

# VÉRTICEK

MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS

Vol. 2

No. 1

psicoanálisis

enero 2023

Duelo normal y duelo patológico // Apego en la práctica clínica. El terapeuta  
suficientemente bueno

// Telescopaje: escucha de la escucha y lo todavía no advenido

// La herida narcisista que deja el complejo de la madre muerta vista en un  
cuento y en un sueño

// Oscilando salvajemente: los estados de la mente durante el proceso  
vocacional adolescente

// Psicoanalista y paciente: las dos Fridas

## contacto

Salomé Piña 51, Col. San  
José Insurgentes  
www.centrok.mx



CentrokMx



CentrokMx



CentrokMX



Segunda edición: enero 2023

VÉRTICEK. MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS. VOL 2, NÚMERO 1, ENERO-JUNIO 2023, es una publicación semestral editada por Centro de Psi K Análisis S.C. Calle Salomé Piña número 51, Colonia San José Insurgentes, Delegación Benito Juárez, C.D.M.X, C.P. 03900, Tel. 5628182868, [info@centrok.mx](mailto:info@centrok.mx)

Editor Responsable: Cristian David Mercado Monter.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-081109360500-102, ISSN11: \_\_\_\_\_, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Responsable de la última actualización de este Número, Cristian David Mercado Monter, Editor de Centro K, Calle Salomé Piña Número 51, Colonia San José Insurgentes, C.D.M.X, C.P. 03900, fecha de última modificación, octubre de 2023.

## EDITORES EN JEFE

Ana Martínez Vázquez  
Gabriela Pérez Negrete

## CUERPO EDITORIAL

David Carreón Robledo  
Áurea María Costal Lopo  
Marcos Ibarra Infante  
Alejandro Luque Hernández  
Alejandra Martín Michavila  
Dominique Peschard Lanzetti  
Olivia Pilar Ruíz García

## ASISTENTE DE EDICIÓN

Rosa María del Ángel Martínez  
DISEÑO EDITORIAL Y ARTE  
Cristian David Mercado

# VÉRTICE

**Vértice: punto donde se encuentran los dos lados de un ángulo; punto donde coinciden tres planos o más.**

VérticeK, nuestra revista, un punto donde coinciden ideas y experiencias psicoanalíticas. El proceso psicoanalítico también es ese punto de encuentro donde concuerdan tres planos o más: los del paciente, los del psicoanalista y los que surjan del encuentro entre esos dos inconscientes.

**VérticeK** llega a su segundo número, con la alegría y el entusiasmo de sus autores y editores. En este número tenemos la presencia de España, Perú y México.

Como **Experiencias en la clínica** está la de Lucía Blanco desde España, quien nos habla del duelo desde una perspectiva del psicoanálisis relacional. A lo largo de su escrito nos plantea **un viaje, no muy largo**, en el que va creando con su paciente nuevas subjetividades. Analiza los sistemas motivacionales del duelo y nos presenta paso a paso como fue el tratamiento, hasta llegar al final del camino en el que la paciente le expresa lo que ha sentido durante el proceso. Es un artículo cálido que te permite acompañarla en ese viaje no muy largo. Michele Remy desde Perú nos habla de la problemática narcisista vista en dos casos clínicos de dos adolescentes. Nos explica el **derrumbe psíquico** y nos presenta cómo sus pacientes van avanzando durante la terapia. Muy interesante es la forma en que plantea los casos, porque los acompaña de diversas teorías que la autora va pensando conforme va conociendo a sus pacientes y trabaja con ellas. Pasa con maestría desde el terror sin nombre de Bion, el estado agónico y de desamparo de Roussillon y el miedo al derrumbe de Winnicott. Acompañada por estos tres autores logra un buen tratamiento, **repensando el encuadre ortodoxo, dándole nuevos y más flexibles márgenes para tratar, sostener y pensar junto con pacientes con huellas psíquicas muy primitivas**. Alejandro Luque desde el CentroK nos habla del apego. Como el buen profesor que es, repasa con nosotros los marcos teóricos del apego y nos puntualiza lo importante, para después presentarnos tres casos con los cuales ejemplifica lo que encuentra en la teoría. El artículo es una revisión magistral de diversos términos, que está acompañada por ejemplificaciones con tres pacientes. Nos habla del apego seguro suficientemente bueno, y nos dice... **Existiría entonces una preocupación terapéutica primaria semejante a la preocupación maternal integrada por sensibilidad y receptividad. Con esto nos lleva a pensar en un psicoanalista suficientemente bueno**.

En la sección **Reflexiones** tenemos tres manuscritos. Dominique Peschard de CentroK nos habla del **telescopaje**, que se refiere a pensar en la necesidad de ampliar **nuestro rango auditivo para alcanzar esos finos sonidos y silencios que hacen una melodía**. Sobre todo, habla de la situación en la que los pacientes se sienten atrapados cuando la subjetividad está enganchada por las identificaciones inconscientes. También, desde CentroK, David Carreón nos trae la herida narcisista que deja el complejo de la madre muerta, y después de explicarlo desde sus palabras, nos coloca sus ideas en un cuento y en un sueño. Hace un divertido análisis del cuento, y una solemne interpretación de un sueño, y propone una forma de tratamiento desde el análisis de la transferencia. Marco Antonio García y Rocío Willcox desde México, abordan una reflexión acompañada de estudios de caso, en donde nos platican sobre la problemática que se presenta en el proceso vocacional del adolescente. Lo plantean como una **oscilación salvaje de los estados de la mente**. Si uno se recuerda en la adolescencia seleccionando profesión, rápidamente se ve en esa oscilación salvaje.

En este número presentamos una nueva sección: **Arte y psicoanálisis**. A fin de cuentas, el psicoanálisis también es un arte en el que se crea a partir del inconsciente. Inauguramos la sección con una gran artista mexicana, Frida Kahlo, y uno de sus cuadros más impactantes, **Las dos Fridas**. A través del análisis de esta obra, Rubicelia Vargas de CentroK nos presenta una analogía sobre lo que es el paciente y el psicoanalista en el consultorio, durante un proceso de análisis por un duelo. El texto invita a pensar.

Acabamos con la **Reseña** de un libro de Ramón Riera sobre la herencia emocional, que sin duda al leerlo nos hace crecer nuestra propia subjetividad.

Queda así el número dos de **VérticeK**, en el que también invitamos a nuestros lectores a enviar sus opiniones a la sección **Diálogos con el autor**. Los invitamos también a darnos la oportunidad de editar y publicar sus escritos, que serán enmarcados por la bella presentación editorial de Cristian Mercado, nuestro artista que, con su lectura inconsciente, acompaña a los artículos con imágenes impactantes. Esperamos que disfruten este número tanto como nosotros gozamos al hacerlo.

GABRIELA PÉREZ NEGRETE Y ANA MARTÍNEZ VÁZQUEZ



# contenido

1

## EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

- 07 Lucía Blanco**  
Duelo normal y duelo patológico: un enfoque psicoterapéutico desde el psicoanálisis relacional y el sistema modular transformacional
- 19 Michele Remy Cruz**  
La problemática narcisista: el impacto del trauma infantil precoz, a partir de los casos clínicos de dos adolescentes
- 35 Alejandro Luque Hernández**  
Apego en la práctica clínica. El terapeuta suficientemente bueno

2

## REFLEXIONES

- 52 Dominique Peschard Lanzetti**  
*Telescopaje*: escucha de la escucha y lo todavía no advenido
- 58 David Carreón Robledo**  
La herida narcisista que deja el complejo de la madre muerta viva en un cuento y en un sueño
- 63 Marco Antonio García Padrón y Rocío Willcox Hoyos**  
Oscilando salvajemente: los estados de la mente durante el proceso vocacional adolescente

3



# ARTE Y PSICOANÁLISIS

3

**83 Rubicelia Vargas Fosada**  
Psicoanalista y paciente: *las dos Fridas*

4

## RESEÑA

**88 Ana Martínez Vázquez**  
Reseña de libro  
*La herencia emocional* (Ramón Riera)

### DIONISIO

En la mitología griega, es uno de los considerados dioses olímpicos, dios de la fertilidad y el vino. Es el dios patrón de la agricultura y el teatro. También es conocido como el 'Salvador' y 'Libertador' (Eleuterio), liberando a uno de su ser normal, mediante la locura, el éxtasis o el vino.

# EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

1





**DUELO NORMAL Y DUELO PATOLÓGICO. UN ENFOQUE  
PSICOTERAPÉUTICO DESDE EL PSICOANÁLISIS  
RELACIONAL Y EL SISTEMA MODULAR  
TRANSFORMACIONAL.**

Lucía Blanco<sup>1</sup>



EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

### Resumen

Isabel (nombre ficticio) es una paciente que tiene que enfrentar un duelo tras la pérdida de su pareja. Os presentaré un viaje no muy largo pero fascinante en el que observamos cuanta transformación es posible gracias a un modo de relacionarnos, y gracias también a que la paciente haya podido relacionarse consigo misma. Aunque la huella mnémica permanece en nosotros, la terapia logra hacer vivir de una manera diferente el sufrimiento y ayuda a generar otras experiencias que van ocupando nuevo sitio en la memoria. A lo largo de este escrito conoceremos quién es la paciente Isabel, cómo fue su infancia y la relación con el duelo al que se tiene que enfrentar tras la pérdida de su pareja al que adoraba, y quien le había dado una identidad y una consistencia que nunca había tenido.

Palabras clave:

Duelo, sistemas motivacionales, apego seguro

### Abstract

Isabel (fictitious name) is a patient who has to face a duel after the loss of her partner. I will introduce you to a journey that is not very long but fascinating in which we observe how much transformation is possible thanks to a way of relating, and also thanks to the fact that the patient has been able to relate to herself. Although the memory trace remains in us, therapy manages to make suffering live in a different way and helps to generate other experiences that occupy a new place in memory. Throughout this writing we will know who the patient Isabel is, what her childhood was like and her relationship with the grief she has to face after the loss of her partner whom she adored, and who had given her an identity and a consistency that never had have.

Keywords:

Grief, motivational systems, secure attachment

Blanco, Lucía. (2023, enero). Duelo normal y duelo patológico: un enfoque psicoterapéutico desde el psicoanálisis relacional y el sistema modular transformacional. *VérticeK*, 1(2), 7-18.

[1] Consulta de Ayuda Psicológica Lucía Blanco, Directora, Madrid, España. [blancorejas@gmail.com](mailto:blancorejas@gmail.com). Conferencia realizada en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, España, en colaboración con la Sociedad Fórum de Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid, Marzo/2022

*Un corazón roto, destrozado engendra ansiedad y pánico, otras ira, resentimiento y acusaciones, pero bajo la dureza de esa armadura se oculta la ternura de una genuina tristeza". Pema Chödrön.*

*Tan pronto como confíes en ti mismo, sabrás cómo vivir. Wolfgang von Goethe*

## INTRODUCCIÓN

### A modo de ideas clave

Mi paciente Isabel y yo hemos hecho un viaje no muy largo pero fascinante, que quiero compartir con vosotros, para ver cuanta transformación es posible gracias a un modo de relacionarnos, y a que la paciente haya podido relacionarse consigo misma. Aunque la huella mnémica permanece en nosotros (Eric Kandel, 2012), la terapia logra hacer vivir de una manera diferente el sufrimiento y ayuda a generar otras experiencias que van ocupando nuevo sitio en la memoria.

A lo largo de este escrito conoceremos quién es mi paciente Isabel, cómo fue su infancia y la relación con el duelo al que se tiene que enfrentar tras la pérdida de su pareja al que adoraba, y quien le había dado una identidad y una consistencia que nunca había tenido. Asimismo, tendremos en cuenta las diversas facetas que fuimos trabajando mientras iban apareciendo en las sesiones, ya que no pensamos hacer un diagnóstico estático, sino un diagnóstico dinámico, en proceso. No podremos olvidarnos de que la persona que ha fallecido ha sido muy importante para esta paciente. Por eso no se trata de evitarle el dolor que le ha producido, sino acompañarla estando yo muy conectada a sus emociones que irán apareciendo poco a poco.

Fue interesante no juzgar la exigencia de la madre y los consejos con que la animaba. Al revés, tratamos de comprender que era lo único que sabía hacer para consolarla y animarla. Y de esta forma tratar de no romper el vínculo con su madre en quien se apoyaba. También fue vital que Isabel pudiera ir sintiendo seguridad en su propio pensamie-

nto para ir encontrando herramientas nuevas, propias, creadas en su proceso de análisis. Por ello, desde un inicio, pusimos el énfasis en que Isabel no debía imponerse con su fuerza de voluntad a sentir de manera opuesta el gran dolor que tenía, su tristeza por la muerte de su querido compañero. Poco a poco ella fue asumiendo que para transformar su manera de sentir debería primero detectar y entender el sentido de sus respuestas emocionales automáticas (Susan Cain, 2022).

### Descripción del caso y relaciones con la teoría

Isabel es una chica de 55 años, separada, trabaja en una empresa financiera a la cual accedió por oposición. Es informática, hizo todos sus estudios con beca y además ayudó a la economía familiar dando clases particulares a niños. Llama a mi consulta porque necesita hablar con un profesional que la ayude ya que tiene mucha angustia. Ha de ser en línea porque en ese momento estamos confinados por la pandemia del COVID-19.

Narra que hace 3 meses falleció su pareja de un infarto terminal repentino. Era un hombre al que amaba profundamente y con quien había pasado los 15 mejores años de su vida. Era su segunda pareja. Con la primera tuvo un hijo que ahora tiene 15 años.

Efectivamente, desde el principio noto que su mirada es muy triste y su estar es lánguido. Tanto, que me doy cuenta de que la pérdida de su pareja ha sido algo muy devastador para Isabel. Viene a mi mente Kohut cuando dice que cuando tú pierdes a alguien pierdes las funciones de self-object que alguien te daba, es decir la capacidad que tenía el otro de cohesionar tu propio self; tu self se derrumba, se fragmenta, se debilita y te quedas con un sentimiento de ti mismo tocado.

Comenta la paciente:

*“Estuve al principio muy alterada, le daba muchas vueltas, no tenía respuestas, no me podía creer que ya no estuviera, me preguntaba si yo podría haber hecho algo más. Cuando me avisaron me fui corriendo, pero no se podía hacer nada ya. Se recrimina pensando ¿cómo en algún momento no me llegué a dar cuenta de algo?, qué tonta fui, ¿cómo pasó eso?, él era una persona muy válida y completa, fue mucho lo que me aportó. Se acababa de jubilar y una parte de sus proyectos eran también los míos, fue una injusticia que se muriera”.*

Isabel, mi paciente, es hija única de padres muy mayores, por encima de 80 años, con escasos recursos, tanto económicos como mentales, son más bien de natural catastrofista y se sienten muy víctimas de las situaciones.

*“Mi madre es muy fuerte pero últimamente ha pegado un bajón, yo no soy nada fuerte. (comparaciones). Ella es muy buena y me quiere mucho, estamos muy unidas. Me da caña para animarme y me dice “Tienes que tirar hacia adelante, eso quedó atrás, tienes que pensar en tu hijo” y cosas así. Yo la quiero contar a ella los recuerdos que tengo de Vicente, (nombre ficticio) pero no me deja, me dice: “no te tienes que recrear en tus recuerdos”, deja de ver las fotos...dice que lo voy a superar, que tenga fuerza. Y no sé qué hacer, a mí me gustaría poder verlas. Mi madre tiene razón, pero no es especialmente cariñosa y echo en falta ternura y demostraciones de cariño.*

*“Mi padre es y ha sido siempre muy catastrofista, victimista, un caso aparte, nada positivo, sé que yo no le importo nada. Él quería que fuera cajera, nos echaba en cara que gracias a él comíamos, siempre reprochando”.*

Isabel no fue apreciada por el padre, no le interesaban sus estudios y no la reconoció nunca, sólo vio en Isabel la influencia que tenía su madre en su pensar y en su proceder, es decir, de víctima, de sufridora, de ser poco valiosa. Dice:

*“me saca de quicio, me quita la energía, siempre ha de ser lo que él dice. Y critica todo. Él nunca fue feliz ni hizo feliz a nadie”.*

*“Con mi prima y una tía hablo mucho, ellas intentan distraerme para que yo no le esté todo el día dando vueltas”.*

*“La abuela materna era buena, jugaba conmigo. La abuela paterna era huraña, pero generosa”.*

*Cuenta* que durante su niñez era muy tímida e introvertida, no le gustaba hablar con nadie. Narra asimismo que hubo muchas peleas entre los padres y la única solución que tenía ella era huir a su habitación y allí escondida y en un rincón, oír cómo el padre gritaba a su madre y la descalificaba, y ver que ésta no hacía ni decía nada. *“Mientras tanto yo callaba y esperaba con un gran terror que no entraran en mi cuarto. Yo aguantaba y no decía nada, y sobre todo no presentar batalla”.*

A los 14 años tuvo muchos problemas de somatizaciones, pero *“nunca lo conté a mis padres, tenía unas fobias raras: cuando iba a un sitio lo primero que buscaba era el baño por si me pasaba algo podía irme allí. Siempre tenía palpitaciones, ahora con más frecuencia y no lo puedo controlar por mucho que me esfuerzo”.*

A los 17 años *“no quería tener amigas por si me dejaban sola porque me había pasado que se iban y no contaban conmigo. Yo era sosa, tímida”.*

*“Después cuando me casé lo hice con el único chico que me eligió, salimos tres amigas a él le gustaron, pero ellas no le hicieron caso y me eligió a mí”.*

Vemos, pues que los padres son poco sostenedores, con ellos apenas puede contar, y podemos observar cómo fue la experiencia de desarrollo de Isabel:

- Fue predominantemente desregulada;
- el contexto en el que le tocó vivir no fue un lugar donde se acogió su soledad, todo lo contrario, se negaron sus necesidades;
- creció con un sentimiento de sí misma de ser alguien que aportó poco valor;
- tuvo la convicción inconsciente de no ser importante;
- y ser alguien con escasa capacidad para las relaciones que nutren.
- Y eso se constituyó en su patrón relacional, en la manera predominante de relacionarse tanto con los demás como consigo misma.

Es decir: las experiencias traumáticas ocurridas en su infancia generaron un sensible estado de alerta ante los imprevistos de la vida. Como dice Hugo Bleichmar *“el código del peligro produjo la no inscripción de ciertas representaciones del código del placer”, lo cual supuso que Isabel se sintiera inferior y fuera registrado en ella el placer “como lo no constituido en el inconsciente”.*

Por eso ella no llegó a registrar sus propias capacidades, las que estaban dentro de sí esperando poder conocerlas y potenciarlas. Eran de Vicente que había muerto, no eran suyas.

Asimismo, relacionaremos sus angustias con los hechos acaecidos en su vida. Cómo desde muy antiguo su madre, aunque estuvo siempre con ella, no pudo regular sus emociones y su sufrimiento, y cómo fue una niña y una adolescente asustada, y una joven con una subjetividad muy desenfocada y poco protectora.

De forma esquemática podríamos decir siguiendo a Lyons Ruth que “Isabel sentía que su madre sentía la angustia que ella misma sentía”, pero de una forma todavía más caótica y desregulada. En cambio, ella podía leer en mí que yo sentía las emociones suyas, pero de una forma más ordenada y regulada. Podríamos decir que el sistema de neuronas espejo de Isabel copiaba mi manera de sentir.

Sigue diciendo Isabel: *“Con mi pareja hacíamos muchos viajes, pienso en todo eso y lloro mucho. Fueron 15 años de compañeros de vida. A nadie le puedo contar mis recuerdos porque me dicen que no es bueno. Intento adaptarme, pero vivo llena de angustia y ansiedad, yo casi siempre tengo ansiedad, por eso el psiquiatra me dio unas pastillas (toma noctamid para dormir y lexatin puntualmente). Físicamente me encuentro mal. Estoy por dentro como una montaña rusa, sobre todo la inseguridad y el miedo me dominan, me siento como Bambi, no sé qué voy a hacer con mi vida, y pienso ¿y ahora qué va a ser de mí? En realidad, me siento muy desamparada. Él me protegía y cuidaba aparte de quererme.*

Yo soy muy controladora, muy organizada, mi vida era como un puzzle y yo tenía toda mi vida encajada, y ahora todo se desbarató”.

*“Necesito cercanía, calidez, cariño, pero no todo el mundo transmite eso. Tengo miedo a caer en una depresión, tengo mucho, mucho miedo y estoy luchando tanto, y es para que no me pase. Porque la depresión es algo muy malo que se adquiere y de lo cual nunca se puede Salir”.*

Pero poco a poco y cuando el vínculo estuvo más fuerte, fuimos viendo que, en una situación como la suya, su reacción depresiva es lógica: si un individuo se siente indefenso, impotente y resignado frente a la situación dolorosa, es normal que experimente la depresión. Pero no tiene que ser algo perenne y para siempre. Que íbamos a trabajar para que desinstalase ese “para siempre” que le atormentaba. Le expliqué que ahora estábamos las dos juntas, formando un equipo y que las cosas no iban a funcionar tan catastróficamente como estaba acostumbrada a oír.

La escucho con atención verdadera, y la dejo que hable y me cuente. Poco a poco voy entendiendo las identificaciones de Isabel con los discursos de los padres. El padre vivió siempre en situación de víctima desde su nacimiento “ilegítimo” por ser hijo de madre soltera en los comienzos de 1900 aunque, por otra parte, fue un hijo querido y aceptado porque su madre quiso seguir adelante con su embarazo a pesar de ser echada de la casa familiar. Y también contribuyó a esa sensación de víctima su posterior ingreso en un internado al no poder la madre hacerse cargo económico de él.

Por otra parte, encontramos en Isabel una identificación con el discurso y la actitud materna de debilidad psíquica, que está en situación de dependencia afectiva y económica y al mismo tiempo de hostilidad hacia el marido que la crítica y la somete.

Del modelo paterno/materno también aprende Isabel desde muy niña que no puede contar con ninguno de los dos para solucionar sus problemas. Y eso sí, aprende a resolver sus cosas adaptándose a los reclamos de los padres y haciendo una acomodación patológica de sus necesidades (Branschaft), que es adaptarse a las de sus

objetos primarios. Por ello y, dada su baja capacidad para desafiar los límites impuestos por los padres, y dada la incapacidad de estos para acomodarse a Isabel, esa adaptación se dio a expensas de su experiencia espontánea, terminando por someterse a los requerimientos exigidos. Y todo ello para evitar el dolor, el miedo a perder el vínculo, el cual le era vital para subsistir. Ella, pues, sacrificó su espontaneidad a cambio de una gran ansiedad, que derivó en un miedo patológico, y en juicios negativos sobre sí misma. Y este patrón se hizo repetitivo y emergió en forma de sistema de creencias fijo.

Es fácil ver en Isabel autodescalificaciones como hace la madre y que se victimizará como hacen ambos padres, aprendiendo sobre todo formas de obtener y cubrir sus necesidades de recibir afecto, y económicas de buscar gratuidad en sus actividades, etc. Pero eso sí, ello sin pedir expresamente, sólo el otro lo tiene que comprender por sus gestos, palabras indirectas o causando lástima.

*Comenta: "Siempre tuve problemas de autoestima y ahora me afloran mucho, porque mi pareja era todo lo contrario, era muy seguro. Yo me decía: con él lo tengo todo solucionado, nada me va a pasar. Ahora tras su muerte, me siento desamparada. Él me protegía y me cuidaba, aparte de que me quería mucho, me hacía reír, generalmente en aquella época con Vicente yo siempre estaba sonriente, pero ahora hace mucho que no lo hago. Ahora no tengo esperanza, no tengo ilusión. Éramos una pareja muy comprometida, estaba pendiente de mí, nos queríamos mucho, lo demostraba, me cuidaba, hacía todo por mí, me he sentido tan querida, tan protegida como nunca lo había sentido en la vida.*

*Tengo mucha desesperanza, no sé a qué agarrarme, es como que no existes para ti mismo. De esto es ahora cuando me doy cuenta de que es una carencia que me ha acompañado siempre, el buscar fuera de mí, siempre busco satisfacer mis necesidades externamente desde pequeña, también con mis mejores amigas".*

Cuando la conozco más yo le digo que Vicente fue feliz porque ella le hizo muy feliz, de tal manera que fueron también para él los mejores años de su vida después de las situaciones tan difíciles que había tenido. Yo creo que Isabel aportó a la felicidad de la pareja un 70% y Vicente el resto, pero para Isabel esto es algo nuevo y desconocido. Al revés, ella habla de las grandes cualidades humanas de Vicente. Yo trato de hacerla saber que estas cualidades humanas de las que ella me habla que veía en Vicente, eran claras para ella porque estaban también dentro de sí misma, y ahora íbamos a buscarlas las dos en su interior. Esas eran las que le habían hecho feliz a él. Por eso Vicente también hablaba de lo feliz que se sentía con Isabel y lo fácil que le hacía la vida.

Al terminar las primeras sesiones y tras muchas horas de extensa charla le pregunto ¿en qué te puedo ayudar?

Me contesta

- Necesito que me ayudes a abrirme la ventana,
- poder sentirme a gusto conmigo sin necesidad de buscar fuera,
- no soy capaz de estar en casa sola y me muero de miedo, y necesito estar tranquila leyendo, viendo la TV, a gusto conmigo.
- Tengo poca autoestima, me dicen que estoy ciega, que no conozco bien todas las capacidades que hay en mí. Muchos me lo dicen pero yo no lo veo o no le doy importancia a eso que me dicen de mí. Sí, necesito ayuda para darme cuenta de que me tengo a mí.
- El tema del duelo y cómo tengo que sufrirlo.

A lo largo de las sesiones y al terminar me decía que se sentía bien en la sesión, que estaba muy triste, pero que se sentía relajada, más tranquila, con confianza, *“Siento que nos hemos entendido, me gusta mucho la comunicación contigo, que podamos dialogar y que tu me entiendas. Eso me anima mucho”*. Yo sentí que el vínculo de confianza estaba constituido.

Terapeuta: claro, cómo no te voy a entender con lo trágico que ha sido para ti y no ha pasado apenas tiempo desde que ocurrió. No sé cómo estaría yo si me pasara una cosa así. Si, le digo, hemos de comprender lo que te ha pasado, acogerlo, pensar mucho en lo que te aportó estar con él, lo que viviste con él. Recorrer esos instantes maravillosos que son parte de tu experiencia, todo eso que por dentro notas y que sientes y que no se va a ir nunca.

Ella necesitaba contar con una atenta escucha, con ser sostenida, para de esa manera poder expresarse y construir una narrativa nueva de su vida, que la conectara con sus estados de ánimo, con su nueva situación, con lo que le dolía tanto, con lo que la irritaba, con lo que veía tan desesperanzadamente. Y aprender estrategias mentales, creando una nueva subjetividad con la que pudiera enfrentarse a todo eso. Pero no estando sola como le había pasado siempre, sino haciéndolo en compañía mía, sabiendo que la iba a comprender, que la iba a escuchar sin juzgar y con una actitud de acoger sin prejuicios la experiencia que estaba viviendo.

Y de todo ello ir haciendo un registro de sus reacciones emocionales en cada una de nuestras sesiones que “contribuyera al desarrollo de esa nueva mente de una forma más protectora”. (Rosa Velasco), y que su memoria traumática dejara de interferir en el presente, y pudiera conectar con su subjetividad presente mejor que en otro tiempo.

Tal y como afirma Seligman, el hecho de ser reconocidos en nuestras emociones y por tanto en las necesidades que las subyacen, significa ser sentidos, significa experimentar que se está vivo, tener las sensaciones del movimiento en el cuerpo, de los afectos... En las sesiones esa es la diferencia: sentirse reconocido, entendido o sentirse abrumado y derrumbado.

Bollas habla del “objeto transformador” como vitalizante, que da el sentido de agencia. Ahí es donde está en juego la intersubjetividad y la subjetividad. Donde se co-crea un yo-con-otro coherente en un mundo receptivo.

Si esto no ocurre, si no ha habido una respuesta intersubjetiva, vemos a personas con apatía sostenida en el tiempo, como caos, o impotencia, como desesperación, como “un yo inane, sin vida en el tiempo” (Seligman), en el que el pasado y el futuro están involucrados.

Además, estas experiencias desorganizadas serán sustituidas por estrategias determinadas o conducirán al falso self de Winnicott. O como dicen Baranger provocan que una persona acuda a una terapia porque no ve futuro, porque se siente encarcelado. Seligman habla de “trastorno de la temporalidad, cuando nada de lo que hace el bebé importa a alguien. Como dice Ana Torrenova: “Para construirnos con una sana autoestima, necesitamos sentirnos cuidados, vistos, sentidos, aceptados, valorados y queridos.” (Paz, 2022).

### Sistemas motivacionales activados en el duelo

Vamos a ver ahora el tema de los sistemas motivacionales que se activan en el duelo.

Hugo Bleichmar afirma que los tipos de duelo patológico se entienden mejor en un modelo dimensional de la psique donde se dan combinaciones particulares de distintos factores o módulos, los cuales se organizan en estructuras complejas.

Al proponer una modularidad de la mente, ofrece un marco conceptual para el estudio de la psicopatología a través de unos sistemas motivacionales que incluyen diferentes necesidades y deseos:

- necesidades y deseos de apego
- necesidades y deseos narcisistas
- necesidades y deseos de autoconservación y heteroconservación, referido al cuidado y bienestar de los otros
- necesidades y deseos sexuales;
- necesidades y deseos de regulación psicobiológica
- necesidades y deseos para mantener la integridad del self

Vamos a ver cada uno de éstos en la paciente Isabel.

### Necesidades y deseos de apego

Si tenemos en cuenta que de las muchas investigaciones llevadas a cabo sobre el apego se hace hincapié especial en que nuestras primeras experiencias se viven antes del lenguaje, habremos de tener en cuenta:

- que el núcleo originario del yo lo constituyen las experiencias afectivas no verbales cuando se da un contexto de apego
- que éste ejercerá una influencia decisiva en el desarrollo, sobre todo en circunstancias adversas
- que los vínculos son el elemento primordial del desarrollo
- y que haber experimentado una presencia y atención plenas supondrá potenciar la seguridad interna y ser capaces de vivir desde el interior del centro de nosotros mismos.



Si esto lo incorporamos a Isabel en su situación de duelo, podremos comprobar que su necesidad de un apego seguro e incondicional era tal que cuando Vicente fallece, al haber una ausencia de self-object protector, produce intensas crisis de ansiedad, con sentimientos de abandono.

### Necesidades y deseos de heteroconservación y autoconservación

La hetero conservación fue inscrita en Isabel de forma singular desde su infancia, sintiendo la necesidad de que las personas que estuvieran con ella se sintieran bien,

ella necesitaba atender, cuidar, tal y como había aprendido a hacer con sus padres. De ahí que no fue consciente hasta hace poco de cuán feliz hizo a Vicente y no al revés.

Pero a cambio, no aprendió a mirar por dentro de ella misma y no aprendió a cuidarse, a poner la mirada dentro de sí, por lo que la autorregulación no fue registrada en ella. De ahí que tuviera que acudir a la corregulación, a la ayuda y admiración externa con detrimento de sí. Es decir, no fue activado el deseo de autoconservación. Ella necesita de los demás que la cuiden, básicamente su madre para poderle confiar algunos de sus temores, principalmente ahora que se siente sola, la necesita y desea su contacto, por temor a no resistir demasiado los empujones de la angustia. Pero Vicente no está, y la madre de alguna forma está "ausente".

### Las necesidades y deseos de regulación psicobiológica.

Con la desorganización emocional aparece un desequilibrio neurovegetativo y la aparición de síntomas cardiovasculares, digestivos, insomnio. Y un constante ir a los médicos. Y es que su patrón de regulación emocional es la parálisis, tal como hemos visto que hacía cuando se daban la peleas entre los padres, y en su vida diaria, cuando ve cómo la madre calla y se paraliza, ante las embestidas del padre. Esto mismo es lo que hace Isabel en su modelo de respuesta emocional neurofisiológica.

### Las necesidades y deseos narcisistas.

Dentro de las necesidades narcisistas de Isabel, hemos de ver su modelo de identificación. La madre puso grandes expectativas en Isabel, fue ella quien le influye para hacer una carrera universitaria que empezó pagándole la abuela y que después la terminó con becas.

Sin embargo, la madre no le pudo dar una identidad potente, Isabel dice muchas veces: *"No soy capaz de..., no me entienden"*. La pérdida de su compañero creó una situación de desequilibrio de su narcisismo, que había ido sosteniendo débilmente, pero que no había sido registrado en su subjetividad como memoria procedimental. Eso le generó sentimientos de impotencia, a los que reaccionó con intentos de lucha, pero que su sistema nervioso autónomo al no poder sostenerlo le llevaba básicamente a sentirse derrotada y volver a su lugar seguro de "esconderse y esperar", como dirá Porges, a paralizarse.

Cuando acude a la consulta buscó en mí algo que ella creía no poseer: una nueva identidad. Pero según ella, creía, que habríamos de partir de que yo le indicara qué hacer y hacia dónde dirigirse, que yo le marcara pautas para hacerle desaparecer su potente angustia. Yo fui traduciendo todo eso en ser una compañía que la pudiera contener, que la escuchara, que la acogiera, para que ella pudiera investigar dentro de sí, y le ayudara



a considerar lo que significaba el duelo de la muerte de Vicente. Yo he de ser para ella quién la sostenga, la valore y la acoja. Pero ir volviendo hacia ella sus fortalezas, que son muchas: inteligencia, creatividad, organización, cercanía, voluntad de ser. Ella será la que lleva su coche, yo seré la copiloto (Rosa Velasco).

Es decir, ella buscaba sentirse sentida por mí (Siegel). Por eso mi labor fue caminar con ella para que entendiera sus propios procesos, ir haciéndola sentir que todo ese consuelo que centraba en mí, en realidad lo íbamos a buscar dentro de ella. Y así tuviera la satisfacción narcisista de verse como alguien que tiene el coraje y la capacidad para cambiar. Vistos todos estos temas de la modularidad que nos propone Hugo Bleichmar me planteé algo que le había escuchado y habíamos comentado.

### ¿Qué papel había desempeñado Vicente y que ahora había perdido? ¿Qué necesidades pudo satisfacer a los distintos sistemas motivacionales de Isabel?

Este aspecto de Hugo Bleichmar cuando habla de explorar el lugar que ocupa la persona fallecida en el duelo tuvo mucha importancia para mí, porque este tema lo había hablado muchos años atrás con él y me pareció muy interesante trabajarlo ahora con esta paciente.

Vicente fue el novio, el esposo, el amante, el amigo, el confidente, el guardián, su apego seguro, él hizo de sostén, de protector, con él no había peligros ... Cuando murió, Isabel se fue refugiando en una identidad idealizada de Vicente, al mismo tiempo que sentía su propio vacío. Ahora era la viuda de un gran hombre con el que ella había sido alguien, pero de nuevo volvía a sentirse metida en un agujero, escondida en la habitación de su casa, como cuando era pequeña y sentía tanto miedo y no sabía qué iba a ser de ella.

Y de nuevo apenas se paró a pensar en sí misma. Sólo vive el vacío de esas experiencias, y la impotencia de no poder volver a ello porque Vicente ya no está. Y al fallecer Vicente desapareció la función que había desempeñado para Isabel. Ese dolor de la pérdida alteró su equilibrio físico y psicológico.

Vicente satisfacía necesidades de autopreservación, con él se sentía segura. Al perderle reapareció su sentimiento de peligro, y una desorganización emocional por la angustia sentida. Incluso apareció un desequilibrio neurovegetativo: Isabel nos habla de síntomas físicos de desregulación psicobiológica: palpitaciones, taquicardia, *“se me dispara el corazón y no puedo controlarlo, noto la angustia en el pecho, tengo molestias gastrointestinales, nervios en el estómago, dolor en los pies que me impiden caminar”*. Hubo tal desorganización mental que desaparecieron los sentimientos de vitalidad y entusiasmo que Vicente le proporcionaba: *“no tengo ganas de comer, he perdido 5 kg. Tengo dificultad para dormir, estoy sin hacer nada, no me apetece hacer nada. Esta que viví con él había sido la mejor etapa de mi vida. Ahora me pregunto qué ha pasado y cómo me planteo vivir en adelante sola. Mi situación es muy complicada. Me siento muy vulnerable”*. Tras su pérdida sólo apareció una gran languidez y dejación en Isabel, que es lo que yo notaba aun estando conectadas en línea a través de la pantalla del ordenador.

Vicente sostenía el narcisismo de Isabel, su desaparición generó un gran desequilibrio: desapareció su sentido de ser alguien, el reconocimiento, la valía, la admiración que obtenía de Vicente y que ahora lógicamente echaba de menos. A partir de ahí se reactivó el núcleo narcisista de la autodescalificación y el modelo de víctima con el cual satisfacer las necesidades de atención, las angustias de abandono, su compañía física y emocional, la dependencia, la soledad. Ella se sentía viva narcisizando a Vicente y narcisizándose a ella, pero sin valorarlo, sin siquiera reconocerlo en ella misma.

También, Vicente era el único que satisfacía la necesidad de hetero conservación de Isabel, su necesidad de cuidar, proteger y hacer feliz al otro, su pérdida activó sensaciones de vacío y confusión, puesto que al irse Vicente se llevó esa parte de la identidad de Isabel.

Fueron, pues, quedando claros los sistemas motivacionales que entraban en juego. Pero tuve muy en cuenta y creo que tiene razón Hugo Bleichmar al afirmar que el poder de las intervenciones para promover el cambio dependía no sólo de una adecuada descripción de su estado psicológico, sino también de la acogida y comprensión que yo le prestara. Efectivamente, pude observar que esa comprensión provocaba en ella una cierta satisfacción/placer en alguno de sus sistemas motivacionales: Era sentir la seguridad del apego y no tener miedo a ser avergonzada. Y también como decía igualmente Bleichmar, lo que hablábamos había de ir acompañado y apoyado en alguna necesidad/deseo de Isabel para que adquiriera fuerza motivacional. Y esto lo encontró al sentir que su aceptación la hacía cercana al contacto íntimo que tenía conmigo y que tanto necesitaba: Es decir, el poder del apego y el narcisismo reforzándose.

Mi paciente va a necesitar hablar de los muchos sentimientos que la atraviesan ante la pérdida y sobre su dolor. En la evaluación final que hicimos dice: *“Recuerdo que al principio tú me dijiste que yo era una becaria emocional. Yo no sabía nada de sentimientos, de sentir emociones”*. De ahí mi tacto para entenderla, para acogerla, para comprender que algunas veces no sienta fuerza para seguir con su vida. Es decir, necesita crear una narración diferente a la forma de consolarla su madre y los amigos que le hacen tanto daño y no la ayudan.

Fue interesante el trabajo de las emociones. A menudo Isabel contacta con sus emociones a través de las mías porque ella las tiene dissociadas, y puede ver sus propias emociones en el espejo de la terapeuta. “Yo siento que tú sientes lo que yo siento” describe bien el circuito de comunicación emocional recíproca entre paciente y terapeuta (Riera, 2010a). Y así fuimos poniendo palabras a sus sentimientos y a sus sensaciones corporales, validar lo que notaba, legitimarlo Y hablamos mucho de:

- estoy muy triste y no puedo vivir así;
- tengo mucha nostalgia;
- a veces estoy muy enfadada porque se haya ido y me haya dejado sola;
- me siento muy impotente;
- tengo poca confianza en mí;
- siento mucha intranquilidad y no tengo un fármaco para controlarlo y el corazón se me dispara, no sé cómo manejarlo.

### El duelo

Quiero plantear el duelo como un proceso, no como una patología. Como un proceso en el que se dan una reactivación del miedo a morir y una situación temporal que progresa hasta la aceptación. A veces no se da esta aceptación y se tiene lugar un duelo patológico de desesperanza e impotencia como dice Hugo Bleichmar.

Necesitaremos entrar en el duelo, que hable mucho, que cuente las cosas que ella hacía con Vicente, qué veían, qué les gustaba tener a ella y a él, los viajes que hicieron y sus recuerdos, las actividades en que participaban y dónde..., poner palabras a los sentimientos que afloran cuando llegan aniversarios: por ejemplo, la primera semana santa sin estar él. Comprender y legitimar su llanto en esos momentos, su derrumbe ... esa será su manera de hacer el duelo: pensar despacio lo que han tenido juntos y comprender que ha habido en su vida una interrupción muy brusca. Y aceptar que su vacío no lo va a poder llenar. Y sentirse afortunada con las vivencias que tuvo con Vicente. Fueron momentos vividos, muy ricos.

Recordé en esos momentos el libro *5 horas con Mario*, de Miguel Delibes, el diálogo que mantiene la protagonista consigo misma, qué cosas le evocan, qué párrafos le resuenan y que le hacen conectar con ella misma, con su vida anterior.

Y será en esa narrativa cuando alguna cosa de las que dice me resuene de forma especial, para entonces parar y decirle que explique algo más de eso y profundizar en ello.

Isabel ha ido dándole importancia a su realidad interior a medida que conoció que ella era alguien importante para mí. Y para mí, la importancia que tenía es que ella

tuviera en cuenta lo que sentía internamente, que pusiera el foco en ella misma. Sobre todo, porque Isabel había acumulado la experiencia de no tener la capacidad de afectar al otro, es decir, de no existir para el otro. Y porque había una cosa importante y es que Isabel tenía gran necesidad de ser alguien, de ser admirada, de ser acogida, reconocida (Stolorow).

Porque la fuerza de aquellas convicciones de su infancia había sido muy destructiva... Esta nueva narrativa había de sostenerse en nuestra relación. De modo que empezamos a sustituir la narrativa de yo fui una niña que no tenía amigos, por la de yo fui una niña que no se conformó con ser alguien que no existía. Con el fin de ir construyendo una persona menos impotente y desesperanzada, con una imagen valiosa de sí misma que Vicente había empezado a construir y que se paralizó cuando este murió.

### Tratamiento


Fuimos haciendo una primera reconstrucción histórica, seguida a lo largo del tratamiento, y que fue de mucho valor para poder entender por qué le ocurrían algunas de sus reacciones en el presente. Eso le permitió ver las raíces de sus vulnerabilidades, de su superyó exigente surgido como forma de protegerse, de incorporar las normas sociales aprendidas como forma de control frente al caos interno sentido, y a la culpabilidad. Incluso con la finalidad de asegurarse el apego y apuntalar a un self vivido como frágil, que es la forma que encontró para equilibrar las necesidades que fueron surgiendo en sus sistemas motivacionales y no sentirse en peligro.

**¿Cómo hemos ido resolviendo los conflictos entre ella y yo, los encuentros y desencuentros entre las necesidades emocionales de los sistemas motivacionales de ambas, sus reacciones y las mías ante ellas?**

Mi actitud como terapeuta ha estado guiada en estar atenta a lo que ayudara a Isabel a

incrementar su sentimiento de que el vínculo no se destruiría ante las diferencias, sintiendo la legitimación de las posiciones de una y otra. En las sesiones de terapia éramos dos, (Rosa Velasco) creando una intersubjetividad. Era necesario que Isabel percibiera que el tratamiento se asentaba en una base segura (Bowlby, 1988) para que pudiéramos tener una buena vinculación y llegáramos a constituir lo que Jessica Benjamin denomina la terceridad.





El pensamiento de la terceridad me gustó mucho cuando se lo oí a Jessica Benjamin. Significa tener una experiencia de relación intersubjetiva interna, que permita el reconocimiento mutuo. En la terceridad ambas creamos un espacio mental y somos una interconexión co-construida de ambas que crea una "tercera persona", que no es la suma de ambas, sino la interrelación de ambas, un espacio mental específico que se ha abierto, una co-adaptación de ritmos, una sintonización entre ambas, un encuentro genuino, pero sin perdernos de vista a nosotras mismas como sujetos. Lo mismo que si tocan un piano y un violín juntos, el producto no son dos instrumentos tocando cada uno, es una melodía creada por ambos instrumentos. Benjamin habla de que es como una música improvisada por ambos, no lo ha creado ni la terapeuta ni el paciente, lo crean los dos y es única, ambas resonamos juntas afectivamente, creamos una actitud mental que va en aumento.

### Focos del tratamiento

Fueron varios los focos de tratamiento a los que fuimos atendiendo progresivamente:

- **Constitución del vínculo:** Y lo hicimos con el paraguas que nos pusimos como estandarte.
- "Yo siento que tú sientes lo que yo siento": Lyons Ruth.
- "Sentirse sentida": Siegel.
- **Utilizar una función de coregulación** para que pudiera crear una autorregulación posterior (Manuel Paz).
- **Potenciar aquellas necesidades** que no fueron constituidas en su desarrollo infantil ni registradas en su relación con Vicente e integrar una nueva subjetividad.
- El déficit para las **relaciones sociales**. En la relación con Vicente hubo pocas relaciones sociales. Ello, unido a su dificultad en su infancia y en su juventud para hacer amistades, le ocasionó estar bastante sola cuando Vicente murió
- Trabajar la **impotencia, la indefensión** en que se encuentra ahora, pero **NO la resignación** frente a la situación dolorosa, que le llevaría a la depresión que tanto teme, y que es lo que hizo su madre ante las dificultades con su marido, y en general en su forma de resolver su vida

### El cambio terapéutico: el sentimiento de sí misma: la creación de la nueva subjetividad en la psicoterapia

Siguiendo las conceptualizaciones del Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico, así como los aportes de Hugo de Bleichmar, sabemos que para generar cambio en el paciente es más importante tener en cuenta cómo se está con el paciente que el contenido teórico aportado por el terapeuta. Lo cual, a su vez, generará cambios en la manera espontánea que tendrá el paciente de vivir el mundo, de reaccionar emocionalmente, que es el objetivo de toda terapia (Blanco, L. Riera, R. 2016).

La narrativa que fuimos construyendo las dos juntas, en compañía, hizo que Isabel pudiera fijar su atención en hechos de su memoria que nunca antes de la terapia había podido explorar. La terapia le ha servido para poner la lupa en aquellas situaciones que habían quedado disociadas. Lo que Hugo Bleichmar habló como lo sentido no pensado.

Ha sido nuestra conexión, el que yo no tuviera un miedo tan desbordado como el de Isabel, y la pudiera acompañar a profundizar reflexivamente en sus heridas, en su disociación, lo que ha permitido que su sufrimiento se fuera amortiguando. Ha sido esa compañía sentida en la realización de un trabajo plenamente vivencial (Buechler, 2015), lo que ha permitido a ambas podernos sumergir en los distintos si-mismos de Isabel, y que ella había dejado fuera de su conciencia. Un ejemplo: en una ocasión en que se encuentra mal, le digo: "No espero de ti que tú te tires a la piscina si no lo ves claro, no te pido heroicidades, avísame si voy demasiado rápida, pero si tú te tiras yo me tiraré contigo. Sabes que mi actitud es ir a tu lado muy respetuosamente, no ir detrás de ti empujándote o delante de ti arrastrándote, que es lo que has vivido en tu familia".

Fue la actitud de curiosidad, de respeto, de interés por Isabel con autenticidad, de querer estar ahí en los momentos difíciles, lo que le permitió salir de la desesperanza y el abatimiento sin que ocurriera la catástrofe que imaginaba.

Sentimos que es un éxito que haya ido logrado que ciertas emociones catastróficas sean menos avasalladoras, menos masivas y que se hayan podido transformar en emociones más soportables. De esta forma se ha ido creando un espacio potencial en el que han podido ir emergiendo emociones más vitales, como la ilusión y la esperanza.

El resultado es que hacia el final del tratamiento Isabel puede afrontar las dificultades que van surgiendo sin sentirse una mujer incapaz, al revés, puede sentirse orgullosa que lo que ha ido conociendo y experimentando **vivencialmente** de sí misma. Ha cambiado el pensamiento de: *“mis padres son los fuertes y yo la débil”, por “yo tengo más fortaleza de lo que había pensado”*.

Lleva un tiempo en que está clara en sus ideas y más firme en sus formas nuevas de actuar, siguiendo en general el curso de sus deseos. Y siendo consciente de que a veces no puede seguirlos, pero ya se entera, ya no es que esté dissociada. En estos momentos yo me siento en interacción emocional con ella, y nota que ahora eso es real.

Ella está caminando sola. Y ahora muy recientemente Isabel ha empezado a hablar por primera vez en su vida de la posibilidad de tener una nueva pareja. Me cuenta que un compañero se ha dirigido a ella de forma especial, la trata con mucha atención. Se trata de un compañero al que le fue contando el fallecimiento de Vicente, que la había ido escuchando muy amablemente cuando le fue ido contando sus días malos en su situación de viuda, de cómo iba remontando gracias a la terapia.

No es raro que sienta vértigo y muchas dudas cuando este compañero le plantea poder salir juntos. Pero lo puede expresar y lo reflexionamos juntas, poniendo el foco en ella misma por dentro, pero en mi compañía, no sola como tuvo que hacer siempre. Ahora está su terapeuta que la escucha, que acoge que se sienta bien ante la nueva pareja que empieza a vislumbrarse. En este momento será muy importante que Isabel se sienta acompañada a la hora de pensar cómo lo va a gestionar, ella va a ser figura importante a la hora de tomar decisiones al respecto.

Hemos ido dialogando mucho sobre sus dudas, sus temores, sus deseos, ¿pero voy a salir con otro hombre si sólo hace un año estaba llorando por los rincones de no poder vivir?, ¿eso estará bien? Pero sobre todo en explorar qué quiere ella, qué es lo que siente, qué es lo que en su interior aparece como posibilidad de futuro. Sin juicios, sin susto, sin culpa, sin indecisión, que la paralice, sin pensar en si lo que hace es normal o no, sólo teniendo en cuenta sus deseos y necesidades, no las normas sociales que es lo que está acostumbrada a pensar, el qué dirán los demás. Legitimamos todos los movimientos que aparecen en su interior.

Es necesario reconstruir esta nueva identidad que Vicente se había llevado, pero que ahora reconoce que también estaban en ella. Tampoco son de extrañar estas reacciones cuando ha habido tantas identificaciones con los padres que viven pensando siempre en el qué dirán los demás. Es curioso que cuando lo hubimos dialogado mucho y muy en profundidad, y cuando ella estuvo clara y se sentía muy contenta con la posible relación, pudo empezar a irlo contando poco a poco. Primero a su hijo, que lo acogió muy bien y eso la animó mucho, luego a una amiga íntima, después a dos compañeros... por último, y teniendo en cuenta las emociones internas que afloraban, entre ellas el miedo a ser descalificada por equivocarse y decirle de mil maneras que lo pensara bien, que a ver si era buen hombre, a ver si se iba a equivocar (y tiene 55 años) ... y mil cosas más, fue en ese momento cuando se lo contó a su madre. Ocurrió tal y como estaba previsto... pero ahora está fuerte y en conexión con su propia subjetividad, con sus propios deseos y temores y con una mente protectora. Al padre ni se plantea decirle de momento.

Es ahora cuando puede escucharse a sí misma y ver qué le sale, y al mismo tiempo experimentar que se siente reconocida por mí, se siente sentida por mí, que está siendo pensada en mi mente (Siegel). Y comprueba que esto que hace ahora, antes nunca lo pudo hacer, ni siquiera se lo pudo plantear. A ella, le puedo decir: tú eliges por primera vez algo que será notable en tu vida: empezar a caminar por tu cuenta, vivir sin temor porque tienes armas suficientes para actuar sin

miedo. Y a conocerlo y registrarlo como propio. Por supuesto que nunca estarás sola, que siempre yo estaré a tu lado para cualquier emergencia.

A través de su proceso terapéutico, la narrativa de su historia infantil alcanzó una coherencia como nunca antes tuvo. A través de ser acogidas sus emociones pudo recordar muchos hechos de su infancia que habían sido inscritos originariamente en el inconsciente como escenas llenas de terror debido al idioma emocional de los padres y a que el mundo fuera sentido como peligroso.

Fue hablando de ir distanciando sus sesiones hasta darle el alta. En este momento han terminado las sesiones

## Evaluación final

Creo que la mejor evaluación del tratamiento es anotar sus propias frases hechas el último día.

- *“Me acompañaste en el duelo y para eso te había llamado, aceptaste mi dolor, me hiciste ver que era legítimo lo que me pasaba, me entendiste desde el primer día, habíamos estado mucho tiempo hablando, me sentí muy aliviada. Luego vi que necesitaba trabajar en conocerme, en comprenderme, en quererme, en tener menor exigencia conmigo.*
- *Me gustó mucho de ti lo que te entregas, tú generas mucha facilidad para el vínculo*
- *Yo tenía desconfianza a decir algo mío por miedo, me sentía vulnerable*
- *Tú me decías que yo tenía muchas herramientas y yo no lo veía. Pero cuando estaba muy hundida tú me decías: confía en mí, lo hice y cómo lo agradezco, ahora me doy cuenta de que tenías razón, yo vi que estabas interesada en mí verdaderamente.*
- *Ahora veo que los demás no tienen por qué adivinar lo que necesito. Yo lo hacía porque creía que el otro estaba sintiendo lo mismo que yo, qué equivocación. Cómo no darnos cuenta de eso que ahora me parece tan simple y tan fácil”. Le explico que eso es lo que vamos aprendiendo en la infancia y no tenerlo es por lo que se producen traumas en el desarrollo. Comenta: “Pensar que he estado así toda la vida. Ahora siento que soy yo misma, soy más condescendiente conmigo, menos castigadora,*
- *Ahora hablo más sobre lo que me pasa, antes no lo hacía y después rumiaba obsesivamente pensando por qué no habré hecho lo que pensaba*
- *Antes no me gustaba y no podía estar sola en casa. Mi compañero estuvo confinado por COVID y yo estuve 5 días en casa sola, sin salir, muy entretenida, qué cambios se han hecho en mí. Ahora me gusta mantener mi espacio propio*
- *Debido a la autodescalificación en que vivía siempre he tenido tendencia a buscar ayuda externa, Ahora veo que es importante mirar hacia adentro. Antes me bloqueaba. Así que cuando pasa una cosa como lo de Vicente te ves hundida en la miseria.*
- *He visto que soy superexigente, que no reconozco mis capacidades, ni mis logros. “Sí, yo era muy exigente, pero no tenía idea de mi perfeccionismo, recuerdo que a los 3 meses de empezar la terapia yo veía que no cambiaba, que seguía mal, estaba un poco enfadada contigo porque no mejoraba. Pero recuerdo que tú me entendiste, que no te enfadaste conmigo, me hiciste ver que hacía muy poco tiempo que se había ido Vicente, que mi duelo era muy traumático, que me sentía muy sola y muy triste, que tú valorabas el esfuerzo que yo estaba haciendo, que todo ello era normal, incluso que me enfadara contigo. Me lo dijiste con tanta calma y tanto cariño que me ayudó a comprenderme y saber qué es lo que me estaba pasando. Y que si había mucho dolor es que había habido mucho amor. Ahora me lo reconozco como mío*
- *Todo eso que hablábamos me ayudó mucho a reflexionar sobre las cualidades que me decías: todo lo que vales, tu don de gentes y ahora también me ha dicho lo mismo mi nuevo compañero. En otro momento no lo hubiera tenido en cuenta, ahora sí, lo recogí con agradecimiento y lo registré dentro de mí.*
- *Es verdad que me decías que yo daba mucho a Vicente, ahora veo que tienes razón, me doy cuenta por qué lo hago con mi compañero, ya no me siento chiquitita y le pongo a él en un pedestal como hice con Vicente, ahora soy natural, y pienso que le gusto como soy.*
- *He aprendido a relacionarme, empecé a tener amigos, a cultivar la amistad, cosa que no había hecho ni de pequeña, ni de joven, ni después con Vicente, que prescindí de cualquier amistad ajena a la relación, ahora Me siento a gusto.*
- *Adiós, Lucía, hemos hecho un viaje muy bonito juntas. Te he cogido mucho cariño. Tenía que haber ido a terapia antes, ahora veo que no hay que esperar a que te ocurra una catástrofe como lo que me pasó a mí. Siento que hemos hecho un equipo muy bueno y le quiero contar a los demás lo bueno que es ir al psicólogo, y no hace falta estar loco para ir. Hay cosas que se cambian porque se tienen otros puntos de vista distintos. Aprendes a darte cuenta de muchas cosas que son nuevas y que no las habías pensado, y que ahora al conocerlas alivian mucho.*

Y termino este escrito con una reflexión de Hanna Segal:

*“Es cuando nuestro mundo interior se destruye, cuando está muerto y sin amor, cuando nuestros seres queridos están hechos pedazos y nosotros desesperados e impotentes —es entonces cuando debemos reconstruir nuestro mundo nuevamente, recopilar las piezas e infundir vida a los fragmentos muertos.” (Hanna Segal, 1952).*

Esta cita de su artículo *Un enfoque psicoanalítico de la estética* se utilizó como un llamado a unirse para el Proyecto Mural del World Trade Center. El proyecto se puso en marcha tras el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001 con el objetivo de crear un mural de 70 pies de altura en el Equitable Building de Nueva York como símbolo de que la vida podía sobrevivir a la destrucción. Para el tratamiento de esta paciente me parece muy adecuado.

## Bibliografía

- Blanco Rejas, L. (2016). Marcando la diferencia en la vida de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico [Reseña del libro Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting de Sandra Buechler]. Revista Aperturas Psicoanalíticas, (53). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000948>
- Blanco Rejas, L. (2018). En mí hay algo que provoca reacciones adversas. Viñetas clínicas que ejemplifican el proceso de la psicodinámica cíclica en un paciente. Editorial Académica Española.
- Blanco Rejas, L. (2018). Reseña de la obra de Sandra Buechler: “Valores de la Clínica. Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico”. Clínica e Investigación Relacional, 12(3). <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2018.120312>
- Blanco Rejas, L. y Riera, R. (2016, octubre). El proceso de cambio en psicoterapia. Clínica e Investigación Relacional, 10(3). <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100314>
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós.
- Bleichmar, H. (2005, diciembre). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas (21). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=350>
- Bleichmar, H. (2010, julio). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas (35). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=647>
- Bowlby, J (1986). Vínculos afectivos, formación, desarrollo y pérdida. (6.a ed.). Morata. <https://bit.ly/3hrEkyL>
- Brandchaft, B. (julio, 2018). En definitiva ¿De quién es el Self? Clínica e Investigación Relacional, 12(2). <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2018.120202>

- Buechler, S. (2015). Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. La experiencia emocional en el ámbito terapéutico. Colección Ágora Relacional.
- Cain, S. (2022). Agridulce. Urano.
- Chödrön, P. (2020). Los lugares que te asustan. El arte de convertir el miedo en fortaleza. Paidós
- Dana, D. (2019). La Teoría Polivagal en terapia. Como unirse al ritmo de la regulación. Elephtheria.
- Delibes, M. (2009). 5 horas con Mario. Austral.
- Doctors, S. R. (junio, 2018). ¿Cómo trabajaba Brandschaft realmente?: En definitiva, ¿de quién es el self? Clínica e Investigación Relacional, 12(2). <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2018.120203>
- Doctors, S. R. (octubre, 2011). Liberando a los pacientes de los residuos de traumas relacionales: la búsqueda de Brandschaft. Clínica e Investigación Relacional, 12(2), 517-523. <https://bit.ly/3PxVPdI>
- Guerra Cid, L. R. y Jiménez, S. (2021). Temas actuales en el psicoanálisis contemporáneo. Octaedro.
- Heller, L. (2017). Curar el trauma del desarrollo. Elephtheria.
- Hill, D. (2018). Teoría de la regulación del afecto. Elephtheria.
- Kandel, E. (2007). En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia mental. Katz.
- Kohut, Heinz. (1996). El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Amorrortu editores.
- Lyons-Ruth, K. (junio, 2021). Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. Clínica e Investigación Relacional, 4(2), 340-356. <https://bit.ly/3Wd9cSe>
- Orange, D.M. (octubre, 2011). "La actitud de los héroes": Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. Clínica e Investigación Relacional, 5(3), 507-515. <https://bit.ly/3V3hdYZ>
- Paz, M. (2020). Las actitudes de mindfulness: Descubre el inmenso potencial de mindfulness para la transformación y el despertar. Gaia.
- Paz, M. (2022, 24 febrero). Por fin miramos nuestra salud mental. Ipsimed. <https://ipsimed.com/blog/por-fin-miramos-nuestra-salud-mental/>
- Porges, S. W. (2018). Guía de bolsillo de teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro. Elephtheria.
- Riera I. Alibés, R. (2011). La conexión emocional. Octaedro.
- Riera I. Alibés, R. (2019). La herencia emocional. Planeta.
- Seligman, S. (2021) Las relaciones en el desarrollo. Primera infancia, subjetividad y apego. Elephtheria.
- Siegel, D. (2016). La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. Desclee de Brouwer.
- Siegel, D. (2017). Viaje al centro de la mente. Lo que significa el ser humano. Paidós.
- Stolorow, R. y Atwood, G. (2004). Los contextos del ser. Herder
- Velasco, R. (2002). El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi, 8, 37-47. <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355138>
- Velasco, R. (mayo, 2008). La vergüenza en la de-construcción / construcción del sentimiento del sí. Clínica e Investigación Relacional, 2(1), 58-67. <https://bit.ly/3BGOWk9>
- Wallin, D. (2012). El apego en psicoterapia. Desclee de Browber.



**LA PROBLEMÁTICA NARCISISTA: EL IMPACTO DEL  
TRAUMA INFANTIL PRECOZ, A PARTIR DE LOS CASOS  
CLÍNICOS DE DOS ADOLESCENTES.**

Michele Remy Cruz<sup>1</sup>

EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

## Resumen

El presente artículo intentará acercarse, desde la teoría y clínica, a los orígenes de la problemática narcisista. A partir de la revisión teórica de distintos autores —Freud, Green y Winnicott, principalmente— y del desarrollo de los casos de dos adolescentes en riesgo, el escrito pretende aproximarse a las fallas en las condiciones ambientales en los primeros años de vida, a comprender las angustias y mecanismos de defensas primitivos que los sujetos construyen para sobrevivir al derrumbe psíquico. Asimismo, se desea conocer los efectos psíquicos que se originaron sobre la base de los fallos ambientales y posteriores eventos retraumatizantes en la vida de ambas adolescentes. Finalmente, se pretende testimoniar el complejo trabajo terapéutico que se presenta en la consulta tanto con los adolescentes, como con sus padres, repensando el encuadre ortodoxo, dándole nuevos y más flexibles márgenes para tratar, sostener y pensar junto con pacientes con huellas psíquicas muy primitivas.

**Palabras clave:** narcisismo, trauma, holding, rêverie

## Abstract

This article will try to approach, from theory and clinic to the origins of the narcissistic problem. From the theoretical review of different authors (Freud, Green and Winnicott, mainly) and the development of two cases of adolescents at risk, the paper aims to approach the failures in environmental conditions in the first years of life, to understand the anxieties and primitive defense mechanisms that the subjects build to survive to the breakdown. Likewise, it is desired to know the psychic effects that originated based on environmental failures and subsequent re-traumatizing events in the lives of both adolescents. Finally, it is intended to testify to the complex therapeutic work that is presented in the consultation with both adolescents and their parents, rethinking the orthodox framework, giving it new and more flexible margins to treat, support and think together with patients with very primitive psychic traces.

**Keywords:** narcissism, trauma, holding, rêverie

[1] Remy Cruz, Michele. (2023, enero). La problemática narcisista: el impacto del trauma infantil precoz, a partir de los casos clínicos de dos adolescentes. *VérticeK*, 1(2), 19-33.

Clínica Privada y Proyecto UMA, Perú.

## Introducción

En esta sesión intentaré acercarme a los orígenes de la problemática narcisista compartiéndoles los casos de dos adolescentes en riesgo. Con Mariana y Cielo, nos aproximaremos a las fallas en las condiciones ambientales en los primeros años de vida, pero también a experiencias traumáticas posteriores en la familia que resignificaron aquellas fallas primarias, así como a los efectos traumáticos en la vida de estas dos jóvenes, como la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte que las une a lo destructivo y mortífero. Me gustaría también, y, sobre todo, testimoniar el complejo trabajo terapéutico que se nos presenta en la consulta tanto con los adolescentes, como con sus padres, principalmente en los primeros años de atención clínica psicoanalítica.

Quiero iniciar presentándoles estos dos casos que, en lo personal, continúan marcando mi trabajo psicoanalítico, haciéndome pensar una y otra vez en mi presencia en el vínculo transferencial, dentro de un encuadre psicoanalítico. Entender y atender funcionamientos psíquicos ligados al trauma, al sufrimiento psíquico y al narcisismo, en los primeros años de trabajo clínico, es un trabajo complejo y delicado que merece generar espacios mentales más allá de las sesiones para seguir pensando y conteniendo tanto la mente del analista como el aparato mental del paciente. Pienso en los espacios de supervisión, en el diálogo entre pares, en el estudio y, principalmente, en nuestro propio análisis. Estos dispositivos me van impulsando a seguir construyendo una presencia comprometida y honesta. Como diría Thomas Ogden sobre el trabajo de David Rosenfeld, con estos casos, es necesario una presencia que suministre un holding que esté a disposición de los pacientes “cuando fuera necesario como una madre para un bebé” (Rosenfeld, 2011, p.13), conteniendo el aparato psíquico de paciente y construyendo un espacio transicional, un lugar auténtico para el paciente y el terapeuta donde poder pensar. Sin embargo, sabemos que la creación de un medio confiable, el estar a disposición —cuando fuera necesario como una madre para un bebé—, supone mucho más que el suministro del holding. Significa

también “verbalizar con símbolos la experiencia del paciente psicótico” (Rosenfeld, 2011, p.13), reconociendo que “las primeras emociones contratransferenciales no deben interpretarse demasiado pronto, antes tienen que ser decodificadas y sometidas a supervisión” (Rosenfeld, 2011, p.135). Para llegar a este punto, nuestro trabajo puede tomar años de generar condiciones para futuras interpretaciones.

Como diría Rosenfeld, en su libro, *El alma, la mente y el psicoanalista*, para el tratamiento de pacientes con patologías graves,

*el psicoanalista se convierte en una pantalla para la recepción y proyección de las experiencias primitivas del paciente... que no siempre se expresan verbalmente, ya que durante las primeras semanas de vida no hay lenguaje. A través de diversos desvíos y laberintos conectados con la sintaxis, la fonología de la voz, la ausencia y presencia en las sesiones, el psicoanalista está obligado a recibir las experiencias primitivas que el paciente no puede expresar con palabras. (Rosenfeld, 2011)*

Si bien el trabajo de Rosenfeld fue con pacientes psicóticos, nos ayuda a entender, en parte, los funcionamientos psíquicos de Cielo y Mariana.

## Comprensión teórico-clínica de los casos

En 1914, Freud, en Introducción al narcisismo, explica cómo el bebé necesita transitar la fase estructurante de narcisismo primario —retorno, la libido a su sí mismo—, para sentirse su majestad, el bebé (his majestic the baby), omnipotente, pero a la vez necesitando depender del sostén del otro. En esta fase, y a través de las proyecciones narcisistas de sus padres, se origina el yo naciente. Sucede siempre y cuando el bebé se haya sentido libidinizado y amado por sus figuras parentales, logrando la identificación primaria, a través de las proyecciones parentales inconscientes. Estas identificaciones pueden ser humanizantes o mortíferas, aprisionando al sujeto en repeticiones transgeneracionales no elaboradas.



El narcisismo no solo es una fase estructurante, también aparece como una organización normal o patológica en la constitución psíquica. Si no se ha logrado acceder al Edipo, el sujeto permanecerá en un estado narcisístico de fusión-confusión, quedándose fijado en la fusión, indiferenciación, perfección y omnipotencia. Esta forma simbiótica no solo es con sus figuras parentales, sino también con otras personas que remplazan a la madre. Siguiendo a Freud, podríamos suponer que Cielo y Mariana se han mantenido en las etapas de funcionamiento oral y anal, que son estadios previos a la etapa del complejo de Edipo, fases muy primitivas que marcarán el devenir del tipo de angustias y mecanismos de defensa y, en ese sentido, también marcarán las formas en las que podemos intervenir con pacientes con heridas tan tempranas.

En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Winnicott (2007) propone no atender a los adolescentes como si sufriesen de un trastorno psiquiátrico, debido a que están en un tiempo de espera, en el que no se sabe aún si hay alguna patología narcisista. Resalta que, en esta etapa, aún no hay una identidad establecida. Si bien no podemos hablar —menos aún en la adolescencia— de una estructura o un estado, porque resultan estáticos (Chabert, 2000), podemos comprenderlos, a partir de las propuestas teóricas sobre la organización narcisística (patológica) que propone Freud, Winnicott, Green, entre otros.

Mariana y Cielo son dos adolescentes a las que les guardo un cariño muy especial, porque, como diría Winnicott, *“pagaron por enseñarme”*, porque me permitieron acceder a sus mundos mentales llenos de terror, de agresividad y de elementos que no tienen nombre, pero que son sentidos como catastróficos, de angustias arcaicas y, al menos, confiaron para poder intentar construir y sostener, juntas, un aparato mental que, muy poco a poco, con un trabajo de años, pueda pensar y simbolizar lo difícilmente tramitable.

### Mariana

Mariana es una adolescente de 16 años que acude a consulta por pensamientos e intento de suicidio. Los padres de la adolescente buscan un espacio terapéutico, porque están preocupados por el sufrimiento y desvitalización profundos de su hija que aparecieron cuando Mariana pudo verbalizar que, durante muchos años, había sido abusada sexualmente. Empezó a cortarse, a fumar marihuana, a mostrar su irritabilidad y su poco deseo de vivir.

Mariana culpa a los padres por no haberla cuidado lo suficiente. La ausencia de la madre es un tema que le ha generado rencor y odio contra ella. Le reprocha haber preferido trabajar desde que Mariana era pequeña, y al padre por tener un diagnóstico psiquiátrico. En su libro, Rosenfeld trae el caso de una paciente anoréxica, donde expresa que “Pareciera que la traumática separación de su madre generó un estado que bordea con un estado narcisista” (Rosenfeld, 2011, p. 135)

Los culpa por ser inseguros, temerosos, frágiles y pasivos. Por la culpa, el miedo a que pueda dañarse y sus propias historias, a los padres les cuesta poner límites, apareciendo con poca autoridad, y brindándole un sostén tembloroso, inseguro y poco consistente. Los padres acompañaron la denuncia que quería hacer Mariana, buscaron ayuda y se asesoraron, pero finalmente Mariana decidió no hacerlo. No quiere pasar por el proceso de retraumatización de tener que contar lo sucedido. De hecho, solo en las primeras sesiones, Mariana pudo hablar sobre los hechos. Luego, prefirió no tocar el tema.

Hay una historia familiar, por parte de ambos padres, de diagnósticos psiquiátricos, internamientos, traumas, duelos y dolor psíquico. Sufrimientos psíquicos no elaborados que vienen apareciendo transgeneracionalmente. Los padres ven reflejadas sus adolescencias en la adolescencia de su hija. Por ejemplo, la madre me dice *“yo nunca he tenido una meta en mi vida, no tengo proyectos de nada, nunca, no tengo aspiraciones, nunca las he tenido. He ido haciendo las cosas que se me han presentado en la vida”*.

O el padre cuenta: *“yo recuerdo haber tenido la edad de Mariana y le decía a mi padre que me sentía muy cansado, que no quería hacer nada, no tenía ganas de nada”* o *“entiendo a Mariana, porque también lo he vivido”*; intentando entender el vacío y las emociones que siente su hija. La madre estudió diferentes carreras, sin terminarlas, y el padre no terminó la escuela, teniendo trabajos ocasionales que no le permiten aportar económicamente a la casa. Mariana no ve a sus padres como figuras de autoridad, pero tampoco de sostén. Siente lástima por el padre y rencor hacia la madre.

Los padres, en su miedo y desesperación para que deje de fumar o planifique su vida, quieren llenarla de más terapias (focalizadas, coach, psicopedagogía), además de la nuestra. El trabajo con ellos se vuelve enrevesado. Confían, pero se impacientan, apareciendo dudosos, inexpertos, desconfiados.

Entre la tristeza profunda, experiencias traumáticas primarias y sensación de desamparo, Mariana tiene un sueño: vivir en otro país. Este sueño puede verse también como una salida: escapar de Perú, un lugar de sufrimientos y abusos difíciles de elaborar, un exceso de cantidad o angustia sin metabolizar. Sin embargo, cuando Mariana me habla de este otro país, trae sus proyectos a largo plazo, su futuro, sus anhelos. Beatriz Janin (2012) nos recuerda que los proyectos son la existencia de la pulsión de vida. Frente a un narcisismo primario dividido, los proyectos evidencian el distanciamiento con los ideales y son colocados como situaciones posibles, dándole esperanza al sujeto. Mariana se ve siendo madre, teniendo una familia, viajando, me habla de cómo cuidaría a sus hijos, y que le gustaría estudiar Criminalística.

Desde los primeros meses de las sesiones, Mariana se muestra pesimista y desesperanzada. Me dice que nada le hace feliz, que nada le ayuda. *“Nada sirve”*, me repite constantemente, mostrando su hartazgo hacia los especialistas de salud mental. Desde pequeña estuvo medicada por un diagnóstico de déficit de atención. Pasé de verla de dos a una vez por semana, hay algunas semanas en las que no se presenta.

Se angustia, exclamándole a la madre que no sabe qué decir. Mariana reconoce que prefiere faltar, porque no quiere pensarse. Sabe que, a pesar de que hablemos de temas cotidianos, algo la jalará a hablar sobre su sufrimiento y no quiere sufrir más. Le cuesta llorar, confiar y hablar.

Acepté bajar el número de sesiones a la semana para que no se sienta violentada, para que no re-escenifique la experiencia de violencia, amenaza e invasión que pudo sentir en los años que fue abusada, sino que, por el contrario, pueda vivir nuestro vínculo y el espacio de manera segura, respetuosa, sintiéndose sostenida, escuchada y cuidada. Nuestras sesiones transcurren en la más anodina cotidianeidad, hablamos de sus amigos, los tatuajes, las fiestas, sus padres, las familias, nos recomendamos series. Algunas veces recorremos su pasado; otras, nos ilusionamos por su futuro. Pocas veces nos quedamos en silencio. Pocas veces asocio algo o pensamos profundo, porque sé que la sobrepasan, que no puede tolerar las interpretaciones. Quizá tendría un efecto contraproducente, cortándose, haciéndose daño, evacuando o expulsando todo intento de interpretación.

Sí, en algunas sesiones, trato de integrar y devolverle algo, aunque sea pequeño. Se me viene a la mente la imagen de una madre dándole a probar los primeros alimentos a su bebé, estando atenta a si lo recibe, cómo lo recibe, observando sus reacciones y sus respuestas. En las sesiones, conversamos sobre nosotras. Mariana tenía muchas preguntas sobre mí. Decidí explorar sus fantasías, pero también responder algunas de sus inquietudes. No quería ser una persona enigmática para ella si sé lo difícil que se le hace confiar. De hecho, cuando empezó a faltar, me dijo que no podía confiar tan fácil en una persona a la que no conocía de nada, *“no sé nada de ti, no sé si tienes hijos, qué estilo de ropa te gusta, si vives sola, no sé nada, es raro contarle mis cosas a una persona que no conozco”*. Sonreímos y luego empezó a traer sus fantasías sobre mi vida, a interpretarme, y profundizar en sus preguntas y fantasías.



...erstand  
...ents of Wil  
... is often ri  
... on is alarmi  
... who had  
... of my bri  
... the ad

... has con  
... comes, just  
... up intend  
... between a  
... of exam  
... gear

... seon and a pen  
... 'approach  
... this year h  
... and compar

... 'sides'  
... 'did not level  
... 'the diff  
... 'system'  
... 'replac  
... 'similar driv

... 'It's und  
... 'Government  
... 'we need to  
... 'improving  
... 'and the

Sabemos que la contratransferencia es la herramienta clave en el trabajo psicoanalítico, para descubrir lo que el paciente nos hace sentir y no puede expresar con palabras, para entender el sufrimiento psíquico del paciente, y no para expulsar o interpretar, como diría David Rosenfeld en su trabajo con pacientes psicóticos. Con los padres, me invade una profunda tristeza. En alguna sesión contuve mis ganas de llorar por la trágica vida de la madre, o apenada por la larga sensación de soledad e incapacidad del padre. Muchas veces, con Mariana, termino con desesperanza, triste, frustrada o agotada, con mucho pesimismo, pero, sobre todo, con culpa cuando faltaba. Con ella, tengo que ir vigilante y cautelosa. Recuerdo que hubo dos semanas a las que no quiso asistir a sus sesiones. Yo me quedé pensando en que pasó la última sesión, pensé: *algo hice mal, algo que dije o no le afectó*. Supervisé. Pensar mi culpa nos hizo interpretar que Mariana puede presentarse tiranizando un poco el espacio. De alguna forma me dice: *“sé la psicóloga que quiero que seas o no me provoques, porque me voy”*. Desde otro ángulo, podemos ver que sus ausencias, dejan resonando su dificultad para vincularse. ¿Así como querer vivir en otro país, el no llegar a sus sesiones puede verse como una huida? ¿Como una necesidad para protegerse de lo impensable? Sin embargo, no asistir también puede ser un intento de poder decir “no” por primera vez, como un ejercicio de autonomía. Recordemos que estaba cansada del personal de salud mental. Puede que el espacio terapéutico en algunos momentos lo sienta como una imposición y, ante la presión, ahora puede decir no. Continuando con Rosenfeld, nos dirá que una teoría única no es suficiente para explicar el comportamiento general de la paciente... que las hipótesis no son mutuamente contradictorias, y que los modelos de intervención que propone no se excluyen entre sí.

En el libro “El alma, la mente y el psicoanalista” (2011), Rosenfeld trae el caso de una adolescente con anorexia y bulimia que deja de asistir a sus sesiones. Él dice:

*La paciente no puede tolerar sus propios aspectos tristes y enfermos. No ir a su sesión es equivalente a no pensar. Cree que al vomitar elimina pensamientos, dolor, pena, tristeza y locura. Vomita y expulsa partes de su mente. no hay espacio mental para contener su dolor. (Rosenfeld, 2011, p. 109)*

Pensando en Mariana, no es vomitar, pero sí cortarse. A través de los cortes en su cuerpo reproduce el sufrimiento psíquico. Aún no hay un aparato psíquico que pueda pensar — hablar y pensar le aterra—, porque la aproxima al dolor del que tanto quiere huir.

Rosenfeld continúa:

*El impacto del insight lleva a estos pacientes a expeler los contenidos mentales para evitar el dolor, expulsando las partes sanas. (Es necesario) recrear un espacio donde el paciente se sienta contenido, con la certeza de que no se va a fragmentar por nombrar la agonía propia o la del otro... cuando hay una pérdida traumática como parte de un proceso de sobrevivencia se da un blindaje de las identificaciones tempranas para preservar al sí mismo. (Rosenfeld, 2011, p. 109)*

Desde la teoría de René Roussillon (2012), sobre el trauma primario, la agonía y escisión, vemos que el trauma sexual secundario y el trauma más arcaico por la sensación de desamparo experimentada por Mariana, han generado en ella una patología de vacío. En otras palabras, un funcionamiento narcisista, no psicótico.

Freud en *La feminidad* (1933), donde, luego de pensar las diferencias entre el complejo de Edipo del niño y la niña, concluye en que “no se puede comprender a la mujer si no se pondera esta fase de la ligazón-madre pre-edípica” (Freud, 1933, p. 34) En otros escritos como *Análisis terminable e interminable* (1937) o *Moisés y la religión monoteísta* (1939), confirma la importancia que tienen los traumas tempranos y los mecanismos de defensa primitivos en la constitución psíquica del sujeto, haciéndonos ir más allá de la fase edípica y deteniéndonos en los tiempos preverbales, en los primeros tiempos del vínculo entre el bebé y su madre, en la fijación en las etapas oral y anal.

Si bien no podemos acceder directamente a las primeras memorias de Mariana, Winnicott, en *La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso* (1979)<sup>6</sup> nos asegura que la transferencia entre paciente-terapeuta es una forma de acercarnos a la relación infante-madre, y donde se repiten los vínculos con los objetos primarios. En ese sentido, podemos darnos una idea de las vivencias y afectos tempranos de Mariana en relación al vínculo con su ambiente.

Como lo veremos también con Cielo, nuestro segundo caso, todo funcionamiento narcisista nos habla de un fallo en el *rêverie* materno, en la primera infancia, en ese vínculo entre el bebé y su ambiente, que, además, se va resignificando con futuras situaciones traumáticas —como puede ser un abuso sexual o la muerte de un familiar cercano de la paciente.

En ese sentido, la intervención que elegí para este tipo de casos, en este primer tiempo, es dedicarme a establecer transferencia positiva y construir un vínculo sólido con ella. Este primer tiempo será largo, pueden ser meses, años, trabajando la alianza. Así, intervenciones como interpretaciones o trabajos analíticos profundos, por ahora, llegan a ser secundarios. Incluso, Mariana expresa que prefiere no hablar de algunos temas dolorosos, porque no puede tolerar más sufrimiento. Siente que ya fue suficiente. Sin embargo, hay sesiones en las que conversamos sobre la relación con sus padres, la percepción de su imagen corporal que la pone muy insegura, o su infancia.

Mariana es una adolescente cuyo psiquismo ha sufrido fallos primarios en su constitución. Vemos un yo muy frágil al que le cuesta confiar en otro, una forma escindida de funcionar, pasajes al acto, falta de ligazón y poca capacidad para simbolizar y representar. Por ahora, mi trabajo está apuntando a generar un vínculo de confianza, en donde podamos sostener su miedo, fragilidad y su narcisismo dañado.

Es un trabajo de apuntalamiento, de sostén y cuidados, desde una presencia comprometida y vital, recordando las palabras de Thomas Ogden sobre el trabajo de Rosenfeld: de suministro de un *holding* que esté a disposición de los pacientes “cuando fuera necesario como una madre para un bebé”.

### Cielo

Cielo es una adolescente de 14 años que inicia su proceso terapéutico, debido a la anorexia que presenta desde hace un año. En la primera entrevista con los padres, se muestran desorientados y preocupados. “*No sabemos cómo actuar, ni si lo que hacemos está bien o no... le decimos que debe de poner de su parte, pero sabemos que está dañada por la relación entre mi esposo y yo, por la pérdida y enfermedad de su hermano*”, me dice la madre. Aparecen temas como la enfermedad y muerte del hermano mayor, las ausencias, los duelos y la relación conflictiva entre los padres. Cielo tiene ganas de empezar el proceso terapéutico, quiere sentirse mejor. Esta es una gran diferencia con Mariana, quien no quiso iniciar un proceso terapéutico, me dio una oportunidad cuando atravesó el intento de suicidio que poco a poco se fue difuminando, llegando a no querer entrar a sus sesiones. La impresión que me dan los padres es que están cansados y con poca vitalidad. Aparece la negación como defensa. Creen que Cielo necesita poner de su parte, que “*es mental y tiene que pensar en sentirse mejor*”, que solo comiendo o yendo a sus sesiones terapéuticas, “*se le pasará*”. Les ha costado mucho reconocer la necesidad de hacer un trabajo interdisciplinario y que ellos tengan su propio espacio terapéutico. Pienso en el miedo que sienten de volver a encontrarse con la muerte de un hijo.

Veo a Cielo desde hace un año. Por motivos económicos de la familia, la veo una vez por semana. Entra puntual a sus sesiones y me pide tener las sesiones presenciales. En los primeros meses del proceso terapéutico,

<sup>6</sup> En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador, 2007.

empiezan los atracones de comida. Cielo se desespera, llora, teme empeorar o rendirse. Se siente presionada por sus padres, aparece desanimada, triste, sin esperanza. Quiere sentirse bien, pero vive una lucha entre su cuerpo y su mente.

Para Cielo, el padre es un “pasajero extraño” que trabaja de lunes a domingo. El padre me da la impresión de un adolescente más que busca que se preocupen y pregunten por él. Discute con su hija, no puede calmarla, se pone a su mismo nivel. Se responden atacándose. Con la madre, Cielo es más sumisa, la acompaña a todos lados, duermen juntas e, incluso, Cielo busca comer del mismo plato que ella. Cuando la diferenciación y separación aparecen, es a través de las humillaciones, lanzadas de puerta, culpas y recriminaciones hacia la hija, haciéndola sentir culpable por la anorexia. A veces, cuando están bien, la madre la comprende, ambas se coluden y no permiten la entrada del padre. Están molestas con él, porque se enfasca en el trabajo. Es importante resaltar que hace pocos meses, los padres aceptaron entrar a su proceso terapéutico. Por ahora, han iniciado el proceso juntos.

La narrativa de Cielo ha ido transformándose, los primeros meses sólo hablaba sobre la comida y alrededor de la misma. Cielo habla mucho, se desborda, llora, entra en pánico. Cuando voy terminando la sesión, trae un tema más y llora. Hay una necesidad de ser escuchada, pero también de obturar con comida/pensamientos/terror al otro. Llega a ser muy racional, muy obsesiva con sus pensamientos. Se presenta con pensamientos obsesivos, exceso de fantasías y preguntas sin respuestas. Lloro todas las sesiones, me sobre-exige. Cielo para muy metida en sus pensamientos; a veces, yo me pierdo con ella. También me molesto, me frustró, me desespero, me aterro y me agoto. Me culpo por no encontrar respuestas concretas a sus grandes preguntas: *“¿cómo paro los atracones?”* o *“¿hasta cuándo no voy a disfrutar de la comida?”*, *“¿qué hago para no pensar, para disfrutar? Me voy a rendir”*. En estas ocasiones, me siento presionada por ella; otras veces, la aterrizo. Me pongo más firme, bajo mi omnipotencia y ese *superyó* tan rígido y castigador que

proyecta en mí para intentar solucionar todo al instante. Los atracones no son solo con los alimentos, también con los pensamientos, sus narraciones y la presencia. Me hace vivir su indigestión mental, me llena de palabras, preguntas y llanto. Trae su desesperación por buscar una presencia para no sentirse abandonada. Hay un apetito voraz por la comida, por la madre y quizá por mí. No quiere dejar el espacio. Le cuesta cerrar, me dificulta terminar la sesión. No para de hablar. Cuando paro, acepta en silencio, molesta por dentro, como cuando escucha las humillaciones de su madre y no reprocha por temor a ser más humillada. Una necesidad ávida, a toda costa, de comer, incorporar, ser amada, mirada, cuidada.

Así como con la madre, necesita de mí. Su demanda muchas veces es insaciable. Hambrienta. Las sensaciones de Frances Tustin (1997), al describir el caso que presenta sobre la anorexia nerviosa de una adolescente, me describen: *“me agotaba con sus voraces demandas de cuidado y atención, insaciables demandas de amor, cuidado y atención”* (Tustin, 1997, p. 268). Cielo me llama fuera del encuadre. Son llamadas largas, de terror, de culpa, de llanto. Tustin trae el caso de una paciente anoréxica de George Gero: “durante las sesiones (la paciente) expresaba el anhelo de incorporarme por entero, es decir, deseaba devorarme... la necesidad libidinal de fusionarse con el objeto” (Tustin, 1997, pp. 281-282). Recuerdo las palabras de Rosenfeld: “como una madre para su bebé”. La función materna se encarga de servir de yo auxiliar, ser continente y espejo para el bebé. La escucho, la aterrizo, la acompaño, pensamos. Pero también siento miedo. Presencio su dificultad para separarse, lo insoportable que se le hace, la distancia, la soledad. No tiene a la madre internalizada —y aún tampoco a mí.

Ahora, después de meses, Cielo va trayendo otros temas relacionados con la adolescencia y la percibo más tranquila. Es la primera vez que le gusta un chico, me cuenta de los videos de baile que hace en redes sociales, de las pijamadas y las salidas con sus amigas, de las discusiones con sus padres. Es cierto que los padres ejercen mucha presión sobre ella. Cuando se molestan, *“es como si saliera su verdadero yo”*, me dice Cielo. La atacan, la

culpan, la recriminan y reprochan por la enfermedad y por *“cuánto los hace gustar”*. Aquí me pregunto, ¿cómo seguir trabajando la ambivalente de sus padres?

Cuando Cielo tenía cuatro años, el hermano a sus 12 años empezó a presentar sus primeros síntomas. Miopía, se dormía en clase, no comía, no tenía energía, presentaba dificultades en el habla. Encontraron que un tumor cerebral benigno estaba desarrollándose. Fueron ocho años de tratamientos y operaciones, de miedo, preocupaciones, desesperación, agotamiento, ausencias, tristeza, y recaídas. El hermano murió hace dos años. En estos ocho años, los padres se endeudaron, vivían con la angustia de no saber si su hijo iba a sobrevivir a las operaciones o con tristeza por verlo deteriorarse con los efectos secundarios que dejaba cada intervención. El padre pasaba los días fuera de casa, trabajando. La madre, todos esos años, vivió en el hospital con su hijo o se entregaba con devoción a sus cuidados en casa, como Cielo, quien cuidaba al hermano desde pequeña, viéndolo como un juego donde se divertía con él. Me cuenta que, para ella, su hermano era su familia. Pensar en él, le devuelve vitalidad, sonríe contándome sus anécdotas y travesuras. Cielo, frente a esta dramática historia, permanece en casa, tratando de entender lo que les tocó vivir, a veces sola, a veces con el abuelo, quien funcionó como una figura paterna y murió de cáncer hace algunos meses. Su forma de comprender fue aceptando en silencio. Era una espectadora de la agitación que vivían en casa. Me pregunto ¿Cuánto pudo ser digerido? ¿Cuánto de lo vivido se quedó atorado obstaculizando la metabolización? Cielo se recuerda sola, ahogándose en las memorias de una casa vacía y deshabitada. O habitada de dolor. Ahora necesita estar acompañada de sus padres para no sentirse sola, pero siente que ellos *“están en su mundo”*.

Así como con los padres de Mariana en sus primeros años, imagino una presencia física, pero una ausencia mental y afectiva. Se revive la desesperación frente al desamparo.

Sospecho de unos padres empachados de preocupaciones y dificultades con poco estómago/mente para metabolizar el miedo y la tristeza de su hija. ¿Cuánto pueden ayudar a digerir los estados catastróficos de su hija, si sus propios afectos se han quedado atorados, obstruyendo la elaboración y transformación de sus vivencias?

Cielo trae escenas de fusión y confusión con la madre. Intenta completar sus agujeros con el vínculo enmarañado con ella. Después de discutir —porque quizá Cielo no está disfrutando de alguna salida o comida y está encerrada en su culpa—, la madre la humilla, la culpa y compara con otras adolescentes. Cielo, ante a estas frases, agacha la cabeza, acepta aparentemente en silencio, pero hay rabia y palabras contenidas que luego son lanzadas contra el padre, cuando se queda con las ganas de pelear. Pienso que, ante la insoportable pesadez del vacío y de las ausencias, Cielo se llena con lo que encuentra: comida fría, vínculos fundidos, pensamientos vacíos, o el cuidado a un hermano enfermo.

La anorexia empieza un año después de la muerte de su hermano, cuando pudo deprimirse. Las vacaciones de mitad de año fueron el desencadenante, porque no hacía nada, pero tampoco tenía ganas de nada. Solo estar a oscuras a solas. El hermano murió teniendo sobrepeso, *“vivía por la comida”*. Como sabía que iba a morir, comía de todo. Y pareciera que ella se acerca a la muerte comiendo nada, casi vacía.

Siente la presión de los padres por mejorar, mejor dicho, por engordar. No se siente sostenida, ni cuidada por sus padres. Quizá tampoco por mí. Temo no darle de comer (no cuidarla, no amamantarla) lo suficientemente bien. La madre me cuenta que el embarazo de Cielo fue tedioso, porque era muy inquieta y no pudo volver a trabajar, porque Cielo la demandaba en exceso. No aceptaba ningún biberón, *“se atragantaba desde que mamá hasta que comía, estaba a mil por hora, solo quería pecho, lloraba y lloraba”*. Me cuenta que cuando muere su hermano, Cielo empieza a sentir mucha hambre de dulces que, al año, deviene en una restricción alimentaria.

Luego de unos meses de tratamiento, aparecen los atracones y una voracidad por comer a escondidas, por comer a pesar de sentirse físicamente llena. *“Es un hambre mental”*, responde, que lo llena *“de calorías vacías”*, refiriéndose a lo que ingiere y no la nutre y, por eso, necesita seguir comiendo. Este funcionamiento contradictorio no solo se da con la comida, también con la madre y el padre. A veces prefiere estar sola, los trata mal y rechaza, pero también necesita y busca estar con ellos. Me pregunto si conmigo también funciona contradictoriamente. Se molesta conmigo, me entrega su desesperanza, su terror. Me dice que nada funciona, que está empeorando (por los atracones), que tiene miedo de ponerse peor. Sostengo su mundo siniestro, sus miedos. Voy comprendiendo que estos atracones aparecen cuando los padres discuten y la sitúan al medio del conflicto. Cielo es el continente de las ofensas entre ellos. Si quieren criticar al otro, Cielo funciona como receptáculo y portavoz, empleando los mismos reproches cuando se molesta con uno de ellos. Asociamos juntas el deseo de llenarse de comida con el deseo de llenarse de afecto —y quizá ya no solo de pensamientos. Habla de una necesidad de sentirse amada, deseando que alguien la abraze y la quiera. Cielo expresa una necesidad de introyectar sus objetos primarios, de llevar consigo internamente a sus padres. No puede comer sola e, incluso, le gusta comer del mismo plato que sus padres, compartiendo comida y afectos, buscando fusionarse con ellos. Siente una urgencia de comer la comida hecha por la madre, corre a la cocina para comer, como un ser hambriento, lo que la madre cocina. Se me viene a la mente la imagen de un mendigo recogiendo comida de los desechos. Abre la refrigeradora, mete las manos dentro de la bolsa de comida que sobró. Lo ingiere frío y con las manos. Desesperada. Otra imagen: el cuadro de Goya, Saturno devorando a su hijo. Cielo devorando a su madre. *“Necesitaba de ella, quería echarme con ella, hablar con ella a solas, pero ella estaba ocupada, no podía”*, asocia cuando me habla sobre su voracidad al no poder estar físicamente al lado de la madre. La avidez de introyectar a la madre. De ser una con ella.

Rosenfeld sobre el caso de la paciente con anorexia y bulimia describe a una madre que me recuerda, en parte, a los padres de Cielo. Digo, en parte, por dos motivos. Primero, porque, desde lo real, como familia han vivido una situación traumática de perder a un hijo/hermano en un contexto de precariedad y años de sufrimiento. Segundo, porque, principalmente, la madre hace el intento de comprender lo que sucede con su hija, sin embargo, aparece ese “verdadero yo” del que nos habla Cielo cuando se molestan con ella, porque le angustia comer. Esa molestia y frustración que sintió la madre cuando no pudo volver a trabajar después del parto, porque Cielo necesitaba de ella. O el poco interés del padre en sus primeros años por estar más enfocado en su carrera profesional como futbolista. La madre de la paciente de Rosenfeld parecía distante de la situación de urgencia y peligro que le transmitía. Del mismo modo que evitó contactar con las fantasías de suicidio y el riesgo que corría su hija, tampoco pudo contactar con las emociones, dolor, pesadillas o terrores durante la infancia de su hija. Aquella madre era incapaz de meterse en la mente de su hija para comprender sus emociones. No puedo no pensar en los padres de Cielo. Critican los cuerpos muy delgados o muy grandes, nada les parece suficiente, hacen burlas y humillaciones, compran mucha comida chatarra, haciendo que Cielo se angustie por la comida, se molestan y la culpan por abandonar ciertos hábitos alimentarios, por tener que “gastar” en su salud. Vengo realizando un trabajo muy próximo con los padres. Uno de los objetivos fue que entren a su espacio terapéutico. El padre se muestra evasivo en las sesiones conmigo o con su terapeuta, pero intenta ir. Puede presentarse muy contradictorio: o prefiere no ir o monopoliza toda la sesión, manifestando que nadie se preocupa por él.

## Conclusiones

Parte del interés que tengo por estos casos es por seguir comprendiendo de qué maneras los primeros tiempos del vínculo bebé-ambiente, y la resignificación de los traumas en los años posteriores por eventos disruptivos, impactan en la constitución psíquica del sujeto y en su proceso de integración. No se trata de caer en un pragmatismo ideal, recetando parentalidades ideales, sino de pensar en cómo esas condiciones ambientales afectaron la vida psíquica del ser naciente, y de qué formas, desde nuestro rol, podemos prevenir y tratar, según la organización del paciente, estos riesgos psíquicos en etapas muy arcaicas que afectan la estructura narcisista.

Los casos de Mariana y Cielo nos remiten a psiquismos adolescentes que continúan estructurándose, pero que han vivido traumas primarios —relacionados a los fallos y carencia en la asistencia y cuidados tempranos que provee el ambiente—, que se han ido resignificando con traumas posteriores —como un abuso sexual o la muerte de un hermano.

Podemos pensar que estos aparatos psíquicos van construyéndose dentro una patología no neurótica. Nos encontramos frente a problemáticas narcisistas de origen, donde las representaciones y el pensamiento quedan arrasados, evidenciando una falta en la estructura *yoica* y en su capacidad para relacionarse con el ambiente (Winnicott, 1991). Ante la ausencia de representaciones y frente a un dolor que imposibilita pensar, la forma de tramitar el displacer, será a partir del pasaje al acto y estas formas tan clivadas de funcionar.

Por un lado, Mariana muestra un comportamiento escindido al organizar su pensamiento, un funcionamiento de polos en sus conductas, de afectos extremos. O cae en una depresión de vacío o desmiente la realidad traumática, escindiendo al *yo* y rechazando la depresión, intentando no desorganizarse, fragmentarse o desintegrarse. Un psique-soma que acumulan excesos. Todo este sufrimiento, al desbordarse, se transforma en pasajes al acto: cortes, intentos de suicidio, y consumo de marihuana.

Ella misma lo dice, consume para aliviarse, pero no deja de ser un encuentro con la muerte. El consumo de droga es “una tentativa ineficaz de autocuración de sentimientos impensables” (Hachet, 2014) y Janin (2009), en su libro *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes*, desarrolla cómo el cuerpo adolescente es el lugar donde se inscriben o se silencian vivencias complejas de metabolizar, buscando “representar” lo que no puede hablarse. Así, el cuerpo termina siendo territorio de manifestaciones dolorosas. Un cuerpo abusado y poco sostenido que exhibe, sin culpa y con orgullo, cortes y tatuajes de gran significancia. Un cuerpo que muestra los golpes psíquicos recibidos. Un lugar de recreación. Una apropiación del cuerpo. Pero también un territorio sin pensamiento. Una superficie vacía y desconocida.

En Cielo también vemos un funcionamiento escindido, un *yo* débil y sufrimientos narcisistas que nos hace pensar en raíces más profundas que lo edípico (Balint, 1982), con actuaciones, control y voracidad, vínculos simbióticos, angustias de desintegración, defensas relacionadas a la escisión y un miedo al derrumbe que demuestran el fracaso de las defensas más primitivas (Winnicott, 2006). Este *yo* medianamente armado que construyó Cielo, creó un falso *self* que pudo adaptarse, de manera muy sobre-exigente, y tolerar las situaciones traumáticas que vivió, escindiéndose de su verdadero *self* y dejándolo oculto para protegerlo. Se constituye como una defensa contra lo impensable, contra el abuso hacia el verdadero *self*, buscando arrasarlo (Winnicott, 2007, pp. 189-191) ¿Cómo sostiene una madre a su hija teniendo un hijo que va enfermándose y acercándose a la muerte? ¿Cómo son sus cuidados maternos con el dolor, la angustia y la soledad atravesadas? Green (2008) sobre la función paterna, expresa que la locura materna normal necesita incluir al padre, porque representa la intercesión, los límites y el continente para las angustias de la madre, garantizando la transformación hacia la separación de la madre y el hijo. La ausencia emocional hace su recorrido en la familia. Un padre atrapado en su mundo interno con sus anhelos frustrados.

Una madre que no se siente apoyada con un hijo enfermo y una hija que nace poco sostenida, detrás de la sombra del hermano enfermo. Unos padres aterrados, presionando a la hija para que coma y sobreviva.

Si el encuentro entre el sujeto y objeto ha sido traumático, por exceso o defecto, el bebé deslibidiniza al objeto primario. Desinvieste la representación interna de la madre, y aparecen fallos en la construcción del preconscious, en la constitución e integración del yo, creando un cuerpo y un psiquismo fragmentados. El desinvestimiento libidinal del cuerpo, así como la escisión, son formas de pulsión de muerte por ser contrarias a la acción integradora de Eros (Green, 2008, pp. 109-110). El cuerpo va perdiendo valor, se le agrede y no es cuidado. ¿El cuerpo de Cielo o Mariana habrá sido un cuerpo investido libidinalmente desde sus inicios, erogenizado y cuidado por la madre?

Recordemos que la transferencia entre paciente-terapeuta es una forma de acercarnos a la relación infante-madre, y donde se repiten los vínculos con los objetos primarios. En ese sentido, podemos darnos una idea de las angustias y afectos tempranos de Cielo y Mariana en relación con cómo sintieron y vivieron el vínculo con sus objetos.

Surgen angustias primitivas: de aniquilación, fragmentación, de muerte. Para Winnicott, la escisión se relaciona con una destrucción más semejante a las agonías impensables. Es el ambiente el que debería servir como continente de estos estados desintegrados para que la escisión no produzca una amputación del yo (Green, 2008) La imagen corporal queda desintegrada por los fallos en la constitución de la célula narcisística y en la continuidad del sostén, del *rêverie* materno. Junto con otras experiencias ambientales imposibles de representar, el trauma primario se va asentando en el psiquismo del niño. Si el continente no funciona para recibir las demandas, proyecciones y angustias de bebé, las proyecciones no pensadas ni metabolizadas retornan como un terror sin nombre (Bion, 1962) a dismantelar el mundo psíquico del sujeto. Este miedo escalofriante es el que trae Mariana y Cielo a las sesiones.

Sus ambientes no pudieron sostener sus terrores ni significarlos, devolviéndoselos con una angustia multiplicada. Mariana y Cielo entran en una espiral de desesperanza y desesperación. Las veo desestructurarse, quebrarse, cada una a su forma, por el miedo y la tristeza. El dolor, el miedo y el vacío son insoportables. Los fallos del holding muestran cómo la continuidad existencial de ambas se ve interrumpida sin poder instaurar bases sólidas para la constitución del yo. Tantos obstáculos y vivencias traumáticas producen la amenaza de aniquilamiento. Estos fracasos maternos no son vividos como fallos, sino como amenazas a la auto-existencia personal (Winnicott, 1999, pp. 401-402)

La anorexia y los atracones en Cielo, así como los cortes y el intento de suicidio de Mariana, son una cantidad pulsional de lo que no puede elaborarse internamente y buscan calmar el terror sin nombre (Bion, 1962), el estado agónico y de desamparo (Roussillon, 2012), el miedo al derrumbe (Winnicott, 2006). En ese sentido, podemos verlos como defensas ante estas angustias de aniquilamiento o de desestructuración. La tristeza, el vacío, la rabia, la culpa, al no poder ser representados, se actúan en el cuerpo como descargas desprovistas de valor simbólico. Con los casos de Mariana y Cielo, nos encontramos frente a un aparato psíquico con fallos en la simbolización, en los procesos de ligazón y pensamiento, debido al fracaso en el cuidado en los primeros años de vida y a las experiencias traumáticas posteriores que resignificaron el primer y más arcaico evento traumático: la incapacidad — por exceso o defecto— del ambiente para ponerse en el lugar del bebé y darse cuenta de que lo que necesita es el sostén y el cuidado corporal. En estos años, dice Winnicott, el amor solo puede demostrarse a través del cuidado del cuerpo, un territorio tan marcado y significado en Mariana y Cielo, inscribiendo, a través de la comida, los cortes o ingesta de sustancias, ese dolor psíquico tan difícil de nombrar. Como terapeutas, tenemos que tener la capacidad de escuchar y pensar, primero como ser humano, y luego psicoanalíticamente, tomando en cuenta nuestras emociones y preguntando antes que interpretar, como diría, David Rosenfeld, “y solo cuando entiendo, hago una interpretación, con sutileza, afecto y poca insistencia”.

## Bibliografía

- Balint, M. (1982). La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Paidós
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking, International Journal of Psycho-Analysis, v. 43. Reimpreso en Second Thoughts (1967).
- Chabert, C. (2000). Los funcionamientos fronterizos: ¿Qué fronteras? En Jacques A. (Dir.), Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis? Nueva Visión
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. Obras Completas (Tomo XIV). Amorrortu Ediciones
- Freud, S. (1933). La feminidad. Obras Completas (Tomo XXII). Amorrortu Ediciones
- Green, A. (2008). De locuras privadas (2.ª Ed.). Amorrortu
- Hachet, P. (2014). Ces ados qui fument des joints. Eres.
- Janin, B. y Kahansky, E. (2009). Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes. Noveduc
- Rosenfeld, D. (2011). El alma, la mente y el psicoanalista. Radios.
- Roussillon, R. (2012) Agonie, Clivage et symbolisation. Presses Universitaires de France.
- Tustin, F. (1997). Anorexia nerviosa en una adolescente. En Barreras autistas en pacientes neuróticos. Amorrortu Ediciones
- Winnicott, D. (1991). Depravación y Delincuencia. Paidós.
- Winnicott, D. (1999). Escritos de pediatría y psicoanálisis (1.ª Ed.). Paidós
- Winnicott, D. (2006). Exploraciones psicoanalíticas I. (4.ª reimpresión). Paidós
- Winnicott, D. (2007) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. (5.ª reimpresión). Paidós

visítanos en:

[www.centrok.mx](http://www.centrok.mx)

anúnciate con nosotros



**APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EL TERAPEUTA  
SUFICIENTEMENTE BUENO**

Alejandro Luque Hernández<sup>1</sup>



**... y de  
pronto  
despertó.  
El nene  
estaba  
allí, en un  
inmenso  
mar de  
vacío.**

EXPERIENCIAS EN LA CLÍNICA

## Resumen

El apego se refiere al vínculo del infante con sus figuras parentales, a sus características y a las consecuencias en la infancia y en el resto de la vida del sujeto; es decisivo en la regulación emocional, en la mentalización y en el ingreso a la subjetividad, y moldea el estilo relacional de la persona. El apego de la infancia se manifiesta especialmente en las relaciones interpersonales y sobre todo en los momentos de crisis. En este contexto, será en las primeras sesiones en que se identificaran sus secuelas en el paciente. Una vez identificado, Winnicott con su propuesta de "madre suficientemente buena" nos da la pauta para el acto de reparación. Un terapeuta suficientemente bueno actúa en la imperfección, leyendo e identificándose con las necesidades de su paciente, respondiendo espontáneamente a sus gestos y necesidades dentro del espacio analítico. El terapeuta suficientemente bueno es esa madre sustituta que con su actuar se convierte en el facilitador o inhibidor de la restauración mental y emocional del paciente. El fin del análisis es un acto de separación que forma parte de un tratamiento suficientemente bueno. En el presente artículo se revisa la literatura, se exponen casos y se plantea una ruta terapéutica para el apego inseguro.

**Palabras clave:** Bowlby; Winnicott, apego seguro; apego inseguro; madre suficientemente buena, terapeuta suficientemente bueno, preocupación terapéutica primaria.

## Abstract

Attachment refers to the bond of the infant with its parental figures, to the characteristics of said bond and its consequences in childhood and in the rest of the subject's life; it is decisive in emotional regulation, mentalization and entry into subjectivity and shapes the person's relational style. Childhood attachment is manifested especially in interpersonal relationships and especially in moments of crisis. In this context, it will be in the first sessions that its sequelae will be identified in the patient. Once identified, Winnicott with his proposal of "good-enough mother" gives us the guideline for the reparation act. A good-enough therapist acts in imperfection, reading and identifying his patient's needs, responding spontaneously to his gestures and needs within the analytic space. The good-enough therapist is that surrogate mother and with her actions becomes the facilitator or inhibitor of the mental and emotional restoration of the patient. The end of analysis is an act of separation that is part of a good-enough treatment. In the present article I will review the literature, expose clinic cases and I propose a therapeutic route for insecure attachment.

**Keywords:** Bowlby; Winnicott; secure attachment; insecure attachment; good enough mother, primary therapeutic concern.

### Cómo citar:

Luque Hernández, Alejandro. (2023, enero). Apego en la práctica clínica. El terapeuta suficientemente bueno. *VérticeK*, 1(2), 35-49.

[1] Médico internista, Psicoterapeuta, Centro K, Psicotraumatólogo y Psicosomatólogo. CDMX. México. luqueha@hotmail.com

*“Imaginemos a un pequeño o pequeña que al estar jugando con sus amigos se lastima.*

*Su brazo le duele y va corriendo con su padre. Éste le mira cariñosamente a los ojos, con angustia proporcionada y sin reclamos.*

*Le dice: <se que te duele, ven, te voy a curar>. Mientras el pequeño siente dolor y miedo lo abraza en su regazo. Pronto se levantará y saldrá nuevamente a jugar”*

*Apego seguro - autónomo*

*“El papel del terapeuta es análogo al de una madre*

*que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo”*

*J. Bowlby*

## Introducción

El apego se refiere al vínculo del infante con sus figuras parentales, a las características que tiene y a sus consecuencias en la infancia y en el resto de la vida del sujeto. Es decisivo en la regulación emocional, en la mentalización e ingreso a la subjetividad y moldea el estilo relacional de la persona. El apego se hará presente en el resto de la vida del sujeto y será visible especialmente en las relaciones interpersonales y ante todo en los momentos de pérdida de objeto y crisis.

La teoría del apego nace en el seno del Psicoanálisis Británico de mediados del siglo XX. Su figura paterna es John Bowlby, quien lo defendió con el alma de la crítica por la ortodoxia psicoanalítica de la época. Fue acogida posteriormente por dos figuras maternas, Mary Salter Ainsworth y Mary Main quienes le sumaron desde la Psicología Relacional.

Propongo que revisemos juntos el tema con la siguiente estructura. En primer lugar, familiarizarnos, con relativa profundidad, con la construcción de la teoría desde su origen y así comprender los principales términos. En un segundo paso, las premisas más destacadas y la neurobiología. En un tercer momento, expondré tres casos clínicos que coinciden con las modalidades de apego inseguro evitativo/negador, apego inseguro ambivalente/preocupado y apego inseguro/desorganizado. Finalmente, propondré su abordaje clínico de la mano de Donald Winnicott.

## El nacimiento teórico

John Bowlby nació en Londres en 1907 dentro de una familia patriarcal característica de la época. Antes de formarse como médico trabajó con adolescentes que sufrían dentro de familias conflictivas. Estos dos motivos fueron determinantes en el direccionamiento a futuro de su pensamiento y producción científica. Como psicoanalista se formó dentro de la Sociedad Británica de Psicoanálisis en la década de los 30 del pasado siglo. Se analizó con Joan Rivière y tuvo supervisiones con Melanie Klein.

Inició el camino hacia la teoría del apego de la mano de James Robertson, asistente social de infantes desasistidos. Juntos estudiaron y publicaron sus hallazgos antes de 1960 sobre los efectos en la conducta, posteriores a la separación prematura y sostenida de los niños de sus hogares y que se ven instalados en ambientes externos. Bowlby argumentó que los fenómenos que observaban en la separación madre-infante eran universales, innatos y ligados a la filogénesis. En 1958 presentó ante la Sociedad Británica el primero de tres trabajos dedicados al tema: *La naturaleza del vínculo entre el niño y su madre*; le seguirían: *Angustia de separación y Tristeza y duelo en la infancia*. Posterior a las publicaciones, la crítica por la ortodoxia psicoanalítica no se hizo esperar y Bowlby entabló un intenso debate, sufriendo de críticas por Anna Freud, Max Schur, Melanie Klein y Spitz. Bowlby decidió abandonar alrededor de 1960 esta controversia para seguir su camino.

Su teoría inicial se sintetiza de la siguiente forma: desde el inicio el niño desarrollará un vínculo intenso con una única persona. La separación de esta pondrá en marcha una reacción afectiva observable a través de la conducta. Esta reacción sigue un patrón constante, el cual consta de tres fases que serán progresivas conforme la separación continúa.

En un primer momento, existirá protesta para dar paso en el tiempo a la desesperación y desesperanza. Si la separación continúa, finalmente habrá desapego. Esto pone de manifiesto que el apego es una necesidad primaria y se mantiene durante toda la vida del sujeto.

Se activará en los momentos de amenaza de pérdida o pérdida real de los objetos. Las conductas de apego tienen como finalidad la supervivencia a través de mantener en la proximidad a la figura de apego.

Freud expuso la importancia de la angustia como señal —“Teoría de la angustia señal” — en su escrito de 1926, *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926). En este escrito establece las consecuencias para el psiquismo por la pérdida del Objeto. Concluye que el sujeto se siente amenazado por diferentes tipos de pérdidas (y no únicamente por la angustia de castración), cambiando su concepción sobre la angustia, concibiéndola a partir de este momento como una señal emitida por el *yo* frente a la amenaza de pérdida. Bowlby toma de Esquema de psicoanálisis (Freud, 1938) y citando a Freud nos dice:

*"advierte con toda claridad que la ansiedad es la reacción producida ante el peligro de la pérdida del objeto, el duelo es la respuesta producida ante la pérdida real de aquel, y las defensas protegen al yo contra demandas instintivas que amenazan con eliminarlo y que pueden producirse en ausencia del Objeto". (Bowlby, 1985)*

John Bowlby paulatinamente irá abriéndose a otros paradigmas —etología, teoría de sistemas, teoría del control, desarrollos biológicos— y con esto integrará su concepto fundamental: “Los modelos operantes internos”. En este modelo se pone de manifiesto que los mecanismos de defensa y la respuesta al conflicto son modelos de representación del *self* y de los otros sujetos. Estos modelos de representación se han ido construyendo a lo largo de la vida de forma inconsciente. La personalidad, la forma de ver el mundo, de sí mismo y del ambiente, estarán constituidos por el efecto sumatorio de estos modelos operativos internos. El mecanismo regulatorio será la homeostasis.

Mary S. Ainsworth dará continuidad al trabajo de Bowlby. Ambos trabajaron en el Instituto Tavistok de Relaciones Humanas entre 1945 y 1954. Desarrolló un instrumento de observación denominado “*situación extraña*” (“*strange situation*”) que le permitió estudiar las conductas de apego a través de la observación del comportamiento del niño al situarlo en un ambiente extraño.

Estableció la siguiente hipótesis: los indicios naturales del peligro (ambiente extraño) provocarían el llanto del bebé (protesta) y una recuperación rápida de su interés por los juguetes (conducta exploratoria) al regreso de la madre. Una vez reunidos madre e hijo, *supuestamente* la presencia de esta daría la seguridad suficiente para que el niño volviera a jugar:

Al aplicar el instrumento las cosas no resultaron como la investigadora pensó. Encontró que el 50% de los niños observados tenían este comportamiento *seguro*, 30% de ellos mostraron poco o ningún malestar al ser dejados en el entorno desconocido, es decir, se comportaban *evitativos* y en 20% la angustia era tan intensa que les impedía involucrarse en cualquier situación de exploración o juego incluso estando con la madre; parecían preocupados y no encontraban consuelo; a estos les denominó *ambivalentes*. Al narrar los comportamientos en la *situación extraña* describió las modalidades de apego desde una perspectiva interaccional-relacional. Pronto comprobó que la modalidad de apego que observaba en el niño durante la *situación extraña* se relacionaba directamente con una modalidad de interacción con el niño por parte de los cuidadores en las interacciones, partiendo por el hogar. En 1967, en una de sus publicaciones, escribió:

*"El apego se manifiesta a través de patrones de conducta específicos, pero los patrones en sí mismos no constituyen el apego. El apego es interno, este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas y de intenciones, todos los cuales sirven como una especie de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable". (Ainsworth, 1967).*

El tercer momento en el estudio de la teoría del apego va de la mano de Mary Main, la cual, basándose en los estudios realizados hasta el momento, diseñó un instrumento clínico denominado “Entrevista de Apego del Adulto”. En este instrumento los padres reflejan en forma narrativa sus vivencias y recuerdos en relación con sus propios padres y su historia de la infancia.

El hallazgo fue sorprendente, ya que el modelo de apego de la infancia se replicaba en su totalidad en la vida adulta y más aún, se transmitía a la siguiente generación si no existía alguna intervención. Esta investigadora denominó los estilos de apego y podemos, a partir de esto, relacionarlo con la conducta del adulto como: autónomo/seguro, evitativo/negador, ambivalente/preocupado. Cito a Mary Main: “Los patrones inseguros de apego organizados (evitativo y ambivalente) pueden ser considerados como estrategias para mantener la proximidad con un padre cuya respuesta es inconsistente o limitada” (Main, 2001). Podríamos decir esto de otra forma. Mientras la figura paternal proporcione una **base segura**, el niño podrá dirigir y mantener su atención hacia la exploración del mundo externo; por contrario, los niños con apego evitativo han de desviar o negar la atención de la figura parental y del estrés de la separación y finalmente, los niños con apego ambivalente necesitarán concentrar toda su atención en la figura parental para organizarse, impidiéndoles la fluctuación entre esta figura y la exploración del entorno.

Main y Salomon describieron un tipo más de patrón de apego inseguro, le denominaron desorganizado. En esta modalidad los niños no tienen la capacidad de manejar la angustia ante la separación y no buscan consuelo al regresar la madre. Su conducta es impredecible, desorganizada, contradictoria, acercándose y evitando a la madre. Muestran falta de estrategias para satisfacer sus necesidades de consuelo y seguridad. Se manifiesta una angustia intensa y se expresa con llanto, golpes y tirándose al suelo para lograr contacto con la madre. Relacionaron este patrón de apego con madres deprimidas con historia de trauma, que maltrataban o eran negligentes con el infante.

### Algunas puntualizaciones

Entendemos entonces al apego como una teoría dinámica y estructurada con bases biológicas, emocionales, cognitivas, conductuales y socio-culturales, con procesos que mantienen y regulan en la infancia el cuidado, los primeros aprendizajes, la orientación, el desarrollo sensoriomotor, la regulación emocional y la mentalización. El objetivo real es la supervivencia física y psíquica del sujeto a través de la seguridad del vínculo para el conocimiento exploratorio del mundo externo e interno, manteniendo un grado de proximidad razonable con la o las figuras primarias que ejerzan la función parental. El éxito en la interacción será determinado por la sensibilidad de la figura parental ante las señales del bebé y en la sincronización de las intervenciones ante estas señales, lo cual proporcionará una “base segura” que le animará a la exploración.

La conducta de apego se desarrolla en diferentes fases cronológicas, que coinciden con el desarrollo y maduración del sistema nervioso —y por ende del psiquismo— del infante. La primera fase de “pre-apego” ocurrirá los primeros dos meses, y está caracterizada por señales reflejas, sensoriales y perceptivas tales como la mirada, la sonrisa y el llanto. La segunda fase de “formación del apego” sucede de los dos a los seis meses y en ella se pueden diferenciar las personas familiares de las desconocidas, iniciando la interacción social con el cuidador primario. De los seis meses a los tres años se consolida el vínculo afectivo, el sistema afiliativo, exploratorio, y el sistema del miedo; el reto será la exploración y la seguridad. A partir de los tres años y el resto de la vida se formarán las relaciones recíprocas. La conducta de apego no es privativa de la infancia, sino que se manifiesta toda la vida potenciándose en situaciones de inseguridad.



### La primera impresión

*“Nuestro papel [como psicoterapeutas] consiste en propiciar que el paciente desarrolle pensamientos que sus padres le han prohibido o disuadido de pensar, que experimente sentimientos que sus padres le han prohibido o disuadido experimentar y que sopesa acciones que sus padres le han prohibido contemplar”*  
J. Bowlby

Los conflictos que motivan a los pacientes a acudir a consulta traen de la mano capacidades no integradas o infra desarrolladas para sentir, pensar y relacionarse con los demás y con ellos mismos. Sólo lo integrado disfrutará de un camino de maduración sana. Coincido con David J. Wallin (2012) en el sentido de la utilidad que tiene considerar al paciente en función de la experiencia emocional o estado anímico dominante en las sesiones, como una vía regia hacia las características del apego que tuvo en la infancia.

Cierto es que la complejidad de lo que he expuesto hasta ahora nos dificulta captar y “etiquetar” a un paciente como seguro, negador, preocupado o desorganizado/irresoluto de forma precisa y contundente. A lo largo del tiempo y de la terapia, los pacientes pueden mostrar múltiples modelos de apego y cierto es que estarán también influenciados por el contexto de ese momento. El patrón individual de apego debe valorarse como la dominancia relativa tanto de la evitación en la relación con el terapeuta como del nivel de ansiedad con la que se presenta el paciente.

Como ejemplificaré en los siguientes casos, las primeras sesiones y principalmente los primeros momentos del contacto y junto con esto los momentos de crisis, nos darán la información clave y la mejor impresión del tipo predominante de apego que a su vez nos hará suponer el patrón de apego que tuvo en la infancia.

### Caso uno.

*“Todo está bien, me siento tranquilo”*

Marco tiene 23 años. Acude a su primera sesión de terapia por un conflicto con su pareja. La describe como una persona lejana, sumergida en sus conflictos personales y de familia, lo que le ocasiona enojo y está decidido a terminar la relación: *“me siento bien, estoy tranquilo, pero ya no quiero estar con ella, no permitiré que me lastime”*. Al invitarle a que me hable de su familia me responde: *“todo bien gracias, tuve unos buenos padres, no tengo ningún recuerdo desagradable de mi infancia, sino todo lo contrario.”* Su padre es militar retirado; lo define como alguien disciplinado y responsable. Su madre es enfermera militar, y él la recuerda siempre dedicada al trabajo. A los seis meses de iniciadas sus sesiones, me solicitó vernos de manera intermitente, ya que: *“todo estaba bien y se sentía muy tranquilo”*. Mi contratransferencia era de distancia emocional, falta de conexión y deseos de evitar las sesiones. El esfuerzo terapéutico radicó en no caer en la negación de las experiencias emocionales, a pesar del discurso inflexible y repetitivo. Marco es un ejemplo del que fue un niño evitador, ahora un adulto negador.

El niño evitador tiende a ser rígido y carece de los recursos que caracterizan a los niños con apego seguro. Ante la situación extraña se centra en la exploración e interés

por los objetos, hasta excluir casi por completo la conducta de apego hacia la madre. A los doce meses se encuentran conductas de evitación ante la figura parental, probablemente en respuesta al rechazo recibido por esta figura en las peticiones primarias de contacto emocional y físico, o bien ante la actitud controladora e intrusiva de esta. A pesar de esta conducta evitativa, Sroufe y Waters (1977) demostraron que las respuestas fisiológicas indicaban la presencia de angustia, es decir, los niños aprendieron a reprimir la expresión emocional asociada con la separación y el apego. A los seis años el infante es capaz de poner nombre a la tristeza experimentada por niños que se le enseñaban en fotografías, pero no es capaz de poner una solución a la crisis observada. Su conversación en ese momento se tornaba titubeante e impersonal, al igual que el contenido del discurso sobre los temas abordados.

Los padres de estos niños, en la Entrevista Apego del Adulto (AAI por sus siglas en inglés) son clasificados como negadores, al minimizar la importancia e influencia del vínculo de apego. Estos padres muestran falta de recuerdos sobre las experiencias infantiles y ponen de manifiesto idealización de las figuras parentales, describiéndolos como “fueron padres excelentes” o “fueron muy buenos padres” lo cual suele ser discordante al analizar sus historias de vida.

Los niños evitativos en la edad adulta son negadores —de ahí el tipo de apego evitativo/negador— de la experiencia emocional propia y de los hijos. Justifican el aislamiento emocional explicando que el rechazo, la desatención o la ira de sus propios padres era una escuela dura pero buena, ya que potenciaba la autosuficiencia y la determinación. Estas personas construyen un mundo representacional rígido y regido por reglas que reflejan la necesidad imperiosa de sentirse fuertes, autosuficientes e independientes. El diálogo habitualmente excluye las necesidades de contacto físico, emocional, de consuelo y conexión ante la amenaza o el dolor. La finalidad de las estrategias evitativas/negadoras es la defensa.

### Caso dos .

*"El agobio me asfixia"*

Mari tiene 35 años, acude a terapia por sentir angustia desmedida tras el término de una relación de pareja. Esta angustia le ha llevado a comer de forma compulsiva y en otras ocasiones a inducirse el vómito: *“no puedo estar sin ella, no sé qué hacer”* dice mientras llora profusamente y se pellizca el brazo desmesuradamente. Sus padres se divorciaron cuando Mari tenía 25 años. El padre es médico y siempre ha estado embebido desde la infancia de Mari en sus actividades profesionales. Su madre con angustia y ataques de pánico: *“no me deja salir de casa, tiene miedo de que me vaya a pasar algo por salir a la tienda”*. Mi contratransferencia era de angustia, con fantasías de que algo malo le podría suceder por el vómito que se inducía. Tenía fantasías de que no volvería a la siguiente sesión, que alternaban con episodios de hartazgo al sentirle en ocasiones intrusiva. El reto terapéutico fue contener las verdaderas crisis de llanto y angustia que Mari presentaba ante la pérdida de los objetos. Padece de angustia desmedida cuando existía alguna cancelación de las sesiones por circunstancias externas. Mari es un caso del que fue un niño con apego ambivalente/ansioso, ahora un adulto preocupado.

En los niños ambivalentes la estrategia utilizada es la hiperactivadora; existe infrarregulación de la experiencia emocional —a diferencia de los pacientes evitativos/negadores—. Los niños ambivalentes no se centran en la exploración del medio ni en los juguetes, sino únicamente en la figura parental. El comportamiento observado puede ser de dependencia extrema y resistentes, o bien pasivos e indefensos, en ambos casos difíciles de apaciguar. Estos niños muestran la ansiedad sostenida por la localización de la figura parental y parecen abrumados al explorar. Las figuras parentales suelen ser imprevisibles en su receptividad y evitan las experiencias por su extrema ansiedad. Esta

respuesta contribuye a afianzar la atención irregular del niño hacia la figura parental y detiene la conducta exploratoria. El niño ambivalente de seis años alterna entre las expresiones desreguladas de necesidad e ira. Al enseñarle fotografías de familias, se intranquilizan, miran con inquietud e incluso se lastiman.

Los padres de estos niños están profundamente angustiados y absortos por sus preocupaciones excesivas, confusas y en ocasiones de forma pasiva. Al aplicar la AAI la angustia intensa les compromete en la exploración de sus propias historias de apego. Las emociones del pasado merman su capacidad de recuerdo y reflexión de forma coherente con el momento actual. El comportamiento de tales padres entorpece la autonomía del hijo por miedos profundos al abandono y a la indefensión, que son grandes generadores de ansiedad. La ira, pasividad y miedo intenso por las experiencias del pasado y los apegos actuales socavan la capacidad de entablar un discurso colaborativo. Estos padres utilizan estrategias de comunicación confusas, generando relatos difíciles de seguir, largos, agobiantes, ajenos e irrelevantes.

El agobio extremo es contrario a la autonomía de los hijos. Estos padres se muestran extremadamente vulnerables a los sentimientos de angustia de sus hijos y parecen incapaces de gestionarlos (Main, 2000). Se convierten en figuras de apego impredecibles, más receptivas en unos encuentros, en otros inaccesibles o intrusivas. Provocan preocupación-angustia en sus hijos, que tienen la esperanza de la proximidad y el miedo a su pérdida. Generan un yo angustiado en interacción con otro impredecible. Estos padres tienen comprometida la capacidad de percibir con precisión las señales del niño, particularmente de seguridad y alivio.

### Caso tres.

*"Me preocupas más tu"*

Ney tiene 22 años y acude a consulta enojado y angustiado. Manifiesta estar cansado de cuidar de todo el mundo, incluyendo a su madre, a la cual apoya económicamente y acompaña cuando esta se encuentra en crisis. Le es imposible entablar comunicación con ella debido a que la angustia y el miedo le invaden. Su padre se marchó de casa cuando él nació; su madre se dedicó al trabajo. Le recuerda como siempre angustiada y con episodios de enojo desmedido, gritos, golpes y amenazas hacia él. Tiene sensaciones en el cuerpo y pensamientos de haber sido abusado y; sin embargo, parece no tenerlos conscientes o bien tener pocos recuerdos. Tuvo buen rendimiento académico y menciona haber sido un niño tímido, reservado y temeroso. En la escuela le acosaban frecuentemente: *"soy un cobarde, debí haberme defendido"*. Paulatinamente, se ha ido llenando de vergüenza por el odio que tiene hacia ellos. Ney tiene sensación de vacío, dice no lograr disfrutar nada de su vida y no sentirse seguro en ninguna parte: *"siempre tengo la sensación de que algo saldrá mal"*. Manifiesta episodios de enojo desmedido y conductas violentas en sus relaciones de pareja. Contratransferencialmente me sentía temeroso a su enojo. Me invadía la angustia por el discurso en las sesiones, que era caótico y repetitivo. Le sentía impredecible en la respuesta a mis intervenciones. Tenía frecuentemente pensamientos de ayuda desmedida. Ney es una persona con apego desorganizado.

Los niños desorganizados muestran en la situación extraña conductas inexplicables, conflictivas y con alto grado de disociación. Estas reacciones acontecen por una figura parental que resulta aterradora para el niño, ya sea por la disociación que hay en ella, la angustia desmedida, el caos o la violencia.

**...trató de unir sus partes...**

**por temor, por error.**



**¿Y si volvemos a adherirnos?**

Estas conductas reflejan el fracaso de la estrategia de apego seguro del bebé; cuando éste se siente en peligro, se enfrenta con la paradoja sin solución de que el refugio que tendría que ser seguro, es la fuente del peligro, del caos y de la alarma. A los seis años son inexplicablemente temerosos e incapaces de hacer algo por solventar el miedo (Kaplan, 1987). Cuando se les muestran fotos de separación, guardan silencio con una perturbación desmedida que les impide responder, imaginan escenarios catastróficos o bien muestran un grado importante de desorganización del pensamiento, lenguaje y conducta.

Un hallazgo importante es que en estos niños clasificados como desorganizados, a los seis años, utilizan una estrategia conductual completamente nueva a lo visto anteriormente. Todos ellos ahora hacen un esfuerzo sistemático por controlar a sus padres, con inversión de roles y actitudes controladoras, llegando incluso a ser agresivos y punitivos. Estos niños asumen el papel parental con el fin de mantener próximos a sus padres y de hacer frente a la amenaza que estos representan (Hesse y Main, 2000).

Al examinar la historia de los padres de los niños desorganizados habían experimentado traumas o pérdidas en la infancia que no se habían resuelto, es decir, lo decisivo no es la experiencia, la crisis o el problema, sino que no se había integrado o comprendido esa experiencia. Dicho de otra forma, no era la historia de pérdida o trauma de los padres lo que desorganizaba el apego hacia los hijos, sino la falta de resolución de esa situación.

En la AAI, la falta de solución de la experiencia se aprecia en la dificultad de la figura parental de recordar o de dar sentido a acontecimientos traumáticos como muertes, abusos, negligencia o maltrato físico. Las experiencias no se encontraban integradas en la narrativa ni existía capacidad de reflexionar sobre estas.

Su discurso estaba repleto de lapsus y emociones desreguladas al comentar los acontecimientos. Se clasificó a estos adultos como irresolutos (de ahí nombre apego desorganizado/irresoluto). A través de estos discursos, episodios de disociación, estados anímicos abrumadores y caóticos, generan terror en los hijos. Estos actos son desencadenados por diferentes situaciones internas y externas a la figura parental, siendo una de ellas los llantos de los hijos, los berrinches o emociones no reguladas.

La rabia desregulada de las figuras parentales expresada en el abuso y sus múltiples caras es devastadora y causa estragos en las respuestas biológicas, en la experiencia y regulación de las emociones, en el proceso de mentalización y conducta; usualmente lleva a problemas serios en las capacidades de establecer relaciones interpersonales sanas. La base segura se percibe como insegura, se alejan y posteriormente recurren a la figura de apego que es la causa del peligro y a la vez el único refugio. Los niños considerarán que son la causa del miedo, el alejamiento, la violencia y la disociación de los padres. El carácter abrumador de estas experiencias les disocia y condena a la no integración en la narrativa.

### **El apego es seguro tan solo si es suficientemente bueno**


A pesar de que las propuestas de Winnicott y Bowlby son lejanas en términos, se puede vislumbrar un camino en común. Revisemos los conceptos que participan en la construcción de una “madre suficientemente buena”, aquella no perfecta que es capaz de identificarse con las necesidades de su hijo, que es capaz de responder a los gestos espontáneos y necesidades sin sustituirlos por las propias. Los padres o sus figuras sustitutas son los facilitadores (o inhibidores) del sano desarrollo mental y particularmente emocional de los niños en sus primeros años de vida. Esto se constituye desde la más temprana relación con la madre (o sustituto) para enriquecerse paulatinamente en las futuras relaciones.

Winnicott decía que “no existe bebé sin su madre ni hay madre capaz de cumplir con todos los requerimientos del bebé en sus primeras etapas, si no hay un padre o tercero que haga la función de contener a esa madre” (Winnicott, 1965). Los padres deben estar dispuestos a contener las respuestas emocionales, particularmente la angustia y las regresiones de los hijos. El ambiente debe proveer al niño de las mínimas condiciones de estabilidad y continuidad para que pueda suceder su crecimiento y desarrollo físico y mental-emocional. El primer objeto introyectado será la madre y esta deberá cumplir con ciertas tareas, y con disposiciones mentales específicas para favorecer el sano desarrollo. De cumplirlas suficientemente bien le permitirá al bebé subjetivarse, habitar el cuerpo físico, conocerse, reconocerse, reconocer a la madre y a los objetos que paulatinamente le serán presentados.

El *holding* corresponde a la primera de estas funciones, es la capacidad de sostener emocionalmente al bebé, en cualquier estado y momento, es decir, sus angustias, enojo y llanto, para devolverlo de una forma más tolerable. De lograrse, el niño sobrevivirá mentalmente a la intensidad de lo vivido. La madre deberá contar con una *preocupación maternal primaria* consistente en ser sensible y receptiva para captar las experiencias “negativas” y poco confortables de su bebé. Cuando la madre no cumple con la función, aparece la angustia impensable. El *handling* es la segunda función y se refiere a dar el soporte y cuidado real y concreto que el niño necesita. Consistirá en mirarlo, tocarlo, acariciarlo, limpiarlo, hablarle y comunicarle que es objeto de su amor. De cumplirse, el niño personalizará su cuerpo, es decir, se habitará a sí mismo. Existirán, por tanto, aquellos niños que desarrollan la capacidad de autoconfianza, con continuidad existencial y capaces de afrontar los riesgos futuros, y, por otro lado, los niños producto de múltiples fallas ambientales y traumatizados (Winnicott, 1969). La tercera función es la *presentación de objeto*. El objeto es conocido por la madre y será presentado en sintonía con el deseo y necesidades del niño. Para el bebé, el objeto llega porque él lo ha creado. Al lograrse esta función se adquiere la capacidad de creación; la ilusión omnipotente, sana e indispensable que dará paso a la creatividad.

Durante estas funciones el bebé se relacionará con la madre de dos formas distintas. La primera es con la *madre ambiente*, la que proporciona el *holding* y *handling*, sostiene y no es atacada por él. La otra es la *madre objeto* que será atacada y usada, que recogerá las excitaciones pulsionales y su misión será sobrevivir. En el acto de sobrevivencia por la madre, el niño desarrollará la confianza de que el objeto sobreviva y podrá ir integrando su propia agresión y a ambas madres. La mirada de la madre le devolverá al bebé su propia imagen, simboliza el amor y la presencia emocional. Lo que el bebé mira es la reacción amorosa, tranquila y satisfecha. Si la madre está ausente, emocionalmente fatigada o deprimida, el niño podrá visualizarlo y no conseguirá encontrar significado a esta experiencia. Para que un cuidado sea satisfactorio —cuidado materno, satisfactorio, no advertido (Winnicott, 1965)— deberá estar libre de consecuencias negativas catastróficas. En él, el niño tendrá la sensación de continuidad del ser y no será interrumpido desde el ambiente por intrusiones que alteren el curso de sus acciones, incursiones y creaciones. Estas intrusiones constituirían el aniquilamiento del *yo* (Winnicott 1956, 1958). La madre deberá ser capaz de ponerse de telón de fondo de las experiencias del bebé hasta el punto en que este pueda representarla por objetos y espacios transicionales sin necesitarle cerca físicamente. Con esto me refiero a la *capacidad de ser compañía*. La madre no debería de interrumpir el libre curso de la indagación y curiosidad. La separación deberá ser en el momento adecuado cuando el niño se sienta lo suficientemente preparado.

En su postura, Winnicott abre la posibilidad de que los padres cometan errores, se equivoquen en la cotidianidad y cuidados, y a que producto de esto los niños sientan *displacer*, dolor o incomodidad. Lo importante es que el monto de *displacer* no sobrepase cierto umbral de tolerancia dado por las experiencias positivas del ambiente y el potencial heredado. Las experiencias de amor y cuidado reparan la estructura del *yo* en formación. Solo basta entonces con una madre “suficientemente buena” que sea capaz de aprender de la experiencia y ante todo y sobre todo de reparar.



**cayó al vacío,  
la madre lo vio  
venir ...**

### Psicoterapia basada en el apego: “la relación suficientemente buena repara”

*“Llegamos a terapia actuando las heridas del apego inseguro de nuestra infancia. Con suerte encontramos un espacio suficientemente seguro que nos permitirá en el futuro separarnos sanamente”*

En el inicio de la terapia, en la primera impresión, podremos identificar las pautas de apego predominantes de nuestros pacientes. A partir de este momento Winnicott nos dará la ruta para el tratamiento y el fin de la terapia. No existe paciente en terapia sin terapeuta, ni terapeuta capaz de cumplir con todos las demandas del paciente. Existe una primera unidad indivisible paciente-terapeuta que irá sufriendo paulatinamente cambios a lo largo del desarrollo, enmarcado en el encuadre-ley-padre, que les ofrecerá paulatinamente la posibilidad de separarse sanamente siempre y cuando la díada haya recorrido las etapas previas suficientemente bien.

El terapeuta *suficientemente* bueno actúa desde la imperfección, leyendo e identificándose con sublimada importancia con las necesidades del paciente y siendo capaz de responder de forma espontánea a sus gestos y necesidades dentro del *setting* analítico. El terapeuta se convertirá en esa madre sustituta y de acuerdo con su actuar se convertirá en el facilitador o inhibidor de la restauración mental y emocional, particularmente durante el inicio del análisis. El terapeuta debe estar dispuesto a contener las respuestas emocionales y particularmente las procedentes de la angustia y enojo del paciente.

En muchas ocasiones, más que la capacidad de interpretar, el paciente requiere que estemos ahí intactos, sin vernos dañados por sus agresiones y elaborando qué es de ellos y qué es del otro. Acompañando en el entendimiento que no es su emoción y agresión lo que mata o daña, sino que en ocasiones esta experiencia no se puede contener. El terapeuta *suficientemente* bueno ayuda a que el sujeto en análisis pueda apropiarse de su agresión y de sus emociones para facilitar su contención.

El ambiente terapéutico debe transformarse en lo suficientemente bueno para que le provea al paciente de las mínimas condiciones de estabilidad y continuidad para que suceda su crecimiento mental y emocional. El terapeuta se convertirá en un objeto introyectado tal como una madre y deberá cumplir con las tareas y disposiciones mentales que favorezcan el sano desarrollo. De cumplir con su función lo suficientemente bien, el paciente podrá subjetivarse, habitarse, conocerse y reconocerse.

Reparar las secuelas del apego inseguro requiere del desarrollo de un ambiente seguro, en donde pueda sucederse una relación tan solo suficientemente buena. Un terapeuta dispuesto a esto deberá cumplir con la función de *holding*, sosteniendo emocionalmente y devolviendo las emociones negativas de manera más tolerable para que el paciente sobreviva mentalmente a la intensidad de lo que está aconteciendo en ese espacio subjetivo. Existiría entonces una *preocupación terapéutica primaria* semejante a la *preocupación maternal primaria* integrada por sensibilidad y receptividad. La función *handling* también deberá estar en juego, dando soporte real y concreto de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente, tales como la palabra, la intensidad y tono de la misma, la mirada, la cercanía necesaria y la comunicación suficiente para que el paciente incorpore que es objeto del amor terapéutico. Conforme la relación continúa, en su debido momento, deberán irse *re-presentando* los objetos, fortaleciendo la capacidad de crear.

El terapeuta deberá ser capaz de ponerse de fondo, sin interrumpir en el libre curso de la indagación y curiosidad del paciente. La separación deberá ser en el momento adecuado, cuando el mismo paciente se sienta y se piense lo suficientemente preparado. El terapeuta suficientemente bueno deberá estar dispuesto y agradecido con la posibilidad de cometer errores y equivocarse, de producir displacer, incomodidad y dolor en ocasiones, con la sensibilidad necesaria para que estos no sobrepasen el umbral de tolerancia. El amor maduro de un terapeuta lo suficientemente bueno participara en la reparación paulatina del yo del paciente para que, finalmente, en el momento adecuado, la separación suceda

como parte indispensable de una relación suficientemente buena.

Resultan esenciales y decisivas para la creación de un espacio terapéutico seguro en donde se pueda reparar el trauma del apego, la *empatía*, la *conexión emocional*, la *compasión* y la *validación*. El acto de validar la experiencia emocional del paciente se refiere a dotar de verdad sus emociones y sentimientos. Durante el proceso de interacción paciente-terapeuta, la validación, por parte del segundo, de las angustias, terrores, tristezas, enojos y frustraciones, refuerza la representación mental —“mis sentimientos le hacen sentido al otro”— alientan al paciente a creer, crear y confiar y, finalmente, ligar la experiencia emocional con los eventos externos e internos. Ser un terapeuta suficientemente bueno, demanda de nosotros desarrollar nuestras capacidades de sostén, mirada, escucha, conexión, lectura, mentalización, palabra, validación y compasión; implica que desarrollemos las habilidades de autoconocimiento, autorregulación emocional, empatía, autocuidado y autocompasión. Incluye permitirnos error, abrirnos a los momentos no placenteros y lastimar sin intención. Una terapia suficientemente buena da la oportunidad de reparar en cada momento.

### Conclusiones

Entendemos al apego como una teoría dinámica y estructurada que tiene bases biológicas, emocionales, cognitivas, conductuales y socio-culturales. Define los procesos en la infancia que mantienen y regulan el cuidado, el aprendizaje, la orientación, el desarrollo sensoriomotor, la regulación emocional y la mentalización. Su objetivo real es la supervivencia física y psíquica del sujeto a través de la seguridad del vínculo para el conocimiento exploratorio del mundo externo e interno, manteniendo proximidad con la figura parental. El éxito en la interacción será determinado por la sensibilidad de la figura parental ante las señales del bebé y en la sincronización de las intervenciones ante estas señales, lo cual proporcionará una “base segura” que le animará a la exploración.

De acuerdo con Winnicott el ambiente debe proveer al niño de las mínimas condiciones de estabilidad y continuidad para que pueda suceder su crecimiento y desarrollo físico y mental-emocional. El primer objeto introyectado será la madre que deberá cumplir con funciones específicas para favorecer el sano desarrollo. De cumplirlas suficientemente bien, le permitirá al bebé subjetivarse, habitar el cuerpo físico, conocerse, reconocerse, reconocer a la madre y a los objetos que paulatinamente le serán presentados. Las funciones parentales son el holding, handling y la presentación de objetos. Una madre suficientemente buena cumplirá con estas funciones, pero tan solo de forma suficiente, existiendo la posibilidad de errores y situaciones displacenteras en el infante. El acto de reparación es indispensable.

El ambiente terapéutico debe transformarse en suficientemente bueno para que provea al paciente de las condiciones mínimas de estabilidad y continuidad, para que suceda su crecimiento mental y emocional. El terapeuta se convertirá en un objeto introyectado, tal como una madre, y deberá cumplir con las tareas y disposiciones mentales que favorezcan el sano desarrollo. De cumplir con su función lo suficientemente bien el paciente podrá subjetivarse, habitarse, conocerse, reconocerse y separarse. Reparar las secuelas del apego inseguro requiere del desarrollo de un ambiente seguro, en donde pueda sucederse una relación tan solo suficientemente buena.

## Referencias

- Ainsworth, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. En B.M. Foss Ed.). *Determinants of Infant Behavior* (vol. II). Methuen, pp. 57-112.
- Ainsworth, (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*. Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S., eds. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.
- Ainsworth y Eichberg, C.G. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother acutes unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience. En Marris, P., Stevenson-Hinde, J. y Parkes, C. (Eds.), *Attachment across the Life Cycle* (pp. 160-183). Routledge.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis* (39), pp. 350-373. <https://bit.ly/3WlaKJK>
- Bowlby, J. (1958). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis* (41), pp. 89-113. <https://bit.ly/3G2NSK4>
- Bowlby, J. (1958). Grief and mourning in infancy and early child- hood. *International Journal of Psycho-Analysis* (15), pp. 9-52. <https://bit.ly/3PAaZ1u>
- Bowlby, J. (1972). *Cuidado maternal y amor*. Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression* (vol.3). Basic Books
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1, El apego. 2, La separación. 3, Tristeza y depresión*. Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Paidós.
- Fernández Galindo, M (2002). *Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (33/34), pp. 5-34. <https://bit.ly/3PHA4YA>
- Fonagy, P. (1999, noviembre). *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. *Aperturas Psicoanalíticas*, (3). <https://bit.ly/3HLRYyg>
- Fonagy, P. (2000, abril). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. *Aperturas Psicoanalíticas* (4). <https://bit.ly/3FABRig>
- Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (15), p.53-62.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia* (Tomo XX). Amorrortu.
- Freud, S. (1938). *Esquema de psicoanálisis* (Tomo XXIII). Amorrortu
- Kaplan, S.H. (1978). *La relación. Causas diádicas de las disfunciones sexuales*. En H.S. Kaplan *La nueva terapia sexual I: el Tratamiento activo de las disfunciones sexuales* (pp. 276-306). Alianza Editorial.
- King, P.(1993). Obituary John Bowlby (1907-1990). *International Journal of Psycho-Analysis*, (74), pp. 823-828.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (48), pp. 1055-1096. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>
- M. Bekey (1991). *Lecturas de lo psicossomático*. Editorial Lugar.
- Nasio, D (1994). *Grandes Psicoanalistas* (vol. II). Gedisa.
- Pally, R (2000). *The mind brain relationship*. Karnac.
- Rudnystky, P. (1997). *The Personal Origins of Attachment Theory. An Interview with Mary Salter Ainsworth*. *Psychoanal Study Child*, (52), pp. 386-405.
- Schur, M. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper *Psychoanal Study Child*, (15). pp. 63-84.
- Spitz, R. (1960). Discussion of Dr Bowlby's paper. *Psychoanal Study Child*, (15). pp. 85-94.
- Sroufe, A. y Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merril-Palmer Quarterly*, 23(1)
- Slade, A. (2000, julio). *Representación, simbolización y regulación afectiva en el tratamiento concomitante de una madre y su niño: teoría del apego y psicoterapia infantil*. *Aperturas Psicoanalíticas* (5). <https://bit.ly/3FDPQ20>
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. LAIA
- Winnicott, D. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Granica.
- Winnicott, D. (1988). *Babies and their mothers*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc
- Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer.

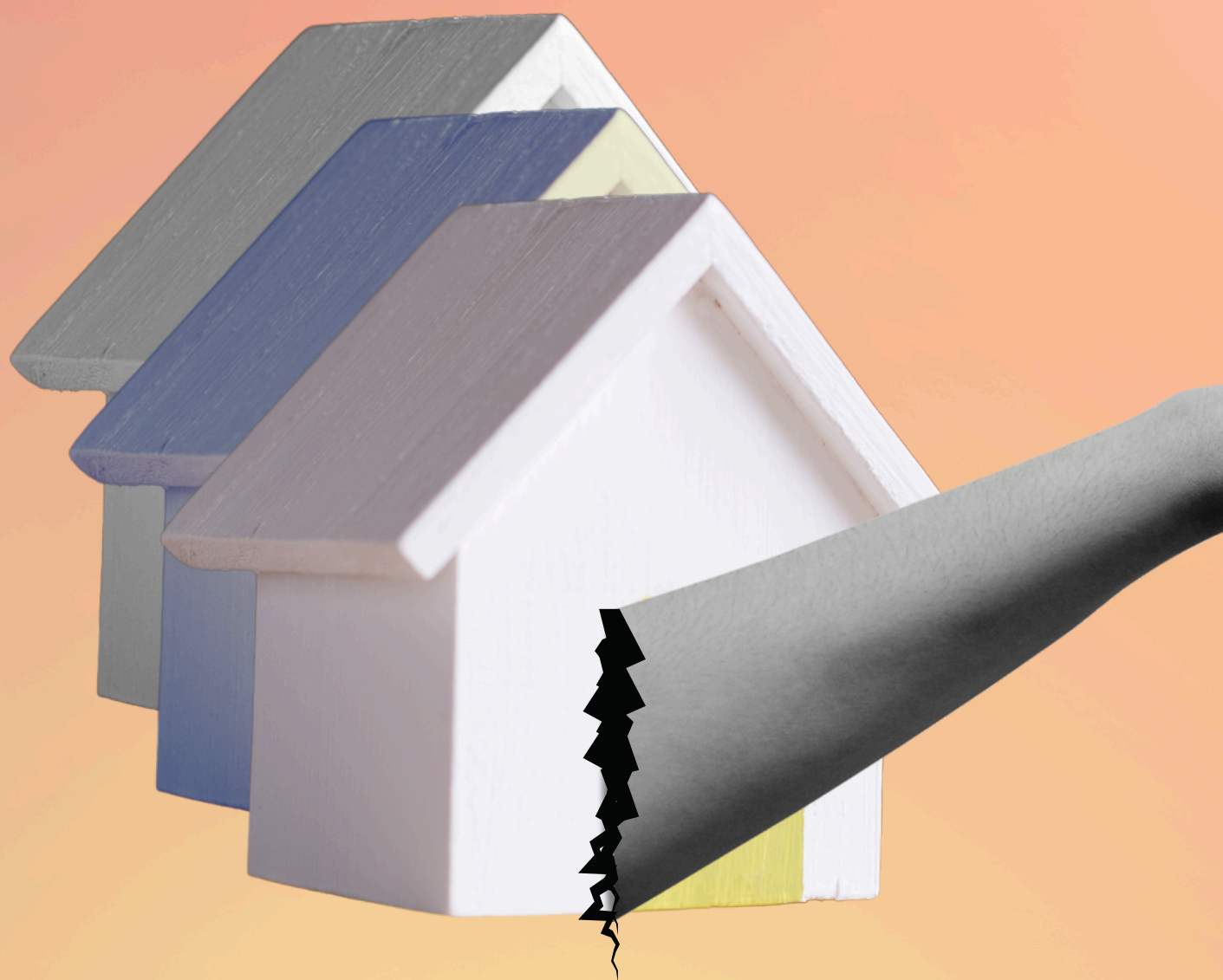




REFLEXIONES

# TELESCOPAJE: ESCUCHA DE LA ESCUCHA Y LO TODAVÍA NO ADVENIDO

Dominique Peschard Lanzetti<sup>1</sup>



REFLEXIONES

### Resumen

Haydée Faimberg comparte su obra acerca de la escucha analítica con pacientes en su consultorio, de quienes ha percibido tonalidades transgeneracionales que resultan estructurantes y determinantes en muchos sentidos. Dichas identificaciones inconscientes invaden y comprometen la propia subjetividad, lo que conduce a que los pacientes se vivan como prisioneros dentro de sí mismos, sin conexión suficiente con su verdadero sí mismo. Es indispensable entonces ampliar nuestro rango auditivo para alcanzar a notar esos finos sonidos y silencios que hacen una melodía particular y que identifican, de manera profunda e inconsciente, a los pacientes con sus familias de origen. Esa escucha profunda e incesante resulta gratamente liberadora para la pareja analítica que encuentra existencia al estar en vínculo.

**Palabras clave:** Escucha, identificación inconsciente, narcisismo, transgeneracional, telescopaje

### Abstract

Haydée Faimberg shares about analytical listening with patients in her office, from whom she has perceived transgenerational tones that are structuring and decisive in many ways. Those unconscious identifications invade and compromise patients' own subjectivity, which leads them to live as prisoners within themselves, without sufficient connection with their true self. It is therefore essential to broaden our hearing range to be able to notice those fine sounds and silences that make up a particular melody and that deeply and unconsciously identify patients with their families of origin. This deep and incessant listening is pleasantly liberating for the analytical couple who find existence by being in a bond.

**Keywords:** Listening, unconscious identification, narcissism, transgenerational, telescoping

**Cómo citar:**

Peschard Lanzetti, Dominique. (2023, enero). Telescopaje: escucha de la escucha y lo todavía no advenido. *VérticeK*, 1(2), 52-57.

[1] Psicoanalista de CentroK. CDMX, México. [domipeschardlanzetti@gmail.com](mailto:domipeschardlanzetti@gmail.com)

*“¿No les he dicho ya que lo que toman erradamente por locura es sólo una excesiva agudeza de los sentidos?”*

*En aquel momento llegó a mis oídos un resonar apagado y presuroso, como el que podría hacer un reloj envuelto en algodón. Aquel sonido también me era familiar.”*

*Edgar Allan Poe, El corazón delator*

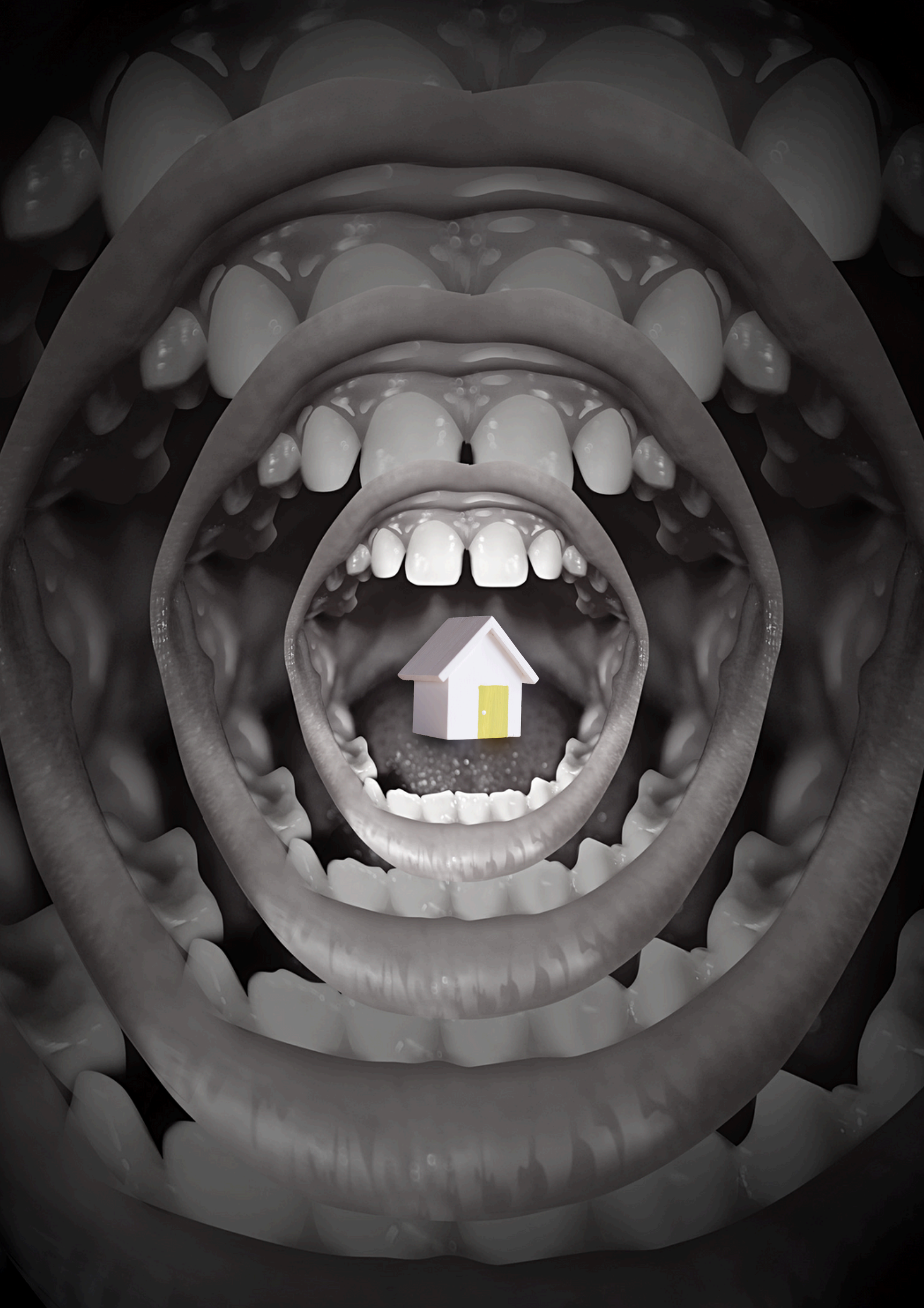
Haydée Faimberg ha estudiado profundamente las líneas o hebras transgeneracionales que se entretajan en la historia personal de los pacientes que tocan a la puerta del consultorio o muestran su presencia en la sala de espera de Zoom. Dichos hilos conectan, unen, pero también atan, aprietan y ejercen una aguda y dolorosa tensión. Funcionan entonces como ese corazón delator de Poe que se escucha en el interior vacío de los pacientes narcisistas que aprendieron a vivir con lo que tienen... ¿Y quién no?

El peso de lo familiar ha sido, es y será siempre, de notable dimensión; sin embargo, mucho de lo que se transmite resulta inaudible para quien recibe la estafeta de dar continuidad de existencia a ese grupo denominado familia. Sus integrantes adquieren el compromiso inconsciente de perpetuar al grupo e identificarse con él, pero es cierto que ningún integrante asume ese compromiso de la misma manera ni en los mismos términos. Ninguno estamos exento de aquello llamado transmisión o herencia transgeneracionales.

A pesar de que esa transmisión cuenta con la característica de ser inaudible, no significa que esté falta de peso ni que cuente con una dimensión y forma claramente delimitadas. Por el contrario, es aquello que es, pero no se ve, se percibe, pero no a través de un oído que escucha palabras, sino que es ese latido que invade y que toma posesión de quien se es. De ahí que se defina como un acto intrusivo que inunda y ahoga la propia voz, con la finalidad de hacernos hablar un idioma familiar, particular, único.

Siguiendo esta misma idea, una forma de esta transmisión es el denominado *telescopaje* (Faimberg, 2005) donde ocurren identificaciones inconscientes, de carácter narcisista, con generaciones anteriores y que en la familia del presente se actúan, de tal manera, que es muy complejo distinguir el lugar exacto de donde proviene dicho latido... ni siquiera se diferencia el qué es del quién(es). Es una melodía que ahí está y que suena en el consultorio con notas adheridas al cuerpo, a la mirada, al tono y volumen de voz. Es entonces una forma en la que se trae al presente el pasado, pero ese pasado no se ha verbalizado, sino que representa un secreto que se delata en la actuación inconsciente, pero no se alcanza a escuchar con claridad. El analista entonces es quien puede, desde la transferencia, reconocer que no sabe lo que ocurre ahí dentro, permitiéndose estar en un terreno incierto, en espera de que lo insensato adquiera sentido. Todo esto implica, pues, que se es testigo de una historia que se condensa en un sujeto al que no pertenece ese suceso. Son historias silenciadas con las que los pacientes pueden identificarse hasta indiferenciarse.

De esta manera, Faimberg nombra como *telescopaje* a esa forma de imbricación que no había sido definida sino hasta que ella, en su propio ejercicio clínico con pacientes, logra develarlo para que se rehistoricen y puedan dar luz a una identidad propia. Me imagino entonces que el proceso analítico conduce a una reapropiación, por parte del paciente, de su propio ser y de ahí la profundidad del trabajo clínico, ya que la identificación alienante que se juega en el fenómeno del *telescopaje* es, precisamente, haber perdido el sentimiento de la propia identidad, donde no se es dueño de la historia propia por tener que vivir una trama ajena. Al no pertenecerse, se torna inalcanzable para otros y para sí mismo, lo cual es muestra del matiz narcisista de la vivencia alienante... el sujeto está sujeto en la telaraña narcisista de los padres inconscientes... el paciente es prisionero en su propia psique.



Con esto de base, el paciente alienado se vuelve el portador de todo aquello que la familia rechaza de sí misma para que alguien más —el paciente— recoja esos pedazos y “haga algo”. La familia se apropia de la identidad del sujeto e, intrusivamente, toma control de su vida. Funciona, algo así, como un títere que es manejado por una historia representada por los hilos que lo sujetan. Al apropiárselo, lo aman, pero al clavarse en su interior para poseerlo, lo odian. No le permiten ser autor de su propia historia ni sentirse libre. Lo privan de un lenguaje propio al arrancarle las palabras que lo narran. El sujeto alienado vive entonces una lucha contra el narcisismo de sus padres internalizados. Mientras esa lucha está en juego en su inconsciente, él actúa sin ser él mismo. De ahí entonces que se dificulte enormemente reconocer su alteridad con relación al grupo familiar que toca una melodía de dos notas: apropiación-intrusión. Esa familia en la que la alteridad no busca ser reconocida es donde el sujeto tampoco se diferencia.

Así pues, el paciente se presenta a las sesiones, una tras otra, viviendo una vida ajena que ha creído propia, pero que sólo un aparato de pensar ajeno —el analista y su alteridad— es el que puede mirar y escuchar lo distinto también. Aunque pueda parecer sencillo, se trata de una labor analítica compleja, en la que el analista, desde una escucha de la escucha, es capaz de detectar, en la transferencia, aquello que el paciente no hace pasar por el terreno de lo verbal, pero que, por supuesto, denota los rastros de una historia ajena. Es necesario entonces prestar oído al hecho de cómo escucha el paciente lo que se le dice en sesión... ¿Quién es el paciente en el momento en que escucha determinadas frases y quién es entonces también el analista que dijo aquello? Tras entrelazar dicha escucha con lo que transgeneracionalmente muestra el paciente y lo que puede advenir en el proceso analítico, se genera entonces un trabajo de “ser con” el paciente. De ahí también que el analista no sea el mismo con cada uno de los pacientes, siendo entonces un “padre” posible que da lugar a un lenguaje posible.

La forma como Faimberg teoriza sus hallazgos clínicos da muestra de ser un analista sensible a la comunicación verbal y no verbal de sus pacientes, con una fineza particular que la ha llevado a descubrimientos por entero interesantes y valiosos para nuestro trabajo en el consultorio. Todos los pacientes llevan una historia familiar a cuestas, pero algunos de ellos actúan secretos no sabidos conscientemente por ellos, lo que los mantiene ligados al narcisismo de los padres internalizados —*telescopaje*—.

Resulta impactante pensar en la continuidad que Faimberg ha dado a las ideas de Winnicott considerando situaciones que aún no ocurren, pero pueden suceder en el espacio analítico con el terapeuta, quien está dispuesto a ello. Algo que pudo ser, pero no fue y que ahora puede llegar a ser es lo que hace de Winnicott un maestro de la temporalidad circular. Faimberg, detallando esto, teoriza sobre esa operación de temporalización en la que existe un doble movimiento: anticipación y significado retroactivo. Lo que Winnicott y Faimberg detectan y teorizan tiene que ver directamente con lo que Freud llamó *Nachträglichkeit*. La forma como se muestra esa operación implica que, por ejemplo, el paciente teme que suceda algo en el futuro, cuando en realidad pudo ya haber sucedido y que, al ocurrir en el ambiente analítico, cobra significado de manera retroactiva, es decir, como sostiene Faimberg (2014), “se reexperimenta con el analista” (p. 7).

Asimismo, esta circularidad, idas y vueltas, se relacionan nuevamente con la forma como las agujas van y vienen tejiendo hebras hasta detallar un tejido único, de manera que cada hebra va quedando en una ligazón tal con las demás que es difícil diferenciar una de otra, o dónde empieza una y termina otra.

Con esto de la transmisión transgeneracional y los hilos que se entretajan, viene a mi mente un paciente de 10 años de edad, cuya familia materna es originaria del cono sur. Reside con su madre, su padre y su hermana mayor. Inició un proceso terapéutico debido

a su dificultad para dormir solo en su habitación. Cada noche, sin excepción, acude a la recámara de sus padres porque, dice, *“siento una presencia en mi cuarto que no me deja dormir... siento como si se me quedaran viendo y me da miedo”*. No logra darle forma a dicha presencia ni describirla, pero lo angustia. Como estrategia para lograr conciliar el sueño y mantenerse en su habitación, ideó un “fuerte” que cada noche construye alrededor de la orilla de su cama, utilizando almohadas de sus padres, sábanas, ropa, muñecos de peluche, entre otros objetos. Cada noche, de forma ritualista, construye su fuerte para sentirse “seguro”. Sin embargo, en muchas ocasiones, dice: *“mi fuerte no funciona y regreso al cuarto de mis papás, pero a ellos no les gusta que esté ahí porque no los dejo descansar”*.

Tras escucharlo y observar una demostración de cómo y dónde construye su fuerte, le comenté que su estrategia a veces funciona y a veces no porque tal vez esa presencia de la que busca protegerse es de sí mismo y por eso es difícil sentirse seguro solo. Tras un silencio, me dijo: *“¿sabes qué Domi? Si Diosito me hubiera dado la oportunidad de escoger ser niña o niño, ¿sabes qué elegiría?”*. Le respondí: *“creo que sí, pero prefiero que tú mismo me digas qué elegirías”*. Me dijo: *“niña, porque son más ordenadas”*. Y sí... ese “orden” de su ser femenino lo hace, cada noche, organizar su fuerte para protegerse una vez más... Caí en cuenta que no estaba en el momento adecuado para tener claro si se protegía de él o de alguien o de algo más. En su historia, su tatarabuelo fue un navegante europeo que viajó en una embarcación, construida por él mismo desde su país de origen hasta la Polinesia. Esta historia es bien conocida en América del Sur y su familia materna se enorgullece de contarla. Sin embargo, mi paciente no se siente reconocido por quién es y siente que sólo siendo un varón con características plenamente masculinas será mirado y tomado en cuenta. Ha verbalizado en sesiones su deseo de ser niña. Por su parte, su abuelo materno, sus padres y su hermana suelen hacer comentarios descalificadores hacia el paciente, esperando que modifique conductas que, a los ojos de

ellos, resultan femeninas. Mientras tanto, él sufre en silencio y considera que debe ser “macho” como su tatarabuelo quien, con fuerza, surcaba los mares en su embarcación, siendo reconocido por conquistar tierras. Esa imagen de virilidad y fuerzas cuasi vikingas están lejos del alcance de mi paciente...

Al hablar en sesión de su feminidad, al paciente se le observa avergonzado, pero con un brillo particular en la mirada, se mueve en la silla y está activo, con emoción, con necesidad de movimiento. Le gusta mucho el teatro musical, así que me compartió el tipo de música y canciones que disfruta escuchar y cantar. Planeábamos inventar coreografías para bailar juntos en la sesión siguiente... pero, los padres deciden que concluya el tratamiento por *“ya estar mejor y preferir lo presencial”*. Ellos no residen en la Ciudad de México. Logramos, el paciente y yo, tener una sesión de cierre en la que me dijo: *“yo sí quiero seguir contigo porque combinas muy bien el trabajo de mis emociones con lo divertido. Quiero hablar con mi mamá para que sí me deje continuar”*. Sin embargo, los padres insistieron en dar por concluido el proceso. Siguiendo con lo femenino, pienso en la posibilidad de que mi paciente haya puesto en acto una identificación con lo femenino cuando tal vez esas figuras impregnadas de machismo en su línea familiar materna esconden y huyen su propia femineidad. Es decir, a estos hombres tan viriles, les resulta sumamente aversivo el contacto con su parte femenina que se transmite hasta que alguien, que en esos entonces no estaba (mi paciente), lo actúa en el presente. Mi paciente es entonces ese alguien con el que se encontraron otras generaciones y que no estaba allí...

Esta breve narración en torno a un paciente con una necesidad de hacer su propia historia como “niña en cuerpo de niño” — como solía decirme—, es decir, con indicios de una construcción de identidad trans, es ejemplo de una transmisión transgeneracional desde hilos antiguos que pesan enormemente en torno a la virilidad.



En cuanto a la escucha de la escucha con mi paciente, puedo pensar que, al momento de señalarle que la presencia que le angustia probablemente sea él mismo, considero que fue entonces cuando probó, por primera vez en sus sesiones, tocar el tema de sentirse una niña y saber que a su familia no le agrada en lo más mínimo. Tal vez pensó en experimentar si yo podía querer estar con él “a pesar” de que me compartiera su ser femenino. Además, lo relaciono también con el hecho de haberme compartido cómo construye su fuerte para resguardarse de cualquier peligro. Probablemente, también vivió, como sus padres, el propio proceso analítico como peligroso o riesgoso. Tuvo entonces que alinearse a lo que sus padres sostienen (su fuerte) para evitar que la imagen y expectativas se desmoronen...

El trabajo analítico con estos pacientes requiere que la propia familia acoja a su propio hijo o hija en ese reconocimiento mutuo, elaborando el duelo correspondiente por las expectativas no cumplidas —tanto del paciente como de la familia en sí—, pero, al parecer, esta familia no estaba lista aún. De ahí la importancia de trabajar con los grupos familiares de esta población trans para que puedan sentirse dueños y dueñas de sí mismos y para que, en el análisis, pueda suceder lo que he denominado el *nuevo parto psíquico*, en el que mi paciente pueda nacer mujer conmigo...

A través del trabajo compartido, constato lo enriquecedor de la visión de Faimberg al momento de estar y pensar a los pacientes. Resulta esclarecedor poder mirar las tramas inconscientes que se juegan para hacer de cada uno lo que somos, pero, con la certeza de que un trabajo analítico puede llevarnos a escribir una historia que no se publicó, pero que puede ver la luz con el analista en ese nuevo alumbramiento, donde el propio corazón late por sí mismo también.

## Referencias

- Faimberg, H. (2005). El telescopaje de generaciones: A la escucha de los lazos narcisistas entre generaciones. Amorrortu Editores.
- Faimberg, H. (2014). La “situación todavía no advenida”. En Fragmentos de un análisis de Winnicott: “su padre nunca le hizo el honor de...”. Versión inédita.
- Poe, E. (1997). Cuentos 1. Alianza Editorial.

A red, textured dress with a high collar and a zipper at the top. A bouquet of roses in shades of pink and white is tucked into the neckline. A measuring tape is wrapped around the waist of the dress. The background is white.

**LA HERIDA NARCISISTA QUE DEJA EL COMPLEJO DE  
LA MADRE MUERTA VISTA EN UN CUENTO Y EN UN  
SUEÑO**

David Carreón Robledo<sup>1</sup>

REFLEXIONES

## Resumen

La herida narcisista desde el psicoanálisis tiene un sentido más complejo que el simple daño hecho al amor propio y puede tener distintas causas, como por ejemplo la falta de algo que puede ser amor, un cariño, una mirada, comprensión, respeto, reconocimiento. También puede ser causado por una ofensa del otro al sujeto, que se puede traducir en una humillación, descuido, desprotección, engaño, olvido. Las consecuencias pueden ser múltiples y muy variadas. En este trabajo se presentan sólo algunas que llaman nuestra atención por su complejidad para ser analizadas. Nos referiremos a un concepto en particular que lleva por nombre el "complejo de la madre muerta" acuñado por André Green (1980/1983) . Se explica la teoría y se ejemplifica con un fragmento de una novela para niños llamada Anécdotas de una mentirosa y su perro, escrita por Gennifer Choldenko, y con un sueño y su interpretación.

**Palabras clave:** narcisismo primario y secundario; dolor emocional; relaciones objetales

## Abstract

From psychoanalysis, narcissistic injury has a more complex meaning than simple damage to self-esteem, and it can have different causes. For example, the lack of love, affection, attention, understanding, respect, recognition. It can also be an offense from others, which can translate into humiliation, carelessness, vulnerability, deceit, forgetfulness. The consequences are multiple and varied. In this paper only some of them will be explained, those that call our attention due to the complexity of their analysis. We will refer to a particular cause that emerges from the "Dead Mother Complex" defined by André Green (1980/1983). The theory is explained and exemplified with a fragment of a children's novel called "Anecdotes of a liar and her dog", written by Gennifer Choldenko, and with a dream and its interpretation.

**Keywords:** primary and secondary narcissism; emotional pain; object relations

### Cómo citar:

Carreón Robledo, David. (2023, enero). La herida narcisista que deja el complejo de la madre muerta vista en un cuento y en un sueño. *VérticeK*, 1(2), 58-63.

[1] Psicoanalista de CentroK y director de la clínica de CentroK. CDMX, México. davidcarreonrobledo@gmail.com

Psicoanalíticamente, la herida narcisista tiene un sentido más complejo que el simple daño hecho al amor propio. Narcisismo es más que el amor que siente una persona por sí mismo. Se distinguen dos tipos de narcisismo: el narcisismo primario, que se refiere a una fase de la vida, una fase del desarrollo anterior a la construcción del yo, cuyo modelo típico es la vida intrauterina y los primeros días de nacido caracterizados por la ausencia total de relaciones con otros; y el narcisismo secundario que se caracteriza por un replegamiento hacia el yo de la libido, la libido es dirigida hacia el propio yo del sujeto y hacia las representaciones internalizadas que tiene de los demás (Galimberti, 1992/2007). Como lo explica Freud en su escrito "El Yo y el Ello" (1923) es preciso ver en el yo un gran reservorio de libido; desde el yo, con sus representaciones internas de sí mismo y de los demás, se dirige la libido a los objetos de esas representaciones; es también en el yo donde se acoge la libido que fluye de los objetos, es decir, de las personas que son emocionalmente significativas para el sujeto. Como se sabe, toda herida deja una sensación de dolor tan profunda como lo es la herida misma; a ese dolor le acompaña la necesidad de sanación. La herida narcisista es entonces un profundo dolor emocional debido al daño provocado en la capacidad para investir de energía libidinal al sí mismo y a los objetos y que demanda un alivio.

La herida narcisista puede tener distintas causas. En primer lugar, está una falta de algo, que bien puede ser amor, un cariño, una mirada, comprensión, respeto, reconocimiento; y en segundo orden, está una ofensa del otro al sujeto, que se puede traducir en una humillación, descuido, desprotección, engaño, olvido. Las consecuencias pueden ser múltiples y muy variadas; se tratarán durante este trabajo sólo algunas que llaman nuestra atención por su complejidad para ser analizadas. Nos referiremos a un concepto en particular que lleva por nombre el "*Complejo de la madre muerta*", concepto acuñado por André Green en su obra *Narcisismo de vida*, narcisismo de muerte (1983). Entiéndase que no se refiere a las consecuencias psíquicas de la muerte real de la madre, sino al esquema inconsciente

con el que el sujeto representa a la madre que se encuentra deprimida; siendo la madre fuente de la vitalidad del hijo y estando deprimida, impregna de manera muy honda la investidura que el hijo hace de ella. Puesto que esta madre deprimida se encuentra ensimismada, no narcisista con la mirada a su hijo y esto se vuelve un significante de rechazo para el infante (Knobel, 2006). La madre muerta es, entonces, una madre que sigue viva, pero que por así decirlo está psíquicamente muerta para los ojos de su hijo. Cuando este hijo de madre muerta llega a análisis, no deja ver en su demanda los rasgos característicos de la depresión, sino que se expresa un conflicto de índole narcisista cuyas consecuencias recaen sobre la vida amorosa y la actividad profesional, dado que son estas las dos áreas donde se revive de manera más fiel el estilo de relación que se estableció primero con la madre, además de que es en estos terrenos donde se expresan los conflictos más agudos debido a que ahí se viven las relaciones más estrechas con las personas psíquicamente significativas.

El rasgo esencial en el *complejo de la madre muerta* es que la madre, por alguna razón, está deprimida. Entre las causas principales para esa depresión encontramos la pérdida de un ser querido, o bien una herida narcisista en la propia madre, es decir, una tragedia ocurrida en la familia nuclear o en la de origen, un enredo amoroso del padre, el abandono de éste, una humillación, entre otras. No puede, aunque quiera, ver a su hijo, y transmitirle con la mirada esa vitalidad, energía, seguridad y confianza que necesita todo niño obtener de su madre. Se produce entonces un cambio brutal, determinante, de la representación inconsciente que se tiene de la madre. Hasta ese momento el hijo se sintió amado, pero sin señal o razón alguna previa el amor se siente perdido de golpe. Esto no significa que la madre haya dejado de amar a su hijo, significa que la madre en su duelo modifica su actitud hacia el hijo, lo sigue amando y se sigue ocupando de él, pero se siente impotente para cumplir dichas funciones (Green, 1980/1983).



Soy un betabel

¿Será ser?  
...tu eres bueno, que  
Hombres necios.  
¿que sigue?  
Hombres necios  
¿que sigue?  
mentiras, todo era

Puesto que en su narcisismo el hijo se vive como el centro del universo materno, interpreta que la depresión es consecuencia de las pulsiones —tanto libidinales como agresivas— dirigidas hacia su madre (Green, 1980/1983). Ante esto, el hijo realiza intentos desesperados por reparar a la madre que en realidad se encuentra absorbida por su depresión, confrontándose con toda la fuerza de su impotencia, pues no es él la razón de la depresión materna, no es él la razón de que la madre le haya retirado su mirada y con ello, su amor.

Viene entonces la defensa narcisista del yo. Como ya no se puede tener al objeto, se da una identificación primaria con él, el fin es seguir poseyéndolo, ya no siendo como él, sino siendo el objeto mismo en un proceso inconsciente. El *complejo de la madre muerta* es una revelación de la transferencia, es decir, en relaciones posteriores, y en particular en el análisis, el sujeto repite de forma activa la desinvestidura libidinal que sufrió por parte de su madre, ahora él decepciona a los demás retirándoles su amor. La identificación con la madre muerta imposibilita al sujeto para el establecimiento de una relación objetal duradera y para el compromiso personal más y más profundo que exige el cuidado del otro. Por consiguiente, le deviene la decepción a los demás o al sujeto mismo; estas decepciones terminan con la relación y resurge el sentimiento de fracaso y de incapacidad en el individuo con complejo de la madre muerta. El dolor, la herida narcisista reaparece.

Para ejemplificar esta teoría utilizaremos un fragmento de una novela para niños llamada *Anécdotas de una mentirosa y su perro*, escrita por Gennifer Choldenko (2001); posteriormente un sueño y su interpretación.

### Un cuento

La novela cuenta en primera persona varias anécdotas de Antonia MacPherson una niña de 11 años, pero para fines de este trabajo se relata solamente un fragmento de la última de ellas:

### Anécdotas de una mentirosa y su perro

*Como de costumbre, mi papá planea que nos mudemos de ciudad nuevamente. Estoy dispuesta a hablar con mi madre para tratar de evitarlo. Mi hermana Elizabeth prepara mi conversación con mamá como si fuera una obra de teatro, me ha puesto el vestido que nunca uso y me peinó con listones de colores, parezco otra. Cuando mamá sale al jardín, estoy haciéndole mimos a mi perro Pistacho. Me ve sentada en la silla con mi vestido, la mesa y las flores y sonrío. Es una sonrisa pequeñita y dura dos segundos, pero veo algo que me sorprende: mi madre está contenta de verme. A mí. Le sonrío sin poder evitarlo. No lo hagas, me digo. Mamá se arregla el pelo para comprobar que lo lleva bien y se sienta. Sirvo la limonada. Mi madre cruza las piernas.*

— Bueno, ¿y todo esto?— pregunta

*Tira de su pelo rubio y bien peinado. La miro. Sus ojos marrones me miran. Me mira de arriba a abajo como si me viera por primera vez.*

— Estás guapa con ese vestido, Antonia.

— Gracias- digo.

*Me hace sentir bien. Intento que no me haga sentir tan bien, pero no puedo evitarlo. Algo dentro de mí se ha ablandado.*

— De hecho, te pareces un poco a mí cuando tenía once años.— Sonríe.

—¿Qué me parezco a ti? — Me miro el cuerpo.

— El pelo y la nariz... Cielos, cuando tenía tu edad, odiaba mi nariz y mi pelo marrón, de rata. Mira, cariño, tú no tienes por qué preocuparte por tu nariz... Se podrá arreglar cuando seas un poco más mayor.

Me toco la nariz.

— Mi pelo y mi nariz me gustan— digo.

Mamá suspira

— Bueno, vale— dice, subiendo las cejas y con la mandíbula tensa.

— ¿Mami?

— ¿Qué?

— Cuando era un bebé, ¿me querías... o ya odiabas mi nariz?

No debí haberlo dicho. Se nota que lo he hecho para herirla y porque estoy enfadada.

— Eso no es justo- dice—. No odio tu nariz. Yo sólo... Olvídalo. Olvida todo lo que he dicho.

— No. Lo quiero saber. Cuando era un bebé, ¿me querías?

— Claro que te quería. Claro que sí— dice, mirándome a los ojos.

Yo no puedo mirarla. Desvío la mirada. No digo nada.

— Te quería Antonia. Te quería.

— Recuerdo que me cantabas— le digo.

— Ajá. También yo lo recuerdo. Siempre te gustó que te cantara. Sonreías y te reías como si yo fuera la mejor cantante... Eres difícil Antonia. Ahora me llevas la contraria en todo. Todo lo que hago, todo está mal. Y tus mentiras... no puedo confiar en lo que dices.

— ¿Mami?

— ¿Sí?

— ¿Por qué quieres más a Elizabeth y a Kate que a mí?

Se estremece.

— Eso no es verdad.

Está llorando.

— En preescolar te llevaba a la escuela cada mañana, bien limpia y peinada, tan bonita como princesa, como me hubiera gustado que mi madre hiciera conmigo, y tú siempre salías sucia, los zapatos cambiados de pie y con sangre en la nariz. Te habías peleado, ¡y a puñetazos! ¿Tienes idea de la vergüenza que pasaba? Te echaron de dos escuelas. Y luego empezaste a mentir decías que eras la hija de la reina de Egipto, ¿la reina de Egipto? ¿De dónde lo sacabas? Tus hermanas son buenas, pero tú... Claro que las prefiero. ¿Y quién no? ¿Quién no?

Dejo de escucharla, de verla. Me escondo dentro de mí misma, donde estoy segura.

— Luego me entero de que ganas el campeonato de matemáticas y de que casi todas tus calificaciones son sobresalientes.

Sigue llorando, cierra los ojos y las lágrimas se le escapan.

— Antonia... —su voz se quiebra—. Lo que intento decirte es que lo siento.

— Mami —mi voz suena rara—. Yo también lo siento. Nos quedamos sentadas, un minuto, en silencio.

— Quizá nos vaya bien mudarnos — dice—. Será como comenzar de nuevo.

— No —digo. Necesito quedarme aquí con Harrison y Sólo Carol y papá y Elizabeth y Kate...

Intento parar las palabras, pero me salen a borbotones desde dentro de mí

— Necesito quedarme aquí contigo.

Mi voz se rompe. No quiero llorar, pero no puedo aguantarme las lágrimas. Mamá me aprieta la mano. Nos quedamos en silencio mucho tiempo. La miro. Sus ojos marrones están llenos de lágrimas. Cada vez que me mira, las lágrimas le caen mejillas abajo. Lo está intentando. De verdad. Y yo también.

### Análisis del cuento

Podemos hacer un breve análisis de este cuento diciendo que Antonia bien vestida y peinada se parece a su madre, ésta al verla sonrío, provocando la misma respuesta en su hija. Antonia siente como si fuera la primera vez que su madre la ve porque en su interior la madre había estado muerta y no la veía. Con la mirada de la madre algo se ablanda en el interior de Antonia; es la investidura que le dio a la imagen materna internalizada. Cuando Antonia le pregunta a su mamá si de bebé la quería, está constatando la imagen de la madre internalizada con la real, está investigando si alguna vez estuvo viva o siempre estuvo muerta. Se da cuenta de que estuvo viva cuando le cantaba y la vestía como princesa, pero también en ese momento se entera de que la herida narcisista que provocó la depresión en su madre ocurrió en la relación con su propia madre porque a ella no la trató como princesa, como a ella le hubiera gustado. Herida narcisista que se revivió con el padre de Antonia al mudarse constantemente, impidiendo el desarrollo de una relación de apego emocional a algún lugar. Contribuyendo así a que la depresión que ya estaba instalada en la madre se hiciera más profunda. A su vez, Antonia no puede ver a su madre, desvía la mirada, se esconde dentro de sí misma, todo esto no es más que la repetición de que ella no fue vista por su madre porque se encontraba ensimismada en su depresión. Decir que Antonia es la hija de la reina de Egipto y que se esconde dentro de sí misma son las defensas narcisistas para sentirse segura de esa madre muerta. Cuando la madre dice: lo siento, ha empezado a revivir la madre muerta internalizada.

### Un sueño

Antonia es una paciente de sexo femenino de 35 años de edad, soltera, trabaja como psicóloga en una clínica psiquiátrica:

*“Soñé que salía de mi trabajo e iba hacia mi otro trabajo, parece como que tenía dos trabajos ... Traía varios libros, muchos libros en las manos y mi bolsa, iba como muy cargada de cosas, al llegar a mi auto nuevo, que lo había dejado estacionado en la esquina, poco a poco me iba dando cuenta que me lo habían robado, bueno, no me lo robaron, ¡pero lo dañaron horrible!, ¡le quitaron el espejo retrovisor y estaba como destartado!, me subía y por dentro también le habían quitado el espejo y ¡ya no podría ver al manejar! Además, le faltaban cosas, no sé, varias cosas, le habían robado una llanta, pero parecía que ya iba yo manejando, ¡sin una llanta!, me daba cuenta de que en el toldo del coche había una manta blanca que estaba tapando unas letras ¡escritas con sangre!, me daba mucha angustia y las trataba de leer, pero me daba tanto miedo que no entendía, eran como amenazas de muerte o advertencias de que algo malo me iba a pasar, algo así como que yo había hecho algo malo, que yo era mala y me iban como a matar; las letras con sangre también decían que me iban a robar mi casa y la iban a saquear. Yo estaba muy preocupada y me sentía muy culpable. Pensaba cuánto dinero iba a necesitar para recuperar y comprar todo lo que quedó dañado del coche y lo que me iban a quitar de mi casa.”*

### Interpretación del sueño

- *“Parece como que tenía dos trabajos”.* Simboliza la sensación de haber tenido dos madres, la madre y el trabajo son quienes dan el sustento, son dos madres, una que está viva y una madre muerta.
- *“El auto nuevo, robado, dañado”.* El auto es la madre y ella misma, le robaron la madre que la quería, ya no está. Pero sí está, sólo que tanto ella como la madre quedaron horriblemente dañadas.

- *“Le quitaron los espejos”* que son símbolos de la mirada, en ellos se puede ver la mirada reflejada; le robaron la mirada de la madre.
- *“Le robaron una llanta”*. La palabra llanta es significativa de llanto, pues es la voz femenina de la palabra llanto. Le robaron el llanto de la madre, un llanto que nunca vio, pero lo intuyó todo el tiempo.
- *“Una manta blanca cubre letras con sangre que son amenazas de muerte o de que algo malo le va a pasar. Estaba muy preocupada y se sentía muy culpable”*. Se siente muy culpable al sentir que fueron sus propias pulsiones las que dañaron a su madre y por eso le retiró la mirada y con ello su amor. El castigo es sentir que cae sobre ella una maldición, morirá psíquicamente en la incapacidad de establecer una relación con otro. Recordemos que en el sueño Antonia aparece completamente sola, no se ve a nadie más.
- Por otro lado, las letras escritas con sangre en una manta blanca representan la menarca de la paciente, símbolo de la primera separación de la madre. Con la aparición de la menarca en la paciente, su madre la separó por ser mujer, tratando de evitar un conflicto homosexual. La madre la dañó. Este es un dato sobre la revivencia en la paciente del complejo de castración.
- *“Pensaba cuánto dinero iba a necesitar para recuperar y comprar todo lo que quedó dañado del coche”*. Aquí se observa el verdadero deseo del sueño, reparar a la madre que quedó dañada, recuperar su mirada, su amor y así repararse ella misma. El sueño le permite elaborar el haber tenido una madre deprimida, una madre muerta.

### Conclusión

Dado que el “complejo de la madre muerta” muerta es una revelación de la transferencia, la solución a este complejo ocurre en el análisis de dicha transferencia, es decir, que sea el analista en la relación terapéutica con su paciente quien le ayude a revivir a esa madre muerta, a revivir el esquema inconsciente con el que el hijo o la hija representa internamente a la madre deprimida, para que desde adentro viva y la nutra de vitalidad, seguridad y confianza reales, cediendo así el narcisismo infantil del paciente.

### Bibliografía

- Choldenko, G. (2001). Anécdotas de una mentirosa y su perro. Editorial Diagonal
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. Obras Completas (Tomo III). Biblioteca Nueva.
- Galimberti, U. (1992/2007). Diccionario de Psicología. Siglo XXI
- González, J.J. (1992/2003). Interacción Grupal y psicopatología. Plaza y Valdés. IIPCS.
- Green A. (1980/1983). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu.
- Knobel, J. (2006). Comunicación personal. Curso sobre Complejo de la Madre Muerta. IIPCS.
- McDougall, J (1992). Teatros del cuerpo. Julián Yébenes. Colección Continente Contenido.



**OSCILANDO SALVAJEMENTE: LOS ESTADOS DE LA  
MENTE DURANTE EL PROCESO VOCACIONAL  
ADOLESCENTE**

Marco Antonio García Padrón<sup>1</sup> y Rocío Willcox Hoyos<sup>2</sup>

REFLEXIONES

## Resumen

El presente trabajo se propuso develar los estados de la mente que interactúan durante la elaboración del proceso vocacional de los adolescentes que cursan el último año en un bachillerato privado del sur de la CDMX. Mediante un diseño de Estudio de caso se analizaron casos que comparten el proceso vocacional, pero difieren en su configuración interna e individual en torno a los estados de la mente —infantil, adulto, adolescente en grupo, adolescente aislado—. La recolección de la información se llevó a cabo a través de la historia de vida. Esta técnica contextual, intensiva y profunda se aplicó a seis participantes —2 de género masculino y 4 de género femenino—, quienes decidieron participar de manera voluntaria. Los resultados se obtuvieron de una matriz de análisis de las categorías: familia, expresión emocional, identidad, percepción hacia los adultos y vínculos importantes fuera del núcleo familiar. Se concluyó que el estado de la mente predominante en las personas que participaron tiene que ver con adolescente aislado, cuya característica principal es la decepción que sienten de sus padres, aunada a la necesidad narcisista de poder hacer su camino de manera independiente. Se encontró evidencia acerca de la importancia que tiene el crear espacios flexibles y seguros para que los adolescentes exploren, descubran y reflexionen acerca de sí mismos y de sus proyectos de vida que se encuentran disponibles para ser puestos en marcha y, principalmente, al servicio del propio desarrollo.

**Palabras clave:** estados de la mente, adolescentes, proceso vocacional

## Abstract

The present work, aimed to reveal the States of Mind that interact during the elaboration of the Vocational Process of adolescents who are in their last year of High School in a university from south of CDMX. By means of a case study design, several cases similar in terms of the vocational process but different in terms of their internal and individual configuration about the States of Mind (child, adult, adolescent in a group, isolated adolescent) are analyzed. The collection of information was carried out through life history. This contextual, intensive, and in-depth technique was applied to six participants (2 males and 4 females) who voluntarily decided to participate. The results were obtained from a matrix of analysis of the categories: Family, Emotional Expression, Identity, Perception towards adults and Important links outside the family nucleus. It was concluded that the predominant state of mind of the people who participated is related to isolated adolescents whose main characteristic is the disappointment they feel towards their parents, together with the narcissistic need to be able to make their own path independently. Evidence was found about the importance of creating flexible and safe spaces for adolescents to explore, discover and think about themselves and their life projects available to be put into action and, mainly at the service of their own development.

**Keywords:** states of mind, adolescents, vocational process

### Cómo citar:

García Padrón, Marco Antonio y Willcox Hoyos, Rocío. (2023, enero). Oscilando salvajemente: los estados de la mente durante el proceso vocacional adolescente. *VérticeK*, 1(2), 66-79.

[1]Psicoanalista en clínica privada con adolescentes y adultos, CDMX, México  
[2]Académica de la Universidad Intercontinental, CDMX, México.  
mrwillcox@hotmail.com

## Introducción

La adolescencia ha sido descrita y hablada de diversas formas, es un fenómeno “biocultural” que comienza con la pubertad, con el desbordamiento hormonal y el cambio físico y psicológico que la acompañan. La adolescencia es una forma de interpretar y vivir lo que sucede en los individuos antes de llegar a ser adultos responsables (Pereira, 2011).

Por su parte, el proceso vocacional es un momento que compromete un proyecto de relativo largo plazo y que es necesario para todo individuo que esté finalizando sus estudios en el nivel medio superior, ya que debe seleccionar y elegir su futuro profesional. Es un hecho ineludible que estos adolescentes deben tomar decisión acerca de su futuro profesional durante su trayecto estudiantil; principalmente apoyados en algunos casos, por el servicio de Orientación Educativa y Vocacional del plantel al cual acuden diariamente, además de contar, en muchas ocasiones, con el apoyo de sus familiares y amigos. Por el periodo de desarrollo en el que transitan, los estudiantes de educación media superior que se enfrentan a elegir una profesión u ocupación aún son dependientes de su grupo familiar, lo que conlleva la dificultad para hacerse cargo de sus decisiones; lo cual se suma a una dinámica familiar única que puede o no favorecer el proceso de definición de sus metas a mediano y largo plazo. La orientación vocacional es un proceso psicológico que integra lo consciente y lo inconsciente, lo cognitivo y lo afectivo de una persona (Woolfolk, 1999), y como se señaló, se relaciona con sus contextos sociales, familiares y comunitarios.

Por lo tanto, explorar las razones por las que se selecciona, elige y decide una determinada profesión u ocupación es una labor que suele estar articulada dentro de un marco de amplitud de opciones o posibilidades. El proceso vocacional conlleva estados de la mente que, mediante la exploración del lenguaje interno objetal,

posibilita un amplio acercamiento a las razones que los jóvenes tienen para elegir un área de formación y posteriormente, una carrera profesional. En este caso, a través de la exploración psicoanalítica del desarrollo adolescente y su vínculo con el proceso vocacional, se describen los posibles estados de la mente que, al interactuar con el mundo externo, tomarán una u otra vertiente que avala las experiencias de vida del individuo, así como las influencias de su medio escolar y social.

A continuación, se describen brevemente los estados de la mente que fueron explicados por Meltzer y Harris en 1988 y sirvieron de base para la presente investigación:

### *1) Con tendencia hacia la posición infantil.*

Este estado de la mente implica que el adolescente recurre continuamente a sentirse un niño dependiente en su núcleo familiar; por lo que “conecta” con actitudes que dan cuenta de que aún fantasea con conocer lo concreto y creer que el conocimiento sólo lo poseen sus padres, por lo que tienden a apegarse más a estos; estos adolescentes suelen ser devotos y respetuosos con sus padres dado que cuando están juntos, los padres son reconocidos como poseedores de todo el conocimiento del mundo, razón por la cual se convierten en seres omniscientes.

Es común que este estado de la mente se prolongue durante toda la vida, pues el individuo está esperando ser incluido al mundo de los adultos, ya que sigue las ambiciones y aspiraciones de sus padres. Es esperado que terminen sus estudios de licenciatura en tanto que eligen profesiones relacionadas con la familia. En el fondo, su mundo social es el de sus padres, en donde quedan incluidas, la elección de pareja y su vida futura en términos de hijos y vivienda, principalmente.

### 2) Con tendencia hacia la posición adulta.

Desde su óptica, el adolescente considera que el mundo adulto se conforma desde lo político, como un sistema de clases en donde el adulto tiene el poder y el control del mundo. Dicho dominio se debe a la posesión aristocrática cuyo fin principal es la preservación del poder contra cualquier intromisión. Dado que existe conflicto familiar hacia la adolescencia, en esencia, se da un tipo de decepción en relación con el padre del mismo género, lo cual provoca que aparezcan ambiciones muy precisas ya que el individuo buscará realizar lo que la figura parental no ha podido.

Este tipo de adolescente siente la necesidad de fijar su atención en objetivos ambiciosos en detrimento de distraerse en asuntos propios de la adolescencia; sin embargo, suelen tener objetivos variados y poco claros, tales como: fama, dinero o un vínculo con determinadas características. Para él o ella, prevalece de manera clara cumplir con ese objetivo tan deseado.

### 3) Con tendencia hacia la posición de adolescente en grupo.

En este estado, el individuo experimenta confusión entre lo bueno y lo malo; así como entre los modos de relación del propio cuerpo con el exterior (masculino-femenino, adulto-niño). Desde la pubertad empiezan a liberarse de la subordinación a sus padres, pues se dan cuenta de que no son omniscientes. El adolescente siente a los adultos como estafadores y poseedores de lo que a él o ella se le ha negado y no ha tenido derecho a su acceso. Siente desprecio hacia los adultos y hacia los niños. Este adolescente está más preocupado por conocer y comprender que por ejercer su sexualidad, pues esta característica la vive como la esencia de la situación autoritaria adulta que posee control sobre lo material en el mundo: dinero, casa, alimentos; etc.

Otro aspecto que destaca es que el adolescente en comunidad se da cuenta de que las palabras no significan lo que dicen, pues, depende de quién las diga, siente al mundo adulto como hipócrita, empieza a dudar de todo e incluso, si de verdad es hijo

de sus padres. A este respecto elegirá entre la teoría de ser su propio padre en tanto que se construye a sí mismo o si sus padres están en algún lugar —dando pie a la característica novelesca de su propia existencia.

### 4) Con tendencia hacia la posición de adolescente aislado.

Lo que destaca en este tipo de adolescente, es que hubo una fuerte caída de la idealización de sus padres, dicha caída se encuentra en fase de reconstrucción, pero en esencia es muy difícil hacerlo. De este modo, prevalece una organización narcisista en la que el individuo se vive como padre o madre de sí mismo(a). Ha estado desarrollando una idea de cumplir una misión en el mundo y tal es el impacto de la decepción parental, que decide abandonarlos. Debido a que busca evitar el sufrimiento a toda costa —por la organización narcisista— recurre al mecanismo de la proyección como defensa ante la angustia persecutoria.

A partir de 2015 y hasta 2019 se habían realizado algunas aportaciones acerca del tema que se presenta en este trabajo. Destaca que, en 2017, Fernández en su artículo *Adolescencia, desorientación subjetiva y Elección Vocacional* explicó el caso de un joven de 19 años quien ingresó a rehabilitación por abuso de sustancias. La autora refiere que eligió el caso a partir de una exploración de pacientes de entre 13 y 25 años en donde encontró un fenómeno al que nombró: “*desorientación subjetiva*”, misma que está articulada por ausencia de objetivos y falta de dirección hacia intereses específicos. Dicha desorientación afecta las esferas: familiar, social, escolar y vocacional en términos de ser sustituidas por el consumo de sustancias. Es un trabajo elaborado desde el vértice psicoanalítico-lacaniano.

En México, de cinco años a la fecha, no hay investigaciones relacionadas con el tema propuesto para el presente trabajo; de tal modo que, a nivel global es un tema poco explorado en Psicoanálisis, pues como ya se ha referido, los trabajos citados abordan el tema de la vocación como un complemento a los planteamientos de corte lacaniano, principalmente.



El objetivo de la investigación consistió en develar los estados de la mente que interactúan durante la elaboración del proceso vocacional del adolescente.

### Participantes

De los seis estudiantes que participaron, cuatro pertenecen al género masculino y dos pertenecen al género femenino, teniendo una media de edad de 17 años; en el momento de llevar a cabo la investigación cursaban el quinto semestre de Bachillerato. En cuanto a sus áreas de formación propedéutica se encontró: un participante de Físico-Matemáticas, dos participantes del área Químico-Biológica, dos inscritos en el área Económico-Administrativa y uno más cursaba el área de Humanidades y Ciencias Sociales. De este modo, el tipo de muestreo que apoyó el presente estudio se le conoce como: muestreo por conveniencia, ya que los participantes acudieron por sí mismos a apoyar la investigación.

### Técnica de recolección de información

La recolección de la información se llevó a cabo a través de la investigación sociohistórica del ámbito subjetivo; en este caso se utilizó la historia de vida, pues se recolectó evidencia testimonial personal. Vale decir que esta técnica se caracteriza por ser contextual, intensiva y profunda, además de aplicarse a un número reducido de participantes (Aceves, 2006).

### Procedimiento

1. Se invitó a los estudiantes de quinto semestre de bachillerato durante el periodo agosto-diciembre de 2019 a participar en la investigación y que tuvieran el deseo de compartir y permitir la exploración de su proceso vocacional.
2. A los participantes que se interesaron se les realizó una entrevista inicial para disipar sus dudas, así como para comentarles la importancia de que sus padres también estuvieran informados sobre su participación en la investigación debido a que eran menores de edad.

3. Ya informados, los papás de los seis estudiantes que decidieron apoyar el estudio y los propios participantes firmaron el respectivo: "consentimiento informado".

4. Tomando como base los horarios escolares de los estudiantes se programó el calendario de entrevistas tentativo con la finalidad de organizar los tiempos y espacios para llevar a cabo las entrevistas que darían lugar a la conformación de las historias de vida.

5. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos y se desarrolló una vez por semana dentro del horario de clases en la oficina de la Coordinación de apoyo Vocacional y Personal.

Se trabajó con una matriz de análisis categorial cuya función principal es la recolección y sistematización de los contenidos a través de las categorías: familia, expresión emocional, identidad, percepción hacia los adultos y vínculos importantes fuera del núcleo familiar, así como la correspondencia interpretativa con los estados de la mente.

### Resultados

#### *Estado de la mente con tendencia hacia la posición infantil*

Pasaje: *"Ahora en relación con lo que quiero estudiar, estoy entre Administración de Empresas de Animación y Finanzas, aunque algo muy dentro de mí quisiera entrar a estudiar música, pero aún no me decido. Mi temor es que me gane el tiempo y no me decida".*

Pasaje: *"... estoy temiendo no quedarme en Nanotecnología y que entonces tenga que quedarme en Ingeniería Industrial, lo cual no me gusta mucho, pues, el ambiente es muy pesado y los estudiantes que conozco son muy cerrados de pensamiento..."*

Pasaje: *"...me he preocupado mucho por no cagarla y trato de concentrarme en hacer lo que tengo que hacer..."*

Pasaje: *"... Estoy pensando en estudiar Psicología, aunque sería una opción extra pues he pensado en Medicina como primera opción y Criminología en segundo lugar, pero al mismo tiempo no me convencen del todo. Por otro lado, en mi casa me han estado diciendo que debo quedarme en la UNAM... Mi abuelito-papá es quién apoya la idea de medicina... creo que sí quiero estudiar Medicina, aunque sería para cumplir con las expectativas de mi abuelito y las de ella (tía)..."*

Pasaje: *"La familia de mi mamá es más cercana y es con quiénes más me identifico, ahí son más unidos y nos reunimos..."*

Pasaje: *"Pues no, pero a veces me siento mal por querer algo que mis papás o mis abuelos no quieren o que consideran malo".*

**Interpretación:** En estos pasajes se evidencia la tendencia a disminuir la angustia de una decisión importante, refugiándose en el grupo familiar en donde se destaca que, para los adolescentes, no se cuestiona ni se pone en duda lo que los adultos digan, es decir, aparece la idea de que el adulto es omnipotente y omnisciente. Se da un alto valor a las expectativas de los familiares como opciones de elección profesional por las cuales se sienten atraídos. Temen defraudar los deseos de sus padres en términos de las expectativas que ellos les han colocado. Muestran asimismo cierto temor a que su desempeño no sea lo suficientemente bueno como para demostrarle a los adultos, lo valioso de su existencia. Se aprecia la presencia de conductas adaptativas que enmascaran la dificultad de no poder ser adolescente.

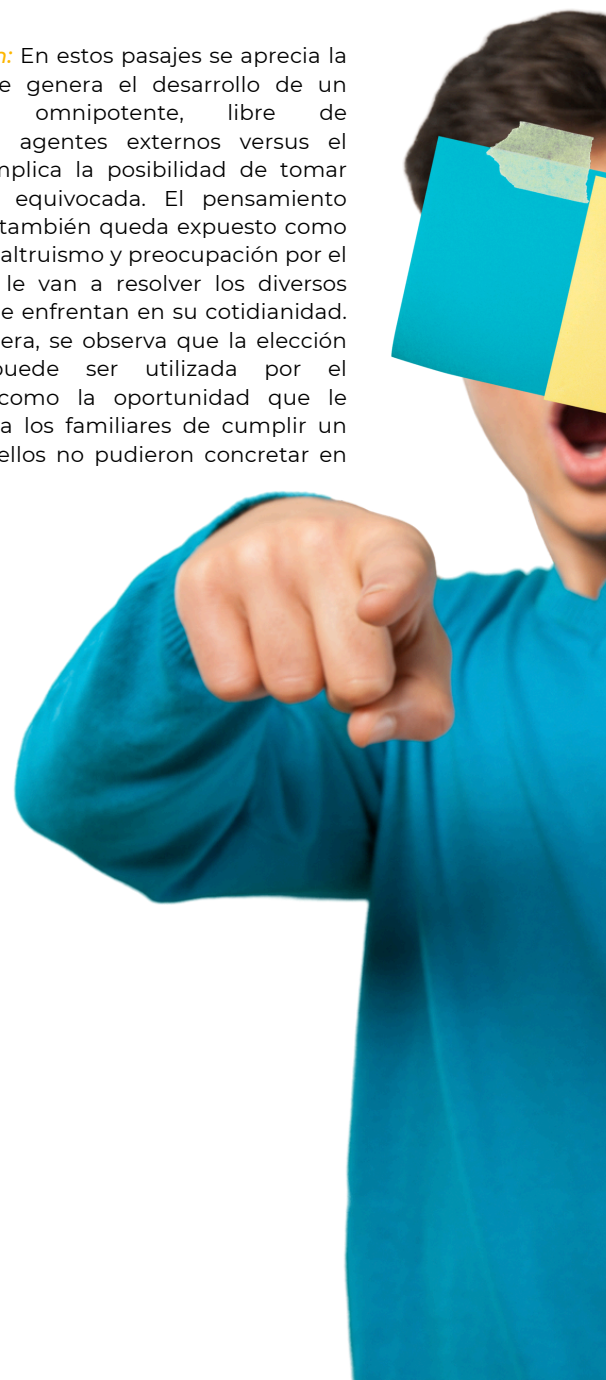
**Estado de la mente con tendencia hacia la posición adulta**

Pasaje: *"A veces me desespera no poder tomar decisiones y me pregunto, ¿por qué no puedo elegir? Lo primero que pienso es que no me gusta que me adoctrinen, no me gusta que me quieran enseñar y es entonces cuando también veo que no me quiero equivocar".*

Pasaje: *"... La verdad es que mi vocación ya está definida y más porque ahora que fui a misiones, me di cuenta de la necesidad que tiene la población de que haya buenos gobernantes. ¿Te imaginas? Les cobran por el agua que consumen y la verdad, es injusto. Además, comí en jícara y conviví con la gente que menos tiene. La experiencia me hizo confirmar que debo seguir buscando cómo mejorar la vida de la gente desprotegida."*

Pasaje: *"... Ahora que hemos estado viendo lo de a carrera, me contó que mi abuelito quería estudiar Derecho y que también estaba interesado en ayudar a los demás, así como yo."*

**Interpretación:** En estos pasajes se aprecia la confusión que genera el desarrollo de un pensamiento omnipotente, libre de influencia de agentes externos versus el temor que implica la posibilidad de tomar una decisión equivocada. El pensamiento omnipotente también queda expuesto como una forma de altruismo y preocupación por el otro a quien le van a resolver los diversos problemas que enfrentan en su cotidianidad. De igual manera, se observa que la elección vocacional puede ser utilizada por el adolescente como la oportunidad que le otorgan al o a los familiares de cumplir un objetivo que ellos no pudieron concretar en su momento.



*Estado de la mente con tendencia hacia posición de adolescente en grupo*

*Pasaje: "La familia de parte de mi papá es muy complicada, pues tienen mucho, mucho dinero y sí nos cuesta trabajo interactuar con ellos. Sus hermanas se dedican a la casa y sus esposos son abogados así muy "high" excepto la más joven que es psicóloga y se dedica a las empresas. La familia de mi mamá es más cercana y es con quiénes más me identifico, ahí son más unidos y nos reunimos con más frecuencia. Con la familia de mi papá solo son reuniones de hipocresía y hasta mi abuela es así".*

*Interpretación:* Percibe que el dinero es un medio para separar a la gente. Expresa la preocupación que le da el no tener el estatus de su familia paterna. La gente con dinero se aprovecha de su posición.

*Pasaje: "... Un día estaba hablando con mi mejor amigo y él me decía que sentía que se comportaba como adulto sin serlo, es decir, es centrado, no va a fiestas, es muy estudioso y dice también que él siente que se saltó de la niñez a la adultez y que ser adolescente le ha costado".*

*Interpretación:* Parece capaz de establecer vínculos con sus iguales del género masculino con quienes incluso llega a identificarse.

*Pasaje: "Me llegó una solicitud de Facebook de alguien que no ubico, pero que tiene varios amigos en común. Entonces estuve checando su perfil y encontré que estudió Criminología, lo cual se me hizo muy coincidente".*

*Interpretación:* Estos pasajes develan la importancia que para los adolescentes tienen los grupos de pares ya que les proveen de elementos identitarios. Las redes sociales les permiten conectar con sus iguales de tal forma que les genera un sentimiento de satisfacción por los vínculos que desarrollan. Muestran ciertos pensamientos prejuiciosos en torno a los factores que les pueden mostrar la no pertenencia a ciertos grupos y expresan prejuicios alrededor de ellos.

*Estado de la mente con tendencia hacia posición de adolescente aislado*

*Pasaje: "Pues porque eso sucede en este país y porque veo que la política es una porquería que no ayuda a que las cosas mejoren y que la gente que tiene que ser responsable de otros nada más es incongruente. Por ejemplo, en mi familia por parte de mi mamá son personas que tienen muchos defectos, son muy exagerados con el orden y no saben expresar sus emociones".*

*Pasaje: "Pues es que mi mamá siempre ha estado dependiendo de lo que le dice mi abuelita y a mi señor padre solo le interesa saber dónde y cuándo se firmará el divorcio. ¿Recuerdas que te platicué que ya le dijeron todo el show que hicieron mi abuelita y mis tías para separarla de su novio N.? Pues creo que mi mamá tiene mucha dificultad para tomar decisiones y aún hoy, mi abuelita sigue influyendo en sus decisiones".*

*Pasaje: "Pues, es que mi mamá se aferra a qué cuidemos a los abuelos y la verdad, puede sonar feo, pero si por estar con ellos yo no me puedo ir se me hace muy egoísta porque ellos ya pronto morirán y mi vida va apenas va comenzando. Además, mi mamá se ha desgastado mucho cuidando a mi abuelo, yo también me he perdido de muchas cosas por estarlo cuidando. Luego mi mamá dice que con todos mis problemas todavía quiero complicarme más".*

Pasaje: *“A mí no me gusta que me mientan y siento que mi familia lo hace todo el tiempo. Me han mentado en cosas que se supone sucedieron con mi mamá o que han sucedido alrededor de su partida”.*

**Interpretación:** En estos casos, los integrantes de la familia de mayor edad son percibidos como intrusivos y como medio de control para imponer su autoridad, lo cual provoca en los adolescentes, sentimientos de inseguridad para tomar decisiones. Expresan sentirse sometidos a las necesidades de la familia y no se sienten libres para ser y hacer. El tema de la relación con la madre es recurrente en las conversaciones, sin embargo, denotan confusión en cuanto a dicha relación (amor-odio).

A partir del análisis realizado se encontró los estados de la mente, cumplen parcialmente con la función de elaboración de la elección vocacional, ya que amplían la plasticidad del aparato mental debido a que este fue estimulado suficientemente como para propiciar reflexiones al respecto de sus decisiones profesionales y personales. Ahora bien, con base en las categorías analíticas y de acuerdo con su contenido, se encontró lo siguiente:

En relación con la categoría familia, se observó que esta se encuentra matizada de anécdotas, sucesos y situaciones que dan cuenta de su configuración y, por lo tanto, de sus carencias y fortalezas. Así mismo es posible ubicarlos como auxiliares de los descubrimientos a los que cada participante fue accediendo desde su muy particular visión, historia y subjetividad.

A este respecto, los conflictos expresados a través de la percepción que se tiene hacia la familia están principalmente relacionados con lejanía y dificultad para vincularse afectiva y efectivamente de parte de los padres; aparece también la intrusión que provoca inseguridad en la toma de decisiones, así como confusión en el vínculo con el dinero lo que también provoca la necesidad de sobresalir a partir de la inseguridad. Existe, además, temor acerca del ejercicio de la sexualidad, aunado a lo anterior también aparece el dominio de los

adultos sobre las necesidades del adolescente, lo que provoca en estos la sensación de sometimiento y, en consecuencia, el sentimiento de frustración, además de la percepción de que los adultos mientan para ocultar la verdad sobre situaciones profundas de su propia existencia lo que provoca desconfianza y curiosidad del individuo adolescente.

La expresión de las pérdidas al interno del núcleo familiar está ubicada principalmente en los primeros años de la infancia y se relacionan con la pérdida por muerte, aunque aparentemente en la mayoría de los casos no parece que haya habido este tipo de vivencia.

A través de la historia familiar se expresan principalmente los sentimientos de indiferencia, abandono, idealización, reparación y empatía, además de la desesperación por no poder tomar las decisiones profesionales derivadas del propio proceso vocacional. Es decir, la historia familiar es un indicador importante que atraviesa inevitablemente el proceso vocacional, y que influye de manera importante en la circunstancia de cada uno de los participantes y su toma de decisiones tanto personales como profesionales y vocacionales.

En cuanto a la categoría de análisis, expresión emocional, el enojo, la tristeza y el miedo fueron elegidos como indicadores en las historias de vida de los participantes.

Así, mediante el enojo se expresa la hostilidad derivada de la necesidad de diferenciarse del grupo familiar, el cual es criticado por la incongruencia que se percibe incluso fuera de la familia nuclear. Lo antes referido da cuenta de la desidealización hacia los adultos que se acompaña de frustración, especialmente por el sentimiento de falta de atención por parte de estos; sin embargo, el enojo es actuado más que expresado hacia las figuras parentales.

Ahora bien, la tristeza coloca a los adolescentes en una situación de vulnerabilidad de la cual se defienden constantemente y se recurre al enojo antes

que aceptar tal sentimiento de vulnerabilidad. En momentos, la tristeza es colocada en las acciones de los adultos, quienes son percibidos como “enemigos” del alcance que los adolescentes pueden tener, por lo que se recurre al sentimiento de omnipotencia en donde se es inalcanzable y prolífico. También se recurre a la música como facilitadora de la expresión de la tristeza que usualmente está acompañada de soledad o a proyectar en otros contextos el conflicto subyacente.

Por su parte, el miedo confunde a los adolescentes y es una emoción difícil de diferenciar y expresar, ya que puede causar represalias o castigos de parte de los adultos de quienes los adolescentes aún dependen. También existe el temor a no ser lo que pensaban, es decir, a no alcanzar el ideal del yo o a no ser el hijo salvador que los padres necesitan. Otro temor vertido en la presente investigación es a defraudar las expectativas de sus padres o a no poderse independizar de ellos debido a que perciben expectativas muy altas, así como de otros miembros de la familia extendida, tales como abuelos o tíos.

La identidad es un factor fundamental en el periodo adolescente, de ahí que mediante esta categoría se puedan explicar algunos indicadores tales como: lo vocacional, lo profesional-familiar y lo relacionado con el género.

Así, en términos generales se puede observar que la identidad vocacional aún se encuentra en construcción, pues el ejercicio de toma de decisiones no ha sido fortalecido ni fomentado por el núcleo familiar o en algunos casos el conflicto con la familia es lo que mueve hacia la búsqueda de la vocación como una forma de resolver dicho conflicto; sin embargo, la idea de vocación parece estar mejor sustentada y clarificada por la mayoría de quienes componen este grupo de adolescentes pues la complementan de manera congruente con la elección de su profesión y desde su propia subjetividad e historia personal, le van dando forma a sus próximas decisiones.

En cuanto a lo profesional-familiar, se puede observar que existen casos en los que no hay identidad con alguna ocupación o profesión y solo son las expectativas, lo que se vierte en los comentarios de los familiares, los cuales llegan a ser estresantes y desmedidos para los adolescentes quienes pueden llegar a pensar en profesiones “extraordinarias” que den cuenta de su capacidad como una forma de convencerlos y convencerse de sus habilidades. Por otro lado, hay casos en los que la identificación con alguno de los padres o figuras importantes (abuelos, tíos) es lo que los mueve a elegir profesión como una forma de suceder a alguno de ellos o incluso, llevar a cabo algo que ellos no pudieron hacer, a través de lo cual fortalecen dicha identificación.

En cuanto a la identidad de género, es importante referir que este grupo de adolescentes parece tener apuntalada este indicador en términos de lo que implica pertenecer a uno u otro género; sin embargo, se espera que haya habido experiencias de tipo transitorio que en su momento pudieran haberlos confundido y, en consecuencia, dudar de su identidad de género o en su caso, fortalecerlo.

La percepción hacia los adultos permite dar cuenta en qué medida es posible que los adolescentes sientan que sus vínculos con éstos tiendan a ser conflictivos, idealizados o autoritarios.

La generalidad de este estudio coloca el conflicto hacia los adultos en las actitudes que refieren como incongruentes, intrusivas, de control emocional o monetario, así como en lo alarmistas que pueden ser al respecto del ejercicio de toma de decisiones en torno a lo profesional.

La idealización es un indicador que también se expresa, aunque de manera menos recurrente pues también reconocen el esfuerzo y la guía que son capaces de brindar incluso los adultos de la familia extendida, tales como tíos y/o abuelos.



En cuanto a la percepción de un vínculo autoritario, los adolescentes que participaron en el presente estudio expresan el sentimiento de incongruencia hacia el crecimiento adulto; es decir, sienten que los adultos no les facilitan el crecimiento a través de dejarlos que tomen sus propias decisiones. En gran medida, la incongruencia y la inseguridad de los adultos es un factor que no les permite desempeñarse como quisieran e incluso, el que los adultos se sientan poderosos y con el derecho a imponer ideologías es lo que más dificulta el crecimiento y mantiene el sentimiento de enojo o de resignación.

Los **vínculos importantes** fuera del núcleo familiar tales como: miembros de la familia extendida, amistades y/o noviazgo son expresados de la siguiente forma por los participantes:

En la mayoría de los casos, los miembros de la familia extendida han tenido un papel importante en el desarrollo de los adolescentes; independientemente del número de hermanos y las circunstancias familiares, se encontró que, en la mayoría de los casos, los abuelos y tíos han sido figuras importantes durante el crecimiento de los adolescentes siendo estos quienes se han enfrentado a las situaciones favorables y desfavorables durante la crianza de los adolescentes.

En cuanto a los amigos y/o amigas, se encontró que las redes sociales juegan un papel importante para iniciar o mantener los vínculos entre iguales, así como para comunicarse con algunos adultos. Al acceder a los vínculos entre iguales en donde no está de por medio una red social se expresa confusión y conflicto ante la cercanía, por lo que la identificación y seguridad no están fortalecidas por esta modalidad de relación.

El noviazgo es un tema esperado en este grupo de participantes, a este respecto quienes sí lo están experimentando en la actualidad llevan un tiempo considerable con su pareja, mientras que quienes no tienen un vínculo de noviazgo expresan confusión o desesperanza y hay quienes no lo piensan como parte de su vida.

Los participantes en la presente investigación oscilaron entre los diferentes estados de la mente descritos por Donald Meltzer. Como todo movimiento en el aparato mental, se requiere de espacio y tiempo para que vayan siendo cada vez más claros para quien los experimenta internamente. Complementando lo anterior, Meltzer (1988) refirió que el adolescente se encuentra en un movimiento continuo y transita por los estados de la mente referidos porque el proceso de crecimiento suele ser tan doloroso que solo es posible soportarlo por breves periodos de tiempo.

De este modo, se describen a continuación los hallazgos encontrados:

- Con base en el constructo hipotético, estados de la mente, se pudo observar que el estado de la mente que domina en los relatos de los participantes dentro de la categoría *familia*; se encuentra interconectado, principalmente, con lo que Meltzer denomina como adolescente aislado; ya que denota la decepción que los participantes sienten hacia sus padres o sus familiares además de la necesidad narcisista de poder hacer su camino de manera independiente y así buscar acceder a lo que hasta el momento, solo los adultos pueden acceder. Dentro de la categoría *expresión emocional* aparece también el estado de la mente adolescente aislado, pues son adolescentes que al intentar evitar el sufrimiento recurren a la proyección como defensa ante las angustias persecutorias que experimentan. Aunque por las circunstancias de dependencia económica se someten a los padres o cuidadores, en el fondo experimentan decepción y desidealización de sus figuras parentales, las cuales ya no pueden restaurar. De ahí que sus ideales y proyectos estén colocados principalmente en su crecimiento y desarrollo individual, acompañados de sentimientos de soledad que se enmascaran con omnipotencia.

Con base en lo expresado por los participantes, a través de la categoría referida a la identidad, se observa que los estados de la mente que mejor describen los pasajes analizados, están relacionados con el adolescente aislado y (en menor medida) el adolescente en la familia (infantil), ya que los adultos colocan expectativas e ideas sobre lo que los jóvenes deberían estudiar; sin embargo, el estado de la mente relacionado con el adolescente aislado aparece cuando los participantes se defienden del sometimiento que pretenden imponer los adultos a su cargo y expresan que quisieran tomar sus propias decisiones. El estado de la mente relacionado con lo *infantil* aparece cuando los adultos parecen imponer sus expectativas y puntos de vista. Aunque este estado de la mente no prevalece, sí es necesario mencionar que parece que las familias preferirían que los adolescentes se sometieran a sus expectativas y mandatos, con el fin inconsciente de mantenerlos infantilizados.

A través de la categoría *percepción hacia los adultos* es posible concluir que también se expresa la desidealización de los padres aunada a la dificultad para restaurarla y el sentimiento de soledad que acompaña al adolescente quien, a su vez, siente que debe ser él o ella quien tiene que protegerse y cuidar de sí mismo como no lo hicieron sus padres. Lo anterior desde un vértice narcisista. Los vínculos importantes fuera del núcleo familiar también permiten observar fenómenos relacionados con el estado de la mente llamado de adolescente aislado, pues además de estar con adultos conflictivos, indeseables y con quienes es complicado vincularse debido a la incongruencia, la intrusión y la codicia se suma a la necesidad de controlar a través del dinero o de lo emocional. Es esperado que en ocasiones se coloquen en la dependencia infantil que atañe a dicho estado de la mente, sin que esto sea predominante. Derivado de lo anterior, se puede observar que el estado de la mente dominante en el estudio está relacionado con el estado adolescente aislado; sin embargo, es importante tomar en cuenta que cada estado aparece en alguna medida a lo largo del proceso adolescente y aunque no sean nítidamente visibles aparecen para acompañar dicho proceso.

- En cuanto al objeto de estudio, en este caso, el proceso vocacional y con base en los supuestos teóricos de Cueli, se observó que la vocación fue referida en diferentes momentos como un llamado a cumplir con una pronunciada necesidad no satisfecha que podría ser resuelta vía la profesión. Añade que el papel del orientador es facilitar los rumbos en la medida que hay libertad para elegir de parte del individuo que elige; sin embargo, no descarta el componente inconsciente de la distancia que deberá guardar de acuerdo con sus primeras experiencias objetales interiorizadas — que primero fueron externas— y que repetirá mediante la profesión que elige y ejerce. Por su parte, Bohovslavsky es importante para el presente estudio al afirmar que los aspectos externos se internalizaron como objetos dañados, de tal forma que a través del yo se exige y se solicita que sean reparados. Así es posible la identidad ocupacional que al conformarse da pie a la identidad vocacional y posteriormente a la elección profesional que llevarán al individuo hacia la decisión vocacional y, en consecuencia, a la reparación de los objetos internalizados que habían sido dañados en la realidad externa. También se pudo observar que lo referido por Rascovan cobra sentido en cuanto a que hay ruptura y reconfiguración de la trayectoria profesional cuando se cambia de nivel educativo, por lo que el individuo se ve en la situación de seguir su hoja de ruta cuyo trayecto va de la mano con sus deseos, posibilidades, subjetividad y, en definitiva, su historia de vida. Por lo tanto, las tres posturas teóricas permiten la comprensión del objeto de estudio.
- El fenómeno de investigación tiene modos muy parecidos de ser concebido, aunque la forma de expresión de los autores con el tiempo ha ido complementando la definición y las características del periodo de desarrollo llamado: adolescencia. Los autores en general coinciden en la importancia que le otorgan al periodo de Latencia como base de lo que sucederá posteriormente y que se pondrá en juego durante la

adolescencia. Asimismo, es posible comprender que la adolescencia, más que un periodo de cambios físicos y psicológicos es ubicado como un periodo de oportunidades y riesgos que se complementan con la importancia que tiene el rol del adulto y el ambiente que podría facilitar o complicar el tránsito del individuo adolescente por esta etapa.

- Durante el proceso llevado a cabo en la investigación se pudo construir un espacio lo suficientemente flexible en donde los participantes pudieran salir una vez que lo necesitaran, lo cual favoreció su experiencia, pues se ha revelado que una de las dificultades principales del vínculo con los adultos importantes se debe a que dichos adultos suelen ser intrusivos y no les permiten tomar decisiones, lo cual sí se pudo realizar en el espacio dedicado al estudio, su participación fue voluntaria y en general, el investigador permitió que se fueran cuando ellos lo sintieran y no cuando él lo determinara.

De acuerdo con lo anterior, el proceso vocacional observado desde el psicoanálisis es complejo en tanto que requiere de considerar distintas vertientes de información y hacerlo con personas que atraviesan la etapa adolescente lo convierte en un reto considerable.

Explorar el proceso vocacional desde un ángulo reflexivo es difícil de concebir para los padres y estudiantes, pues usualmente se espera que solo se acceda a tal exploración mediante pruebas estandarizadas que los ubiquen en una u otra profesión sin más información al respecto, colocando en un instrumento psicométrico la responsabilidad que implica la toma de decisión profesional.

## Bibliografía

- Aceves (2006) Un enfoque metodológico de las historias de vida. En De Garay, G. (Ed.) Cuéntame tu vida, Historia Oral: Historias de vida. Instituto Mora.
- Cueli, J. (1992). Vocación y afectos. Limusa Editorial. (Texto original pub. en 1969).
- Fernández, M. (2017) Adolescencia, desorientación subjetiva y elección vocacional. Revista de la Universidad Nacional de la Plata. Número 17. 105-122. <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/8389/7091>
- Meltzer. D. y Harris, M. (1988) Adolescentes. Spatia Editorial.
- Nava, G. (2000). Una estrategia de intervención desde la perspectiva del Psicoanálisis. En El imaginario en torno a la elección de carrera (39-70). Plaza y Valdés.
- Pereira (2011) Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder. Morata.
- Rascovan, S. (2016). La orientación vocacional como experiencia subjetivante. Paidós.
- Sánchez, C. (2020, 24 de enero). Referencias APA. Normas APA (7.ª Ed.). <https://normas-apa.org/referencias/>
- Stake R. (1994) Estudio de casos en Marradi, A., Archentí N., y Piovani J. (2010) Metodología de las Ciencias Sociales. CENGAGE Learning Editorial.
- Wender, L. (1962) Psicoanálisis de la Vocación. Revista de Psicoanálisis. T. XXII(1-2).
- Willcox, R. (2010). Guía para la metodología de la investigación.
- Woolfolk, A. (1999) Psicología Educativa. Pearson Educación.

3

ARTE Y PSICOANÁLISIS







**PSICOANALISTA Y PACIENTE. LAS DOS FRIDAS**  
Rubicelia Vargas Fosada<sup>1</sup>

ARTE Y PSICOANÁLISIS

Frida Kahlo es una de las pintoras mexicanas más reconocidas internacionalmente, no solamente por su arte, sino también por la vida tan dolorosa que tuvo y que plasma en sus creaciones. La pintura “Las dos Fridas” se creó en un momento en que Frida había roto su relación con Diego Rivera, un momento de quiebre para la artista.

En esta se encuentran dos autorretratos de ella, ambas con un rostro inexpresivo que disimula el dolor de las Fridas, dolor representado por una arteria rota que sangra, y que desangra a una parte de la mujer. La otra Frida la mantiene con vida, la mestiza, la mujer fuerte querida por Diego, amada y reconocida, quien alimenta a la Frida sufriente que derrama su sangre sobre su vientre; ese que una vez sangró por el hijo que no tuvo, el hijo que perdió por la indiferencia de su amado. Frida con Frida, sosteniéndose con la mano y con su propio corazón, lucha por sobrevivir bajo un cielo borrascoso, amenazante y en la ausencia del amor, que solamente se conserva en la memoria de un retrato en su mano.

Este cuadro puede ilustrar la función actual del psicoanalista, desde el punto de vista del psicoanálisis contemporáneo. En las dos Fridas se encuentran tres, las que están pintadas y la artista que las crea; se encuentra ella con ella misma. En una sesión de psicoanálisis se encuentra el paciente consigo mismo, que es otro, cocreado en presencia del analista, un tercero que se presenta en ese momento y que no existe ni antes, ni después. Es transitorio, es en ese momento, es en el encuentro con el analista donde aparece, es el encuentro el que lo genera.

Podemos pensar a la paciente como la Frida vestida de blanco. Su sufrimiento está representado por la sangre que se derrama de la arteria rota y el pecho abierto con un corazón destrozado e incompleto. Un dolor incontenible por la paciente, que se desborda y la está dejando sin vida, un dolor psíquico que la sobrepasa producido por un temor que no se entiende, un terror sin nombre. Un miedo al derrumbe, una agonía vivida que dejó rastro, que no puede ser simbolizada, que no se puede decir, que no existe en las palabras y que solamente se siente el cuerpo vaciándose de sangre, tratándose de contener con unas pinzas que no alcanzan a detener la sensación de muerte, algo que se vive, pero no se conoce ... el origen mismo.

La persona psicoanalista es la Frida vestida de tehuana, con una expresión similar a la de su paciente, como si de un espejo de ella se tratara, con el corazón completo pero expuesto sobre la piel y el vestido, dispuesto a recibir el dolor de su paciente, sirviendo como continente de sus proyecciones. Como si fuera un corazón auxiliar que le presta mientras el suyo está roto, para con eso ayudarla a sobrevivir.

**Cómo citar:**  
Vargas Fosada, Rubicelia. (2023, enero). Psicoanalista y paciente. Las dos Fridas. VérticeK, 1(2), 82-85.  
[1] Psicoanalista de CentroK. CDMX, México. rvargas@izt.uam.mx

Los dos personajes están conectados por el centro de las emociones, en la pintura representadas por el corazón. La persona psicoanalista en su función siente, vive el dolor psíquico de la paciente, comparte su mundo interior y presta su sangre, su corazón (o su mente) para que la paciente elabore sus sentimientos. Una relación analítica que permite la vivencia de la experiencia en carne propia, un regreso a la dependencia para poder pensar y vivir. Es lo que otros llaman el *rêverie* donde la psicoanalista presta su función alfa, comprendiendo y sintiendo lo que su paciente siente. Emoción que se transforma en pensamiento, contenido que espera a ser elaborado y entendido, continente que conteniendo transforma.

En la mano de la psicoanalista vemos el retrato del amor perdido en el que desembocan los vasos comunicantes, como una muestra de lo que la psicoanalista ha elaborado, que es ese dolor indecible de la paciente. Lo identifica y le da nombre e imagen con la foto de Diego. Construye el objeto del sufrimiento y lo define, y lo tiene listo para ser devuelto. Sobresale la espera de la psicoanalista, con la foto en la mano en silencio, y conteniendo a la paciente con la otra mano, porque las manos de las dos Fridas están fuertemente unidas. La de la paciente por encima de la del psicoanalista, como apoyándose, ayudándose a estar.

La relación no sólo es entre los dos corazones, no solamente las conecta el dolor. También existe una psicoanalista real, que participa desde su subjetividad en la construcción del espacio analítico que es de ambas y que está representado por el banco que comparten los personajes del cuadro. Un espacio propio de dos que no se repite, que sostiene y contiene. Un campo hecho para comunicarse, sentir, soñar, ensoñar y transformar, una ampliación en lo real para llegar a lo intangible, a lo incognoscible que se intuye. Un espacio que provoca la creatividad y el crecimiento, y que lleva al vínculo comensal del que ambos actores del proceso se nutren.



**Agradecimiento:** A mi amiga Ana Martínez que me animó a publicar el artículo y me acompañó en el proceso, como lo ha hecho en la vida. A la Dra. Rocío Nuricumbo que me ayudó a entender a Bion y me hizo enamorarme de su teoría, además de promover esta reflexión que se convirtió en la pequeña pieza que ahora comparto. A los y las que con su minuciosa revisión enriquecieron el trabajo



### BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W. (1962). Una teoría del pensamiento. En *Volviendo a pensar*. Lumen-Hormé.
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Ferro A. (2014). Las fronteras del psicoanálisis: nuevos pacientes, nuevos analistas, nuevos modelos. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1(2). <https://bit.ly/3BJgpSa>
- Lutenberg, J. M. (1998). La teoría de Bion y el problema de la verdad. En *El psicoanalista y la verdad* (p. 238-257). Ediciones Publikar.
- Ogden, T.H. (1994). The analytic third: working with intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75(1), 3-19.
- Pistiner, L. (2011). Aprendiendo de la experiencia: Función alpha y reverie. En *Sobre el crecimiento mental: ideas de Bion que transforman la clínica psicoanalítica* (p. 125-140). Biebel
- Winnicott, D. W. (1963). El miedo al derrumbe. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós

3

RESEÑAS







# LA HERENCIA EMOCIONAL: RAMÓN RIERA

Reseña por Ana Martínez Vázquez<sup>1</sup>

DISPUESTO  
ESTABA A  
DESTRUIR  
CON LA  
BRUMA DE  
SU BOCA,  
EL  
SENTIDO  
DE PERTE-  
NENCIA...

RESEÑAS

Cuando abres las páginas de este libro lo primero con lo que te encuentras es una dedicatoria:

*...a mis nietos, y a los nietos que están por venir que serán todos destinatarios de la herencia emocional... deseo que les sea útil, pero también que sepan ver la parte de la herencia que no les sirva, y que se sientan libres de quitársela de encima...*  
(Riera, 2019)

No hay mejor forma de empezar un texto sobre la herencia de las emociones que con esta dedicatoria, porque finalmente, a lo largo de todo el libro, eso es lo que nos dice: es inevitable heredar, pero uno decide con lo que se queda. Bajo la idea de que lo que se hereda no se hurta, nos invita a decidir, o no, sobre mantener esas herencias como parte de nosotros. Esto nos lo ilustra el autor con múltiples ejemplos, que además van transcurriendo en una línea de la historia de la humanidad muy particular, porque pasa por estrellas famosas como Cervantes, hasta soldados desconocidos como Tom y personajes mitológicos como Edipo.

La herencia emocional es una herencia invisible que se refiere a lo que somos capaces de sentir y pensar. Lo determinante es lo que sentimos, no lo que decimos que pensamos nos dice. Parte de esa herencia la adquirimos a través de contar historias. Contar historias ha sido y sigue siendo una poderosa herramienta para transmitir valores de generación en generación. La herencia emocional nos lleva en buena parte a través de las leyendas que oímos, los libros con cuentos de familia, las películas o los conciertos. Las historias que recoge en este libro le permiten enseñarnos los cambios de la herencia emocional en el tiempo.

En siete capítulos el autor nos lleva por los valores y las emociones, de tal forma que pasa por los agricultores obedientes, los nómadas igualitarios, los valores de la guerra y su sufrimiento, la familia desde luego y su evolución. En su capítulo titulado el corazón de un niño puede albergar todo el dolor del mundo nos plantea como se puede defender un bebé del dolor. Cuando nos dice si vas a morirte, no te quiero tanto, se refiere a los padres. Con este provocador título, el autor nos explica cómo ha evolucionado el afecto hacia los hijos, y cuenta una historia del siglo XIX, cuando en las familias nacían muchos hijos, pero muy pocos sobrevivían. En los padres aparecía un distanciamiento emocional necesario para sobrevivir tanta pérdida. Esto sigue ocurriendo en algunas comunidades, pero en aquellas donde la mortalidad infantil es baja sabemos que la pérdida de un hijo es un duelo casi imposible. La herencia emocional se modifica porque las condiciones sociales son distintas y porque las culturas son diferentes. Otra forma de ilustrarlo es con mamás de etnias africanas, que no ven a sus bebés recién nacidos y parecen desconocerlos, como restándoles importancia. Entendiendo la cultura, uno reconoce que lo hacen para que los malos espíritus los ignoren y los dejen libres. Una conducta materna aberrante a nuestra luz es perfectamente entendible desde otra cultura.

A lo largo del libro el autor plantea ideas que dan para pensar como cuando nos dice *que las creencias son ideas, pueden pensarse y expresarse con palabras ... por el contrario, las convicciones emocionales se expresan a través de reacciones emocionales espontáneas*. Nos habla de la disociación y establece que *cuando mejor van las cosas, más presente se vuelve el recuerdo del horror. Para sentir el sufrimiento emocional es necesario que sea soportable, y que tengamos la esperanza de poder cambiarlo. Sientes el terror que queda secuestrado (disociado) en el fondo de la memoria emocional*.

**Cómo citar:**  
Martínez Vázquez, Ana. (2023, enero). La herencia emocional: Ramón Riera [Reseña del libro La herencia emocional]. VérticeK, 1(2), 88-91.  
[1] Psicoanalista de CentroK, CDMX, México. martinezvazquezana17@gmail.com

## RESEÑAS

Algunos ejemplos son muy claros, como aquel donde explica la necesidad que todos tenemos de amputar alguna de nuestras emociones. Lo enseña con un ejemplo inequívoco, como es el de la madre que sale a trabajar y deja a su bebé al cuidado de una mujer, que también es madre y que dejó a su hijo en su país para poder trabajar como inmigrante y poderlo mantener. Cuida a un bebé y lo ve crecer, un bebé que no es el suyo, y para lograrlo bien tiene que *amputarse* la emoción que le produce el hecho de que su propio hijo no está con ella. La mamá que sale a trabajar y deja al bebé al cuidado de otra lo sabe, y también entierra ese sentimiento porque no hay alternativa, o no se ve. A su vez ella se pierde el desarrollo de su hijo, pero lo vive a través de lo que la nana le cuenta. Todo queda *amputado* y la vida sigue.



Dentro de los ejemplos que utiliza se encuentra el sistema de valores centrado en la obediencia, lo que asegura el autor provoca un *borrado* de la subjetividad. *La libertad de sentir nos permite conectar con las emociones sin vernos forzados a ocultarlas. Si tengo que obedecerte, no puedo sentir lo que siento.*

Una parte del libro se refiere a la subjetividad. En una particular visión del desarrollo de ésta, el autor nos habla de cómo *la escritura, a través de la imprenta y la novela, se convirtió en un poderoso potenciador de la subjetividad.* Explica como la capacidad de estar solo, de leer solo un libro y de poder inmiscuirte en esas emociones que te provoca, te desarrolla la subjetividad. Habla del Quijote, el primer antihéroe, a través de la historia de vida de Cervantes. En un pequeño párrafo nos cuenta la vida de este genial escritor, una historia de persecución, guerra y cárcel, a quien describe como un individuo vulnerable escribiendo y conectando con su subjetividad en la cárcel de Sevilla, que es donde escribe la obra magistral del Quijote. Una puede imaginarse la escena a través de las palabras del autor.

En algunas otras páginas conversa con Freud, y nos explica cómo fue que *se interesó por los sentimientos ocultos de unas mujeres con unas vidas profundamente desgraciadas, que eran carne de manicomio, que generaban el rechazo que suele generar la locura.* También habla de Franco, el terrible dictador, a quien describe como el *héroe sin miedo*, como una persona que no podía conectar con su miedo, lo cual tuvo terribles consecuencias para la humanidad. Explica como muchos *conectaban* con él, y preferían la seguridad sin libertad, aunque fuera a través del terror y la represión. Por el contrario, Tom, un soldado desconocido que fue a Vietnam y que de acuerdo con lo que explica el autor tiene una historia de vida similar a la del dictador, surge como un héroe empático, porque finalmente Tom sí pudo conectar con sus emociones y con su miedo. Claramente, se observa que dos infancias similares no necesariamente llevan al mismo destino.

La última herencia emocional que nos deja el autor es decirnos *mientras más vulnerables, más humanos.* La lectura de este libro nos lleva a eso de manera magistral, sin desperdicio, y leerlo sin duda nos hace crecer nuestra *subjetividad.*

#### Bibliografía

Riera, R. (2019). La herencia emocional. Planeta.

## DIÁLOGOS CON EL AUTOR

En esta sección se publicarán tus opiniones y preguntas. Dialoga con los autores que estarán encantados de leerte y de poder establecer una conversación contigo. En esta sección se publicarán tus opiniones y preguntas, junto con las respuestas que nos den los escritores.



# ¿YA LEISTE NUESTROS NÚMEROS ANTERIORES?



**VOL.1 NO.0**  
**Abril 2021**

**VOL.1 NO.1**  
**Julio 2022**

## DESCÁRGALAS

[www.centrok.mx](http://www.centrok.mx)



© Derechos Reservados 2023 VÉRTICEK Todos los Derechos Reservados.  
© Derechos Reservados 2023 CENTROK Derechos de Contenido Reservados.