mi papá se le rompiera su ilusión de tener un hijo, y de que me estuviera rechazando así”. “No sabía qué hacer, se sentía mal por mi papá, porque decía que se veía decepcionado y triste, y se sentía mal por mí, porque yo era su hija y no me estaba aceptando, y yo no tenía la culpa”.

Al poco tiempo, Brenda no había cumplido ni un mes de nacida, su papá aceptó una oferta de trabajo que lo mantuvo fuera de casa, viajando por el interior del país aproximadamente un año. Inicialmente, Brenda había dicho que su madre recibió mucho apoyo durante ese periodo, tanto de su propia familia, como de la del padre, y que se había convencido de que se trataba de una gran oportunidad para mejorar su situación económica. Luego de casi un año de haber hecho este relato en psicoterapia por primera vez, Brenda añadió: “Yo creo que en ese momento nos deprimimos las dos. Te había contado que cuando nací, mi papá se fue a trabajar a otro estado y estuvo lejos de la casa todo un año. Pero creo que no te había dicho que en ese tiempo mi mamá se la pasó muy mal, ella dice que se preocupaba mucho, pero ahora que lo pienso, creo también que se puso muy triste; mis tías dicen que tenían que venir a ayudarle con la casa y a cuidar a mis hermanas. Mi mamá y mi hermana —la mayor— dicen que me la pasaba llorando todo el tiempo. Mi hermana le decía, ay, ya calla a esa niña. Mi mamá dice que no sabía qué hacer para calmarme, y que cuando por fin dejaba de llorar, tenía la carita triste, ajá, así como triste, no sé bien cómo”. De este periodo, la paciente refirió no saber más.

Cuando Brenda tenía alrededor de un año, el padre regresó y la relación entre ambos comenzó a cambiar. El rechazo explícito cedió y Brenda y su padre establecieron un vínculo cercano. “Aprendió a quererme”, concluye la paciente. “Pero justo cuando las cosas empezaban a estar bien, él se fue”. Brenda tenía entre cuatro y cinco años, cursaba el último grado de preescolar, cuando su padre recibió una oferta para trabajar en una construcción fuera del país, por un año. Aceptó, dejando a la madre nuevamente sola con sus tres hijas durante este periodo. Al poco tiempo, la paciente comenzó a sufrir fuertes dolores de estómago, a causa de los cuales dejaba de comer. Era frecuente que se sintiera de este modo en la escuela, entonces ella pedía que, en lugar de llamar a su madre para reportar cómo se sentía, llamaran a su papá, pues solía comunicarse con él por vía telefónica, pero en la escuela le llamaban solamente a la mamá. La situación se agravó a tal grado que la madre terminó por llevar a la paciente a un hospital, donde pasó un breve periodo de internamiento y se le realizaron múltiples evaluaciones, luego de las cuales se concluyó que no había sustento orgánico para su dolor, ni para la resistencia a comer. Fue derivada a psiquiatría, no sin que antes recibieran la siguiente declaración por parte del médico que llevaba su caso: “Si el papá no vuelve, la niña se muere”.

De esa etapa, la paciente recuerda haber sentido que pasaba demasiado tiempo en el hospital, alimentándose de comidas que hasta el día de hoy detesta, como las gelatinas. Recuerda haber visto a muchos niños “realmente enfermos” y decaídos, algunos de los cuales, piensa, murieron. Recuerda haber percibido la angustia y tristeza de la gente en el hospital, pero, sobre todo, la de su madre. “Mi mamá dice que tenía mucho miedo, que no sabía cómo manejar la situación, estaba cansada, y lo único que me decía era que no había razón para estar triste, que no estuviera triste, pero no me explicaba qué estaba pasando, nadie me explicaba” —en este punto, se volvió evidente que la imagen que Brenda tenía de su madre durante toda la primera parte de su

infancia, era, primordialmente, la de una mujer incapaz de cuidarla, distante, atemorizada, depresiva y angustiada, pero la paciente no quiso profundizar en esta percepción—.

“Pero muchas veces, más que triste me sentí muy enojada, porque sentía que mi papá me había abandonado para siempre. Lo poco que habíamos estado construyendo se derrumbó; sentía que él no iba a regresar, o que ya no me iba a querer si regresaba. Estaba segura de que no me quería lo suficiente para quedarse. La persona que debería quererme me rechazó desde el primer momento”. Brenda llegó a decir que creía que el dolor de estómago pudo haber sido una forma de llamar la atención de su padre, para que volviera —suposición alineada con la lógica del diagnóstico médico: que el dolor de estómago era una “enfermedad psicológica, de los nervios”—. Al respecto, recuerda que parte de su familia pensaba que ella estaba exagerando, por lo que sintió que minimizaban su malestar. Dijo: “Un tío hasta le dijo a mi papá que pidiera las recetas médicas, para probar que en verdad estaba enferma, antes de que decidiera regresarse”.

El paidopsiquiatra que la recibió, determinó, en palabras de la paciente, que su condición era de naturaleza psicossomática. No obstante, no hubo tratamiento consecuente, pues el padre volvió y los dolores, así como la resistencia a comer, cesaron.

Tras el regreso del padre, Brenda recuerda haber volcado todo su interés sobre él: “Durante mucho tiempo quise ser un niño; creía que, si podía ser como mi papá, entonces él me iba a querer”. Se interesó por las carreras de autos, por el fútbol, prefirió la bicicleta de su papá sobre las muñecas de sus hermanas, pidió a los Reyes Magos un set de herramientas, martillos y desarmadores como los que tenía su papá en su taller, y, mucho más adelante, al inicio de la secundaria, se interesó e investigó sobre temas de ingeniería, que fue el sueño universitario frustrado de su padre. “Toda la vida intenté llamar su atención, porque desde que nací él me rechazó”.

Lo anterior no significó, por otro lado, un distanciamiento de su madre. Hacia el final del proceso terapéutico, en una de las pocas ocasiones en que Brenda llegó a centrar su discurso en ella, dijo: “Todo lo que ha pasado al final se junta, y el hecho de que siempre he sido muy pequeñita, para que mi mamá me sobreproteja. Intenta como no soltarme y no dejarme ir, no dejarme ser libre, por así decirlo. Siento que mi mamá se quedó con esa imagen de que sigo siendo esa niña que estaba en el hospital y no tenía ganas de nada y no jugaba, se sentía mal todo el tiempo y nadie sabía qué tenía”. “Como que mi mamá se quedó ahí estancada”. La madre le dijo: “Tengo miedo de que algún día te llegues a enfermar de nuevo o que te sientas muy triste y yo no sepa qué hacer”.

Por su parte, Brenda no recuerda haber correspondido ese tipo de apego hacia su madre, al menos durante los primeros años de vida y en algunas de las separaciones más trascendentes. “Entré con mucha ilusión al kínder y a la primaria, iba con mucho gusto a la escuela porque quería seguir el ejemplo de mis hermanas; no era de las que hacían rabietas en la puerta del kínder, ni lloraba o algo así”.

En lo que respecta al desarrollo social durante la educación básica, Brenda mencionó haber hecho muchos amigos que no pudo conservar, pues en cada nuevo nivel —preescolar, primaria y secundaria—, sus papás la cambiaron de escuela, intentando mantener a sus tres hijas lo más juntas que se pudiera. Así, sus primos y hermanas adquirieron un rol importante, pues se volvieron sus compañeros de juego y otras actividades. Sin embargo, Brenda percibía que sus hermanas tenían un vínculo más estrecho entre ellas, y la miraban, también, como la niña chiquita. “Había cosas que no me dejaban hacer, o me hacían menos; tenía que esforzarme mucho, como que no era suficiente para ellas”.

A pesar de lo anterior, Brenda dijo en más de una ocasión que sentía que “el mejor momento” de su vida había sido la primaria. Su rendimiento académico era alto, se sentía segura

de sí misma, “era desenvuelta, inteligente y alegre”, y, en comparación con la actualidad, sentía que era mucho más productiva y capaz, “siempre estaba haciendo algo”, pues no sólo tenía uno de los promedios más altos de su generación, sino que tomaba clases de inglés y danza por las tardes, “y era muy buena, sentía el reconocimiento de la gente”. Sumado a ello, un detalle relevante: “Mi papá iba a todas mis presentaciones; en todos esos años no se perdió ni una”.

La secundaria fue muy distinta. Sus calificaciones bajaron notablemente, comenzó a perder el interés en la escuela, la danza se volvió algo rutinario, obligatorio y terminó por abandonarla. La relación con su padre se deterioró, llegando al punto en que este dijo que a ella no le interesaba la escuela, por lo que no había razón para depositar altas expectativas en ella, y que lo mejor era pagarle una educación privada, donde no fuera tan exigida. Brenda no se podía explicar qué había pasado al entrar a la secundaria que su rendimiento académico decayó, ni por qué eso había afectado tanto la relación con su padre. Poco a poco comenzó a preguntarse, en el espacio de la psicoterapia, si no habría sido al revés, que el cambio en la relación con su padre hubiera afectado su rendimiento escolar. Una sesión, a manera de broma, dijo: “Creo que el problema fue que entré a la pubertad, y pues, ya no está bien visto que tus papás te traten como una niña chiquita y, pues, la relación cambia”. Ya no está bien visto, señalé, algo se veía que ya no estaba bien mantener la misma relación, ¿qué habrá sido? Con voz apagada y mirando el suelo, respondió: “Los cambios de mi cuerpo”. “Era evidente que ya me estaba haciendo una mujer, ya no se podía ocultar”. La pregunta obvia en este punto fue planteada: ¿Por qué debía ocultarse? “Lo que pasa es que mi papá quería tener un niño, y todo indicaba que así iba a ser, pero a la mera hora nací yo”. Ese fue el momento del proceso en que contó por primera vez la historia de su nacimiento.

En la transición de la secundaria a la preparatoria, cuando Brenda tenía aproximadamente 15 años, ocurrió un evento de gran relevancia. El vínculo entre la madre y el padre de Brenda,

tanto como el de este último con su hija, se encontraba muy desgastado y la convivencia continuamente se tornaba hostil. Los padres peleaban tanto que la amenaza de separación, según narró Brenda, estaba cada vez más presente, aunque, tal como era la costumbre de la familia, nadie hablaba de la situación. Una tarde, mientras ellos discutían encerrados en su cuarto, lo que ya era habitual, Brenda picaba verduras en la cocina; sin saber cómo, de pronto se descubrió a sí misma sosteniendo frente a su estómago el cuchillo que había estado ocupando, lloraba y entonces consideró la idea de enterrárselo. El padre entró a la cocina en ese momento, le quitó el cuchillo, la abrazó y le dijo que jamás hiciera algo así. Una de sus primas llegó de visita a los pocos minutos, fue ella quien ayudó a contenerla, escuchando su llanto y lo poco que Brenda pudo decir.

El tema nunca volvió a tocarse. No obstante, produjo dos consecuencias evidentes. La primera, que apareció desde entonces y se mantuvo hasta la época del tratamiento que Brenda llevó conmigo, fue la presencia constante de fantasías sobre cómo sería la vida de su familia si ella muriera en un momento dado. ¿Llorarían, sufrirían, la extrañarían, la valorarían por fin? O quizá, ¿su vida sería mejor, se librarían de la carga de tener un miembro que “no sabe ni lo quiere en la vida”? La segunda consecuencia fue luego de que Brenda contara el episodio del cuchillo en sesión, pues, a los pocos días de haberlo hecho tuvo una pesadilla en la que finalmente se cortaba —curiosamente los brazos, en lugar del estómago—, su padre la encontraba y toda la familia la llevaba al hospital, donde se reunían, aún la familia extensa, alrededor de ella, preocupados, acercándose tanto para ver cómo estaba que terminaban por asfixiarla, sin notarlo. Brenda tenía miedo de que sus emociones, más allá de su control, la llevaran a cometer un acto de autolesión o suicidio, como estuvo tan cerca de hacerlo aquel día que se colocó el cuchillo frente al estómago. Finalmente, los padres se mantuvieron juntos.

Posteriormente, el transcurso de la preparatoria no fue muy distinto del de la secundaria. La baja en sus calificaciones se mantuvo y la relación con su padre empeoró, llegando a consistir únicamente de peleas y largos silencios. El papá insistía en que “no valía la pena estar gastando dinero” en ella, y la amenazaba con cambiarla a una escuela pública, lo que resultaba contradictorio, pues la idea de una escuela privada, con menos presión, había sido originalmente de él. En esencia, para ella el mensaje era que a él nada de lo que pudiera hacer le parecía suficiente. Brenda pensaba que el conflicto con su padre motivó que ella se sintiera tan a disgusto en la escuela. Sin embargo, al abordar este periodo de su vida en la psicoterapia, no puso en primer plano la figura del padre, sino que narró conflictos con algunos docentes, que, desde su perspectiva, le profesaban una animadversión de orden personal, la descalificaban y llegaron a asegurarle que no lograría nada en la vida. Enfrentar directamente el conflicto con su padre le tomaría un tiempo, antes tuvo que resolver otro, con la figura que tomó el lugar del padre una vez que Brenda logró entrar a la universidad: la hermana mayor.

Gracias a la intervención de la madre —única vez que apareció en este ámbito de la narrativa—, Brenda pudo hacer un curso de preparación para el examen de ingreso a la licenciatura. Entonces se le presentó una problemática cuyas consecuencias resultarían el terreno sobre el que se estableció la sensación “como si estuviera decepcionando a todos”, presente en su motivo de consulta: la decisión sobre qué carrera estudiar. Tanto como en el momento en el que tuve oportunidad de preguntarle qué le hubiera gustado estudiar, Brenda se encontró indecisa cuando tuvo que escoger una opción entre todas las que tenía en mente. “Pedagogía, artes, trabajo social, me gusta mucho pintar el pelo y las uñas... No sé. Creo que al final de todos modos me iba a sentir insuficiente, en cualquier lugar me iba sentir insegura de si podría hacerlo bien o no”, dijo

en alguna sesión. En su momento, su hermana mayor la convenció de que estudiara la misma carrera que ella, porque decía reconocer que Brenda tenía las aptitudes necesarias. Brenda cedió.

A partir de entonces, la hermana se volvió quien se encargaba de ella, pues le compraba cualquier cosa que necesitara o quisiera, desde materiales para la universidad, hasta ropa, celulares y viajes de vacaciones. Pero también asumió la figura de presión —que hasta ese momento había recaído en su padre—, porque constantemente le preguntaba sobre su desempeño, y porque, al dedicarse a lo mismo y ser “una profesional exitosa”, en palabras de Brenda, se había establecido una comparación constante y una figura ideal a la que la paciente aspiraba y rechazaba a la vez, pues no se sentía con las aptitudes, ni con el compromiso hacia la carrera que su hermana había mostrado. “A veces siento que, si no tengo por lo menos los mismos logros de mis hermanas, sobre todo de A. [la mayor], no voy a ser nunca alguien en la vida”.

Brenda se sentía profundamente insatisfecha y decepcionada de sí misma. Si ni siquiera le gustaba lo que estaba estudiando, ¿cómo iba ser “suficientemente buena” en ello? ¿Cómo iba a conseguir un buen trabajo? ¿Cómo iba a lograr ser exitosa? En este conflicto permaneció un largo tiempo; no lograba conectar ni identificarse con sus compañeros de la universidad, ninguna materia le resultaba atractiva y los profesores no le daban reconocimiento, por lo que sentía que no estaba en el lugar adecuado. De manera que cualquier malestar en su situación actual terminaba por atribuirlo al haber cedido en una decisión tan importante, la elección de carrera, que habría de condicionar el resto de su vida, condenándola a la insatisfacción y a la infelicidad. Parecía atrapada en un vaivén entre los autorreproches —no haberse escuchado y sido fiel a sí misma—, y el análisis de la conducta de su hermana: ¿por qué la había presionado para que escogiera la misma carrera que ella? Se preguntaba Brenda con enojo. ¿Qué le hizo pensar que sería buena en ello, que lo disfrutaría?

Por esas fechas ocurrió que Brenda se había sentido maltratada por dicha hermana durante una comida familiar. Un gesto mínimo, pedirle que no hablara tan fuerte, dio pie para que lograra expresar frontalmente toda la hostilidad que hasta entonces se había mantenido en ella misma. De pronto parecía estar desmontando la imagen de la hermana, que ya no era ni tan influyente, ni tan responsable de las emociones de Brenda. A partir de ese momento, a falta de la hermana como objeto de las recriminaciones sobre su insatisfacción académica, Brenda pudo emprender el análisis del conflicto con su padre, y llegar hasta su origen: que la rechazó “desde el primer momento”.

Alrededor de este primer rechazo por parte del padre, Brenda estuvo gravitando varias sesiones, rememorando todas las veces en que se había sentido poca cosa, impotente, insuficiente. En algún punto dijo: “Creo que toda la vida he sabido que mi papá no me quiso por haber nacido niña, ¿cómo me iba a sentir suficiente para nada si no lo fui ni para la persona que se supone que debía aceptarme y quererme desde el primer momento?”. Nuevamente *el primer momento*. Progresivamente fue hablando del dolor y la desilusión que le causaba aceptar abiertamente el rechazo de su padre, hasta que ella misma pudo plantearse una pregunta: “¿Y por qué iba a tener que venir yo a esta vida a cumplir los deseos mi padre?” Y concluyó: “Si él quería un niño, ese es su problema, yo soy así, me quiera él o no”. El efecto de esta postura fue notable, particularmente en el ámbito al que Brenda había remitido originalmente la insuficiencia. Se propuso sacar las dos materias que debía desde hacía un año y pasó los extraordinarios con 9 y 10, aceptó que la decisión de estudiar esa carrera había sido, en última instancia, suya, investigó y encontró un servicio social que le gustaba y emocionaba, subió su promedio general, empezó a convivir más con sus compañeros, y los profesores le devolvían buenas retroalimentaciones. Fueron meses en los que parecía que al fin algo se estaba moviendo en su vida.

Entonces, repentinamente, de una semana a otra, con un fin de semana de por medio, algo ocurrió. Dio la impresión de que había retrocedido violentamente. Entró a la sesión con el viejo semblante, con el ánimo totalmente decaído, sin encontrar sentido para ello y con una gran dificultad para pensar al respecto. Lo único manifiesto eran las dudas: ¿y si no lo voy a lograr; y si no soy suficientemente buena para esto; y si no consigo ser exitosa y disfrutar lo que hago? El persistente, profundo sentimiento de insuficiencia.

El trabajo llevó en ese momento a la indagación, según los criterios de la teoría psicoanalítica, sobre una posible depresión de Brenda o su madre dentro de los primeros meses de vida. Riendo, la paciente dijo al respecto: “Las dos. Yo creo que en ese momento nos deprimimos las dos”. Fue entonces que habló sobre el estado de su madre, luego de que el padre se alejara de ellas por un año, recién nacida Brenda.

No obstante, la investigación en este sentido no llevó a más. Brenda no quiso hablar de su madre. Todo lo que dijo sobre ella a lo largo de la psicoterapia, está mencionado aquí.

Menos de un mes después, Brenda decidió terminar el tratamiento. Se acercaba el final de su licenciatura, su graduación, y quería enfrentar ese proceso por sí misma. “Quiero demostrarme que puedo dar este paso yo sola”. Es importante señalar que el último tema del que habló, sin profundizar, fue la decisión que había tomado de cortar vínculos con todos aquellos amigos que le recordaban sus “momentos más grises” de la preparatoria y la universidad.

Sobre su desarrollo sexual, la paciente relató que, debido a la cercanía con sus hermanas mayores, y con su propia madre, estuvo siempre informada y en un ambiente de confianza. Así, cuando le llegó su primera menstruación, a los once años, su madre habló con ella respecto a los cambios que vendrían, lo que ocurriría con su cuerpo, la atracción sexual por otras personas, los

cuidados propios de la práctica sexual y le pidió que se acercara a ella cada vez que tuviera alguna pregunta o inquietud. Brenda manifestó no haber tenido ninguna curiosidad, salvo sobre el propio desarrollo físico de su cuerpo, hasta los 16 años, cuando tuvo su primer novio y comenzó su actividad sexual. Al respecto, recuerda que la primera vez que tuvo relaciones sexuales fue “muy agradable y romántica porque estaba enamorada y fue consensuada”. Ese primer noviazgo terminó cuando Brenda salió de la preparatoria, a los 18 años. Estando ya en la licenciatura, tuvo un segundo novio, con quien estableció una relación que ella definió como “muy tóxica”, pues ambos se celaban al extremo de revisarse los celulares, y él buscaba controlar la vida de ella, desde lo que comía, hasta los amigos que frecuentaba. Dicha relación duró un año y produjo, en palabras de la paciente, un enorme daño emocional, pues ahora teme que sus próximas relaciones sean así, además de sentirse muy culpable por haber permitido que la relación llegara a durar un año en dichas condiciones. En el aspecto sexual de esta última relación, Brenda sólo comentó que había veces en que ella no quería tener sexo con su novio, pero lo hacía para no tener discusiones con él, y porque creía que esa era la mejor forma de demostrarle su amor.

Tal experiencia fue la razón que Brenda expuso para evitar relacionarse sentimentalmente durante todo el proceso de terapia, a pesar de tener opciones, como dos amigos de la carrera que en distintos momentos le expresaron sus intenciones de acercarse a ella en un plano romántico y sexual. Rechazó cualquier posibilidad argumentando que no se sentía lista para querer a alguien, pero tampoco para ser querida. Le daba miedo “no ser suficiente para ser querida por alguien”. “Después de todo, ¿por qué iba a quererme alguien que no fuera de tu familia?”. Además, cualquier candidato a novio tenía que ser “aprobado por toda la familia”, y, según ella, los amigos que se le acercaron no cumplían con los requisitos, los cuales, por otro lado, no tenía claros, pues no quiso

cuestionarse esa dinámica; se limitó a decir, con alegría aparente, que lo hacían para protegerla, porque la querían.

Así, su discurso y actitud en el plano afectivo interpersonal se fueron volcando hacia el ensimismamiento. Comenzó a decir que lo único que le importaba por ahora era estar con ella misma, procurarse a ella misma, disfrutar su soledad, cuidarse y quererse a sí misma. Ni siquiera en el ámbito sexual necesitaba a alguien más, pues, si bien durante todo el proceso de psicoterapia sostuvo que no se masturbaba genitualmente, sí refirió un placer corporal que ella relacionaba con su sexualidad. Lo denominó como *el cuerpo palpitante*. Consistía en correr pequeños riesgos que le resultaban excitantes, como dejar pasar el tiempo para la entrega de una tarea o un trabajo de la escuela, hasta que se acercaba la fecha límite y entonces ella se ponía a trabajar y comenzaba a sentir dicha excitación, provocada por el frenesí del trabajo, pero también por el riesgo de perder la oportunidad de hacer la entrega. “Siento entonces que el cuerpo me palpita, sí, como que me palpita y me siento viva, se siente rico”. “Con eso me basta”, concluyó.

El entorno socioeconómico de Brenda ha sido el mismo durante toda su vida, ubicado su domicilio en una colonia de bajos recursos, tal como ella la definía, aunque también señaló que el único momento en que su familia vivió una situación económicamente difícil fue cuando ella nació. Después de eso, y hasta su ingreso a la primaria, la familia vivió “no con abundancia, pero tampoco con carencias”, gracias a que el papá había conseguido trabajo en una empresa. Poco a poco, la condición socioeconómica fue mejorando hasta llegar al punto en que se encontraba al último día de la psicoterapia. Punto en el que la casa, propia, había sido remodelada y ampliada, contando con todos los servicios, incluyendo internet y televisión de paga, computadora personal y un automóvil. Las dos hermanas de Brenda son independientes y viven con sus respectivas parejas.

Al final del proceso, el estado mental de Brenda se observaba sin problemas en el aspecto perceptivo, pues tampoco tenía daños orgánicos, enfermedades o accidentes, tanto de manera general, como en el caso específico en que pudieran haber afectado algún órgano. El lenguaje de Brenda, así como su pensamiento, era estructurado, lógico y racional. Su vocabulario era adecuado a la edad y contexto, y demostró una agilidad mental que le permitía seguir sus procesos asociativos a voluntad. Su capacidad para reflexionar sobre los señalamientos y preguntas realizados durante el proceso, permitió apreciar una inteligencia intacta. Demostró una buena capacidad para hacer uso de su memoria, elaborando una narrativa coherente a partir de los recuerdos emergentes. Las emociones, los afectos parecían estar adecuadamente ligados con su discurso y, pese a la situación en la que se encontraba, demostró un buen sentido del humor. Fue totalmente capaz de mantener la atención durante los 50-60 minutos que duraban las sesiones, y no se manifestaron alteraciones en la orientación temporal, ni espacial.

## Método

### Planteamiento Del Problema

Brenda llegó a mi consulta con 21 años recién cumplidos. El motivo de consulta con el que solicitó la psicoterapia fue más o menos como sigue: *A lo largo de todo el año me he sentido como si estuviera decepcionando a todos, eso me ha puesto muy triste*. Durante las entrevistas previas, y aún durante las primeras semanas del proceso psicoterapéutico, los intentos de Brenda por elaborar el significado de estar “decepcionando a todos”, fueron meramente descriptivos; una lista de ocasiones recientes en las que había sentido que no estaba haciendo las cosas suficientemente bien. Particularmente en el ámbito académico. Ante la pregunta ¿suficientemente bien para quién, según quién?, Brenda contó que había escogido su carrera por influencia de la mayor de sus hermanas, y que esto la tenía profundamente insatisfecha, porque no le gustaba, no la apasionaba, no le causaba el entusiasmo que veía en sus compañeros; y si ni siquiera le gustaba lo que estaba estudiando, ¿cómo iba ser buena en ello? ¿Cómo iba a conseguir un buen trabajo? ¿Cómo iba a llegar a ser exitosa? Creía firmemente que estaba condenada a una vida de insatisfacción e infelicidad. En algún momento le pregunté qué le hubiera gustado estudiar. Respondió: “Pedagogía, artes, trabajo social, me gusta mucho pintar el pelo y las uñas... No sé. Creo que al final de todos modos me iba a sentir insuficiente, en cualquier lugar me iba sentir insegura de si podría hacerlo bien o no”.

El planteamiento de esta reflexión, primer indicio para Brenda de que la insuficiencia no tenía su origen en la elección de carrera, fue desconcentrando la atención de la figura de la hermana mayor, que ya no era ni tan influyente, ni tan responsable de las emociones de Brenda, y obligó a esta última a rastrear en otro lugar y en otro tiempo el origen de su malestar, aunque no consiguió en esa oportunidad sacarlo del ámbito académico. La preparatoria sirvió entonces de sustrato para

la elaboración de material durante múltiples sesiones. Particularmente sobre aquellos docentes, que, desde su perspectiva, le profesaron una animadversión de orden personal, la descalificaron y llegaron a asegurarle que no lograría nada en la vida. Se había tomado muy en serio estos comentarios, ¿por qué? Finalmente emergió de la sombra una figura cuyo perfil venía iluminándose desde que los autorreproches se habían vuelto el centro de la terapia: el padre. Hasta ese momento, sobre sus papás sólo había revelado las edades, nombres y ocupaciones, y muy superficialmente había indicado tener una buena relación con ambos, aunque un poco mejor con la madre, de más confianza. “Con tu papá hay cosas de las que simplemente no puedes hablar”, dijo Brenda con humor para justificar la diferencia en las relaciones.

La introducción del padre en su narrativa, llevó a Brenda a reflexionar sobre una época anterior. Recordó que fue en la secundaria cuando comenzaron los problemas escolares, su rendimiento bajó drásticamente, y la relación con su padre se deterioró, llegando a consistir únicamente de peleas y largos silencios. Brenda no se podía explicar qué había pasado al entrar a la secundaria que su rendimiento académico decayó, ni por qué eso había afectado tanto la relación con su padre. Poco a poco comenzó a preguntarse si no habría sido al revés, que el cambio en la relación con su padre hubiera afectado su rendimiento escolar. Una sesión, a manera de broma, dijo: “Creo que el problema fue que entré a la pubertad, y pues, ya no está bien visto que tus papás te traten como una niña chiquita, la relación cambia”. La pubertad irrumpió en su vida. “Era evidente que ya me estaba haciendo una mujer, ya no se podía ocultar”. La distancia que se produjo entonces entre padre e hija, representó para ella una reviviscencia del rechazo que él le impuso desde el comienzo de su vida.

El embarazo del que nació Brenda fue planeado para ser el último de sus padres. Querían intentarlo una última vez con la esperanza de que por fin tuvieran el niño que el padre siempre

había deseado. Los estudios médicos, así como el pronóstico de lo que Brenda definió como “una huesera de la colonia que nunca se equivocaba”, confirmaron que el deseo del padre se cumpliría. Sin embargo, de ese embarazo nació Brenda. Las reacciones de los padres fueron distintas. La madre adujo que no le causó ningún problema el sexo de Brenda, pues: “estaba agradecida de tener otra oportunidad, y a una mamá no le importa lo que sea el bebé mientras venga saludable”. El papá, por otro lado, negó en primera instancia que ella fuera su hija; al respecto, Brenda comentó: “Decía que tenía que haber un error, te cambiaron a tu hijo, le decía a mi mamá”. La madre intentó convencerlo, acercarlos, le presentaba los rasgos físicos que tenían en común, le decía “mira, se parece a ti”, pero él los negaba, “ni siquiera nos parecemos”. Al poco tiempo, Brenda no había cumplido ni un mes de nacida, su papá aceptó una oferta de trabajo que lo mantuvo fuera de casa, viajando por el interior del país aproximadamente un año.

Alrededor de este rechazo inicial por parte del padre, Brenda estuvo gravitando varias sesiones, rememorando todas las veces en que se había sentido poca cosa, impotente, insuficiente. En algún punto dijo: “Creo que toda la vida he sabido que mi papá no me quiso por haber nacido niña, ¿cómo me iba a sentir suficiente para nada si no lo fui ni para la persona que se supone que debía aceptarme y quererme desde el primer momento?”. Progresivamente fue hablando del dolor y la desilusión que le causaba aceptar abiertamente el rechazo de su padre, hasta que ella misma pudo plantearse una pregunta: “¿Y por qué iba a tener que venir yo a esta vida a cumplir los deseos mi padre?” Y concluyó: “Si él quería un niño, ese es su problema, yo soy así, me quiera él o no”. El efecto de esta postura fue notable, particularmente en el ámbito al que Brenda había remitido originalmente la insuficiencia. Su desempeño académico mejoró notablemente, aceptó que la decisión de estudiar su carrera había sido suya, lo que le permitió comprometerse con su futuro profesional, que hasta entonces había resultado incierto y angustiante, y sus relaciones personales

se fortalecieron. Fue entonces que, repentinamente, de una sesión a otra, Brenda recayó. Entró a sesión con el ánimo totalmente decaído, sin encontrar sentido para ello y con una gran dificultad para pensar al respecto. Lo único manifiesto eran las dudas: ¿y si no lo voy a lograr; y si no soy suficientemente buena para esto; y si no consigo ser exitosa y disfrutar lo que hago? El persistente, profundo sentimiento de insuficiencia, a pesar de los logros recientemente adquiridos.

Brenda intentó definir ese sentimiento que nuevamente la invadía, pero parecía escapársele como agua entre los dedos. “Algo parecido a la tristeza —dijo finalmente—, pero sin la falta de ganas de hacer cosas, más bien como un sentimiento de derrota, ajá, o como si me faltara algo, o como si me sobrara algo, no sé, no estoy segura, no hay ninguna razón para sentirme así, pero está como dentro de mí, como si el problema fuera yo”. En su rostro había una expresión de disgusto que me recordó algo que había dicho meses atrás: “¿Cómo me iba a sentir suficiente para nada si no lo fui ni para la persona que se supone que debía aceptarme y quererme *desde el primer momento*?”. Se había tratado de un reclamo que aquella vez fue dirigido hacia su padre, pero ahora, a la luz de los eventos recientes, parecía inconscientemente dirigido a alguien más: la madre. ¿Quién si no en ese “primer momento”? El camino que Brenda fue siguiendo durante esa misma sesión, tratando de rastrear el origen de su malestar, abrió la oportunidad para preguntarle si sabía si ella o su madre se habían deprimido en algún momento de su infancia. Riendo contestó: “Las dos, nos deprimimos las dos”. Ahí, manifestándose en plena sesión con toda su gravedad, estaba *la madre muerta*.

A partir de las evidencias proporcionadas, extraídas directamente del discurso de la paciente durante su proceso de psicoterapia, me surge la siguiente pregunta: ¿Qué relación se puede establecer entre la historia del nacimiento y los primeros meses de vida de Brenda, su manera de experimentar los abandonos y rechazos de su padre en la infancia y la adolescencia, la

velada relación con su madre, y el profundo y generalizado sentimiento de insuficiencia actual, señalado por ella misma como presente en cada ámbito de su vida y principal referente de su sufrimiento?

### **Supuesto**

Para intentar dar respuesta al cuestionamiento planteado, propongo que: El rechazo y abandono por parte de su padre al nacer, así como la consiguiente depresión de su madre — *complejo de la madre muerta* (Green, 1986)—, son la base para la gravedad con la que Brenda experimentó los siguientes abandonos y rechazos de su padre, así como de la forma en que edificó la relación con su madre; todo lo cual, en conjunto, estableció las condiciones para el desencadenamiento de su estado actual, representado en primer lugar por un profundo sentimiento de insuficiencia, presente en la percepción de sí misma, en sus relaciones familiares y personales, en el ámbito académico y sobre su futuro individual y profesional.

### **Objetivo General**

Analizar el efecto en Brenda de la historia de su nacimiento y sus primeros meses de vida, en función de la pareja parental, con la intención de establecer un nexo entre dicho efecto y la manera singular en que ella fue percibiendo y estructurando la relación con ambos padres durante los siguientes años, de modo que por medio de los derivados de dicha relación se pueda entender la condición actual de Brenda.

### **Objetivos Específicos**

1. Examinar las condiciones psicológicas en las que nació Brenda, en función de la pareja parental.

2. A partir de lo anterior, explorar los efectos y consecuencias más significativos de la relación de Brenda con su madre durante los primeros meses de vida.

3. Durante ese mismo periodo, indagar en las repercusiones psíquicas del rechazo, y posterior abandono de la familia, por parte del padre de Brenda.

4. A la luz de lo encontrado en los puntos anteriores, analizar el impacto en Brenda del segundo abandono por parte su padre, acontecido durante la primera infancia.

5. De la misma manera, examinar la relación con el padre durante la adolescencia y seguir sus consecuencias hasta la época actual.

6. Reflexionar sobre la posible causa para la ausencia de la madre en el discurso general de Brenda, particularmente a partir de la segunda parte de la infancia y hasta la actualidad.

7. Considerar las condiciones y posible causa de la decisión de Brenda por cerrar repentinamente el proceso terapéutico.

### **Definición De Categorías**

*Identificación:* “Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de este” (Laplanche y Pontalis, 1996).

*Introyección:* Consiste en la asimilación de un objeto no solamente en el cuerpo—como en el caso de la incorporación—, sino en el aparato psíquico, sin importar que se trate de objetos totales o parciales. “Así, se habla de introyección en el Yo, en el ideal del Yo, etc.” (Laplanche y Pontalis, 1996).

*Ideal del yo:* Desde la perspectiva freudiana, subestructura del *superyó* que se construye a partir de una identificación con el discurso y conducta de la pareja parental, quienes dictan lo deseable y lo reprobable en el sujeto, pero también fuera de él. Es decir, que el *ideal del yo* se forma mediante un *aspirar a ser* como lo amado por los padres y como lo amado, por el sujeto, de los padres, modificando el *yo* a semejanza de tal ideal, lo que permite que se genere un movimiento libidinal de la investidura del objeto a la investidura del *yo*, presentándose esta parcialidad del *yo* ante el *ello* como objeto digno de amor (Freud, 1921).

*Investidura o catexis:* Según Laplanche y Pontalis (1996), se trata de la acción y el efecto de unir cierta energía psíquica a una representación o grupo de representaciones, o una parte del cuerpo, un objeto, etcétera.

*Sentimiento de insuficiencia:* Entendido como el conjunto de ideas, percepciones y sentimientos que provocan en el sujeto una inseguridad constante frente a sus propias habilidades y capacidades, así como la duda de ser lo bastante merecedor de oportunidades, logros, respeto, amor, reconocimientos, etc., aun cuando los haya conseguido. Lo que, desde la perspectiva de Green, refiere a una serie de “adquisiciones sublimatorias [...] [que] no se pierden, pero que quedan bloqueadas por el momento” (Green, 1986, p. 218).

*Angustia:* Se establece una diferencia entre dos posibles acepciones. Por un lado, lo que Freud (1926) llama angustia automática, consecuencia de un estado de desamparo psíquico, que consistiría en una respuesta ante una situación traumática o la amenaza de revivirla, “es decir, sometido [el sujeto] a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar” (Laplanche y Pontalis, 1996); en contraste con lo que, también con Freud, se entiende como señal de angustia, la cual “reproduce en forma atenuada la reacción de angustia

vivida primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas” (Laplanche y Pontalis, 1996).

*Complejo de la madre muerta:* Propuesta del psicoanalista francés, André Green (1986), es una construcción teórica que deriva de la experiencia clínica, especialmente de la observación de la transferencia. Este complejo parte de un hecho concreto: una depresión temporal, pero abrupta, sufrida por la madre durante los primeros meses de vida de su bebé, regularmente “antes de lo que se ha convenido en llamar la pérdida de objeto” (Green, 1986, p. 212). La madre, absorta en su depresión, descuida el aspecto libidinal de los cuidados que provee a su bebé, reduciéndolos a cuidados “esencialmente operatorios, es decir, carentes de actividad libidinal” (Gutton, 1987), emocionalmente distantes y, por lo tanto, inadecuados. Ante la insatisfacción de sus necesidades, y el distanciamiento de su madre, el recién nacido va acumulando displacer y tensión, lo que dispara una serie de respuestas defensivas cuyas consecuencias tendrán efecto inmediato y a largo plazo, especialmente en el ámbito de las investiduras libidinales.

*Psicosomática:* Centrada en la idea de una integración que establece un individuo entre el cuerpo (su percepción y la percepción de sus fenómenos) y la psique, ella misma dentro del cuerpo. Tanto en una como en otra de las partes integradoras (psique y soma) pueden manifestarse signos y síntomas patológicos, cuyo origen es posible rastrear hasta la psique, el soma o la interrelación. El conocimiento de lo anterior, así como el concepto en sí, derivan de la medicina psicosomática, que, según Roudinesco (1998), “aborda a la vez el cuerpo y el espíritu y, más específicamente, la relación entre soma y psique. Describe por lo tanto la manera en que las enfermedades orgánicas son provocadas por conflictos psíquicos en general inconscientes”.

## **Tipo De Estudio**

El trabajo aquí reportado, tanto como su análisis y el marco teórico que lo sustenta, deben ubicarse y entenderse en el ámbito de la metodología cualitativa, pues se pretende la indagación de la realidad subjetiva de un caso, mediante un doble análisis: hermenéutico y de contenido. Se recurre al primero en tanto que herramienta para la comprensión del significado de la experiencia que un sujeto articula mediante su discurso, en función de un contexto particular, desde el que se toma una posición determinada para la interpretación de dicho significado (Castillo y Gómez, 2004). A su vez, con el análisis de contenido se pretende traer a primer plano aquellos conceptos no explícitos que sólo pueden inferirse mediante su inserción en una cadena simbólica específica, es decir, un sistema de metáforas enmarcadas por un uso discursivo, ya sea teórico o práctico (Krippendorff, 1990).

Finalmente, el presente trabajo se define como un estudio de caso clínico, entendido como el análisis de la narrativa de una experiencia singular, la de un paciente, cuyo terapeuta da testimonio de manera escrita, aterrizando y dándole cuerpo a la teoría mediante un ejemplo real de la práctica clínica (Nasio, 2013); en este caso, la de la psicoterapia psicoanalítica.

## **Instrumentos**

Toda la información del caso que aquí se presenta fue obtenida del proceso que la paciente ha llevado conmigo, en el marco de la psicoterapia psicoanalítica, orientada a “evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias de un individuo, (...) [mediante] la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo” (Laplanche & Pontalis, 1996). Para ello, la herramienta principal ha sido la observación, ya que el terapeuta psicoanalítico, como se mencionó en la definición anterior, asume como parte de su trabajo un rol de investigador, en el que registra componentes verbales y no verbales, de la

interacción con el paciente y del entorno en el que se produce dicha interacción (Hernández et al., 2006).

### **Participantes**

Brenda, mujer de 21 años al inicio del proceso terapéutico.

### **Escenario**

El proceso fue conducido en su totalidad mediante la plataforma de videollamadas, Zoom, con dos sesiones semanales por poco más de año y medio.

### **Procedimiento**

La paciente respondió voluntariamente a la convocatoria de atención psicológica a distancia que, debido a la pandemia de COVID-19, publicó la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, del Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología, de la UNAM. Luego de que la paciente llenara un cuestionario virtual en el que se le pidieron sus datos de identificación y el motivo por el que solicitaba el servicio, me puse en contacto con ella por medio de una llamada telefónica para agendar una primera entrevista, vía Zoom, la plataforma de videollamadas. Ese fue el único medio a través del cual se sostuvieron las ciento sesenta y cuatro sesiones que duró el proceso. La paciente acudió a psicoterapia dos veces por semana, según se acordó luego de los primeros cuatro encuentros virtuales, momento en el que se establecieron algunas líneas de investigación y de trabajo —de acuerdo con el motivo de consulta manifiesto de la paciente, así como a los posibles motivos latentes—, se explicaron las consideraciones éticas y administrativas que en las que estaba inserto el servicio, y se fijaron los horarios para las sesiones.

### **Consideraciones Éticas**

El trabajo realizado con la paciente, así como el estudio de caso que aquí se presenta, están enmarcados por dos ámbitos éticos de la práctica clínica: el Código Ético del Psicólogo (2010), de la Sociedad Mexicana de Psicología, y los tres pilares de la formación psicoanalítica, es decir, la práctica supervisada, la formación teórica y el análisis personal. Todo ello fue señalado a la paciente de manera verbal, luego de las primeras cuatro sesiones, como ya se señaló, y se le entregó un consentimiento informado que devolvió firmado, en el que se daba por enterada de sus derechos y obligaciones en cuanto a rubros como la confidencialidad, el uso de sus datos con fines científicos, y el respeto y la seguridad de su integridad física y mental.

Del mismo modo, con la intención de guardar la confidencialidad de la paciente, en el presente trabajo se ha usado un pseudónimo para nombrarla, y se ha evitado mencionar datos personales que pudieran conducir a su identificación.

## **Resultados Y Discusión**

### **Del Nacimiento Y La Infancia De Brenda**

#### *Nacer Ahí, Donde Se Esperaba A Alguien Más*

Cuando Brenda habló de la historia de su nacimiento, contó con una sonrisa que fue una bebé “planeada y muy deseada”, pues sus padres usaron hasta el último recurso a su disposición para lograr y cuidar el embarazo. La sonrisa se volvió un gesto de tristeza cuando explicó que la razón que se encontraba detrás de la aprensión de los padres era un embarazo perdido, previo a ella. Así que al enterarse de que al fin tendrían un bebé, “se pusieron muy felices”, contó Brenda. Esa era su “última oportunidad” y la dicha aumentó, sobre todo para su papá, en cuanto supieron mediante ultrasonido el sexo del bebé: el quinto y último miembro de la familia, quien vendría a completarla, sería un varón, el hijo que el padre tanto había deseado.

Sobre este niño quedó depositada la ilusión y angustia de los padres porque fuera un embarazo a término completo, y la expectación porque llegara a colmar el deseo del padre, único hombre entre tres mujeres. La familia extensa aceptó al bebé en camino y le ofreció un lugar, compartiendo las esperanzas de la pareja paterna, “todos decían que iba a ser niño”, comentó Brenda, y celebraban el embarazo.

Así, los padres sostuvieron, atravesaron y marcaron ese tiempo de gestación desde dos vivencias distintas, aunque no por ello independientes. La madre “siempre se sentía cansada, y como con miedo de que le fuera a pasar lo que la última vez, que también fuera a perder a este bebé”, angustiada. Por su parte, el padre, si bien no estaba libre de preocupación, investía cada vez más al niño que imaginaba que sería su hijo, logrando sobreponerse con ello al miedo por la posible pérdida del embarazo.

Un bebé planeado y deseado, efectivamente, pero un bebé que no era Brenda, sino el niño que la familia esperaba. En su discurso, la sonrisa de Brenda parecía intentar encubrir esta verdad.

En el séptimo mes de embarazo, la mamá de Brenda terminó en el hospital, a causa de mareos y desmayos repentinos. El diagnóstico médico fue que, una vez más, el bebé había muerto. “Quizá en negación”, reflexionó Brenda, sus padres decidieron buscar una segunda opinión. “El segundo médico hizo otro ultrasonido y descubrió que no, que no estaba muerta, sino que tenía mucho miedo, estaba hecha bolita, como si tuviera mucho miedo”. En verdad era ella la que estaba hecha bolita, pero los padres sólo podían ver a su niño que sufría por “miedo” —¿de quién era el miedo en realidad?—. Para ellos, en ese momento Brenda no existía. Y esa es la imagen que tiene de sí misma durante ese periodo: mientras los padres esperaban, deseaban y se angustiaban por otro bebé que no era ella —el imaginario bebé varón que habían construido entre ambos y cada uno—, ella estaba en el vientre de su madre, hecha bolita como si tuviera mucho miedo.

Finalmente, un día antes de la fecha prevista por los médicos al inicio del embarazo, nació Brenda. Resulta de gran relevancia que la madre, en el preciso momento en que daba a luz, sintió que iba desfalleciendo, que se iba a morir; años después llegaría a contarle a Brenda que en aquel momento pensó que debía regresar por sus hijas, que no podía abandonarlas. Pero, ¿cuáles hijas? Aunque la madre hubiera conocido al instante el sexo de la recién nacida —lo que resulta casi imposible de creer si, como ella asegura, en ese momento los médicos se ocuparon en reanimarla porque se moría—, la forma particular de su enunciado, *debo regresar por mis hijas*, en el que supuestamente integraría a las tres, a Brenda y sus hermanas, parece una elaboración posterior, pues, hasta donde la madre sabía, estaba pariendo a un niño, y las consecuencias de la desilusión, profundas e innegables, aún estaban por manifestarse. Pareciera, más bien, que la madre hablaba de sus dos primeras hijas, lo que no sería una expresión inédita, sino consecuente con la

cotidianidad de su vida previa, y que significaría una primera exclusión de Brenda en el momento mismo de su nacimiento.

Brenda nació en un lugar que no había sido preparado para ella, donde no la esperaban, sin una representación previamente investida por los padres y la familia, sin su propio *contrato narcisista* (Castoriadis-Aulagnier, 2014), ni la posibilidad de fungir como sustituto, porque cómo iba a cumplir la parte que le correspondía al niño para el que la familia sí había preparado un lugar. De modo que cualquier interpretación retrospectiva acerca de su origen habría de quedar desde ese momento sujeta al saber materno y paterno (Castoriadis-Aulagnier, 2014), cuyas palabras y conductas se volverían los determinantes del sentido que Brenda pudo dar al lugar que llegó a ocupar en su familia, lugar que nunca terminaría por sentir como propio, que le habría de parecer siempre en riesgo, susceptible a los cambios de disposición en ambos padres.

Sin catectización, sin un lugar con su nombre, sin parte en el proyecto familiar, lo que Brenda encontró a su llegada fue rechazo. Al enterarse del sexo de la recién nacida, el padre reaccionó en primera instancia con incredulidad, luego con franco repudio, cuya magnitud era proporcional a lo repentino y contundente de su desilusión, a la profundidad de la herida narcisista que acaba de recibir. Por una parte, estaba reviviendo una pérdida, esta vez del hijo imaginario que se llevó consigo la posibilidad de realizar el deseo de un niño en la familia; se sintió engañado y reaccionó violentamente: “este no es tu bebé, te lo cambiaron”, le dijo a su pareja, como responsabilizándola de haber perdido al niño que esperaban, permitiendo que lo cambiaran por una niña. Tanto la noticia como la presencia de Brenda le resultaron inaceptables. “Cuando nací, mi papá no me aceptó”, recordó ella. Y la madre, explicó Brenda, no sabía qué hacer, “sintió muy feo de a que mi papá se le rompiera su ilusión de tener un hijo, y de que me estuviera rechazando así”, “se sentía mal por mi papá, porque decía que se veía decepcionado y triste, y se sentía mal

por mí, porque yo era su hija y no me estaba aceptando”. De manera que, en primer plano, para los dos miembros de la pareja parental, estaba la decepción del padre, ese estado emocional que Brenda llegaría a calificar como una “depresión”.

A diferencia de lo que Brenda —con el sesgo de su propia herida narcisista— llegó a interpretar de la reacción de su padre, propongo que la repulsa, más que estar centrada en el sexo de Brenda, fue de otro aspecto muy particular de la realidad, específicamente de lo que ocurría dentro de él y que desde fuera se percibió como depresión, a causa de la pérdida del objeto investido que era el hijo varón deseado. Eso era lo que el padre no podía aceptar, esa pérdida, y si por ello estaba embargado ¿cómo iba a lograr amar a Brenda? Ella era un nuevo objeto que investir libidinalmente cuando las investiduras del padre se encontraban aún depositadas en otro sitio. Y si, como afirman Herzog y Lebovici (1995), la historia de todo padre se inscribe en su comportamiento, se comprende que su respuesta ante la pérdida da cuenta de que la sensación de despojo también concernía a su propia identidad como padre, ante lo que debió percibirse como el derrumbe del sostén para su paternidad, sostén que, como se revisó previamente, depende de la convivencia directa con el bebé y la madre (Herzog y Lebovici, 1995). “Ni siquiera se parece a mí”, dijo sobre Brenda, señalando la ausencia de ese canal a través del cual suele establecerse el primer vínculo entre el recién nacido y su padre, lo que le habría permitido verificar su rol como procreador, claramente en duda en este caso. ¿Cómo explicar el nacimiento de una niña si todo indicaba que venía un niño? La explicación racional, que, a pesar de la tecnología, el pronóstico médico no es infalible, era insuficiente para él, lo que ilumina otra pregunta: ¿ante quién había que dar dicha explicación? La referencia aquí es a la tradición paterna, el lugar en la cadena generacional que el padre de Brenda veía ganado con el nacimiento de un hijo varón, que, por su sexo, daría pie a una identificación sexuada que no sólo le permitiría afianzar su sensación de

pertenencia entre sus antepasados padres, sino encontrar la preservación de sí mismo en los caracteres, conductas e ideales de su hijo. Así, pues, lo que el padre sintió perdido, no con el nacimiento de Brenda, sino con el no nacimiento del hijo anhelado, debió ser para él inconmensurable.

Considerando lo anterior, no sorprende que antes de que se cumpliera el primer mes de vida de Brenda, su padre decidió aceptar una oferta de trabajo que lo tendría lejos de casa aproximadamente un año. El padre se fue y, con él, la vitalidad de su pareja, la madre, a cuya condición —y las consecuencias que tuvo en la constitución de su hija— dedicaré el próximo apartado.

Las vivencias de ambos padres, antes, durante y después del nacimiento de Brenda, que son consecuencia de la historia personal de cada uno, del camino que siguieron hasta ese momento, reunidos en la pareja parental, habrían de determinar la dinámica entre los tres hasta la actualidad, así como el sentido que Brenda ha ido construyendo respecto a su propia vida y, retrospectivamente, la interpretación que dio sobre su origen: ella fue rechazada desde el primer momento, y desde entonces ha sido causa de angustia en la madre y de decepción en el padre.

### ***La Madre Muerta De Brenda***

“Yo creo que en ese momento nos deprimimos las dos”, dijo Brenda, tratando de explicar lo que su madre le contó que había ocurrido luego de que su padre decidiera aceptar el trabajo fuera de la ciudad, a las semanas de su nacimiento. El supuesto resultó sorprendentemente acertado. Aunque Brenda no alcanzaba aún a comprender la profundidad e implicaciones de su deducción, a partir de ese momento dejó establecido el hecho fundamental que es núcleo y causa del *complejo de la madre muerta* (Green, 1986) —de manera general y en su caso específico—, y

que habría de volverse determinante en su vida: que ambas compartieron un estado depresivo, el cual se originó en la madre.

A primera vista, la depresión de la madre puede reconducirse al abandono de su pareja, y así lo indica el propio discurso de Brenda, pero yo propongo que, sin que lo anterior deje de ser cierto, la pérdida de su pareja, aunque temporal, a su vez indica otra pérdida no menos importante, y que habría que analizar primero, pese a que parezca subyacente por la naturaleza de lo perdido: el hijo que esperaban, el proyecto que ambos padres habían construido, las expectativas y deseos compartidos. “Mi mamá sintió muy feo de a que mi papá se le rompiera su ilusión de tener un hijo”, contó Brenda, pero ¿qué ocurrió con la ilusión de la madre? Para zanjar el asunto, ella argumentaba que “a una madre no le importa el sexo del bebé mientras venga sano”, respuesta *a posteriori* cuya intención bien pudo ser evitar herir aún más el narcisismo de Brenda. Sin poner a debate si cabe o no una generalización tal sobre la postura de “una madre”, lo cierto es que ella tuvo noticia del sexo del bebé que esperaba, y sobre eso fue construyendo sus fantasías y el *contrato narcisista*, junto con su pareja y el círculo social que los rodeaba. Sea que al final le importó o no el sexo de la recién nacida, no puede negarse que ella —como su esposo, junto con él— perdió un bebé, el que fue imaginando, anticipando los meses que esperó desde que el ultrasonido reveló el supuesto sexo del bebé hasta el día en que nació Brenda. Nuevamente un bebé deseado que no llegó a nacer, perdido. Green (1986) describe dos causas principales para la depresión materna en el *complejo de la madre muerta*, la pérdida real de un ser querido o la herida narcisista producida por una decepción, como el abandono de un ser querido. Ambas condiciones se prestan para entender el origen y la magnitud de la depresión de la madre de Brenda.

Si en el discurso de la familia, y en el de la propia Brenda, la partida del padre se concibe como la única causa del estado depresivo que embargó a su esposa, es quizá por dos razones

simultáneas. En primer lugar porque, tal como Brenda repitió en distintas ocasiones a lo largo de su proceso psicoterapéutico, en su familia no se hablaba de emociones ni sentimientos, mucho menos si se consideraban negativos o desagradables. Tal como las expectativas e ilusiones sobre el hijo varón que imaginaban creciendo en el vientre de la madre, el tema de su pérdida quedó sepultado bajo el silencio. En segundo lugar, porque las manifestaciones de la herida narcisista — el abandono del padre—, de naturaleza particularmente alienante, resultaban mucho más evidentes a los ojos de la familia. Desde que el padre manifestó su decepción, la madre volteó su mirada hacia él, sufriendo por él, poniéndolo, como ya mencioné, en primer plano. La posterior reacción ante su ausencia expresaba un mensaje contundente cuyo aparente contenido marcaría indeleblemente a Brenda: el padre era indispensable, debía estar satisfecho, sin él sólo quedaba deprimirse.

No es necesario imaginar el significado que tuvo la decisión de su esposo en la mente de la mamá de Brenda; él mismo se lo dejó muy claro con sus palabras: te cambiaron a tu hijo, esta bebé ni siquiera se parece a mí. O sea: esta niña que tienes no es mía, no es nuestra, no es lo que habíamos acordado. Por eso Brenda había dicho que su madre se sentía mal por él, pues lo veía decepcionado y triste, y se sentía mal, en segundo término, por Brenda misma, porque su padre la “estaba rechazando y ella no tenía la culpa”. La culpa, vivida desde su narcisismo herido, era de la madre; desde su punto de vista, fue ella quien incumplió su parte del contrato y por ello su esposo se fue. Absorta en su culpa y su duelo, fue distanciándose y descuidando a sus tres hijas, especialmente a quien más la necesitaba, la recién nacida Brenda.

No obstante, casi un mes transcurrió previo al inicio de dicho distanciamiento, por lo que cabe suponer —y así lo revela la consecuente respuesta de Brenda ante la depresión de su madre— que durante ese tiempo se produjo un vínculo entre ellas, pues, a fin de cuentas, la niña había

nacido del cuerpo de la madre —con los fenómenos de vinculación y reconocimiento a nivel biológico que ello pueda conllevar—, además de que en la convivencia con el bebé real, según plantean Herzog y Lebovici (1995), las madres no demuestran un comportamiento notoriamente distinto según el sexo del neonato —identificación sexuada—, a diferencia de los padres, por lo que se vuelve comprensible que ella demostrara mayor aptitud para adaptarse a la presencia de Brenda, si bien el vínculo llevaría desde el comienzo la marca de la angustia que se manifestó en la madre a raíz de la pérdida del bebé anterior, de la posibilidad de perder el nuevo embarazo, de la experiencia de muerte en el parto y del rechazo que el padre les impuso a ambas.

Tal estado de angustia debió afectar la calidad de los cuidados maternos, impidiendo el desarrollo óptimo de lo que Winnicott (1960) denomina como *preocupación maternal primaria*, decantándose más bien hacia la forma de relación y cuidados en que la madre está demasiado presente; entiendo así lo que ella misma definió como sobreprotección. Ante este tipo de intromisión constante de la madre cabría esperar que se vaya constituyendo primordialmente un bebé reactivo ante el ambiente y sus amenazas (Winnicott, 1965) o un bebé a la defensiva, expectante (Winnicott, 1971). Y quizá habría sido así si dicha intromisión exagerada de la madre se hubiera mantenido, pero lo que ocurrió fue lo contrario. Entre la madre y su bebé, al centro de la *unidad narcisista primaria*, se produjo una escisión prematura y abrupta, dañando los intercambios libidinales, reduciendo los cuidados y, por tanto, la presencia de la madre, a simples cuidados operatorios, enfocados únicamente en la supervivencia de la recién nacida.

La bebé sufrió entonces el enfriamiento del vínculo, la presencia indiferente de su madre, distraída por algo más, deprimida. Tal desinvestidura, aunque progresiva y consistente, diacrónica, fue vivida por Brenda como un acontecimiento brutal, un trauma narcisista. La separación de su madre, que en el mejor caso debía suceder gradualmente, ocurrió aquí de forma violenta y precoz,

lo que, en primera instancia, significó para Brenda un desamparo frente a la acumulación de las tensiones derivadas de las necesidades de su cuerpo. La incapacidad de su madre para entenderla —capacidad que sería producto de una preocupación maternal primaria *suficientemente buena*— y, en virtud de ello, atenderla —con cuidados libidinalmente investidos—, se tradujo en un retiro de aquello que para Freud (1905) es el primer aspecto de la función materna: ser un factor auxiliar *para-excitación*, una protección antiestímulo que debió ayudar a Brenda a descargar la tensión a través de la satisfacción de sus necesidades, especialmente —por tratarse de la fase oral del desarrollo psicosexual— en lo que concierne a los cuidados digestivos en general (Gutton, 1987), comenzando por la alimentación.

Sin el constante auxilio de su madre para ir respondiendo y adaptándose a la afluencia de excitaciones internas y externas, el cuerpo de Brenda no pudo ir relevando poco a poco al de la madre como fuente de placer, es decir, no pudo resignarla como objeto para investir uno nuevo en el cuerpo propio, lo que habría permitido que las pulsiones de la recién nacida se tornaran autoeróticas —recurso para dar salida a la tensión—, por lo que quedó a merced de una desorganización perceptivo-motora (Gutton, 1987), cuyas consecuencias serían inmediatas, por ejemplo el llanto y agitación constantes que el alimento no lograba calmar, pero también notoriamente duraderas y tardías, como en la llamativa ausencia de la masturbación genital durante toda la adolescencia, o en la manifiesta búsqueda de placer en estados de tensión y ansiedad acumuladas, aquello que Brenda describía como el cuerpo que le “palpitaba”. Es decir, la tensión corporal, en tanto excitación del cuerpo, quedó investida libidinalmente por Brenda, a causa de la excesiva acumulación de displacer que produjo la falla de la función materna, y la consecuente incapacidad de la bebé para defenderse mediante la puesta en marcha de las contrainvestiduras y el autoerotismo.

Para que el llanto y la agitación de Brenda se volvieran resistentes a los cuidados de su madre, signo de la desorganización antes mencionada, fue necesario que la bebé estuviera sometida a un constante estado de tensión y displacer, pero hay que aclarar que tanto el llanto como la agitación fueron originalmente una respuesta defensiva de la bebé ante el distanciamiento de su madre, un intento por reanimarla, por traerla de vuelta, sin éxito. Brenda recordó: “Mi mamá y mi hermana dicen que me la pasaba llorando todo el tiempo. Mi mamá dice que no sabía qué hacer para calmarme”. No sabía qué hacer, no podía saber, alienada por su estado depresivo, carecía de la disposición necesaria para traducir y entender el lenguaje de su bebé. Por lo tanto, los esfuerzos por alimentar o limpiar a Brenda resultaban inadecuados e insuficientes.

Ante tal situación, cuyo peor pronóstico era la pérdida total de su madre —más allá de su amor y su atención—, Brenda tuvo que recurrir a otros mecanismos de naturaleza igualmente defensiva. Ocurrió entonces lo que Green (1986) describe como un movimiento doble y simultáneo: la desinvestidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la *madre muerta*. Pero, si en parte esta respuesta estuvo motivada por la posibilidad angustiante de perder en su totalidad al objeto materno, ¿por qué resignarlo por medio de la desinvestidura? La madre, incapaz de presentarse como un objeto constante que incorporar y expulsar —dinámica elemental de la fase oral del desarrollo psicosexual—, orilló a Brenda a renunciar a sus esfuerzos por integrar las pocas huellas mnémicas a su disposición, por lo que ella, la madre, distante en la realidad externa, se iba quedando también sin representación en la psique de su hija. Es decir, Brenda cesó los intentos por reanimar a su mamá, por restablecer el vínculo, y se conformó con lo poco que en ese momento sí tenía de ella. Es ahí que entra en juego la identificación a la que Green (1986) hace referencia, que se trata en realidad de una identificación rudimentaria, en su primera forma, es decir, una incorporación, una incorporación del objeto deprimido que era su madre, para

enquistarla al interior antes de que desapareciera —mecanismo que, a causa de la compulsión de repetición, Brenda reproduciría en los siguientes años con distintos objetos, especialmente los que llegaron a representar la amenaza de una futura decepción dolorosa—.

Se comprende que tal movimiento afectó gravemente el desarrollo libidinal, en ciernes, y la formación del *yo* de Brenda, las consecuencias serían aún evidentes más de veinte años después, como se verá más adelante, pero cabe anticipar que pueden agruparse en tres grandes categorías: 1) hostilidad desligada y bloqueo del amor, 2) fenómenos psicossomáticos, 3) desarrollo precoz de las capacidades imaginativas e intelectuales del *yo* (Green, 1986).

La identificación antes mencionada, con la *madre muerta*, se percibió desde el exterior como un verdadero mimetismo. Tras el llanto incontenible sobrevino en la bebé lo que su madre definió como “una carita triste”, eso a lo que Brenda aludió cuando acertadamente propuso que ambas se habían deprimido. Al mimetizarse con la depresión de su madre, con el objeto inanimado en que se había convertido ella, psíquicamente hablando, Brenda devino una bebé deprimida, ante la mirada impotente de su madre, quien no alcanzaba a comprender que se miraba en un espejo, y que esta función, la de espejo, que debía haberle correspondido a ella, según plantea Winnicott (1971), se había invertido.

Por otra parte, Brenda quedó enfrentada prematuramente con la existencia de algo más allá de su madre, el objeto desconocido que causó la depresión y se llevó consigo el amor que antes le pertenecía. El efecto en la psique de la bebé fue una triangulación precoz y aguda, pues, si bien ya se dijo que no puede considerarse el abandono de su pareja como el único motivo de la depresión materna, en el discurso de Brenda hay un solo referente desde ese momento, una sola figura que, por ausente, adquirió una presencia enajenante: su padre. Quedó así investido como objeto

indispensable —sin el cual sólo queda deprimirse— y como objeto de deseo y, se vería con el pasar de los años, de profunda hostilidad, consciente e inconsciente.

Ahí estaba Brenda, a las semanas de haber nacido, tomada “entre una madre muerta y un padre inaccesible” (Green, 1986, p. 216).

Finalmente, antes de que Brenda cumpliera un año de vida, su padre volvió. El vínculo con la madre, puede suponerse, encontró al fin vía libre para su reconstrucción y la depresión fue cediendo, aunque el daño estaba hecho. Por su parte, daba inicio la relación con el papá, quien tenía ya un lugar intensa y desproporcionadamente investido en la psique de su hija.

### ***El Inaccesible Padre De Brenda***

“Aprendió a quererme”, concluyó Brenda sobre la conducta y disposición de su padre, a su regreso. En este momento de su discurso, pareciera que ha dejado atrás la fantasía defensiva de haber sido una bebé “muy deseada”, y que, tras admitir el dolor producido por el rechazo inicial, se consuela con los esfuerzos que su padre hizo por acercarse, por aceptarla. Y, si bien las evidencias apuntan únicamente hacia una desaparición del rechazo explícito, Brenda llegó a definir el nuevo vínculo como uno “muy cercano”, quizá magnificado por efecto de un deseo aplicado retrospectivamente.

La suposición anterior, que la cercanía real entre ellos era menor de lo que Brenda creía recordar, encuentra sustento en la forma en la que se refiere a aquello que sintió perdido cuando su papá, nuevamente, aceptó una oferta de trabajo que lo alejaría de casa, esta vez en el extranjero: “Justo cuando las cosas empezaban a estar bien, él se fue”, “lo poco que habíamos estado construyendo se derrumbó”. No obstante, la reacción de Brenda ante esta nueva partida fue extrema. Comenzó a sentir dolores de estómago intensos, dejó de comer y terminó internada en un

hospital, donde fue derivada a psiquiatría —pues no había sustento orgánico para su condición— con la consigna del médico tratante: si el papá no vuelve, la niña se muere.

Si el vínculo con el padre era incipiente y dependía de una aceptación y un acercamiento voluntarios por parte de él, ¿por qué Brenda reaccionó tan violentamente, viviendo la situación como si se tratara de una pérdida insoportable, mortal? Para formular una respuesta habría que empezar por comprender que cuando Brenda definió el vínculo con su padre como “muy cercano”, se refería en realidad, y sin saberlo, al *objeto-padre*, el objeto psíquico que fue construyendo muy prematuramente, y no al padre real y concreto que nuevamente la abandonaba. Como se mencionó en el apartado anterior, el padre irrumpió en la escena psíquica de su hija como consecuencia de la depresión materna, enfrentándola con una triangulación precoz, intensa y desbalanceada que tendía hacia él, aún en su ausencia, pues la madre se encontraba indisponible. Por medio de esta tendencia, Brenda iría invistiendo, antes que las representaciones del objeto paterno, el lugar que este ocuparía, pues originalmente se trataba de un objeto desconocido y lejano, lo que terminaría por facilitar una sobreinvestidura del padre real, percibiéndolo así como “muy cercano” y, por lo tanto, viviendo su segundo abandono como una terrible afrenta —en términos freudianos—. Afrenta y desaire, herida profunda porque, además de lo anterior, hay que considerar que Brenda tenía “entre cuatro y cinco años” de edad cuando su papá decidió irse al extranjero, precisamente la edad en que cabe esperar que ya lo hubiera tomado como objeto de amor, dando pie a su complejo edípico (Freud, 1931).

La respuesta de Brenda ante tal pérdida da cuenta de que la elección del objeto paterno se realizó sobre una base narcisista (Freud, 1914), que a su vez obedece a los mecanismos defensivos puestos en marcha contra la herida que en su momento la *madre muerta* dejó. Así, la ausencia del padre fue vivida por su hija como un abandono explicado por su falta de amor hacia ella —herida

narcisista patente en el enunciado: “Sentí que mi papá me abandonaba para siempre y que no me quería lo suficiente para quedarse”—, por lo que se activó un proceso que no sólo corresponde a la pérdida del objeto narcisistamente elegido, sino que significó una repetición del recurso más drástico con el que Brenda enfrentó en su momento la depresión de su madre: la desinvestidura del objeto y su posterior incorporación que, en el caso del padre, en un momento posterior de la vida de Brenda, en el que su *yo* ya no era una estructura rudimentaria, podría definirse de mejor manera como aquello que Freud (1921) concibió como una vuelta de la elección de objeto hacia la identificación.

Este tipo de identificación, a diferencia de la observada en el *complejo de la madre muerta* —marcada por la desorganización, la desligadura y la represión—, suele ser naturalmente ambivalente, pues se “comporta como un retoño de la primera fase, oral, de la organización libidinal, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal” (Freud, 1921, p.99). Lo anterior, exacerbado en el caso de Brenda, implicó que la relación con el objeto resignado e introyectado, el padre, quedara marcada desde ese momento por un profundo conflicto de ambivalencia, cuya primera manifestación se percibió en el dolor de estómago y la renuencia a comer —aunque no fue la única causa—, pues la vuelta de la elección de objeto hacia la identificación comporta una regresión a la fase oral del desarrollo psicosexual. Introyectado el padre, luego de haberlo perdido, su sombra cayó sobre el *yo* de Brenda (Freud, 1917), es decir, que el conflicto de ambivalencia afectó lo que del padre quedó en ella, sobre quien se vertió toda la hostilidad que le correspondía a él por haberla desairado y desilusionado. “Pero muchas veces, más que triste me sentí enojada”, explicó Brenda, enojo que terminó puesto contra su propio cuerpo. Lo que pretendía ser una retribución, un castigo al padre, terminó llevándola al hospital. “Si el padre no vuelve, la niña se muere”. ¿Qué mayor castigo al objeto amado? Aun a

costa del cuerpo y la vida. Brenda misma llegó a suponer que los dolores y la repulsa del alimento pudieron haber sido una manera de llamar la atención de su papá, para que volviera, supuesto que se originó en la sospecha expresa de la familia paterna sobre la posibilidad de que se tratara de una manipulación para hacerlo volver. Desde su perspectiva narcisista, Brenda no llegó a ver la posibilidad de que tal sospecha, impregnada por la malicia del pensamiento adulto, estuviera en realidad dirigida a su madre, quien podía haber estado usando a su hija de cinco años para que el esposo volviera. No obstante, la deducción de Brenda parece correcta en cierta medida, pues la expresión particular y la naturaleza de sus síntomas efectivamente apuntaban hacia el padre.

Por otro lado, como mencioné anteriormente, la identificación con el objeto paterno perdido no es la única causa detrás la sintomatología de Brenda, su gravedad y su consecuente internamiento en el hospital. Sin embargo, la referencia de entrada es la misma, la fase oral del desarrollo psicosexual. ¿Qué más ocurrió durante ese periodo que pudiera haber facilitado y agudizado la condición de Brenda? La actividad meramente operatoria de la madre, la carencia de libidinización en los cuidados del aparato digestivo, la tensión acumulada por la insatisfacción de las necesidades en el momento en que la oralidad primaba en la organización de la psique. Lo cual, además de producir la desorganización perceptivo-motora previamente abordada, derivó en lo que Green (1986) describe como una disociación precoz entre el cuerpo y la psique. En resumen, se estableció un puente directo, de naturaleza psicósomática, entre el displacer y el aparato digestivo. Desde esta perspectiva, es posible pensar que los recurrentes dolores de estómago de Brenda eran también una manifestación del dolor profundo que ella sentía por el abandono de su padre.

Por su parte, la repulsa de los alimentos también puede reconducirse al daño en la oralidad causado por la *madre muerta*. De esta manera se interpretaría como un signo de la reviviscencia —por obra de la compulsión de repetición— de aquel momento en que la insuficiencia de los

cuidados maternos favoreció la identificación especular, mimética de la conducta inanimada de la madre, deprimida. Brenda volvió a convertirse en ese objeto que se abandona a la muerte, que deja de alimentarse, reviviendo el duelo de la madre por perder exactamente el mismo objeto —sin el cual sólo queda deprimirse, según aprendió de ella—, defendiéndose precariamente de los procesos de dolor y desinvestidura. Ello ante la mirada de su madre, otra vez inadecuada, incapaz de contener a su hija, de cuidarla. “Mi mamá dice que tenía mucho miedo, que no sabía cómo manejar la situación, estaba cansada, y lo único que me decía era que no había razón para estar triste, que no estuviera triste, pero no me explicaba qué estaba pasando”. Probablemente, también la madre estaba viviendo una depresión que actualizaba la padecida después del nacimiento de Brenda. De tal manera, el sufrimiento de la niña terminó quedando otra vez más allá de las palabras, como mero fenómeno del cuerpo, todo intento de elaboración sería posible solamente de manera retrospectiva y a partir de la narrativa de los padres.

En resumen, el padre fue inaccesible para Brenda “desde el primer momento”. Porque al nacer la rechazó y se fue, porque su irrupción prematura, facilitada por la depresión materna, fue en calidad de objeto desconocido, sin representación, y porque, en el momento en que era el objeto más amado por su hija, la volvió a abandonar, lo que significó un desencanto brutal. Se comprende que Brenda lo buscara con tal urgencia. Hasta que, luego de varios meses de ausencia, el padre al fin volvió. Quizá porque se sintió compelido por la condición de su hija, y la amenaza de muerte proferida por el médico tratante, quizá porque verdaderamente se había establecido un vínculo entre él y su hija, y sentía por ella genuina preocupación, o quizá porque no llegó a sentirse cómodo en el extranjero. Como quiera que haya sido, Brenda registró una experiencia muy clara, cuya interpretación particular quedó manifiesta en una sesión de psicoterapia en que declaró que, de

algún u otro modo, había logrado que su padre volviera por ella. O sea: sufriendo ella misma y haciendo sufrir a los objetos introyectados, estos vuelven, permanecen cerca.

Una vez que su padre había vuelto, Brenda volcó todo su interés sobre él. “Durante mucho tiempo quise ser un niño; creía que si podía ser como mi papá, entonces él me iba a querer”. Subyace a sus palabras el miedo de volver a perderlo, de ser nuevamente indigna de su amor. De tal manera quedó privilegiada la identificación como forma de vinculación con el padre, la cual se había originado en la vuelta —mencionada previamente— que Brenda realizó de la elección de objeto a la identificación. Pero, en este segundo momento, más que tratarse de una introyección defensiva del objeto, la identificación cumplió el que, para Freud (1921), es su objetivo esencial: modificar el *yo* propio a semejanza del otro. En el caso de Brenda, a semejanza de un muy particular aspecto del otro. ¿Qué elemento reúne las características que el discurso y conducta de la pareja parental dictan como lo deseable y lo reprobable en el sujeto, pero también fuera de él, y se presenta a sí mismo como objeto de aspiración y amor? El *ideal del yo*. A su búsqueda desesperada, encarnizada, se lanzó Brenda. El objetivo parecía, más que personificar los atributos del *ideal del yo*, devenir el *ideal del yo*, pues devenir el objeto más que poseerlo fue una modalidad de relación con los objetos que aprendió recién nacida —como defensa ante *la madre muerta*— y que, en este momento, le ofrecía un camino hacia el amor de su padre, y una salida ante el *complejo de castración*.

“Durante mucho tiempo quise ser un niño”, afirmación que procedió del análisis *a posteriori* sobre el rechazo inicial de su padre. Claro está que Brenda no era consciente, en su momento, de que su objetivo era ser un niño porque ello fuera lo que el padre deseaba, sino que, sumamente atenta y susceptible al deseo del padre —tendencia facilitada por el *complejo de la madre muerta*—, fue ajustando su *yo* según lo que escuchaba y veía. No obstante, el anhelo de ser

niño en verdad se encontraba operando. En primer lugar, se percibe integrándose al *ideal del yo* la presencia, cual fantasma, del sexo de ese niño que no nació, esperado en lugar de Brenda, perdido para los padres, que sí mereció su amor, y hasta su dolor. Pero, sobre todo, dicho anhelo debe comprenderse como la vía edípica tomada por Brenda ante el *complejo de castración*, es decir, ante el reconocimiento natural de que, en efecto, ella no era un niño. Verdad que rechazó rotundamente —con intensidad que recuerda a la del padre tras su nacimiento—, aferrándose a la posibilidad de ser un niño, que más que esperanza se volvió una búsqueda elevada a “condición de fin vital” (Freud, 1931, p. 231). El hijo que el padre siempre quiso. Nuevamente se percibe la sombra del mecanismo puesto en marcha a causa de la desinvestidura de la *madre muerta*: más que ser a semejanza del objeto, devenir el objeto. No ser *como* un niño, sino ser el niño que el padre siempre deseó. Niño, por supuesto, construido como una representación, instalado en el *ideal del yo* de Brenda, a partir del discurso y conducta de los padres, del papá en especial, por lo que se deduce que se habría consumado el retiro de la libido, al menos en parte, del objeto paterno hacia el *yo*, y más específicamente hacia el *ideal del yo*, lo que termina por verificar que la elección fue originalmente sobre una base narcisista, como anteriormente se planteó.

Cabe profundizar en la aclaración recién hecha acerca de que la investidura, luego del retiro libidinal, recayó particularmente sobre el *ideal del yo*. La intensidad de esta operación pone en evidencia el deseo de Brenda por ser algo que no era, partiendo de un primordial rechazo de sí misma, juzgando su propio *yo* como inaceptable, buscando cambiarlo. El *ideal* terminó por imponerse, porque ¿qué atributos podría haber ostentado ese *yo* para mostrarse como digno objeto de amor? Es fácil pensar que ni siquiera se presentó como candidato; un *yo* deprimido, insuficiente, lastimado, identificado en primera instancia con la madre que, además de ser mujer —en el extremo opuesto del deseo de Brenda por ser un niño—, se había mostrado constantemente

angustiada, triste, incapaz y dependiente de su pareja para sostenerse emocionalmente. Ante tal debilidad yoica, el *ideal del yo* quedó entronizado, más como una guía para ganar y retener el amor del padre que como una brújula moral que apuntara hacia el bienestar de Brenda. Así se fue constituyendo un *superyó* que poco a poco iría revelando su naturaleza tiránica (Nasio, 1996).

Finalmente, vale suponer que la presencia desmesurada del padre en la psique de Brenda, en la que, no obstante, se percibe su verdadera y reiterada ausencia —la ausencia de un vínculo recíproco con él—, tuvo otra función, vital, defensiva, la de ocultar una ausencia mayor, un vacío mayor: el que dejó la desinvestidura abrupta de la madre cuando ella y su hija aún conformaban la *unidad narcisista primaria*. Así, el padre sería utilizado como objeto encubridor, como barrera para impedir una regresión mayor, hacia la *madre muerta*, de la que Brenda se defendió hasta el último día de su proceso psicoterapéutico.

### ***“El mejor momento”***

Los acontecimientos abordados en el apartado anterior, marcados por el viaje del padre al extranjero y su regreso, ocurrieron mientras Brenda cursaba el último año de preescolar. Lo que vino después, eso que ella calificó en más de una ocasión como “el mejor momento” de su vida, inició precisamente con el ingreso a la primaria y se extendió hasta el final de la misma. Fue el periodo que Brenda consagró, libidinalmente hablando, al *ideal del yo*, y que se convertiría, *a posteriori*, en referencia y parámetro de lo que consideraba valioso de sí misma. “Era muy buena, sentía el reconocimiento de la gente”, atrás había quedado el tiempo en que para obtener alguna consideración tuvo que ingresar al hospital, rondar la muerte. Estaba por encima de las técnicas de manipulación de las que se había sentido acusada por la familia de su papá. Era “desenvuelta, inteligente y alegre”, se sentía segura de sí misma y su rendimiento académico era inmejorable. Y, por si fuera poco, además de clases de danza por la tarde, también acudía a clases de inglés. Nunca,

según recordó en sus sesiones de terapia, fue tan productiva y capaz como en aquellos años, “siempre estaba haciendo algo”. Entonces recibió el anhelado amor de su padre, quien consistentemente se interesó y se hizo presente en todas sus actividades.

Resulta imposible pasar por alto la naturaleza frenética de lo relatado por Brenda, especialmente para una niña. Este singular rasgo de su comportamiento, que para ella y sus padres fue un signo temprano de aptitudes e inteligencia sobresalientes, y que, según los planteamientos precedentes, da la impresión de ser mera consecuencia del mandato del *ideal del yo*, se trató en realidad de un desarrollo, efectivamente precoz, pero defensivo, cuyo origen se remonta al intento de Brenda por sobreponerse al trauma que significó la impredecibilidad de la *madre muerta*, operatoriamente presente, libidinalmente ausente, cuyo rostro, siguiendo la propuesta de Winnicott (1971), se volvió un objeto de estudio y anticipación para la recién nacida. Es decir, un despertar prematuro, a la búsqueda del sentido que repentina y angustiantemente se perdió junto con el amor del objeto materno, en depresión, y que se manifestó como mecanismo defensivo secundario a la identificación con dicho objeto (Green, 1987).

De modo que la respuesta de Brenda, frenética y sobresaliente, fue otro proceso encubridor —en un nuevo frente, además de aquel donde el padre fue tomado con el mismo propósito—, “a modo de una tela cognitiva” (Green, 1987, p. 218), y de la intensidad de este proceso se infiere la magnitud para Brenda de aquello que buscaba dejar oculto, si bien los frutos de su esfuerzo no pueden más que considerarse como auténticos. No obstante, pendían de esa tela encubridora que resultó susceptible de desfallecimiento, vulnerable, tanto como Brenda, ante las decepciones en la vida libidinal.

Justamente una de esas decepciones dio fin al “mejor momento” de Brenda, apenas iniciada su educación secundaria.

## De La Adolescencia Y La Actualidad

### *El Final De La Infancia, Retorno De La Decepción*

A la toma de consciencia de que su infancia había terminado, Brenda llegó por medio de una nueva decepción —que, no obstante, no era del todo inédita—, acompañada de un cambio radical en la percepción de sí misma, en la relación con sus padres —sobre todo con su papá—, en su estado de ánimo y en su cuerpo.

Lo que originalmente había sido, en el proceso de psicoterapia, un discurso centrado en la causalidad entre la dramática caída en sus calificaciones —desde el inicio de la secundaria— y la conflictiva relación con su papá, poco a poco se fue tornando en la duda, más reveladora, sobre si habría sido el cambio en la relación con su padre lo que habría llevado a Brenda a disminuir su rendimiento académico. Finalmente, a manera de broma, una sesión dijo: “Creo que el problema fue que entré a la pubertad, y pues, ya no está bien visto que tus papás te traten como una niña chiquita y, pues, la relación cambia”. Y concluyó: “Era evidente que ya me estaba haciendo una mujer, ya no se podía ocultar”. La infancia había terminado y, con ella, la posibilidad de seguir sosteniendo una imagen de género indiferenciado, capaz de presentarse a sí misma como la encarnación del *ideal del yo*, que, para Brenda —según extrajo de lo que pudo interpretar acerca del deseo de sus padres— debía ser de género masculino.

Resulta fundamental la descripción que hizo la propia Brenda, quien, claramente, notó en su momento la razón del quiebre en la relación con su padre, aunque sin entender todas las implicaciones; entró a la pubertad, ya no se podía ocultar que se estaba haciendo una mujer. En distintas ocasiones a lo largo de su proceso clínico, en referencia a una variedad de temas, Brenda señaló que se había “desarrollado muy rápido”, haciendo referencia de manera gráfica al tamaño

de su pecho. Fue precisamente ese desarrollo el que no se podía ocultar más, la verdad ya era innegable y el juego de complicidad entre padre e hija se volvió insostenible: Hasta ese momento, ella había intentado complacer, por todos los medios —desde sus intereses hasta los temas de sus juegos infantiles, y ahora queda claro que hasta en su apariencia—, el deseo de su papá por un hijo hombre, y, por su parte, el padre dio muestras, en este nuevo rechazo a su hija, de no haber resignado por completo esa esperanza. Así, ambos fueron confrontados por el cuerpo de Brenda, que, para ella, quedó ubicado nuevamente como depositario del conflicto.

El cambio drástico en la actitud del padre hacia Brenda, asociado por ella misma a la manifestación del desarrollo de su cuerpo, significó la actualización de la decepción y el rechazo que él manifestó al enterarse del sexo de ella, recién nacida, y de nuevo en la época del preescolar, cuando se fue a trabajar fuera del país. Ahora, con el inicio de la adolescencia, Brenda había perdido otra vez su objeto de amor, desairada por este. Una desilusión amorosa, en el ámbito libidinal, que no sólo echó por la borda todo lo ganado en la infancia, sino que reactivó los antiguos mecanismos de Brenda para responder a la afrenta. Resignado el objeto, inició el castigo contra lo que de él había sido introyectado, como en aquella vuelta que, entre los cuatro y cinco años, Brenda realizó de la elección de objeto hacia la identificación. Entonces cobra relevancia la naturaleza de los reproches que el padre comenzó a dirigirle en la secundaria, hasta la preparatoria: tal como recordó Brenda, las discusiones giraban siempre en torno a la escuela. Eso que antes había sido motivo de amor y cercanía por parte del padre, se volvió el campo de batalla. Brenda renunció a seguir procurándole alegrías y motivos de orgullo, convirtiéndose, por el contrario, en el objeto de su hostilidad y frustración.

Pero, de lo anterior, Brenda no sacó ningún provecho, en parte porque el mecanismo melancólico (Freud, 1914) descrito terminó por afectarla indirectamente —como daño colateral—

, en parte porque el juicio de su padre se había vuelto propio, y los reproches de él, autorreproches, por obra del *superyó*, deviniendo ella misma su propio juez y censor. Por esto es que de esa época Brenda recuerda principalmente los conflictos con los profesores, y con llamativa claridad evoca las palabras de aquellos que le decían que no lograría “ser alguien en la vida”, como su propio padre, quien llegó a afirmar que no valía la pena invertir ningún esfuerzo, ningún recurso en ella. Ningún recurso, a diferencia de aquel embarazo tan deseado y planeado en el que se esperaba un hijo varón, del que nació Brenda, donde los padres mostraron su deseo poniendo en acción todos los recursos a su disposición, o como los pasados años de la primaria, donde no hubo limitación de recursos para que Brenda se mantuviera siempre “haciendo algo”. Una vez más, se sintió indigna e insuficiente para ser amada; herida narcisista que conocía de sobra.

En suma, con el final de la infancia Brenda vio perdida la relación con su padre, la posición de reconocimiento ante los otros, su cuerpo infantil —investido por sus aptitudes y, en contraste con el de la adolescencia, por no dar muestras de su género—, y, por, lo tanto, el *mejor momento* de su vida llegó también a su fin. Desde esta perspectiva, es posible concebir que Brenda dirigió un monto de hostilidad hacia su padre —no el objeto psíquico, sino el real—, evidente en las constantes peleas que terminaron por constituir el único elemento de su relación durante aquellos años. A fin de cuentas, fue el rechazo del padre, la frustración de su deseo y su incapacidad para sobreponerse lo que definió en todo momento la relación con su hija, manteniéndola, de algún modo, siempre al margen, pues, como expuse anteriormente, la ausencia de un vínculo recíproco con ella —con quien era ella y no con quien podía llegar a ser— fue patente desde el comienzo. En el hecho de que la dinámica que sostenían se redujera a peleas, se puede leer, entre las líneas del enfado de Brenda, un reclamo: *¿Por qué no puedes quererme? Todo este problema es tu culpa*. Esta dislocación de la culpa —de ella hacia su papá— permitiría, más adelante, en su proceso

terapéutico, que Brenda lograra recolocarse respecto al deseo del padre, llegando a expresar: “¿Y por qué iba a tener que venir yo a esta vida a cumplir los deseos mi padre? [...] Si él quería un niño, ese es su problema, yo soy así, me quiera él o no”. Analizaré más adelante lo que ocurrió después de este cambio en la posición subjetiva de Brenda.

Por otro lado, el reconocimiento de la pérdida, con la llegada de la pubertad, de la anterior relación con su papá, es decir, la efectiva resignación del objeto por parte de Brenda, representó la concreción del establecimiento de eso que Freud (1931) describió como la tercera vía del Edipo femenino. Es decir, que, al venirse abajo la posibilidad de sostener tanto la identificación —que provino en primer lugar de la elección de objeto—, como la aspiración a ser el niño deseado por el padre, pues era evidente que ya se “estaba haciendo una mujer, ya no se podía ocultar”, quedó para Brenda solamente la opción que se había perfilado desde aquella irrupción muy temprana del padre por obra de la depresión materna, y que fue interrumpida por el viaje de él al extranjero: tomar a su papá como objeto de amor. Lo que implicó un nuevo retorno, esta vez de la identificación hacia la elección de objeto. Pero Brenda ya no era una niña —“entré a la pubertad, y pues, ya no está bien visto que tus papás te traten como una niña chiquita y, pues, la relación cambia”— y su padre, por lo tanto, ya no era elegible en la realidad, aun cuando él no se hubiera mostrado, otra vez, inaccesible. La prohibición superyoica, internalización de la prohibición cultural del incesto, facilitó para Brenda la búsqueda de nuevos objetos de amor, si bien estos siempre tuvieron alguna similitud con su padre, o le ofrecían algo que él nunca pudo darle — atención, seguridad, orden—, según expresó en terapia.

El distanciamiento del papá enfrentó a Brenda con la posibilidad —que por su larga historia resultaba angustiante— de que la situación derivara en su pérdida total y definitiva. Ella se aferró entonces a la única referencia interna del deseo del padre, aparente guía para no decepcionarlo por

completo: el mandato del *superyó*. De esta manera, su *yo* se apropió de los reproches de insuficiencia e incapacidad, terminando por convertirse, luego del deslumbramiento de la primaria, en un *yo* efectivamente insuficiente, débil. Sistemáticamente mermado por el *superyó* tiránico (Nasio, 1996), el *yo* empobrecido se encontró repitiéndose incesantemente la misma pregunta: ¿Cómo iba a ser suficiente si no lo fui desde que nací, si la persona que debió amarme desde el primer momento, me rechazó?

### ***Si El Padre Se Va, La Niña Se Muere***

Pese a la sumisión que Brenda demostró ante las imposiciones y reproches superyoicos, la amenaza del abandono definitivo del padre no desapareció, si bien la angustia que despertaba esta posibilidad fue atemperada por dicha sumisión. Es decir, que el empeño de Brenda se fue concentrando en mantener en calma al *superyó*, dado que no había en la realidad externa un acuerdo concreto y explícito con el padre, quien, distante por el conflicto con su hija, se mantuvo para ella siempre en riesgo, inalcanzable, al borde de la desaparición. Misma naturaleza inaccesible que fue adquiriendo el *ideal del yo*, hacia el que el *superyó* de Brenda empujaba incansablemente, acaparando toda su energía, lo que produjo, como mencioné antes, el debilitamiento del *yo*, agotado.

Se percibe en la dinámica descrita cierta rigidez que, no obstante, entrañaba una fragilidad esencial, pues el esfuerzo de Brenda no garantizaba la presencia del padre, ni mejoró la relación entre ellos, ni zanjó parte alguna del problema. Aunque Brenda tenía fija la mirada en su papá, ninguno de sus pasos logró acercarla a él. Y él, por su parte, no sólo no demostró intenciones de acercarse a ella, sino que llegó a estar a punto de marcharse de casa una vez más. Cuando Brenda tenía aproximadamente quince años, en la transición de la secundaria a la preparatoria, sus padres estuvieron cerca del divorcio, pues la relación entre ellos, tanto como la de Brenda con su padre,

se había reducido a peleas y desacuerdos frecuentes. Fue durante una de esas peleas que Brenda se descubrió repentinamente sosteniendo un cuchillo frente a su estómago, sin saber cómo ni por qué lo estaba haciendo, más allá de que con ese cuchillo había estado picando verduras unos segundos antes. Según narró, en ese instante entró su padre a la cocina, le quitó el cuchillo de las manos, la abrazó y le dijo que jamás hiciera algo así. Afectiva y físicamente, eso fue lo más cerca de su papá que Brenda consiguió estar en aquellos años. Como en el pasado, sólo un monto de hostilidad puesto contra ella misma, por medio del estómago, logró reducir la lejanía del padre. Brenda parecía estar actualizando la condicionante dictada por el médico de aquel entonces, esta vez bajo la siguiente forma: si el padre se va, la niña se muere. Finalmente, el divorcio no se concretó, la familia se mantuvo unida y nadie volvió a mencionar lo ocurrido con el cuchillo.

La reacción de Brenda ante la discusión de sus padres, momento álgido que la confrontó con lo que parecía una inminente separación, implicó una regresión cuya referencia inmediata es el dolor de estómago y la renuencia a comer que padeció entre los cuatro y cinco años de edad, cuando el padre viajó por trabajo al extranjero. Regresión, entonces, de carácter oral, que se inscribe en la cadena de consecuencias del daño que dejaron los cuidados meramente operatorios de la *madre muerta*. Es decir que, el cuchillo apuntando hacia el estómago, amenazando con perforarlo, fue la puesta en escena de dos determinantes principales de la historia libidinal de Brenda: el puente directo, de naturaleza psicósomática, entre el displacer y el aparato digestivo, y el mecanismo melancólico (Freud, 1914) anteriormente descrito como un castigo a los objetos introyectados por la vuelta de la elección de objeto hacia la identificación.

En este momento en específico, es posible pensar que la gravedad del acto de Brenda se debió a que el castigo estaba dirigido igualmente a los dos objetos que, encerrados en la habitación, discutiendo, le producían angustia y dolor. Castigo al padre, por estar a la puerta de otro abandono,

demostrándole, como en el preescolar, que no la “quería lo suficiente para quedarse”; quizá el cuchillo contra el estómago era también la representación visual de una increpación al padre, a manera de un *mira lo que me estás haciendo, me estás matando como lo hiciste con mi madre — la madre muerta—, y como casi lo logras conmigo al nacer y luego en el preescolar*. Y castigo a la madre, que no sólo volvía a demostrar su incapacidad para retener al padre, sino que bien podía estar colocada por Brenda en la posición de culpable de lo que estaba ocurriendo. En todo caso, la identificación tan primigenia de la hija con su madre, su incorporación por medio de la oralidad, hacia el estómago, objeto del ataque. De manera menos específica, puede pensarse que el estómago fungió como representante del cuerpo, contra el que ya se había puesto antes un rechazo profundo, pues fue la causa de que el padre se alejara de Brenda al iniciar la pubertad.

En su narración, Brenda construyó una escena familiar, de carácter dramático, cuya tensión culminó con el abrazo del padre, que más que aliviar el dolor de su hija, pretendió eliminar el riesgo de la autolesión o el suicidio, pero que en realidad condenó al silencio lo acontecido. Silencio que, como ya se mencionó, era característico de la familia. Lo anterior da pie a preguntarse si la acción de Brenda puede entenderse también como un esfuerzo por representar y comprender la crisis por la que la familia atravesaba, como eso que Freud concibió como la expresión de “las vivencias de toda una serie de personas, y no sólo las propias; es como si padecieran [los pacientes] por todo un grupo de hombres y figuraran todos los papeles de un drama con sus solos recursos personales” (Freud, 1900, p.167). Esta clase de identificación, de tipo histérico, fue considerada por Green (1986) como uno de los elementos a ponderar en el *complejo de la madre muerta*.

Brenda tenía muy claro que fue después de lo que ella llamaba “el episodio del cuchillo” que comenzó a preguntarse insistentemente sobre cómo sería la vida de su familia si ella muriera en un momento dado. Preguntas que le daban la oportunidad de elaborar fantasías en las que se

manifestaban muy claramente las heridas narcisistas infligidas por los padres, y la falta de certeza sobre su lugar en la familia, la falta de una referencia sobre su origen y pertenencia más allá del deseo de sus padres. ¿Ellos se pondrían tristes, sufrirían, llorarían, la extrañarían? Quizá su vida sería mejor, se librarían de una “carga”. Formas de una sola duda que no pudo plantear directamente: ¿Mis padres me aman? Si bien se trata de una incertidumbre que se remonta al nacimiento de Brenda, las fantasías alrededor de su muerte añaden un elemento nuevo que, propongo, surgió del silencio de la familia tras “el episodio del cuchillo”. Hasta entonces había comprobado que un recurso eficaz, aunque extremo, para obtener la atención y el afecto de sus padres era haciéndolos sufrir mediante su propio sufrimiento, pero el hermetismo al que ahora se enfrentaba vino a sembrar la duda sobre la validez del recurso y sobre el valor de su vida, pues, aun cuando el cuchillo representó una amenaza de muerte, la familia ni se inmutó. Quedó nada más, como consuelo, la suposición de que fuera dicha amenaza la que mantuvo unidos a los padres.

Es necesario precisar que las fantasías de Brenda no eran elaboraciones sobre su propia muerte, por lo que no había ideación ni planeación suicida. Lo relevante para ella era imaginar la reacción de su familia ante su ausencia, el posible sufrimiento que perderla les causaría. Un ejercicio de las capacidades imaginativas del *yo* que remite al *complejo de la madre muerta*, tal que consecuencia de la pérdida de sentido, ya mencionada, que dejó la desinvestidura abrupta por parte de la madre. Desde esta misma perspectiva vale plantear que las fantasías sobre el sufrimiento de los padres representan además un tipo de regresión cuyo objetivo suele ser mancillar, vengarse de, o dominar al objeto, lo que Green (1986) concibió como *el desencadenamiento de un odio secundario*, efecto también de la pérdida de sentido.

Finalmente, es posible suponer que Brenda se preguntaba si sus padres llorarían su pérdida con la intención de determinar si ello significaría una expresión de amor y deseo por su existencia,

como lo fue para el hijo varón que esperaban en su lugar. Sobre ese tipo de deseo, Brenda no tuvo otra representación.

### ***El “Error” De La Licenciatura***

La relevancia del ámbito académico, que inició como fuente de satisfacción en la primaria y se transformó en motivo de conflicto durante la secundaria y la preparatoria, no se perdió con el ingreso a la licenciatura. Por el contrario, se volvió el eje central en la vida de Brenda, pues no sólo dio continuación al problemático vínculo con su padre, sino que la confrontó con un dilema trascendental, cuya solución acarrearía una severa represalia por parte de su *superyó*, provocando en ella profundos y dolorosos sentimientos de insatisfacción e insuficiencia. Estoy hablando de la elección de carrera.

Con una negativa percepción de sí misma, nutrida por las críticas de su padre y sus maestros, con poca confianza en sus habilidades y su criterio, con un escaso apego a los asuntos escolares, y, en pocas palabras, con un *yo* empobrecido, Brenda se enfrentó a la decisión más importante que las y los adolescentes deben tomar al finalizar la educación media superior, en lo que respecta a su futuro académico y laboral. Recordó en psicoterapia que en aquel momento no se sentía capaz de tomar una decisión así, pues desconfiaba hasta de su inteligencia.

Se encontró paralizada ante las expectativas y la presión que ella sentía crecer conforme se acercaba la fecha límite para decidir. La voz superyoica, que en otras ocasiones ya la había juzgado como incapaz e insuficiente, se expresó contundentemente en los mismos términos y Brenda desistió de buscar en su interior —en sus deseos, gustos y afinidades— los motivos suficientes para decantarse por alguna u otra licenciatura. Sin embargo, no tuvo que ir lejos para encontrar un referente válido y vigente, pues en su propia familia nuclear había quien gozaba de reconocimiento

—desmedido, según llegaría a observar más tarde en su proceso clínico— precisamente por el alto desempeño académico mostrado en la licenciatura, y el bien remunerado trabajo que ello le había permitido conseguir. La hermana mayor, quien había alcanzado de esta manera eso que Brenda tuvo y que durante tanto tiempo persiguió, ser la encarnación del *ideal del yo*. A esto se refería cuando comentó que a su hermana sus padres la tenían en un pedestal y que, para burlarse —desde la envidia—, ella le decía “santa A.”. Si la hermana tenía eso que Brenda quería, de primera mano no parecía mala idea acercarse a pedirle su consejo. Su perspectiva era: “A veces siento que, si no tengo por lo menos los mismos logros de mis hermanas, sobre todo de A. [la mayor], no voy a ser nunca alguien en la vida”.

A la hermana le costó poco convencer a Brenda de que estudiara la misma carrera que ella. Bastó con mencionar —siendo la voz autorizada que era— un par de atributos que veía en su hermana menor y que, según su criterio, garantizaban no sólo que sería buena estudiante, sino que llegaría a disfrutarlo mucho. Brenda no necesitó escuchar más, pues se sintió validada por su hermana y, “sin pensarlo”, tomó la decisión. En ese momento creyó que tomaba el camino seguro, a prueba de fallas.

Pero la historia de su licenciatura se tornó en pesadilla desde el comienzo, pues, si bien fue aceptada en su primer intento, no consiguió hacerlo en el mismo campus en que había estudiado la hermana mayor, el cual, para la familia, era el único que gozaba de prestigio. Aún no había puesto un pie en la facultad, cuando Brenda ya había visto frustrada la posibilidad de llegar a obtener el reconocimiento y el amor tan anhelados. Para ella, la culpa de su situación en ese momento sólo podía ser de su hermana. Por otro lado, culparla de este modo le facilitó una salida para la hostilidad que no podía expresar hacia sus padres, pues sentía que no tenía derecho a ello, pero, a fin de cuentas, si ellos le hubieran demostrado amor y confianza, ella no habría tenido que

enfrentarse a las condiciones que ahora la rodeaban. De esta índole fueron sus reproches durante mucho tiempo.

El trabajo psicoterapéutico que correspondió a esta etapa de su vida, estuvo centrado en el análisis de la conducta del padre y la hermana, más que en el del papel y la responsabilidad que ella tenía ahí, lo cual es común observar en pacientes aquejados por el *complejo de la madre muerta*, según plantea Green (1986). Sobre la hermana, Brenda se preguntaba con enojo por qué la había “presionado” para que escogiera la misma carrera que ella, ¿qué le hizo pensar que sería buena en ello, que lo disfrutaría? Hasta que, gracias a la expresión continua de dicho enojo, pudo bajar a su hermana del pedestal en que ella también la había subido.

Sin alguien más a quién culpar por su decisión, Brenda no tuvo más opción que mirarse a sí misma. Fue entonces que el sentimiento de insuficiencia alcanzó el nivel más alto, pues comenzó a plantearse seriamente la posibilidad de dejar la universidad. Volvió a percibir la sensación que había descrito en su motivo de consulta: “como si estuviera decepcionando a todos”. Bajo la luz del presente análisis, cabe reformular ese enunciado, pues más parecía que no lograba satisfacer a nadie, empezando por sí misma, y es que no daba muestras de tener actividad u objeto alguno catectizado de manera que le permitiera una descarga pulsional, una satisfacción y una retroalimentación positiva. Así, lo único que le quedaba eran dudas: Si ni siquiera le gustaba lo que estaba estudiando, ¿cómo iba ser “suficientemente buena” en ello? ¿Cómo iba a conseguir un buen trabajo? ¿Cómo iba a lograr ser exitosa? ¿Cómo lograría “ser alguien en la vida”? “Siento que estoy condenada a ser infeliz toda mi vida”, dijo en una sesión, “todo por culpa de ese error, por haber cedido en una decisión tan importante”. *Ese error*, al fin una certeza que involucraba su voluntad y que, a pesar de haber producido consecuencias negativas, derivó en primera instancia de su capacidad para modificar su propia vida.

Fue esta perspectiva, que tenía la capacidad para modificar el curso de su vida, la que le permitió resignificar retrospectivamente la historia de su sentimiento de insuficiencia, hasta el momento en que ella creyó que se encontraba su origen, o sea, el rechazo de su padre al nacer. Así llegó al instante crucial, ya mencionado, en que pudo recolocarse frente al deseo del padre, a partir de una simple pregunta: “¿Y por qué iba a tener que venir yo a esta vida a cumplir los deseos mi padre?”.

El cambio en su postura comportó un efecto verdaderamente notable, en especial porque se dio en el mismo ámbito al que Brenda había remitido el sentimiento de insuficiencia, y que por tanto tiempo sirvió como escenario para la representación del conflicto que se dio con sus padres y al interior de su aparato psíquico: la escuela. Brenda logró regularizar su situación académica, obteniendo excelentes calificaciones, aceptó que la decisión de estudiar esa carrera había sido, en última instancia, suya, se inscribió en un servicio social que la satisfacía, lo que incidió en su punto de vista acerca del futuro —que poco a poco le fue pareciendo menos amenazante—, y sus profesores comenzaron a devolverle retroalimentaciones positivas que se mantuvieron en el tiempo. Fueron meses en los que, al fin, Brenda pudo sentirse capaz y satisfecha consigo misma. La relación con su familia durante ese tiempo, según comentó, se volvió menos problemática, menos distante, más cordial.

Quedaba, no obstante, un área esencial de su vida en la que nada se había movido: las relaciones de pareja.

### ***La Recaída, Revelación De La Madre Muerta***

A partir de la evidente mejoría de su estado emocional, de la percepción de sí misma y de su situación académica, el discurso de Brenda fue derivando hacia un tema que había quedado

relegado, aparentemente sepultado bajo la insatisfacción asociada con la universidad. Comenzó a abordarlo como si se sintiera compelida a ello, como si fuera el siguiente paso obvio, y como si hubiera una convención social al respecto, frente a la que se sintiera en deuda, incompleta. No había en sus palabras rastro de necesidad o deseo, sino que se notaba reacia y molesta, inclusive temerosa. Y es que había dado con un componente de las relaciones libidinales donde se manifestó con toda claridad el severo daño producido por *la madre muerta*: las relaciones amorosas de pareja.

La soltura y comodidad que fue sintiendo en sus clases, y con sus compañeros, promovió que conviviera más con ellos, especialmente con un par de amigos, quienes se fueron acercando y que, en el transcurso de unas semanas, le expresaron claramente sus intenciones de establecer un vínculo romántico con ella. Aunque en un principio pareció emocionada, casi de inmediato respondió que no estaba lista para ello. Pasó las siguientes sesiones de la terapia elaborando argumentos para justificar la decisión de rechazar a ambos amigos. No fue una retahíla de explicaciones que pretendieran negar un deseo reprimido, sino la genuina exposición de lo que inicialmente explicó como miedo a repetir la negativa experiencia de su último noviazgo, pero que, luego del trabajo psicoterapéutico al respecto —y de la toma de conciencia de que la temida repetición no estaba garantizada, ni era obligatoria—, se redujo a una sola frase, reiterada como si intentara convencerse a sí misma: “no estoy lista”.

Sin embargo, fue ella misma quien no soltó el tema, en un evidente esfuerzo por resolver el asunto de modo que pudiera volver a su configuración anterior, es decir, ignorado. Entre risas decía que no le encontraba sentido a formar una pareja en ese momento: “no me hace falta”. Pensaba que eventualmente llegaría alguien por quien sentiría atracción natural y espontánea, lo que no le ocurría con los amigos mencionados. La satisfacción afectiva que le brindaba la amistad le parecía suficiente. Pero, si eso era suficiente, ¿por qué sus amigos se habían acercado a

manifestarle su interés? ¿Qué podía haber más allá de la amistad que ellos podían haber estado buscando? La satisfacción obtenida por medio del placer del cuerpo, desde la cercanía física y el contacto con el otro, hasta el sexo. Antes de llegar a esta respuesta, Brenda dio varios rodeos. Lo que dijo después evidenció que su dificultad para hablar del asunto no se debía al pudor o al miedo, sino a una escasa historia de placer obtenido mediante el cuerpo: “Sí puedo disfrutar con mi cuerpo; cuando tengo que entregar una tarea importante y ya queda muy poco tiempo para mandarla, o cuando estoy haciendo un examen y se va a cerrar la liga porque se acabó el tiempo, me emociono mucho, me estreso, siento entonces que el cuerpo me palpita, sí, como que me palpita y me siento viva, se siente rico”. “Con eso me basta”, concluyó.

En sus palabras, Brenda dio testimonio explícito de lo que produjo en ella el constante estado de tensión y displacer al que fue sometida en ausencia del auxilio de su madre, quien, ensimismada en su depresión, se mostró incapaz de brindar los cuidados adecuados y suficientes que su hija recién nacida necesitó. El cuerpo palpitante que Brenda decía disfrutar es la evidencia de que la tensión corporal —provocada por la excesiva acumulación de displacer ante la falla de la función materna— quedó libidinalmente investida, lo que da cuenta de una desorganización perceptivo-motora a la que Brenda no pudo hacer frente mediante la puesta en marcha de las contrainvestiduras y el autoerotismo, pues la desinvestidura de su madre no sólo fue abrupta, sino prematura.

De las afirmaciones “con eso me basta” y “no me hace falta”, acerca del placer corporal y de las relaciones de pareja, se infiere además un retraimiento libidinal, cuya manifestación se sostuvo en elaboraciones posteriores —“quiero dedicarme a mí, estar conmigo misma”— y que a la postre resultaría ser el origen de una desinvestidura masiva que Brenda puso en marcha desde ese momento hasta el final de su proceso terapéutico. Green (1986) propone que en un momento

como este se da un *cambio de signo* en la percepción de la soledad, que hasta entonces tenía una cualidad angustiante —presente en los esfuerzos de Brenda por conservar a sus objetos amados, y en la preocupación por estarlos decepcionando—, si antes resultaba negativa, ahora es positiva, si antes se evitaba, ahora se busca. “El sujeto se anida” (Green, 1986, p. 222). Al respecto, Brenda dijo: “Quiero disfrutar mi soledad, que antes me daba miedo”.

Fue en ese momento del trabajo clínico que, de una sesión a otra, con un fin de semana de por medio, Brenda sufrió una violenta recaída, como si hubiera retrocedido en el tiempo, presentándose a terapia con el ánimo totalmente decaído, el antiguo semblante desaliñado y una gran dificultad para pensar sobre lo que le estaba ocurriendo. En palabras de Green, uno de esos “hundimientos espectaculares en que todo torna a aparecer como el primer día” (Green, 1986, p. 219). La desbordaban las dudas e inseguridades que manifestaban con claridad el profundo y persistente sentimiento de insuficiencia.

A diferencia del pasado, el primer ámbito al que Brenda remitió la insuficiencia fue precisamente a ese del que venía hablando las semanas anteriores, las relaciones amorosas de pareja. Si antes se había empeñado en encontrar argumentos a favor de la distancia con los otros y de la soledad, ahora giraba en torno a una sola certeza sobre sí misma: no era suficiente para ser amada por alguien más. Certeza que, por un lado, representó el remate de la historia de una vida que hasta entonces había estado marcada por heridas narcisistas profundamente dolorosas y significativas, pues fueron infligidas por los padres. Brenda seguía esta lógica: si no fue suficiente para ser amada “desde el primer momento”, tampoco sería suficiente para ser amada en la actualidad. Percibía en sí la ausencia de los atributos dignos de amor y admiración depositados en el *ideal del yo*, tan lejano para ella, tan distinto a ella. Presionando sobre la herida, el *superyó* tiránico de Brenda alzaba la voz.

Por otro lado, si se mira esta particularidad del sentimiento de insuficiencia desde una perspectiva que considere tanto la aseveración, “no estoy lista”, como el retraimiento libidinal que, según se dijo, ello implica, se comprende que Brenda se sentía al mismo tiempo indigna para ser amada e impotente para amar. Tal impotencia, además de advertir sobre un debilitamiento yoico y libidinal, puso en evidencia que, si Brenda no se sentía en condiciones de ofrecer amor, era porque este se hallaba “hipotecado por la madre muerta” (Green, 1986, p. 221). De modo que, el acercamiento e interés de sus amigos, más que demostrarle que tenía a la mano la opción de amar y ser amada, le resultó amenazante porque se acercaron demasiado al *núcleo frío* (Green, 1986) que dejó la *madre muerta*, objeto enquistado a cuya conservación Brenda dedicó tanta energía y, se entiende ahora, tantos sacrificios, como la oportunidad de verdaderamente amar y ser amada por alguien más, de obtener satisfacción y placer con alguien más.

Catectizar a un nuevo objeto, establecer un vínculo amoroso con una nueva persona, significaba que Brenda tendría que enfrentar y eventualmente sobreponerse al daño del que dicho núcleo frío era representante, esta posibilidad despertó en ella no sólo un temor mayor, sino una aversión tal que emprendió la huida —desinvertidura masiva que señalé previamente—, rechazando la oportunidad de abordar su herida narcisista y, posteriormente, elaborar el duelo por su *madre muerta*, dejarla ir, “morir su muerte segunda” (Green, 1986, p. 223).

Brenda pretendió, como había hecho hasta entonces, mantener al objeto materno en su letargo sepulcral, muerta, pero, a fin de cuentas, presente (Green, 1986). Protegida como a una momia a la que hay que conservar en las mejores condiciones posibles, alejada de todo y de todos. Lo anterior comporta además una renuencia a abandonar la posición incestuosa con la madre (Green, 1986), de la que Brenda gozó siendo una bebé, antes de perder su amor tan súbitamente. “Después de todo, ¿por qué iba a quererte alguien que no fuera de tu familia?”, dijo Brenda, lo que

resume sus dudas sobre el amor de otros más allá de los lazos familiares —que, a su vez, no estaban libres de duda—, pero que, desde la perspectiva recién planteada, podría reformularse de la siguiente manera: Después de todo, ¿por qué iba a querer a alguien que no fuera de mi familia?

Pero la recaída de Brenda no se redujo al aspecto amoroso de las relaciones personales, como no se reduce a ello el ámbito de lo libidinal. La afectación alcanzó “los dos sectores esenciales de la vida, amar y trabajar” (Green, 1986, p. 222), este segundo, en el caso de Brenda, representado en primera instancia por la vida académica, desde la que proyectaba sus esperanza y preocupaciones hacia el futuro. Así resurgió el nítido sentimiento de insuficiencia para solventar su vida académica y profesional —“¿y si no lo voy a lograr? ¿Y si no soy suficientemente buena para esto, y si no consigo ser exitosa y disfrutar lo que hago?”—, a pesar de los logros recientemente adquiridos. Brenda volvió a sentirse “como si estuviera decepcionando a todos”, y condenada a una vida de insatisfacción e infelicidad, como si sobre ella pesara una maldición, “la de la madre muerta que no termina de morir y [la] mantiene prisioner[a]” (Green, 1986, p. 219). Por ello renunció a reconocer el valor y la significatividad de los avances que había conseguido los meses anteriores, “adquisiciones sublimatorias [...] [que] no se pierden, pero que quedan bloqueadas por el momento” (Green, 1986, p. 218), sacrificadas en “el altar de la madre” (Green, 1986, p. 229). Haber persistido en el camino de su mejoría, habría significado perder a *la madre muerta*, ir en contra de ella, desistir de “cuidarla, tratar de despertarla, de animarla, de curarla” (Green, 1986, p. 229).

Lo abrupto del retroceso de Brenda, y la dificultad que demostró para elaborarlo por medio de la palabra, apuntaron hacia un supuesto que se venía perfilando desde que ella contó la historia de su nacimiento: que el núcleo de la problemática debió formarse en un momento en que escapó a la estructura del lenguaje —porque aún no se había adquirido—, y que, debido a una cualidad de

herida narcisista y al momento evolutivo en que se presentó, probablemente se encontraba bajo el efecto de la represión. Entonces cobró otro significado algo que Brenda había dicho meses atrás: “¿Cómo me iba a sentir suficiente para nada si no lo fui ni para la persona que se supone que debía aceptarme y quererme desde el primer momento?”. Se había tratado de un reclamo que aquella vez fue dirigido hacia su padre, pero que ahora parecía, aunque de manera inconsciente, dirigido hacia la madre. ¿Quién si no en ese “primer momento”? Así surgió la oportunidad de preguntarle a Brenda si sabía si ella o su madre se habían deprimido en algún punto de su infancia. Fue a esa altura del proceso que habló de la depresión de su madre, fijando por primera vez su atención y discurso en ella. De tal manera fue revelada la *madre muerta*, con una certeza que vino a verificar lo que podía observarse en el malestar de Brenda, y su relación con él.

Sin embargo, Brenda no profundizó en el análisis del vínculo con su madre. Se limitó a resumir: “Todo lo que ha pasado al final se junta [...] para que mi mamá me sobreproteja. Intenta como no soltarme y no dejarme ir, no dejarme ser libre. [...] se quedó con esa imagen de que sigo siendo esa niña que estaba en el hospital [...], se quedó ahí estancada”. Sobreprotección que, no obstante, no se manifestaba en acciones efectivas que buscaran coartar o inhibir la libertad de su hija, sino que se hacía patente en el discurso, en la aprensión y la angustia con la que hacía referencia a las veces en que se sintió incapaz de cuidar a su hija, en momentos cruciales de su vida. Lo que Brenda llamaba sobreprotección era en realidad una declaración verbal de angustia e impotencia por parte de su madre, quien llegó a confesarle: “Tengo miedo de que algún día te llegues a enfermar de nuevo o que te sientas muy triste y yo no sepa qué hacer”. Como esa *madre muerta* que, en su ensimismamiento depresivo, no supo cómo parar el llanto de su hija, cómo satisfacerla, y no alcanzó a comprenderla porque la absorbía su propio dolor.

Aunque su intención fue abordar el tema superficialmente, con unas cuantas palabras Brenda expuso el estado de la relación con su madre, abriendo una puerta inédita para el trabajo psicoterapéutico. El camino hacia la *madre muerta* era ahora directo. Entonces, tal como había hecho con las relaciones de pareja y los logros en el ámbito académico, Brenda renunció a seguir adelante. Cuando su madre se volvió el tema central de su trabajo clínico, decidió finalizar la terapia psicológica, lo que representó el clímax de la desinvestidura masiva que inició con el rechazo de los dos amigos que le declararon su interés romántico. Brenda arguyó que deseaba enfrentar por sí misma el proceso que se avecinaba con el próximo semestre, la conclusión de su licenciatura y su graduación. “Quiero demostrarme que puedo dar este paso yo sola”. Pero, más que en el deseo de ponerse a prueba, el acento recayó sobre la condición, es decir, por sí misma, ella sola, prescindiendo del único espacio donde había conseguido expresarse y ser escuchada. “El sujeto se anida” (Green, 1986, p. 222).

Es importante señalar que el último tema del que había hablado, sin profundizar, fue la decisión de cortar vínculos con todos aquellos amigos que le recordaban sus “momentos más grises” de la preparatoria y la universidad. Amigos que, no obstante, la invitaban a una vida lejos de su madre.

Si bien era verdad que *la madre muerta* la tenía en su poder —“¡intenta como no soltarme y no dejarme ir, no dejarme ser libre!”—, se puede concluir que, por su parte, Brenda tampoco estaba dispuesta a abandonarla. En aquel momento de su vida, Brenda no estaba lista para iniciar ese largo y doloroso camino.

## **Análisis De Los Procesos Transferenciales Y Contratransferenciales**

Brenda llegó al espacio terapéutico con un demanda explícita y clara que me dio la impresión de que resultaría un obstáculo en el establecimiento de la alianza terapéutica y la transferencia adecuadas para el desarrollo de una psicoterapia. Esperaba que yo le dijera cómo aliviar su malestar, de manera inmediata y eficaz, pues consideraba que ella misma ya le había dedicado demasiado tiempo a analizar el asunto desde todos los ángulos posibles, por lo que ya no había más que pensar al respecto.

Desde su perspectiva, la ayuda profesional podía orientarse hacia cualquiera de dos direcciones: técnicas y tareas psicológicas específicas que ella pudiera seguir al pie de la letra y evaluar sus resultados, o el tratamiento farmacológico, en cuyo caso buscaría un psiquiatra, en lugar de continuar el trabajo conmigo. Sin embargo, y a pesar de su dificultad inicial, Brenda mostró buena voluntad para responder a mis preguntas, lo que abrió camino para su expresión y llevó a ciertos hallazgos que permitieron el establecimiento de un compromiso de trabajo, reflejado en el progreso que Brenda llegó a alcanzar, así como en su asistencia y puntualidad casi perfectas a cada una de las dos sesiones semanales que se sostuvieron durante poco más de año y medio.

De lo anterior puede deducirse que, de manera general, la paciente estableció una *transferencia* positiva conmigo. No obstante, más allá de ello, encontré dificultades durante todo el proceso para determinar cómo me percibía y en qué lugar me estaba poniendo. Más que a mi posición en el dispositivo, Brenda parecía haber investido fuertemente al espacio terapéutico, a partir de los beneficios que extraía de este, los cuales, en gran medida, consistieron en ir acomodando a los otros, a quienes ella culpaba de su malestar, en lugar de la búsqueda de su propio lugar y responsabilidad en lo que le pasaba.

Embebida en tal dinámica, Brenda parecía colocarme en la posición de un espectador, al que hubiera que mantener conmovido y admirado, pues era común que dedicara la primera parte de las sesiones a enumerar una serie de indicadores que, desde su perspectiva, demostraban el buen trabajo que estaba haciendo, así como la mejoría que había logrado. Brenda pretendía recurrir a la capacidad intelectual, que tanto valoraba, pues fue el motor de “el mejor momento” de su vida, con la intención de mantenerme presente y atento, interesado, pero únicamente como testigo. “Es como un niño que contara a su madre su jornada escolar y los mil pequeños dramas que ha vivido, a fin de interesarla y de hacerla participar en lo que ha conocido en su ausencia” (Green, 1986, p. 227).

Debido a la constancia de la buena disposición de Brenda para el trabajo, así como de su amabilidad, fueron muy notorios ciertos momentos en los que ella buscaba ser “agradable y divertida”, “chistosa”, haciendo bromas que acompañaba con grandes risas, especialmente cuando llegaba a producir una reacción en mí, por mínima que fuera. Si bien esta conducta era muestra de un rol que cumplía en su familia, bajo el que se había ocultado —para ellos— su verdadero estado emocional, puede interpretarse, desde la perspectiva del *complejo de la madre muerta*, que las bromas de Brenda, y su intención de ser agradable y divertida, provenían originalmente de lo que en su momento fue un esfuerzo por “reanimar a la madre muerta, interesarla, distraerla, devolverle el gusto por la vida, hacerla reír y sonreír” (Green, 1986, p. 220).

Las condiciones en las que Brenda decidió finalizar su proceso, también dieron cuenta de la preponderancia que para ella tenía la *madre muerta*, ante quien, como se analizó previamente, sacrificó tanto investiduras libidinales como adquisiciones sublimatorias (Green, 1986), incluyendo el vínculo conmigo. Al retirarse de su proceso, Brenda procuró al mismo tiempo conservar a la *madre muerta* en su “embalsamamiento perpetuo” (Green, 1986, p. 227) y a mí en

un sitio inmóvil, donde me mantuviera intacto, disponible para cuando ella decidiera volver, repitiendo así uno de los mecanismos defensivos que derivaron de la escisión abrupta y prematura de la *unidad narcisista primaria*, es decir, la desinvestidura e introyección del objeto “en vías de decepcionar” (Green, 1986, p. 218), pues ella misma había puesto un límite al alcance que el trabajo conmigo podía llegar a tener. “Si alguna vez vuelvo a terapia, quiero que sea contigo”, dijo Brenda, luego de agradecer aspectos de mi trabajo que para ella fueron valiosos.

Por mi parte, en el ámbito *contratransferencial*, en un principio me sentí preocupado por Brenda, a la vez que confundido. Ella parecía muy afectada pero su discurso tendía más a la enunciación de síntomas y conflictos que a su elaboración y análisis. Mi trabajo en ese periodo consistió en traducir y denominar, ayudándole a Brenda a pensar por sí misma sobre lo que podía estarle ocurriendo; función que, en su momento, debió cumplir su madre, pero que, desbordada por la depresión y la angustia, no pudo —“mi mamá [...] me decía que no había razón para estar triste, que no estuviera triste, pero no me explicaba qué estaba pasando”, contó Brenda al respecto de su internamiento en el hospital, alrededor de los cinco años—.

Poco a poco, el trabajo de Brenda se fue volviendo autónomo y mi preocupación comenzó a ceder, al grado en que llegué a convencerme de que íbamos por buen camino y que el pronóstico era excelente. En más de una ocasión mencioné en supervisión que Brenda trabajaba “muy bien”, llegaba a sorprenderme la manera en que incorporaba mis intervenciones y señalamientos, usándolos para abordar nuevos temas y construir nuevas perspectivas al respecto. Eso que, desde la propuesta de Green, podría nombrarse como cierto “don de autointerpretación” (Green, 1986, p. 227). Sin embargo, había largos periodos en que el movimiento de Brenda en terapia no se veía reflejado en la realidad exterior, como si no tuviera impacto en ello. Así volvíamos a las sesiones en que ella se dedicaba solamente al recuento de sus supuestas mejoras y lo que ocurría de

cotidiano entre una semana y otra. Mi percepción entonces era que Brenda buscaba detener el avance de la psicoterapia, como si quisiera convencerme de que no había más que trabajar, o como si quisiera evitar llegar a cierto punto. Tenía yo la impresión de que, en aquellos momentos, bordeábamos un núcleo denso y oscuro, indescifrable.

Esta dinámica, conforme se iba acercando el final de mi formación en la Maestría —lo que llevaría a un cierre obligado del proceso—, me fue produciendo cierta frustración, pues nos quedábamos sin tiempo para trabajar eso que permanecía oculto, y que a la postre resultaría ser la *madre muerta*. No obstante, ni mi frustración, ni la presión que yo percibía por tener el tiempo en contra, invadieron el dispositivo terapéutico, ni afectaron el discurso de la paciente, como se verificó en mi análisis personal y en supervisión.

Finalmente, en cuanto a los *alcances y limitaciones* de la psicoterapia de Brenda, se puede concluir que:

1) El espacio terapéutico le brindó la posibilidad de expresarse de un modo que hasta entonces le había parecido impensable, no sólo porque no contaba con las herramientas para ello, sino por vivir en un ambiente que no permitía dicha expresión, fundamentalmente porque en su casa “se evita hablar de emociones y problemas”, y porque su familia la había relegado al rol de la hija divertida y risueña, que siempre debía estar feliz y que no tenía justificación para sentirse mal, pues “siempre lo había tenido todo”. Brenda había experimentado soledad e incompreensión durante varios años, por lo que mi postura ante su sufrimiento —sin ceder a la demanda de una solución inmediata y definitiva— le permitió sentirse escuchada y acompañada en la búsqueda de preguntas y respuestas sobre su malestar, lo que, a su vez, produjo que ella misma lograra escucharse y diera un lugar y un valor a sus emociones y a su perspectiva de las cosas, así como a su palabra. Tal cambio en su posición subjetiva facilitó que Brenda pudiera pensar y actuar de un

modo distinto, desanudando conflictos que se habían sostenido durante toda su adolescencia, cuyo origen se remontaba al inicio mismo de su vida, y llegando a alcanzar logros que al inicio del trabajo le habrían parecido imposibles, cuya experiencia le dejó al menos la conciencia de que contaba con la capacidad y los recursos para cambiar su situación, a pesar de la recaída que sufrió cerca del final de la psicoterapia.

2) La principal limitación del trabajo con Brenda fue que este se llevara en su totalidad por medio de videollamadas, a las que ella se conectó invariablemente desde su habitación en casa de sus padres. Considero que la atención remota —debido a la pandemia— fue un factor en contra que se sumó a las dificultades de Brenda para el establecimiento de una transferencia que resistiera su recaída. Acudir a un espacio físico, movilizarse hasta un consultorio para cada sesión, pudo haber reforzado la percepción propia de capacidades y recursos, además de que, en la transferencia, el consultorio podría haber fungido como representante simbólico del vínculo con alguien más allá de su familia, de la investidura de ese otro espacio, positivo y fuera de casa, lo que quizá habría fomentado que se decidiera a resignar la posición incestuosa con la *madre muerta*, expresa en sus dudas sobre por qué debería quererla alguien que no fuera de su familia, como ya se analizó.

## Conclusiones

Esclarecer el impacto y la gravedad que el *complejo de la madre muerta* puede llegar a tener en la vida de un sujeto, es una labor compleja y difícil, para la que, no obstante, se puede echar mano de la teoría psicoanalítica, y, por supuesto, del trabajo de André Green (1986). La tarea consiste en ir reconstruyendo, por medio del análisis del discurso del paciente, una historia de su vida libidinal, de sus vínculos con los otros, particularmente con aquellos seres más significativos, más amados. Como se trata de una historia viva, el principal desafío radica en librar el terreno más pantanoso de la superficie, de lo inmediato y cotidiano, para descubrir lo que se oculta en la intrincada profundidad. Sólo de esta forma se puede revelar cuando el origen del malestar de un paciente estuvo en la forma particular en que su madre, embargada por una depresión abrupta, pudo o no cuidarlo “antes de lo que se ha convenido en llamar la pérdida de objeto” (Green, 1986, p. 212). Tal es el caso de Brenda y tal es la razón por la que decidí analizarlo en este trabajo.

Cabe aclarar que el *complejo de la madre muerta* no agota el caso de Brenda, pero tampoco el caso agota la propuesta de Green, no sólo porque la práctica clínica no se trata de una mera verificación cabal de la teoría, sino porque el texto de Green (1986) es una suerte de comprimido, a la manera de las píldoras, que lentamente va liberando su contenido, según la relecturas y según se mire desde distintos ángulos, pues fue pensado, según aclara su autor, como una construcción teórica, derivada de la experiencia clínica, que pretendía agrupar observaciones realizadas en distintos pacientes aquejados por el mismo mal. De esta manera, Green dio cabida a las variaciones que conlleva la multiplicidad de sujetos con la que uno se puede llegar a encontrar en su quehacer profesional. Con esto en mente, realicé el presente trabajo a sabiendas de que, en el mejor de los casos, alcanzaría un punto en que la teoría y mi práctica clínica llegarían a encontrarse, aunque quizá sin tocarse en verdad, como dos líneas paralelas que avanzan asintóticamente.

Así, consideré imprescindible, en primer lugar, definir cuáles fueron las condiciones que favorecieron la depresión de la madre de Brenda, a las semanas del nacimiento de su hija. Resultó que tales condiciones, sostenidas por toda la dinámica familiar, determinaron a su vez el lugar que Brenda pudo llegar a ocupar, así como su relación con cada uno de los miembros de la familia, sobre todo con la pareja parental. En consecuencia, pude establecer que era posible reconducir simultáneamente el origen del malestar de Brenda tanto a la depresión materna, como al rechazo y abandono paterno que la produjo y que se presentó en distintos momentos de la vida de Brenda, hasta el momento en que inició el trabajo psicoterapéutico conmigo.

Como se analizó anteriormente, ambos determinantes —la *madre muerta* y la cualidad de inaccesible del padre— se encontraban íntimamente conectados y fueron incidiéndose mutuamente, agravándose según iba cobrando protagonismo uno o el otro. Por lo tanto, se puede afirmar que en realidad no es posible tomar un solo momento de la vida de Brenda y decir aquí estuvo la causa de su sufrimiento. Por ello seguí una aproximación diacrónica, que permitió ir encontrando los nodos más significativos en su historia, de cuyo análisis se extrajeron diversas observaciones e interpretaciones con el propósito de dar cuenta de las razones detrás de la condición de la paciente. De manera general, dichas observaciones e interpretaciones se pueden agrupar alrededor de las siguientes conclusiones:

a) Que en el desarrollo de la depresión de la madre de Brenda influyó no sólo el abandono de su esposo, sino la pérdida del hijo varón que esperaban en lugar de Brenda. Además de las expectativas, fantasías y deseos propios sobre ese bebé, la madre perdió el proyecto que alrededor del mismo había construido con su pareja.

b) Que la reacción del padre tras el nacimiento de Brenda también apunta a la pérdida de ese hijo varón y de lo que en él había depositado. El hijo deseado era el sostén para su paternidad,

por lo que, al enterarse del sexo de Brenda, vio derrumbarse dicho sostén junto con la ilusión y el lugar que dentro de la tradición paterna generacional creía ganado. Embargado por esta pérdida, le resultó imposible acercarse e investir libidinalmente a su hija, pues sus investiduras aún no habían sido retiradas del niño esperado.

c) Que de la triangulación precoz y desbalanceada que se presentó en Brenda, a raíz de la *madre muerta*, se deriva en primera instancia la intensidad con la que buscaba el amor de su padre, quien, además, se convirtió en un objeto encubridor que protegía a Brenda de una regresión mayor, hacia *la madre muerta* (Green, 1986).

d) Que a lo anterior se sumaron el rechazo y la ausencia del padre en distintas ocasiones, su inaccesibilidad, para que terminara por volverse una figura de importancia desmedida en la vida de Brenda.

e) Que, a la búsqueda de la aprobación y el amor de su padre, distante y censor, Brenda se aferró a la única referencia interna que poseía sobre él: el mandato del *superyó*. De tal manera se apropió de los reproches de insuficiencia e incapacidad, lo que la dejó con un *yo* empobrecido, sistemáticamente mermado por el *superyó* tiránico (Nasio, 1996).

f) Que el inicio y la proyección de una vida exitosa y placentera, como resultado de su trabajo en psicoterapia, resultaron amenazantes para Brenda, pues ello significaba dejar ir a *la madre muerta*. El rechazo de tal posibilidad fue manifiesto en la forma de su grave recaída hacia el final del proceso. De lo anterior se deduce que el mayor daño que *la madre muerta* dejó en Brenda fue en el ámbito libidinal, permitiéndole solamente frágiles investiduras —pues el amor está hipotecado—, que luego de ser resignadas vuelven hacia el *yo*, por el mecanismo melancólico ya descrito, lo que ha terminado por agravar los autorreproches y el sentimiento de insuficiencia.

Por otra parte, si bien la revelación de la *madre muerta* fue un momento decisivo del proceso clínico de Brenda, su importancia no reside en la confirmación del supuesto derivado del análisis de la transferencia —que, para Green (1986), sería la principal vía de verificación—, ni en las elaboraciones e interpretaciones que a partir de ello realicé, sino en que significa un descubrimiento profundamente valioso —a pesar de la respuesta final de Brenda—, pues abre un nuevo panorama para el trabajo psicoterapéutico, un camino para que Brenda pueda reconocerse y logre encontrar qué hay más allá del sentimiento de insuficiencia, que, como dice Winnicott (1971), encuentre una forma de existir como ella misma.

Esa es la posibilidad de la que puede disponer si en verdad se decide a reiniciar su andar terapéutico. Para ello, según Green (1986), Brenda tendrá que enfrentar esa herida primordial que le causó la pérdida, momentánea pero brutal para la bebé que era, de su madre deprimida, la desilusión de no haber sido para ella lo más importante, la prioridad. El trabajo consecuente será elaborar el duelo por esa pérdida, dejar ir a esa *madre muerta* para, al fin, reencontrarse con quien era ella antes de su depresión. Desde ese punto, es posible que Brenda alcance a vislumbrar el camino hacia fuera de la rígida e intensa triangulación que la aprisiona, “entre una madre muerta y un padre inaccesible” (Green, 1986, p. 216). Para tal efecto, el profesional que la acompañe en ese camino, deberá mostrarse como un objeto siempre vivo (Green, 1986), siempre presente a pesar de las recaídas que Brenda podría volver a sufrir.

Finalmente, queda aún por analizar a profundidad una serie de aspectos clínicos de la condición de Brenda. Los considero *pendientes* porque exceden los límites de este trabajo, porque no fueron temas en los que Brenda se adentrara durante el proceso que sostuvo conmigo, o porque forman parte del panorama —como supuestos o como objetivos de trabajo— que se abrió luego de la revelación de la *madre muerta*, que recién señalé. Enlisto los que me parecen más relevantes:

- a) Que la incesante renuencia de Brenda a analizar la relación con su madre se encuentre apoyada también sobre un sentimiento de deuda con ella, pues se percibiría a sí misma como la causante de que el padre las abandonara tras su nacimiento, lo que pudo haber dañado a la pareja parental irremediablemente. De tal modo, sostener la situación tal como se encontraba al final de la psicoterapia, no sólo habría tenido la intención de conservar a la *madre muerta*, sino de rendirle tributo ofreciéndole al padre, a la manera de un: *mira, aquí está, revive*; lo que quizá también buscaba y consiguió con “el episodio del cuchillo”. Esto le permitiría eternizar el triángulo edípico, reunidos los tres por amor, los padres con su hija en una escena idílica, como no pudo tenerlos al nacer.
- b) Las implicaciones que Brenda pueda extraer, retrospectivamente, de la ausencia que hubo de un contrato narcisista para ella, y su análisis. Después, la oportunidad de construir un sentido propio para su existencia, más allá del deseo y discurso de los padres, valorando en su justa medida la relación actual con ellos, para que puedan ocupar el lugar de los que habitan en el imaginario de Brenda, unidos a la espera de un bebé que no era ella.
- c) La relación con las hermanas, caracterizada por la ambivalencia mutua. Aquí también cabe considerar la culpa de Brenda por haber quedado como la responsable del primer abandono del padre. Tal suposición de su parte podría estar basada en la hostilidad que las hermanas le mostraron en distintos momentos, como en la infancia, cuando no la dejaban jugar con ellas y la excluían.
- d) Profundizar en el análisis de los conflictos edípicos de orden neurótico, especialmente con el padre.
- e) Aunque parece obvio, la gran ausente en el discurso de Brenda, su madre.

## Referencias

- Baldiz, M. (2005). Castración. En: *Conceptos freudianos*. Editorial Síntesis.
- Baranger, W. (1991). El narcisismo en Freud. En: *Estudio sobre Introducción al narcisismo de Sigmund Freud*. Julian Yebenes.
- Braier, E. (2001). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica. En: *Intercambios, papeles de psicoanàlisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, 2001, Núm. 6, p. 21-24.  
<https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355158>.
- Castillo, M. y Gómez, E. (2004). Las peculiaridades de la investigación en psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 25-32.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78522103.pdf>
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2014). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo VII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1908). Sobre las teorías sexuales infantiles. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo IX. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XIV. Amorrortu editores.

- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XVIII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1922). Dos artículos de enciclopedia. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XVIII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XIX. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XX. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo IV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2018). Tomo XXI. Amorrortu editores.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu editores.
- Gutton, P. (1987). *El bebé del psicoanalista*. Amorrortu editores.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill.
- Herzog, J. M. (1995). Algunas observaciones clínicas. En: *La psicopatología del bebé*. Siglo veintiuno editores.

- Herzog, J. M. & Lebovici, S. (1995). El padre. En: *La psicopatología del bebé*. Siglo veintiuno editores.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Espasa libros.
- Lebovici, S. (1995). *La psicopatología del bebé*. Siglo veintiuno editores.
- McDougall, J. (2012). *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós.
- Nasio, J. (2013). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Gedisa.
- Roca, R. (2005). Yo Ideal. Ideal del Yo. En: *Conceptos freudianos*. Editorial Síntesis.
- Rosales, M. I. (2005a). Identificación. En: *Conceptos freudianos*. Editorial Síntesis.
- Rosales, M. I. (2005b). Incorporación. Introyección. Proyección. En: *Conceptos freudianos*. Editorial Síntesis.
- Roudinesco, É. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Espasa libros.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Winnicott, D. (1960). *La pareja madre lactante*. Pólvora Editorial.
- Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. En: *El proceso de maduración en el niño*. Editorial Laia.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.