



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

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

“PSICOTERAPIA DE UNA ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LIC. CLAUDIA ANGELO GÓMEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. BERTA BLUM GRYNBERG

COMITÉ: MTRO. VIENTE ZARCO TORRES

DRA. BENILDE GARCÍA CABRERO

MTRO. MANUEL GONZÁLEZ OSCOY

DR. JAIME WINKLER P



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis amadas hijas, Adelí Francisca y Lúa Alegría.

Agradecimientos.

A México Lindo en primer lugar, por su espíritu generoso y hospitalario.

A María Inés Aguilar, gran terapeuta, gran ejemplo, siempre presente en mi trabajo clínico.

A todos mis maestros y maestras de la UNAM, por haber compartido su larga experiencia clínica.

En especial Dra. Boni Blum, muchas gracias por el ejemplo de compromiso y entrega.

A mis pacientes, que también fueron mis maestros.

A mis cuatro fabulosos lectores, correctores y críticos: Gloria Angelo, Isabel Siklodi, Vicente Zarco y Manuel González Oscoy.

A mis compañeras y compañeros, gracias por la buena compañía en este intenso camino, por el cariño y el apoyo, por las risas y los llantos compartidos. En especial a Gabriela, tu determinación y amistad fueron decisivos.

¡L@s llevo conmigo!

Índice

	Página
Introducción	6
Capítulo 1: Marco teórico	9
1.1 Adolescencia.	9
1.1.1 Definición y etapas de la adolescencia.	9
1.1.2 Nachträglich en la adolescencia.	14
1.1.3. Duelos en la adolescencia.	16
1.1.4. Reedición del Complejo de Edipo en la adolescencia.	19
1.2. Otros conceptos relacionados al caso.	19
1.2.1. Depresión.	19
1.2.2. Determinantes familiares transgeneracionales.	25
Capítulo 2: Método	29
2.1 Objetivo del reporte profesional	29
2.2 Escenario	29
2.3 Participantes	29
2.4 Procedimiento	30
2.5 Objetivo del tratamiento	31
2.6 Presentación del caso clínico	31
2.7 Caso clínico	32
2.7.1. Ficha de identificación.	32
2.7.2. Descripción de la paciente.	33
2.7.3. Motivo de consulta	33
2.7.4. Historia del padecimiento.	34
2.7.5. Historia familiar.	35
2.7.5.1. Historia de familia materna.	35
2.7.5.2. Historia de familia paterna.	39
2.7.5.3. Historia de familia nuclear.	40
2.7.6. Historia Personal.	43
2.7.7. Evolución de la terapia.	47
2.7.7.1. De la relación con dos figuras significativas: Chuy y Katarina.	47
2.7.7.2. De la relación con su padre, José.	49
2.7.7.3. De la relación con su madre, Juliana.	51
2.7.7.4. De la relación entre sus padres.	52
2.7.7.5. De la relación con su hermana, Lily.	55
2.7.7.6 De la relación con su novio, Sebastián.	55
2.7.7.7. De su depresión.	56
2.7.7.8. De su infancia.	58
2.7.7.9. De la titulación y la independencia.	64
2.7.7.10. De su ambivalencia.	64
Capítulo 3: Análisis del Caso clínico	66
3.1. Observaciones generales.	66

3.2. Análisis de la depresión.	68
3.2.1. Análisis de los períodos depresivo en orden cronológico	69
3.2.2. Mejoría del estado de ánimo.	76
3.2.2.1. Manifestaciones físicas.	76
3.2.2.2. Manifestaciones psíquicas.	77
3.2.3. Conclusiones sobre la depresión.	77
3.3. Observaciones sobre la estructura de personalidad de la paciente.	77
3.3.1. Superyó.	77
3.3.2. Yo.	77
3.3.3. Ello.	80
3.4. Análisis de dos valores transgeneracionales que han contribuido a la formación del Ideal del Yo de la paciente.	80
3.4.1. El valor del trabajo.	81
3.4.2. El valor de tener padres presentes.	82
3.5. Análisis de dos situaciones específicas.	84
3.5.1. No poder soportar a dos figuras significativas.	84
3.5.2. La creación de u cuarto propio en su casa.	86
Capítulo 4: Discusión y conclusiones.	87
4.1. Coincidencias entre teoría y material clínico.	87
4.2. Divergencias entre teoría y material clínico.	88
Referencias Bibliográficas.	91

INTRODUCCIÓN

*AMÉRICA, no invoco tu nombre en vano.
Cuando sujeto al corazón la espada,
cuando aguanto en el alma la gotera,
cuando por las ventanas
un nuevo día tuyo me penetra,
soy y estoy en la luz que me produce,
vivo en la sombra que me determina,
duermo y despierto en tu esencial aurora:
dulce como las uvas, y terrible,
conductor del azúcar y el castigo,
empapado en esperma de tu especie,
amamantado en sangre de tu herencia.*

Pablo Neruda.

La Maestría “Residencia en psicoterapia para adolescentes”, impartida por la UNAM, tiene una duración de dos años y se le llama ‘residencia’ porque los maestrantes dividimos nuestras jornadas académicas entre las prácticas profesionales -dando atención psicoterapéutica a un público exclusivamente adolescente- y los estudios teóricos.

Los cursos son pequeños, de modo que todos los alumnos, licenciados en psicología, tuvimos la oportunidad de familiarizarnos con la mayoría de los casos de nuestros compañeros, no sólo a través del análisis de las historias clínicas y las supervisiones, sino que también en vivo, en cámaras de Gesell.

Esta manera de trabajar nos brindó la posibilidad de explorar en conjunto muchos más casos de los que habríamos podido conocer de forma individual.

Entre los numerosos historiales clínicos que conocí de esta manera, hubo algunos que me enseñaron más, que me sorprendieron más o que me conmovieron más.

Bajo la aparente simplicidad de los padecimientos, bajo los comunes denominadores, encontré profundidad, riqueza, compleja singularidad.

El caso que escogí para este informe, de una de mis pacientes, me pareció especialmente interesante: más allá del interés profesional.

Trascendiendo el valor técnico y teórico, desde un plano mucho más amplio, vital y humano, escucho muchas vidas en la historia de mi paciente. Verán que su abuela materna llegó de empleada doméstica a casa de una pareja y, a fuerza de convivir, conocerse y ayudarse, terminó siendo familia de los patrones. Sin que los unan lazos de sangre; fue un mestizaje no-sanguíneo.

Escucho en la singularidad de la historia de Camila la historia de un continente.

Cada una de sus características me recuerda a América: la pobreza, el mestizaje, el abrumador esfuerzo, la tenacidad, la certeza de que la superación es el camino.

Y sobre todo, que es una historia de mujeres. Mujeres fuertes, que agotan hasta el último recurso para ver avanzar a sus hijos.

Esta historia me hace pensar en los artistas Latinoamericanos: Nicolás Guillén poblando de tambores la poesía al evocar el mestizaje cubano, Frida Kahlo haciendo correr la sangre por sus cuadros sufrientes, Vargas Llosa y sus personajes riéndose de sus desgracias, Isabel Allende desplegando sus poderosas mujeres-heroínas, García Márquez diciendo que él no ha inventado nada, que está todo aquí, en el continente.

En una sola historia está toda la magia contenida, toda la intensidad concentrada, el dolor y la esperanza entrelazados.

Verán que los logros de las mujeres de la familia de Camila no se quedan sólo en su abuela ni en su madre. Mi paciente es la primera de su familia que obtiene un título universitario, y también es la primera que ve en la psicoterapia un camino.

El proceso terapéutico fue doloroso para ella, y también muy esperanzador.

El presente trabajo será expuesto en cuatro capítulos: marco teórico, método, análisis del caso y discusión.

En el marco teórico se revisará brevemente tres procesos de la adolescencia: resignificación, duelos y reedición del complejo de Edipo. Además se repasarán brevemente otros dos conceptos relacionados al caso; depresión y determinantes familiares transgeneracionales.

El segundo capítulo, que versa sobre el método del reporte profesional, incluye toda la información relativa al modo en el cual se llevó a cabo el tratamiento, los objetivos del mismo; y las explicaciones sobre el modo en el cual se expone el caso clínico, que constituye la última parte del capítulo.

El tercero consta del análisis del caso, yendo desde las observaciones generales, hasta la indagación de un par de situaciones específicas en la vida de la paciente.

En el cuarto y último capítulo se discutirán las coincidencias y divergencias entre la teoría y la práctica, lo que permitirá sacar algunas conclusiones de la totalidad del trabajo.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”.

CAPÍTULO UNO: MARCO TEÓRICO.

Este caso ha sido abordado con una mirada psicoanalítica. Desde el psicoanálisis se han comprendido los tres grandes temas que se van a abordar: el proceso adolescente, la depresión y la influencia familiar transgeneracional en la conformación del sujeto.

Dentro del proceso adolescente se enfatizará en dos temas, dada su relevancia en el caso que se presenta: duelos en la adolescencia y reedición del complejo de Edipo.

Luego se explorará porqué podemos considerar el caso de una paciente de 22 años como un caso ilustrativo de la problemática adolescente.

Por último se revisarán los dos temas restantes, ya enunciados: depresión e influencia familiar transgeneracional en la conformación de la personalidad y la psicopatología.

1.1. Adolescencia.

1.1.1. Definición y etapas de de la adolescencia.

Sabemos que para Sigmund Freud (1905) el desarrollo físico-sexual y el desarrollo psíquico están esencialmente entramados. La gran revolución sexual que representa la pubertad en la vida de un individuo se acompaña de una conmoción psíquica igualmente transformadora. Para efectos de este trabajo, y sin ningún ánimo de ser exhaustivos, vamos a entender la adolescencia como el proceso psíquico que acompaña los cambios físicos y sexuales que se producen entre la infancia y la adultez.

Al hablar de cambios sexuales nos referimos a la transición desde la sexualidad infantil autoerótica a la sexualidad genital adulta.

“Con el advenimiento de la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución normal. El instinto sexual, hasta entonces predominantemente autoerótico; encuentra por fin el objeto sexual.

Hasta este momento actuaba partiendo de instintos aislados y de zonas erógenas que, independientemente unas de otras, buscaban como único fin sexual determinado placer.

Ahora aparece un nuevo fin sexual; a cuya consecución tienden de consumo todos los instintos parciales, al paso de las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital” (Freud, 1905, p. 1216)

“El instinto sexual se pone ahora al servicio de la función de reproductora; puede decirse que se hace altruista.” (Freud, 1905, p.1216).

“Mientras que por los procesos de la pubertad queda fijada la primacía de las zonas erógenas...tiene lugar en los dominios psíquicos el hallazgo de objeto...” (Freud, 1905, p.1224).

Es imposible siquiera intentar describir la adolescencia tal y como ha sido percibida y descrita por los autores psicoanalistas en este breve reporte, de modo que nos limitaremos a exponer unos pocos tópicos relevantes para el análisis del caso específico que nos ocupa, dejando fuera muchos otros temas y autores de gran interés y relevancia.

Algunos de los procesos que se dan por sentado como parte importante del proceso adolescente, que sin embargo no serán revisados en este trabajo, son la separación de los adolescentes de sus padres, la importancia del grupo como centro de la actividad psíquica, la búsqueda de identidad, y el hallazgo de objeto exogámico; entre otros.

Algunos otros temas teóricos serán brevemente mencionados como parte del análisis.

En primer lugar expondremos a grandes rasgos las etapas de la adolescencia descritas por Peter Blos, y luego revisaremos algunos de los fenómenos que integran la metamorfosis adolescente. Dichos fenómenos han sido elegidos para ser descritos con el único criterio de ser útiles para el análisis del caso que nos ocupa, sin ser necesariamente los fenómenos más importantes ni más representativos de todos los procesos de la adolescencia.

Etapas de la adolescencia.

Las etapas de la adolescencia descritas por Blos (1962) no son cronológicas, sino evolutivas y consecutivas (cada una es indispensable para la madurez de la siguiente), sin embargo hay un lapso aproximado de edades para cada etapa, que será indicada entre paréntesis.

1.-Preadolescencia. (9 a 11 años)

Durante la preadolescencia, el aumento cuantitativo de los impulsos producen un aumento de la catexis a la vez que el sujeto no puede distinguir ni un nuevo objeto ni una nueva meta instintiva. En un intento por dominar este aumento libidinal, se presentan conductas compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos a los cuales se adecúan intereses y hobbies como por ejemplo, coleccionar.

2.-Adolescencia temprana (12 a 15 años)

La libido ha sido definitivamente desligada de los objetos primarios, y busca nuevos destinatarios. Estos cambios catécticos conllevan sensaciones de aislamiento, soledad, depresión, vacío y tormento interno. En este período, los amigos adquieren enorme importancia, hay una erotización e idealización de la amistad, el sujeto necesita poseer objetos para idealizar, es decir, para admirar y amar fuera de la familia nuclear.

Esto conduce a una modificación importante del Ideal del Yo, que en la infancia estaba fuertemente determinado por las relaciones intrafamiliares y ahora

recibe importantes influencias extrafamiliares. La nueva distribución de la libido favorece asimismo una búsqueda de objeto amoroso exogámico y la mantención de relaciones estables.

3.-Adolescencia propiamente dicha (16 a 18 años)

Se da una reelaboración del complejo de Edipo y sus conflictos, el sujeto renuncia al objeto incestuoso y abandona las actitudes narcisistas y bisexuales. El retiro de la catexis puesta en los padres aumenta la catexis del Yo, lo cual produce un aumento del narcisismo típico de esta etapa.

El aumento del narcisismo se refleja en los siguientes fenómenos:

- Aumento de la autopercepción (a expensas de la percepción de la realidad).
- Desarrollo de una sensibilidad extraordinaria o experiencia exaltada del Yo.
- Intensa introspección y creatividad favorecidas por la urgencia de realizar transformaciones internas.
- Capacidad de concentración hasta entonces desconocida producido por El aumento en la catexis del pensamiento.
- Alejamiento de los objetos familiares durante la infancia (se pasa de una sobrevaloración a una infravaloración de los padres).
- Desarrollo de una autoestima narcisista que lleva al sujeto a la rebeldía y a la arrogancia

Hay una búsqueda de objetos que produce uniones e identificaciones transitorias y superficiales, éstas impiden el retraimiento total de la libido al Yo

4.-Adolescencia tardía (19 a 21 años)

Ya hay una mayor unificación entre los procesos afectivos y los volitivos.

Es una fase de consolidación durante la cual culminan los siguientes cambios:

- Arreglo estable e idiosincrásico de funciones e intereses del Yo.
- Extensión de la esfera del Yo libre de conflictos.

Se combinan los retardos parciales del proceso adolescente con expresiones de estabilidad como el amor de pareja exogámico, el trabajo y la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social. El trabajo desempeña un papel importante para la economía de la libido, relaciona al sujeto más íntimamente con la realidad.

La resolución del proceso de cambio en la adolescencia tardía está llena de complicaciones que someten a un esfuerzo excesivo a la capacidad integrativa del sujeto, quien a veces simplemente no lo logra llevar a cabo, y agrava los síntomas neuróticos y/o posterga el proceso adolescente (adolescencia prolongada).

Esta fase se caracteriza por una actividad del Yo integrativa y adaptativa más bien que defensiva.

El gran trabajo que tiene el Yo, integrador y adaptativo, absorbe gran parte de la energía psíquica; el proceso incluye la incorporación de remanentes traumáticos no resueltos en la infancia temprana (estos están energéticamente cargados y pujan por salir mediante la compulsión de repetición) y el hecho de incorporarlas al Yo se experimenta subjetivamente como conciencia de una existencia significativa.

5.-Posadolescencia (21 a 24 años)

Es la fase intermedia, indispensable para el logro de la madurez psicológica, entre adolescencia y edad adulta. Es la época de la realización y la experimentación en el mundo exterior, es el período de las gratificación de los

necesidades instintivos e intereses Yoicos, se hace de todo con el mismo entusiasmo (carrera, música, noviazgo, amistad, ideología, etc). En esta etapa son prominentes los aspectos integrativos del Yo. (Peter Blos, 1962).

Vemos aquí cómo el autor concluye su clasificación con una etapa que alcanza aproximadamente los 24 años. Hoy, casi medio siglo más tarde, la práctica clínica nos confirma que muchos pacientes están viviendo problemáticas típicamente adolescentes incluso después de los 24 años. En el caso que aquí nos ocupa, la paciente muestra una fuerte necesidad de separación de los objetos primarios cuando acude a pedir atención psicológica a los 22 años de edad. Según la clasificación de Blos, la separación definitiva de los objetos primarios se produce en la adolescencia temprana, es decir, aproximadamente entre los 12 y los 15 años. Pese a que la paciente ha superado esta edad por 7 años, estamos frente a un caso que en nuestra época –por motivos socio-culturales que no resulta atinente enumerar en este trabajo- resulta común.

Por todo lo anterior parece pertinente analizar el caso de una paciente de 22 años y, al mismo tiempo, hablar de adolescencia.

Por una parte la problemática es adolescente y, por otra parte, justamente por este retraso con respecto a alguna clasificaciones del siglo pasado, resulta ser un caso emblemático de comienzos del siglo XXI.

A partir de la postura teórica que nos ofrecen S. Freud, P. Blos, D. Winnicott, y F. Dolto de la adolescencia, ahondemos en un par de características importantes de éste período de la vida para la comprensión de nuestro caso clínico.

1.1.2. Nachträglich en la adolescencia.

El concepto de posterioridad, après-coup o nachträglich es sumamente importante para comprender la adolescencia en los términos que la hemos definido, es decir, como el proceso psíquico que acompaña las transformaciones físicas y sexuales entre la infancia y la adultez. Uno de los

procesos psíquicos más importante es la resignificación, es decir, el proceso de reinterpretar determinada realidad a la luz de elementos nuevos.

La palabra utilizada por Freud para este proceso fue 'nachträglich', luego los teóricos franceses le llamaron 'après-coup' y lo definieron de la siguiente manera:

“Experiencias, impresiones, y huellas mnémicas son modificadas ulteriormente en función de nuevas experiencias o del acceso a un nuevo grado de desarrollo. Entonces pueden adquirir, a la par que un nuevo sentido, una eficacia psíquica...Lo que se elabora retroactivamente no es lo vivido en general, sino electivamente lo que, en el momento de ser vivido, no pudo integrarse plenamente en un contexto significativo.

La modificación con posterioridad viene desencadenada por la aparición de acontecimientos y situaciones, o por una maduración orgánica, que permite al sujeto alcanzar un nuevo tipo de significaciones y reelaborar sus experiencias anteriores.” (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 280.)

El o la adolescente está triplemente propenso a los après-coup:

- a.- Debido a su desarrollo explosivo en el plano de la sexualidad.
- b.-Debido a que tiene acceso a un nuevo grado de desarrollo en todos los planos.
- c.- Debido a que está expuesto a una amplia gama de situaciones sociales nuevas en la medida en que va dejando su rol de niño y ensayando el de adulto.

“Desde el nachträglich la adolescencia surge como la posibilidad de comprender aquello que había quedado sin 'marca' o registro psíquico en experiencias tempranas” (A. Klein, p. 19) “Toda persona adolescente lleva en sí rastros mnemónicos que sólo pueden ser comprendidos una vez despertadas sus propias sensaciones sexuales” (Freud, 1895, p.254.)

“Y por ‘comprensión’ no sólo hay que entender un conjunto de representaciones, una comprensión intelectual, sino una comprensión afectiva e incluso somática...significa que el sujeto dispone de nuevas representaciones” (Laplanche, 1980, p.87)

“Si el psiquismo se puede reorganizar es porque la pubertad permite poner en funcionamiento el mecanismo de del nachträglich, por el cual aquellas escenas no sexuales se sexualizan. La infancia se sexualiza, en el sentido de que se reorganiza desde un sentido distinto o inédito al que tenía...De allí que la pubertad sea presentada como organizadora y ‘descubridora’ de psiquismo, acercándose al concepto de ‘aparato psíquico’, porque lo que logra antes que nada, es la psiquización del sujeto: una ampliación y reorganización psiquismo, ofreciendo posibilidades de enlace y ligazón.

Pasa a ser una metáfora y un adelanto del aparato psíquico del adulto.” (Klein, 2002, p.19)

La adolescencia implica por tanto una renovación de la visión de la propia historia, de la infancia, y del mundo circundante.

1.1.3. Duelos en la adolescencia.

Arminda Aberastury señala, en 1988, que existen tres duelos importantes en la adolescencia, a saber:

- Duelo por el cuerpo infantil.

El niño y la niña asisten pasivamente a los cambios en su propia estructura física, creando un sentimiento de impotencia.

El niño o niña, sorpresiva y bruscamente, no puede controlar lo más básico: su cuerpo. Desplaza entonces su rebeldía hacia la esfera del pensamiento, lo que se manifiesta en un manejo omnipotente de las ideas, en contraposición al fracaso en el manejo de la realidad orgánica externa.

Pasa por un período de mente infantil en cuerpo adulto, lo que produce despersonalización: el o la joven se siente ajeno a sí mismo.

Pasado este primer período de despersonalización e impotencia, el o la adolescente hace el duelo por el cuerpo infantil y va poco a poco hacia la estructuración de un nuevo yo corporal, que va siendo cada vez más acorde con su madurez cognitiva.

- Duelo por la identidad y el rol infantil.

En la adolescencia el sujeto no puede mantener la dependencia infantil, pero tampoco asumir la independencia adulta. El o la adolescente tiene entonces una confusión de roles. Logra un punto medio en el grupo, donde el apoyo y el Yo de los demás con los que el sujeto se identifica, le ofrecen estabilidad.

En este período hay una búsqueda de su identidad y exploración en el cumplimiento de nuevos roles. El sujeto deja de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo.

- Duelo por los padres de la infancia.

La separación progresiva de los padres lleva a un proceso de duelo por los padres infantiles y por la relación que se tenía con ellos como niño o niña. Ya no son los padres idealizados de la infancia, los héroes que podían solucionar todos los problemas y hacer sentir seguro al niño o niña con su presencia. Ya no son los padres a los cuales se quiere imitar en todo. Ahora son los padres de un adolescente, que ponen límites y condiciones, que exigen de él o ella el cumplimiento de nuevas responsabilidades.

Son los padres que a su vez atraviesan por una crisis difícil suscitada por la adolescencia de sus hijos. Ellos también atraviesan un duelo.

Es éste el concepto de “duelo dual” de A. Aberastury: el proceso de duelo simultáneo que viven padres e hijos cuando éstos últimos transitan desde la niñez a la adultez.

Los padres se enfrentan a la genitalidad y a la libre expansión de la personalidad de sus hijos, y están a su vez expuestos a sufrir las siguientes problemáticas cuando sus hijos pasan por el proceso adolescente:

- duelo por el cuerpo del niño
- duelo por la psiquis del niño
- duelo por el propio cuerpo
- enfrentamiento a la vejez y la muerte
- envidia del cuerpo del adolescente
- envidia por la psiquis adolescente (creatividad, originalidad, enfrentamiento a la autoridad, libertad, promiscuidad sexual, narcisismo)
- negación de la envidia
- miedo al adolescente (agresión, sexualidad, denigración, pérdida sobre su control). (Carvajal, 1993)

Cómo los padres vivan el proceso de duelo propio y el de sus hijos va a ser determinante en el proceso adolescente.

“Figuras parentales no muy estables ni bien definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes, por lo menos en un sentido compensatorio oidealizado.” (Aberastury, 1988, p. 99.) Es así como

los padres son sustituidos por figuras idealizadas y “el adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis, elaboración de duelo, que le permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, amigos íntimos y su diario, la imágen paterna idealizada”. (Aberastury, p. 150)

1.1.4. Reedición del complejo de Edipo en la adolescencia.

Varios autores (Aberastury, 1988; Blos, 1962; Marty, 2003, entre otros) expresan la idea general de una regresión de los adolescentes a estadios anteriores como una manera de consolidarse para poder enfrentar el desafío psíquico que significa la adolescencia.

La adolescencia se presenta como una etapa en la cual se resignifican numerosas experiencias, aún cuando no se esté en un proceso terapéutico. Uno de los procesos que se reabre es el Complejo de Edipo. En palabras de Laplanche y Pontalis (1993):

“Según Freud, el complejo de Edipo es vivido en su período de acmé entre los tres y los cinco años de edad , durante la fase fálica; su declinación señala la entrada en el período de latencia. Experimenta una reviviscencia durante la pubertad (...)”.

De acuerdo con p.Blos (1962), durante la adolescencia se reelabora el complejo de Edipo, y el modo como transcurre dicha elaboración depende de cómo ha sido el proceso del sujeto durante su vida.

1.2. Otros conceptos relacionados al caso.

1.2.1. Depresión.

En “Duelo y Melancolía” (1917), Freud entiende la depresión como la reacción a la pérdida de objeto. Dado que tanto el duelo como la depresión (o melancolía) se producen por la misma causa, Freud busca establecer las diferencias en este texto.

Comienza con las similitudes, afirmando en primer lugar que tanto en el duelo como en la melancolía ocurren los siguientes fenómenos:

- Estado de ánimo profundamente doloroso.
- Cesación del interés por el mundo exterior.
- Pérdida de la capacidad de amar.
- Inhibición y restricción del Yo y sus funciones.
- Absorción de todas las energías del Yo.
- Desligamiento paulatino de la libido del objeto.

La melancolía es caracterizada de la siguiente manera por Freud:

Estado general inespecífico, no transitorio, que se atribuye a una predisposición morbosa. Se presenta disminución del amor propio y consecuentemente un gran empobrecimiento del Yo, se manifiestan reproches y acusaciones a si mismo, el paciente está a la espera de castigo.

No hay conciencia de la modificación en la propia persona, la crítica se extiende al pasado, es un delirio de empequeñecimiento. En la autocrítica el melancólico se define como pequeño, egoísta, deshonesto, carente de ideas propias, preocupado siempre de ocultar sus debilidades. Carece del pudor que caracteriza al remordimiento normal, sino más bien lo exhibe como hallando en ello una satisfacción.

La pérdida ha tenido efecto en su propio Yo. “Los reproches con los que el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio Yo.” (pág. 2094)

La melancolía posee un contenido más amplio que el duelo normal, en la cual la relación con el objeto queda complicada por el conflicto de ambivalencia.

“Después de esta represión de la libido puede hacerse consciente el proceso, y se representa a la conciencia como un conflicto entre una parte del Yo y la instancia crítica”. (pág. 2100)

La fijación de la libido al objeto disminuye desvalorizando y denigrando al objeto.

Hay premisas de la melancolía: pérdida de objeto, ambivalencia, regresión de la libido al Yo.

A diferencia de cómo es caracterizada la melancolía, el duelo es definido por Freud como un estado específico y transitorio que presenta las siguientes características:

- Desaparece solo al cabo de un tiempo.
- No se le considera patológico.
- La pérdida es consciente en su totalidad.
- Hay una causa evidente: la pérdida del objeto.

En el duelo, el mundo se percibe pobre y vacío, en la melancolía, eso le ocurre al Yo mismo.

Esta última es una distinción importante, puesto que es muy diferente ‘sólo’ ver el mundo teñido de sinsentido, que ver el mundo con éstas características y además percibirse a si mismo de la misma manera: pobre y vacío.

Fue también Sigmund Freud quien asoció la melancolía a conflictos entre las diferentes instancias psíquicas. “Freud definió la neurosis, la melancolía y la esquizofrenia como los resultados de conflictos suscitados entre el Yo, el Ello, el Superyó y la realidad.

Desde ese entonces, los psicoanalistas centraron principalmente sus estudios sobre la depresión melancólica en la estructura y en los orígenes infantiles del conflicto entre el Yo y el Superyó.” (E. Jacobson 1971, p.230.)

Estos conflictos entre el Yo y el Superyó suelen suscitarse por una diferencia percibida entre lo que el sujeto cree que debería hacer o ser y lo que efectivamente es o hace, es decir, se deben a una exigencia narcicística excesiva con respecto a lo que el sujeto puede cumplir.

Bibring llega a las siguientes conclusiones a este respecto:

- La depresión constituye la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del Yo.
- La depresión es el resultado de la tensión entre unas aspiraciones narcicísticas sobrecargadas y la conciencia que tiene el Yo de su desvalimiento y su incapacidad de mantenerse a la altura de esos patrones. (Bibring, 1953)

Hugo Bleichmar, en su trabajo “La depresión: un estudio psicoanalítico” (1978), ahonda en la comprensión que ofrece Freud de la depresión como una reacción a la pérdida de objeto y concuerda con la segunda conclusión de Bibring sobre el origen de la depresión.

Recordemos que este objeto del que nos habla Freud es un objeto de amor interno, es un objeto al que se desea y se ama.

“El sujeto está fijado a ese deseo [el deseo por el objeto amado] y simultáneamente lo siente como irrealizable. (...) La anticipación de la no

realización del deseo es lo que provee el carácter doloroso de ese desear. (...). (pág. 24)

“La inhibición de la depresión se mantiene por tres caracteres: a) se mantiene un deseo; b) el deseo se anticipa como irrealizable; c) hay fijación de ese deseo, es decir, imposibilidad de pasar a otro. (...). (p.25)

En la depresión se reconocen repetidamente los siguientes contenidos en el pensamiento: ruina, culpa, fracaso e inferioridad. Con respecto a ésta caracterización que hace la psiquiatría del pensamiento de los depresivos (“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, o DSM IV), dice Bleichmar:

“Si estas ideas [ruina, culpa, fracaso e inferioridad] son capaces de producir depresión son porque todas ellas implican una muy definida representación que el sujeto se hace de la no realizabilidad de un deseo en que alcanzaría un ideal, o una medida, con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior, culpable.” (p. 34.)

Y agrega, siempre con respecto a la sintomatología depresiva: “la tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento [de irrealizabilidad del deseo], la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo, el llanto (...) es el intento regresivo de obtener lo deseado por medio de la técnica que en la infancia reveló ser efectiva; el autorreproche (...) la respuesta agresiva, que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo.” (pág. 35)

En la depresión narcisística el objeto que se pierde es un ideal de perfección para la persona que sufre la pérdida. En este caso la persona se ha tomado a sí misma como objeto de amor, es decir, ha tomado el ideal de perfección que se ve a sí mismo cumpliendo, como objeto de amor.

Por ejemplo, puede ser parte del Ideal del Yo ser valiente. La persona valora como deseable ser valiente y hace todo por alcanzar este status frente a sí mismo, de modo que logra ver en sí misma ese ideal. Si por algún motivo la

persona de pronto se convence de que no lo es, y se convence de que es más bien cobarde, citando a Bleichmar: “no se puede amar a sí misma, ha dejado de ser su propio ideal, o en otros términos, ha perdido el amor de su Superyó.” (pág. 38)

Este fenómeno de depresión narcisística producida por la pérdida del amor del Superyó es explicado por Bleichmar mediante un nuevo concepto, acuñado por el mismo autor:

Negativo del Ideal del Yo. El Negativo del Ideal del Yo es el anverso del ideal de perfección, en otras palabras, es el polo opuesto. Volvamos al ejemplo de la valentía como ideal de perfección. El polo opuesto es la cobardía, éste es el negativo del ideal del yo para ese ideal de perfección: el polo opuesto en el continuo. El problema es que, para la persona que sufre de depresión narcisística por estar de pronto en el negativo del Ideal del Yo, sólo existen estos dos polos extremos; no hay puntos medios, no hay matices. Bleichmar define los continuos de ideal de perfección como continuos relacionales, es decir, que se construyen en la interacción con los demás, por lo tanto, están definidos culturalmente. De modo que si en determinada subcultura no existen matices entre los polos, (en nuestro ejemplo: si en determinada cultura no hay más posibilidades que ser valiente o cobarde) y una persona de esa cultura ha introyectado este valor, podemos predecir que una persona que deja de percibirse como valiente, se percibirá como cobarde (puesto que no hay puntos intermedios) y tendrá altas probabilidades de deprimirse.

Cabe mencionar que cualquier tipo de depresión puede incluir un componente narcisístico, aún cuando no sea propiamente una depresión narcisística.

Por último, Bleichmar, en el libro ya citado, nos proporciona también el significado que le daremos al término “inhibición” en el análisis del caso. Cuando hablemos de inhibición, estaremos hablando de inhibición depresiva, entendiendo “(...) el retardo o la casi anulación que sufren la ideación, la percepción, la motilidad y las manifestaciones afectivas. (...) La inhibición es un

determinado ritmo en el flujo de algo que circula, pero no es independiente de ese circulante, no es una cosa en sí misma.” (pág. 26)

Edith Jacobson hace un aporte más a la concepción sobre la depresión al hacer hincapié en la importancia de la agresión en la depresión. Sin dejar de reconocer que la depresión es producto de un conflicto entre las instancias psíquicas, agrega dicho componente: la agresión. “No cabe duda de que el Superyó y su formación desempeñan un rol importantísimo en el establecimiento del control general sobre los afectos y estado de ánimo. (E. Jacobson, 1971, p. 112.) “Las observaciones clínicas sugieren...que la tristeza sólo predomina en la depresión en tanto se pueda mantener la investidura libidinal en el mundo objetal mediante la desviación de la agresión hacia el Self.” (Jacobson, p. 116) “Las personas reaccionan ante la frustración con tentativas agresivas e iracundas de mantenerse a la altura de esas metas y aspiraciones y, si fracasan, experimentan una pérdida de autoestima que implica una deflación hostil de la imagen del Self.” (p. 238.)

La relación que establece Jacobson (1971) entre agresión, ambivalencia y depresión, es que la agresión desviada hacia el Self produce un conflicto de ambivalencia intenso, que predispone a la depresión.

Esta última relación sugiere que hay un límite de tolerancia psíquica a la intensidad de la ambivalencia, y que si se sobrepasa dicho límite comienza a aumentar la predisposición a la depresión.

1.2.2. Determinantes familiares transgeneracionales.

Sabemos que se ha podido comprobar, en la práctica clínica, que el origen de las psicosis se remontan dos generaciones anteriores al paciente. Siempre hay una historia sintomatológica en al menos uno de los padres y al en uno o más de los abuelos. Es por esto que se dice que la psicosis es “de tres generaciones”. Este hecho, que en el caso de las psicosis es ya consensuado, puede verse también en otros tipos de trastornos, por lo cual algunos analistas

adoptan como regla general remontarse a la historia familiar de los pacientes para tener una comprensión profunda de la problemática que los aflige.

Una autora que forma parte de este grupo es Haydée Faimberg, quien escribe: "...mi hipótesis central es que el telescopaje [encaje] de las generaciones se descubre en todo análisis rigurosamente llevado." (Faimberg 2006, p. 134). El término 'telescopaje' es definido del siguiente modo por la autora: "entiendo por telescopaje de las generaciones la aparición, en el curso de una cura psicoanalítica y en el encuadre riguroso de la sesión, de un tipo especial de identificación inconsciente alienante [porque son solidarias con una historia que pertenece en parte a otro] que condensa tres generaciones y que se revela en la transferencia" (2006, p.131.)

Se ha generado mucha discusión en torno al modo de transmisión de los contenidos psíquicos. Ya en "Tótem y Tabú" (1914), S. Freud se preguntaba cómo eran transmitidos el tabú de una generación a otra hasta convertirse en un elemento estructural del inconsciente. (Kaës, 2006, en "Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud".)

En el presente trabajo lo que nos ocupa, dadas las características del caso, es el modo como se han transmitido algunos valores familiares, de manera que han resultado ser determinantes no sólo en los contenidos del pensamiento de la paciente, sino también en la estructura de su personalidad.

Entendemos que el vínculo es estructurante en tanto el aparato psíquico se forma, se desarrolla, y se diferencia en la relación del individuo con otros. Los seres humanos nos percibimos a partir de los otros. De modo que la mirada del otro resulta constituyente, fundante, o como se ha dicho antes, estructurante.

Veamos cómo formulan los distintos autores esta idea, comenzando como siempre por S. Freud. El Yo para Freud ("Introducción al narcisismo", 1914) se forma por identificación con otros y su constitución implica "*un nuevo acto psíquico*".

“El yo se constituye y se mantiene básicamente por la identificación con la imagen del otro”. (Bleichmar, 1978, pág. 51.)

Posteriormente, en 1949, Lacan “retoma (...) este aporte freudiano y nos muestra la constitución del Yo a través de la imagen, propia y ajena, en una relación especular y, a diferencia de Freud, donde el Yo surgía de dentro hacia fuera, Lacan invierte el sentido causal para ubicarlo de fuera hacia adentro. El reconocimiento que realiza el niño en el espejo, señala la radical exterioridad de la imagen en la configuración de un Yo que de entrada es exteroceptivo y donde el Otro funciona como espejo.” (Casas de Pereda, 2004).

A su vez, D. Winnicott revisa en 1967 la formulación de Lacan, incorporando a su teoría la noción del espejo, aún cuando su punto de vista difiere mucho del de Lacan.

“No cabe duda de que el trabajo de Jacques Lacan, ‘Le Stade du Miroir’ (1949), influyó mí. Lacan se refiere al uso del espejo en el desarrollo del yo de cada individuo. Pero no piensa en él en términos del rostro de la madre, como yo deseo hacerlo aquí”. (Winnicott, 1996, p. 147). “¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y *lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él.*” (p. 148)

Vemos cómo para estos autores, analistas todos, los padres y la relación con los padres, son un elemento clave en la conformación del Yo, en tanto fungen como un espejo a partir de cuya imagen el niño o niña va a construir su identidad.

Obviamente esto ha ocurrido a su vez a los padres con sus propios padres, por lo cual resulta que los abuelos también ejercen una influencia determinante, aún cuando no se encuentren presentes. En los casos en los cuales los abuelos están presentes y ejercen un rol activo en la crianza, tienen una influencia directa como ‘generadores de una imagen especular’ y además una influencia indirecta a través de los padres. Esta última es la situación de Camila, como se verá más adelante, en el caso clínico y en el análisis.

Recurramos nuevamente a las palabras de H. Bleichmar (1978): “Veamos la importancia que puede tener para la psicopatología que el Yo representación se construya a partir de otro. El hijo de padres melancólicos cuya imagen de sí mismos es la de no valer nada, ve favorecida la construcción de un Yo representación desvalorizado, por identificación con el Yo representación de quienes se ven a sí mismos desprovistos de todo valor.” (pág. 53)

CAPÍTULO DOS: MÉTODO.

2.1. Objetivo del reporte profesional.

Presentar, a través de un caso clínico, una problemática adolescente, y una intervención psicoterapéutica basada en el enfoque psicoanalítico.

2.2. Escenario.

Las sesiones tuvieron lugar en el “Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Cada sesión se llevó a cabo en alguno de los consultorios individuales del Centro, excepto una, que se realizó en una cámara de Gesell en el Edificio de Postgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Esta excepción se debió a que la intervención psicoterapéutica fue supervisada por una doctora, docente de la maestría “Residencia en psicoterapia para adolescentes”, quien utiliza la observación en cámara de Gesell dentro de sus técnicas de supervisión.

Los consultorios individuales del Centro de Servicios Psicológicos cuentan con mobiliario adecuado y excluyen elementos decorativos distractores.

La cámara de Gesell presenta un mobiliario casi idéntico, su espejo/ventana característicos ocupando la mitad superior de una de las paredes, además de pequeñísimas cámaras y micrófonos adheridos al techo.

2.3. Participantes.

El tratamiento se llevó a cabo con una paciente que, al momento de consultar, contaba con 22 años de edad. El motivo de consulta fue su estado de ánimo inhibido y baja autoestima, según palabras de la propia paciente. Acude por

propia voluntad con el fin de superar el malestar, de modo que la demanda es sólo de ella.

2.4. Procedimiento.

La paciente fue recibida luego de una sesión de preconsulta, siguiendo el procedimiento habitual de la Institución. La preconsulta suele ser realizada por alumnos de la maestría denominada “Residencia en Medicina Conductual”.

En el encuadre se establece que la duración de las sesiones será de 50 minutos y la frecuencia de las mismas será una vez por semana.

Se suspendieron, previo aviso, las sesiones en los períodos de vacaciones por un tiempo máximos de un mes.

Se estableció que la paciente pagara el costo mínimo establecido por la Institución: 50 pesos por sesión y se mantuvo dicho costo a lo largo de todo el tratamiento.

Todo el proceso psicoterapéutico fue periódicamente supervisado por una doctora en psicología clínica a través de reportes regulares y a través de una sesión observada en Cámara de Gesell.

La intervención que se expone a continuación en forma resumida, corresponde al primer año del tratamiento, desde octubre del año 2006, a octubre del año 2007.

2.5. Objetivos del tratamiento.

Los objetivos fueron establecidos por la propia paciente, quien dijo querer obtener los siguientes resultados:

- Sentirse menos triste.
- Entender las causas de su depresión.

- Sentirse más segura para enfrentar su futuro.
- Quererse más (aumento de la autoestima).

2.6. Presentación del Caso Clínico.

Se presenta, en primer lugar, el caso, en el siguiente orden:

- ficha de identificación
- descripción de la paciente
- motivo de consulta
- historia del padecimiento
- historia familiar
- historia personal
- evolución de la terapia

El caso, que abarca un año de tratamiento, ha sido redactado de modo fluido, como un relato, excluyendo ex profeso el formato de diálogos para facilitar la lectura.

Se incluyen citas textuales de la paciente, puestas entre comillas, cada vez que éstas resultan esclarecedora o ilustrativas.

La totalidad del texto está basado en lo expresado por la paciente, aún cuando no suelen ser sus palabras textuales. Toda vez que se expone algo que no ha sido dicho por la paciente, sino que ha sido inferido por la terapeuta a partir de lo que ha externalizado la paciente, se hace a modo de comentario, entre paréntesis, con otro tipo de letra, del siguiente modo: **(comentario)**.

Los comentario pueden ser observaciones, inferencias o microanálisis que por su focalización y brevedad se entienden mejor como parte del caso que como parte del análisis posterior.

La redacción del caso ha sido estructurada por temas, respetando el orden de aparición de los mismos en el proceso terapéutico. Sin embargo se trata de un reordenamiento posterior para los fines de este trabajo, en tanto la paciente no se atiene a un solo tema en cada sesión. Se trata pues de fragmentos que ilustran el proceso, sin incluir todos los temas y excluyendo también buena parte del aparente desorden temático de las sesiones.

La principal ventaja de presentar el caso de esta manera es que da una idea clara de la evolución terapéutica, puede apreciarse fácilmente como la paciente resignifica, cómo aparecen nuevas necesidades en la medida en que se van integrando estos nuevos sentidos y significados.

Posterior al caso, se presenta el análisis, en donde se hace una profundización de algunos temas nucleares del caso, a partir de la teoría. En esta parte es donde se hace más evidente el enfoque psicoanalítico y su influencia tanto sobre la comprensión de la historia clínica como sobre la intervención psicoterapéutica.

Por último, se exponen la discusión y las conclusiones, capítulo en el cual se relacionan distintos aportes teóricos con los hallazgos clínicos.

2. 7. Caso clínico: Camila.

2.7.1. Ficha de identificación.

Camila, de 22 años, llegó por primera vez al consultorio a mediados de octubre del año 2006. Acababa de finalizar su licenciatura en diseño gráfico y buscaba un trabajo estable. No se había titulado porque aún le faltaba hacer la tesis.

Vive con sus padres, José, de 55 años, que se desarrolla como guardia, y Juliana, de 57 años, secretaria en retiro, actual vendedora ambulante y su abuela materna, Chuy, de 76 años, empleada doméstica en retiro. La abuela padece alzheimer hace tres años. Viven en un departamento en un barrio de clase media alta del sur de Ciudad de México. Tiene una hermana, Lily, de 27 años, quien dejó de vivir con la familia de origen hace 9 años.

2.7.2. Descripción de la paciente.

Es de compleción mediana, baja y morena. Se recoge en la nuca el cabello lacio y negro. Tiene unos grandes ojos negros que maquilla con un trazo negro grueso, son lo más llamativo en ella. Sostiene la mirada, en la primera entrevista tiene los ojos llorosos. Aparte de eso no lleva maquillaje ni adornos. Su vestimenta es típicamente estudiantil, pero en la primera sesión llama la atención su suéter negro muy gastado y algo sucio, que no es acorde al resto de la vestimenta. **(Detalle que eventualmente podría reflejar el origen social y el estado de ánimo inhibido, filtrados en este detalle de su atuendo).** Suele sentarse de brazos y piernas cruzadas. En la primera entrevista abre la boca al mínimo para hablar. **(Dicha inhibición motriz, además de ser un indicio de depresión, da la impresión de impedir que salga demasiado de ella).**

Con el tiempo su vestimenta se va volviendo cada vez más limpia, nueva y clara; ya desde la segunda sesión abre más la boca, gesticula más con la cara, se vuelve más segura y fluida en su manera de hablar.

2.7.3. Motivo de consulta.

Llega a la primera entrevista con 30 minutos de retraso. Viene por propia iniciativa, sin presiones ni sugerencias de terceros, por lo tanto, la demanda es de la propia paciente.

Expone como motivo de consulta que desde los 14 años se deprime sin motivos aparentes. Dice: *“además me siento mal porque sé que no debería deprimirme... mis padres me lo han dado todo”*. **(Se observa que lo primero que asocia con su estado de ánimo deprimido es lo que sus padres le han dado, lo que llama la atención en una joven de sus edad.)**

Sobre lo que le sucede actualmente se expresa de la siguiente manera: *“Me siento irritada, triste... cualquier cosa que me digan me siento mal. No puedo controlar mis emociones (...) tengo baja autoestima...Sin motivo alguno, a*

veces me siento muy mal. *A veces siento que mi vida no vale para nada... necesito entender por qué me siento así, necesito entender la raíz del problema.*” (Esta es una parte relevante de la demanda. La paciente, al hablar de una necesidad, está exponiendo lo que espera del proceso terapéutico. No sólo quiere sentirse mejor, sino que quiere también entender a fondo qué es lo que le ocurre. Se puede suponer, a partir de esta frase, que parte importante de su angustia es la falta de comprensión.)

“Tengo miedo al futuro, al fracaso...siento que vivo presionada.” (¿Qué o quien la presiona? No aparecen presiones externas, por lo tanto podemos suponer que la presionan sus propias exigencias y demandas internas).

“No puedo pensar con claridad qué es lo que pasa.” (Este fenómeno, la sensación de no poder pensar con claridad debido a la presión, sugiere que por momentos el afecto inunda el pensamiento, volviéndolo confuso.).

La paciente expresa lo que le ocurre con angustia, con dolor. Hay congruencia total entre lenguajes analógico y digital (es decir, verbal y corporal).

2.7.4. Historia del padecimiento.

Inicialmente señala que el problema comenzó a los 12 años, no recuerda un motivo detonante. Cinco sesiones más adelante recuerda haberse sentido mal y desadaptada mucho antes, desde su niñez. (Más adelante vuelve a evocar su infancia en detalle).

Recordó que el malestar más agudo comienza a los 14 años, (no a los 12 como dijera en un inicio) y lo asocia a la partida de la hermana de su casa. En ese entonces llegó a sentirse tan mal que un día, sin previa planificación, decidió matarse. Se cortó las muñecas, pero no con la profundidad suficiente, porque “*le tengo pánico a la sangre*”.

Luego de este episodio se fue a un retiro eclesiástico de 3 días, con lo cual refiere haberse recuperado completamente por años. **(Más adelante expresa que aquella fue una “recuperación superficial”, que acudió a terapia porque ahora quiere recuperarse “de verdad”).**

A los 16 años volvió el malestar, pero no tan fuerte como la primera vez. Se ha dado cuenta que el malestar está ligado a la inactividad, a tener mucho tiempo libre.

Expresa que cuando está ocupada se siente bien. **(Esta observación hace pensar que la paciente tiene capacidad para tomar distancia y reflexionar sobre su malestar.**

Todavía hay mucho por indagar, pero surgen desde ya preguntas concretas: **¿Porqué es tan importante para la paciente estar activa? ¿Qué ocurría en la vida interna y externa de la paciente en los momentos de mayor malestar, aparte de la inactividad?**

¿Se relaciona el malestar con los cambios propios de la adolescencia? ¿Porqué no acudió antes a terapia?, etc.)

Al preguntársele por qué no vino antes, dice que tenía miedo de depender de alguien, pero ahora piensa que puede recibir ayuda sin depender.

2.7.5. Historia familiar.

2.7.5.1. Historia de la familia materna:

(El inicio de la indagación en la historia familiar fue una pregunta de mía, le pregunté a Camila desde cuando vive con su abuela, a lo cual ésta responde que desde siempre, “como mi mamá”. Se remonta entonces a la historia de Chuy.

Al relatarla se da cuenta que hay muchas cosas que no sabe con precisión y decide esclarecer sus dudas con su madre y su abuela.)

Refiere el esfuerzo que representó para Chuy y Juliana el hablar de sus vidas, se pusieron nerviosas, tristes y evasivas, pero finalmente, con muchas preguntas por parte de Camila, fueron hilando las historias.

El señor con el que Chuy tuvo a Juliana, madre de Camila, no fue su esposo, ni su novio; lo conoció en un baile en su pueblo y ahí mismo se embarazó. Tenía 18 años.

Juliana fue su única hija y nunca más se emparejó tampoco. Cuando descubrió que estaba embarazada se lo dijo a su madre, quien la rechazó y la corrió de la casa. *“Nunca superó el rechazo de su madre, hasta el día de hoy la sueña y despierta llorando”*. **(Esto permite pensar que nunca perdonó el abandono de su madre, nunca elaboró ese duelo y siguió viviendo con esa herida como un presente permanente. Se ahondará en este tema más adelante, en el análisis del caso)**. Chuy, abuela de la paciente, fue acogida por su abuela, quien la cuidó hasta que tuvo a Juliana. En la época en que tuvo a Juliana, unos amigos le aconsejaron venirse a Ciudad de México y eso fue lo que hizo, con Juliana de 5 meses. Se vino a trabajar como sirvienta a la casa de una pareja sin hijos: Octavio y Marilú. La pareja se preocupó de Juliana, de su educación sobre todo. Para ellos la educación era un valor importante, él era jefe de policía y ella se ocupaba de la casa, pero también se había formado académicamente.

Por el contrario, Chuy no se preocupaba de su hija, quien la criaba era Marilú, quien además era su madrina.

Cuando Juliana tiene 12 años, nació la primera hija del matrimonio y para ella resultó devastador, se sintió muy triste, desplazada por las hijas del matrimonio (Tita y Lily).

Cuando la madre cuenta esto a Camila, llora. Las tres niñas crecieron como hermanas.

Otra cosa que Juliana le contó a Camila y con lo cual ésta puntualizó haberse sentido “*muy identificada*”, fue que se sentía muy triste porque los compañeros eran más ricos que ella y tenían/hacían cosas que ella no podía. **(Juliana vive en una permanente dualidad entre ser la hija de los patrones de día y ser hija de la empleada doméstica de noche, entre ser rica y pobre, ser hija única y ser hermana de dos.)**

Luego de la escuela, Juliana estudió para secretaria, y trabajó en la Secretaría del Gobierno Federal desde que egresó de la carrera hasta que se jubiló. Chuy, antes del alzheimer, era muy fría, encerrada en sí misma, no se interesaba por los demás ni mostraba sus sentimientos. No dejaba salir a Juliana cuando era joven. Camila menciona que Chuy: “*Es una persona muy fuerte; dice que vivir es muy triste, siempre ha sido una desgracia tras otra.*” **(Esto sugiere nuevamente una forma de vivir los dolores sin elaboración, de modo que se van sumando).**

“Es muy hacendosa, siente que si no trabaja no merece nada, hay que ganarse las cosas, pero muy al extremo, no se deja consentir.” **(La descripción de la abuela hace recordar que recientemente se planteó la pregunta: ¿porqué será tan importante para Camila estar activa? Se tiene entonces una primera hipótesis con respecto a este tema, que será retomado en el análisis.)**

“*Es negativa y no está abierta a mejorar, por ejemplo, a aprender a leer, dice que es tonta. Mi mamá también es negativa, por ejemplo, para ellas dos, la muerte de alguien es algo insuperable, es una tristeza que nunca disminuye.*”

(La fortaleza y lo hacendosa indica que ha tenido recursos propios para la supervivencia y la adaptación. La autodefinición de Chuy como “tonta” permiten pensar en baja autoestima, y a su vez, tanto la baja autoestima como el negativismo sugieren una posible tendencia depresiva. Es importante recalcar el parecido en cuanto a estas características que la paciente percibe entre la mamá y la abuela.)

Juliana le cuenta a Camila que tuvo un novio antes de conocer a José, su padre, del cual estuvo enamorada, pero la relación no resultó. A Camila esto le sorprende mucho, porque pensó que su mamá tenía pena de usar la palabra “enamorada” y por eso no la usaba con respecto al papá.

(En la sorpresa de la paciente se pueden suponer dos cosas: En primer lugar que la madre está escindida, a los ojos de Camila existe sólo la madre-madre y la madre-mujer-erótica está completamente suprimida.

Con base en ésta hipótesis, se puede pensar que parte de la extrañeza se debe a que no se esperaba que la madre haya podido estar enamorada de alguien más que de sus hijas. Es decir, que haya sido, en algún momento de su vida más que una ‘madre-madre’, una mujer sexualizada. En segundo lugar, se puede pensar que le sorprende confirmar que la madre no estaba enamorada del padre cuando se casaron.)

Cuando Juliana tenía 17 años, falleció Octavio, el patrón de la casa donde trabajaba la abuela de Camila. Para compensar la falta de ingresos, se convirtió la casa en hospedaje. Marilú se deprimió y comenzó a alcoholizarse.

Diez años más tarde, cuando Juliana tenía 27 años de edad, se hospedó José en casa de Marilú y conoció ahí a su futura esposa. Salieron durante dos años y se hicieron novios otros dos años.

Durante esos dos años de noviazgo, Marilú se enfermó y falleció. La casa se vendió, Juliana y José se casaron y se fueron a vivir a un departamento con Chuy. Camila relata que Juliana se casó porque “*tenía miedo de quedar sola, y mi papá era una buena oportunidad de armar una familia*”. Camila cree que no se casaron enamorados.

Al final de la sesión, con un gesto de alivio, Camila dice: “*de hecho me gusta*”, en referencia a estar averiguando la historia de su familia. **(En primera instancia me sorprende esta afirmación, puesto que ha sido un relato que ha implicado una revisión histórica doloroso para las tres generaciones**

de mujeres: la paciente, su madre y su abuela. Se puede suponer, debido a que ha estado relacionando la historia de su mamá y su abuela con su propia historia, que esta elaboración la ha ayudado a comprender su propio malestar y que dicha comprensión ha disminuido su angustia.)

2.7.5.2. Historia de la familia paterna:

El padre de José era alcohólico y no estaba casado con Emilia, madre de José.

Desaparecía por meses de la casa y tenía otras mujeres. Cuando llegaba a casa les pegaba a sus hijos y, en palabras de Camila, *“le exigía a su mujer sus derechos conyugales”*. José recuerda a su padre como violento y a la madre como permanentemente enojada con su esposo.

(Se abren las siguientes preguntas: ¿hasta qué punto las relaciones sexuales eran consentidas por parte de la madre? ¿cómo vivió José la relación entre sus padres?, ¿qué aprendió de los roles en la pareja?, etc.)

La madre no estaba casi nunca con sus hijos, puesto que trabajaba sin descanso para mantenerlos. Cuando Camila le pregunta más por su madre, José le contesta: *“no puedo juzgar a mi madre”*. **(Se puede inferir que si sigue hablando de su madre, tendría que emitir juicios que estima no pertinentes y/o que ya la ha juzgado, pero que no se permite repetirlo frente a su hija).**

José es el mayor de cuatro hermanos que nacieron con dos años de distancia cada uno.

El menor de los hermanos falleció y Emilia se derrumbó con este hecho. El padre se comportó indiferente, por lo cual Emilia se distanció de él. Luego se juntó con otro señor y tuvo con él otros 3 hijos. Cuando la menor de estos 3 hijos tenía 4 años, se separó la pareja. Cuando el padre de la paciente tenía 11 años, trabajó un par de años en una casa de huéspedes donde espiaba a las mujeres a través de agujeros. Este último recuerdo es parte del relato que el

padre de la paciente transmite a su hija. Camila no se sorprende, puesto que el padre le ha reiterado en numerosas ocasiones que le gusta ver a las mujeres desde siempre. Emilia murió en el año 2005.

José se hospedó en la casa de huéspedes de Marilú y ahí conoció a Juliana. Primero se interesó por Tita, una de las hijas de los dueños de casa, luego por Juliana.

(No hay que olvidar que Juliana ya había sido ‘la segunda opción’ antes, cuando fue tratada de entrada como una hija por parte de Marilú y Octavio, quienes, al tener posteriormente dos hijas biológicas, dejaron a Juliana, se puede suponer, como ‘hija de segundo orden’.)

Camila refiere que su padre dice: *“nunca he sido infiel, pero me gusta ver a las mujeres”*.

2.7.5.3. Historia de la familia nuclear:

José y Juliana se casaron a fines de 1975, cuando Juliana tenía 31 años y José 29. **(En esa época, para una mujer, casarse a los 31 años era tardío.)**

Se fueron a vivir a un departamento rentado en una colonia de clase media de la Ciudad de México, ahí permanecieron durante 15 años. En 1980 nació Lily y en 1984 nació Camila.

Luego, en 1990, subió la renta y ya no les alcanzaba el dinero para pagarla. Con un crédito les dieron una casa en Estado de México, donde vivieron 8 años con bastante sacrificio por la gran distancia entre la casa y los lugares de trabajo y estudio. En este período Lily cumplió 18 años y se fue de la casa, decidió casarse con su novio e irse con él a vivir a Guadalajara, donde vive también toda la familia de su esposo. Lily le comunicó esta noticia en secreto a la madre y a la hermana, pero al padre no se lo dijo hasta que se va. **(Esto hace pensar que sabía que se iba a oponer y que temía su reacción).**

El padre se enfureció y le dijo que no la dejaría entrar nunca más a la casa. Prohibió al resto de la familia que se comunicaran con ella y que se la mencionara en casa. **(Se entiende entonces más sobre el carácter del padre, quien se muestra autoritario frente al resto de la familia, imponiendo las reglas. Las mujeres que quedan en casa obedecen, sólo se habla de Lily en secreto, nadie desobedece ni cuestiona la orden del padre.)**

Antes de irse, Lily le dijo llorando a Camila que se cuidara de su padre. **(Tanto el contenido de esta advertencia como el hecho de que lo haya dicho llorando, lleva a pensar que ha sido lastimada por el padre. Dado que lo dice al irse, se puede inferir que ha sido un secreto. Camila no describe a su padre como una persona violenta, por lo tanto la hipótesis que surge es que ha habido algún grado de abuso sexual.)**

La súbita partida de Lily produjo una crisis familiar. Chuy, quien siempre había tenido una declarada preferencia por Lily, lloraba ruidosamente por las noches. Dijo, delante de Camila: *“con Camila no va a ser lo mismo, ¿con quien voy a platicar? ¿Quién me va a acompañar?”*. **(Se ve que Chuy no tiene reparos en declarar abiertamente su preferencia por Lily.**

Lo dicho por Chuy equivale a decir que Camila no es una interlocutora válida para platicar, o una compañía que cuente. Ahora es Camila quien aparece como “la segunda opción”, es “la nieta de segunda”).

El padre se enojó con la madre, acusándola de encubrir a su hija frente a él, y comenzó a beber diariamente hasta emborracharse. Camila no le creyó a Lily la advertencia sobre el padre, pues pensó que lo dijo para *“hacerlos quedar mal”*, vivió su partida como un abandono. Por primera vez su hermana dejó de ser un modelo a seguir para Camila, al contrario, se propone no ser como ella, no casarse joven, y terminar sus estudios profesionales antes de casarse. Por otra parte, Camila reaccionó hablando con sus padres y recordándoles que todavía quedaba ella en casa. Esto produjo cambios en ellos y con el tiempo se calmó la situación. **(Esta intervención de Camila en medio de una situación**

crítica muestra que tiene recursos propios para mejorar su entorno, y también sugiere cuán amenazante es esta inestabilidad familiar para ella.

Se puede suponer que en medio de la crisis familiar no había cabida para externar sus propias emociones tanto frente a la partida de la hermana como frente a la crisis misma.)

Al año de haberse casado la hermana de la paciente, nació su primer hijo. Entonces el padre retomó la relación con ella y permitió que los demás miembros de la familia también lo hicieran.

Poco después de que se reestableciera la comunicación entre Lily y el resto de la familia, una hermana de Marilú se enteró de la difícil situación que estaba viviendo la familia por la lejanía entre la vivienda y los lugares de trabajo y estudio, y los invitó a vivir con ella a una colonia de clase media alta del sur de la capital, para que de paso la cuidaran, porque ya estaba muy grande.

(Esto muestra el estrecho vínculo que conservan las dos familias pese a la muerte de Marilú..)

Primero se fueron sólo Camila y Juliana, y a los 2 años se sumaron José y Chuy. Llevaban 4 años viviendo ahí cuando falleció la dueña del departamento, y se lo dejó a Chuy en herencia. A su vez Chuy, argumentando que no se merecía el departamento, se lo dejó a Juliana. **(Nuevamente, en la convicción que expresa Chuy de no merecer el departamento, emerge posiblemente su baja autoestima. Sin embargo, pese a que Camila las ve muy parecidas en esto, vemos que Juliana sí acepta, es decir, hay una diferencia entre ambas en este sentido.)**

Actualmente todavía viven en el departamento heredado. A propósito del cambio de vivienda, pregunto a Camila cómo se distribuía la familia en los cuartos en la primera casa y luego en el departamento. Refiere que siempre durmieron los dos padres juntos, solos en un cuarto, en tanto ella y Lily

compartían cuarto en la casa antigua. Luego, en el nuevo departamento, compartían cuarto Camila y Chuy.

Aparentemente no ha habido violencia física en la familia, ni entre los padres, ni con las hijas. **(Aunque anteriormente quedó abierta la hipótesis de que pudo haber habido algún tipo de abuso sexual por parte del padre hacia Lily.)**

José bebe regularmente, sin emborracharse ni ponerse violento. En períodos críticos ha aumentado la frecuencia de ingesta de alcohol y se emborracha, pero ni aún borracho se pone violento. Actualmente está en un período bajo con respecto al alcohol.

2.7.6. Historia personal.

La gestación de Camila transcurrió sin complicaciones, a pesar de que la madre – Juliana- estaba pronta a cumplir 40 años. El parto fue normal, la paciente refiere que la amamantan, sin saber cuanto tiempo. Su familia le comenta que habló muy temprano, al año y medio ya se le entendía claramente lo que decía. Caminó al año. No sabe cuando controló esfínteres. Dejó rápido el biberón, *“estaba apurada por hacer todo como mi hermana”*. Esto la hizo pasar rápido de etapas. La cuidó la abuela todo el día hasta que tuvo tres años. **(Este es un dato muy importante, a partir del cual se infiere gran influencia de la abuela en este período crucial del desarrollo.)**

Recuerda cuando entró al jardín a esa edad, la conmovió mucho el cambio, le dio miedo. Estar rodeada de niños que lloraban le dio desconfianza del lugar donde la estaban dejando. Luego se acostumbró y se sintió muy a gusto con su maestra.

Entre los tres y los seis años pasaba la mañana en el jardín, hasta mediodía y luego la cuidaba su abuela por las tardes.

Desde pequeña sabe que al padre "*le gustan las mujeres*". Desde que tiene conciencia ha visto al padre forrar las cajas de zapato donde guarda herramientas y útiles de escritorio con imágenes de mujeres desnudas y sus marcadores de páginas con imágenes pornográficas de mujeres. Cuando era pequeña le daban miedo estas imágenes, luego le dieron asco, y hoy las encuentra denigrantes.

A los 6 años entró a la primaria. Recuerda que estaba emocionada de ir a la primaria como su hermana y de que le compraran muchos útiles. En primero y segundo le fue muy bien, no le costaban las materias y tenía sólo 10. En este período no era tan introvertida, recuerda haber dirigido ceremonias sin que le diera nada de miedo ni pena.

En 3ro (8 años) comienza a tener algo de dificultad para estudiar, bajó un poco las calificaciones y comenzó a ser más introvertida.

(Podemos preguntarnos qué cambió en este período, sin pensar necesariamente en un hecho puntual, podrían ser proceso internos o externos nuevos, pero indudablemente hubo un cambio que Camila no recuerda).

Dice que no le gustó su infancia. **(Se muestra especialmente triste al hablar de este tema.)** No recuerda a que edad comenzó a sentirse incómoda en las fiestas infantiles, le daba miedo jugar con los demás niños. Le daba pena subirse a los juegos, sentía que se reían de ella, que era tonto subirse a los juegos, que "*tenía que ser una niña grande*". Prefería estar con sus padres.

A los 10-11 años subió de peso (unos 7 kilos) y bajó más las calificaciones en la escuela (giraban en torno a los 8 puntos). Luego bajó los kilos de sobrepeso sola, porque su padre no le hizo caso, no la apoyó en el proceso porque estimó que no importaba que estuviera gorda. A ella esto le molestó mucho, lo interpreta como indiferencia. A los 11 años fue la menarca. **(Coinciden la menarca con el aumento de peso).** Ella ya sabía de que se trataba, por su mamá y por la escuela. No le gustó que los padres trataran de consentirla ese

día, le parecía que era algo normal. **(Quizá no estaba contenta con “lo normal” que le estaba ocurriendo, que habría preferido ignorarlo antes que celebrarlo dejándose consentir.)**

A los 12 años entró a la secundaria e inició un período de rebeldía “*conmigo misma, no con mis papás*”. **(Surge la pregunta: ¿Porqué es que la rebeldía se dirige hacia la propia persona? ¿Qué ocurre cuando la rebeldía se dirige hacia adentro? Se retomará esto en el análisis.)**

“*Quería mostrarle al mundo que no estaba a gusto, me vestía de negro... trataba de verme fría y dura.*” En esa época comenzó a escuchar rock, pintaba muchas calaveras. Se mantuvo con calificaciones alrededor de 8 durante los dos años de la secundaria. Se hizo amiga de Luna, una compañera con la cual se llevaba muy bien.

Camila refiere: “*no necesitábamos hablar para saber qué pensaba la otra, teníamos mucha complicidad. Con ella me sentía muy bien, a pesar de estar pasando por un período tan malo. ... Yo vivía la vida de Luna, era su sombra*”. Luna era extravertida, se vestía provocativa para llamar la atención, “*porque también tenía baja autoestima*”.

Luna estaba en el coro de la iglesia y la vinculó a los grupos juveniles de la iglesia.

Dejaron de ser amigas, porque cuando Camila le quería contar sus cosas, ésta la obviaba y seguía hablando de otras cosas. Frente a esto Camila decidió cortar la relación diciéndole a Luna lo que pensaba. En la secundaria Camila tuvo su primer novio, lo aceptó por presión de Luna, porque en realidad no le gustaba; también era una forma de rebelarse contra el padre que no aceptaba que tuviera novio. Duraron un mes.

A los 14 años entra a la preparatoria y tiene el peor período depresivo. Finalmente sitúa en esta edad el episodio de intención de suicidio, gracias a

que encontró una carta fechada que su hermana le envió al retiro religioso al que acudió.

La carta le permite situar el evento a los 14 años, poco antes de que la hermana se fuera de casa. En la prepa baja aún más las notas, ya alrededor del 6, no entra a clases ni hace mayor esfuerzo. Sostiene: *“no llegué a reprobado asignaturas, pero hubiese reprobado varias asignaturas un año si no fuera por una huelga que hubo.”*

(No entrar a clases, no hacer un esfuerzo, no tener interés por nada especial fuera de la asistencia a la Iglesia, sugieren depresión. Queda en cuestión la naturaleza de la “recuperación” que tuvo la paciente en el retiro eclesiástico a partir de esto.)

Al entrar a la universidad vuelve a tener buenas calificaciones. Pone más atención, le interesa lo que estudia. Se interesa por el arte y se abre a diferentes temas y estilos, por ejemplo en lo musical *“está abierta a todo”*. Siente que se abre su panorama y se aleja de la religión. **(Del mismo modo como se ha abierto la interrogante sobre los motivos que precipitaron los períodos depresivos, ahora la pregunta es qué factores pudieron haber favorecido una mejoría en la paciente en esta etapa.)**

A los 17 años inicia su relación con Sebastián y a los 18 tienen su primera relación sexual. Dice que Sebastián en ese plano ha sido muy considerado con ella, siempre se preocupa por su satisfacción. Se declara contenta con su vida sexual y cree que Sebastián también lo está. Refiere que son abiertos en este aspecto, que se exploran y les gusta experimentar cosas nuevas.

(Su primera relación sexual es un triunfo en el sentido de que es por fin reconocida como mujer, luego de haber ‘fracasado’ en el terreno edípico. Se retomará este tema en el análisis).

De los 18 a los 22 estuvo bastante estable: volvió a sentirse mal al terminar la carrera. Hace un año baila danza árabe dos veces por semana.

2.7.7. Evolución de la terapia.

Durante el primer par de meses de tratamiento, la paciente afirma reiteradamente estar molesta por su dificultad para organizar el tiempo y las actividades dentro del mismo.

Quiere ejercitarse, estudiar y trabajar. Sin embargo, pese a haber egresado de la carrera y tener mucho más tiempo disponible que antes, pareciera que el tiempo no le alcanza, no logra encuadrar las actividades en los tiempos de los cuales dispone. **(El desorden de horarios, la falta de claridad en cuanto a cómo ordenar su tiempo y su espacio, forma parte del aprendizaje que se hace camino a la adultez. En la infancia está todo organizado, está todo el orden dado desde el exterior. Luego la escuela impone determinado ritmo, pero saliendo ya de la universidad y no teniendo un trabajo estable, es la propia Camila la que tiene que diseñar la organización de su tiempo, de su espacio; de su vida. Lograr cierto grado de organización que le permita llevar a cabo las actividades deseadas es una conquista en el camino hacia la adultez.)**

2.7.7.1. De la relación con dos figuras significativas: Chuy y Katrina.

Al comienzo de la tercera sesión dice: *“Estaba pensando de qué quería hablar. Bueno, hay dos personas cuya sola presencia me irrita”*.

“Una es Chuy, mi abuela.” Las cuidó, a Lily y a ella, hasta que Camila estaba en segundo de prepa. Tiene Alzheimer desde hace 3 años. Lo actual que le molesta de ella es que se pone a hacer cosas como dejar la llave del gas abierta, gastar agua, tirar comida que sirve, etc. Chuy siempre está irritable y agresiva. No para de hacer el quehacer. *“Yo creo que me veo reflejada en ella a lo mejor, en lo negativo, cuando digo que no puedo hacer las cosas me acuerdo de ella y me digo que no puedo ser así... Tengo algo contra la vida, no quiero que eso me pase a mi [ser como Chuy]... a veces pienso que si voy a llegar a ser como Chuy, entonces no vale la pena llegar a vieja.”*

“La otra es Katarina, una amiga de mi novio”. Sebastián tiene 24 años, estudia ingeniería y da clases de piano, proviene de una ciudad del interior de la República. Es novio de Camila hace 5 años y medio. Katarina es amiga de él de su ciudad de origen.

Katarina es blanca, extrovertida y segura de si misma. Postuló a “La Academia” **(programa de televisión donde se dan a conocer jóvenes talentos de la música y la danza)** y actualmente trabaja en un musical conocido del DF. Cuando le pregunto si le gustaría ser como Katarina, la paciente responde: *“me gustaría ser más segura de mi misma como Katarina, pero no invasiva como ella.”*

La mamá de Sebastián acepta a Katarina, en cambio a ella no la acepta, *“porque la señora es clasista y racista.”*

Hubo un episodio hace un par de años en el cual Sebastián, el novio de Camila, prefirió ir a buscar a Katarina antes que estar apoyando a la paciente en la muerte de un familiar, entonces ella lo cortó para probarlo y él estuvo de acuerdo. Estuvieron separados un mes, desde entonces *“siento a Katarina como una amenaza constante...es alguien que me desborda, me descontrola”.* [Llora]. Sebastián le ha propuesto conocerla, pero ella no se atreve, siente que va a llorar o decirle algo fuera de lugar. **(Aquí, con respecto a Katarina, se mezclan los celos y la envidia. Será revisado en el análisis.)**

“Este es un tema muy destructivo para mí y también para mi noviazgo, lo quiero superar.”

Con el tiempo, en el transcurso de la terapia, aparentemente lo logra superar. **(Esta suposición se basa en el hecho de que nunca más trae el tema a terapia ni tampoco vuelve a aparecer como un tema en sus conflictos de pareja, simplemente deja de mencionar a Katarina. Cabe aclarar que tampoco yo volví a pregunta por ella.)**

Asocia más adelante estas emociones que le produce Katarina con otras similares que le producen las mujeres de la farándula en general y se da cuenta de que en realidad no es Katarina lo que le molesta. Este hallazgo hace que Katarina deje de ser un tema conflictivo en su relación de pareja y un tema de angustia para ella misma.

2.7.7.2. De la relación con su padre, José.

Sobre José dice en un comienzo, luego de contar la historia de su padre, que es una persona muy importante para ella, que es la única persona con la que se puede hablar en la casa, que platican a gusto, habla de todo con él y le tiene confianza. Refiere, con admiración, que es una persona positiva, muy activo, siempre está haciendo algo. **(Esta afirmación muestra cómo Camila ha introyectado el valor que la familia le da al trabajo, a la actividad.)**

Cuando era pequeña él le decía que no debía llorar demasiado, *“no debes dar lástima, hay que ser fuerte”*. Le enseñaba de manera muy autoritaria, le gritaba, y ella *“trataba de buscar su aceptación”*.

Ella tenía, hasta el año pasado, una imagen de él de fortaleza, lo veía como alguien sin debilidad, inderrumbable. Nunca se enfermaba. Hasta que se murió Emilia, entonces lo vio triste y decaído y *“lo bajé del pedestal, lo ví como un humano”*. Verlo como un humano le dió inseguridad. **(La inseguridad se relaciona con la vulnerabilidad, la fragilidad que típicamente acompaña la desidealización de los padres en la adolescencia.)**

Algo que le molesta del papá muchísimo es que *“le gustan las mujeres”*, esto la hiere.

Le molesta que ve a las mujeres en televisión y comenta sus cuerpos, pone fotos de mujeres desnudas a la vista de toda la familia, comenta la belleza de las amigas de Camila desde que tenía 11 o 12 años. **(Esto refleja claramente una falta de pudor del padre, una ausencia de separación y diferenciación entre lo privado y lo familiar. Al mostrar su sexualidad a la familia, tanto a**

través de estos comentarios como a través de las imágenes pornográficas que quedan a la vista, forja una laxitud en las prohibiciones, especialmente en la del incesto.)

Sobre las mujeres que salen semi-desnudas en televisión y son admiradas por el padre dice: “no me puedo poner a la par con esas personas”. **(Podemos escuchar: “me gustaría ser como ellas, me gustaría tener la posibilidad de ser admirada por mi papá como los son ellas, pero no tengo los atributos necesarios para ello.”)**

Luego dice “*creo que también tiene que ver con Katarina*”. **(El tema de Katarina será revisado en el análisis, como asimismo la relación entre este conflicto y la reedición del complejo de Edipo.)** Vive esto como denigrante “*sobre todo para mi mamá*” y dice que le da asco. Dice que el papá no la espiaba ni hacía comentarios sobre ella, pero sí sobre la hermana: “*mira que le han cambiado las caderas a Lily y ve su cintura*”.

(En esta etapa el padre está escindido para ella, es decir, son dos objetos distintos. Uno es el padre que conversa con ella, el activo, el optimista, el que siempre está superándose y funge como figura protectora para ella. Y el otro es el padre laxo con los límites, que exhibe su “gusto por ver a las mujeres” y hace comentarios indebidos con respecto a su hermana Lily. La escisión permite coquetearle a este segundo padre, e intentar que éste la vea como mujer. Y a la vez permite mantener idealizado al padre amigo.)

2.7.7.3. De la relación con su madre, Juliana.

Camila dice que Juliana es su amiga, que aunque a veces le desespera que se estanca y no quiere avanzar, es su amiga. Le pregunta porque aguanta que el padre tenga imágenes de mujeres desnudas y la madre le contesta que “*siempre ha sido así*”. **(Esta frase pronunciada por la madre permite inferir que la creencia de que lo que siempre ha sido de un modo, seguirá siendo de ese modo. Se vislumbra así una posible desesperanza aprendida con**

respecto al rol pasivo de las mujeres frente a los hombres, que podemos especular viene de la historia de Chuy).

Juliana se deprimió al jubilarse, de estar todo el día en casa con la familia, para ella había sido muy importante el trabajo, fue muy importante sentirse útil. **(Se evidencia que la madre ha introyectado y se ha identificado con el gran valor que le atribuye Chuy al trabajo. Según el relato de Camila ésta es una importante fuente de dignidad para Chuy.)**

2.7.7.4. De la relación entre sus padres.

Camila refiere que llevan un matrimonio muy falso, no de marido y mujer, sino de mamá y papá. No recuerda haberlos visto nunca besándose ni tocándose. **(Esto último lo dice espontáneamente.)**

“Están unidos nada más por nosotras”. Camila considera que “esto tiene la ventaja de que nosotras somos lo más importante para ellos y que tienen la capacidad de ceder” (lo dice con admiración). “La desventaja es que no hay sentimiento”.

Dice que la relación de ellos le da inseguridad, no quiere llegar a tener una relación así en el futuro y *“ver el ejemplo de mis padres me da miedo al fracaso”*. Visualizando su futuro, más adelante en la terapia, dice: *“Tengo un miedo terrible de ser la típica mujer de la casa, esperando al marido y viviendo la vida del marido. Si fuera por mí, yo no querría tener hijos nunca, nunca, no me veo como madre. Tengo miedo del parto...me imagino con un niño ya grande, pero no cargarlo de chiquito y esas cosas”*. Indagamos en este miedo mezclado con rechazo a la maternidad y encontramos que está enraizado en la creencia que ella tiene sobre el nacimiento de los hijos y el devenir de la pareja. Piensa que nacen los hijos y se acaba la pareja, los niños pasan a ser el sentido de la pareja, la única fuente de felicidad. **(Esta visión de la paciente de la dueña de casa que está en casa trabajando y esperando al marido no es lo que ella ha visto en su casa, su madre trabajó durante toda la infancia de Camila fuera de casa. La única figura relevante de su infancia**

que cumplía este rol era Marilú, su “otra abuela”, podría decirse que la abuela idealizada. Nuevamente aparece la importante influencia de la familia en la vida psíquica de la paciente.)

2.7.7.5. De la relación con su hermana, Lily

Inicialmente, hasta que se fue de la casa paterna, la hermana fue siempre su ejemplo, siempre la meta de Camila fue ir siguiendo los pasos de la hermana.

Al irse la hermana de la casa parental, quedó ante la paciente como alguien impulsiva, que los abandonó desconsideradamente, dejándola a ella sin ejemplo a seguir, dejándola a ella sola con los padres y la abuela. Actualmente, a la luz del relato que me ha hecho del padre y de la relación del padre con las mujeres en general y con las hijas en particular, ha reinterpretado la advertencia que le hizo Lily al irse, entiende que la quiso proteger evitando que a la paciente le ocurriera lo mismo que a ella. Hoy la paciente piensa que la decisión que tomó la hermana de irse de casa fue valiente y acertada, cree que hizo lo que era mejor para ella al alejarse lo antes posible de la familia.

Decide ir a Guadalajara a “brindarle todo su apoyo” y a averiguar qué fue exactamente lo que ocurrió con el papá.

Va a Guadalajara y la hermana le cuenta que el padre le hacía comentarios eróticos, le tocaba los pechos y las pompas “por casualidad al pasar” y también le tocaba los genitales y los pechos cuando ella estaba dormida, por encima de la ropa de cama. La hermana le contó esto a su madre antes de irse de casa, pero la madre se quedó muda y no hizo nada.

El relato de la hermana asquea a Camila. Cuando vuelve a casa no quiere acercarse a su padre y le da un miedo terrible por las noches, le parece sentir que la toca cuando está acostada en su cama. **(Esta reacción demuestra que Camila ha reunificado al padre en tanto objeto, puesto que ya no puede escindir al padre-amigo con el cual puede conversar y compartir sus intereses del padre-abusador. Se deduce que ha habido un proceso de**

resignificación del padre, en donde ha sido integrado en un solo objeto que posee características tanto positivas como negativas.)

Con el tiempo integra lo que la hermana le ha contado en Guadalajara con la historia familiar y también con la relación actual entre la hermana y la familia. Habla varias veces sobre episodios familiares que cobran nuevo significado, por ejemplo dice: *“ahora entiendo porqué Lily no le quiso contar a mi papá que se iba hasta el día mismo”* [de su partida]. Entiende porqué el padre vivió la partida de Lily como una traición y porqué se alcoholizó después de su partida.

El papá sigue hablando mal de la hermana, tal como hacía después de que ésta dejara la casa paterna. Suele comentar con el resto de la familia que Lily *“hace las cosas mal”*.

Dice que cría mal a los hijos y que no corresponde que salga sola de vacaciones con su esposo y deje a los hijos en casa con la suegra. Yo le digo: “claro, como si le pintara los cuernos a él”. Me dice *“sí, ¡que horror!”* asintiendo lentamente con la cabeza.

(Aquí nuevamente se puede inferir que ha habido una integración del padre como objeto, produce una sola emoción –el horror-, no hay ambivalencia hacia el objeto.)

Otro tema perturbador que compartió con su hermana fue la sospecha de ambas que algo les ocultan los padres, puesto que no coinciden las fechas con los acontecimientos en la época en que se casaron. Lily vió una foto donde sale ella de 2 años y sus padres con un pastel de bodas. Al ser consultada la madre le dijo que estaban celebrando un aniversario. A las hermana les pareció poco creíble la explicación y especularon sobre la posibilidad de que Lily no fuera en realidad hija de José y a Camila le parece que *“esto explicaría porqué manoseó a Lily y no a mí”*.

Un mes después de su regreso de Guadalajara, Camila va a la casa que todavía conserva la familia fuera de la ciudad. Es un lugar que el padre visita de vez en cuando, en sus días libres. Ahí guardan fotos, documentos y todo

tipo de papeleo. La paciente acudió en busca de alguna otra evidencia que respaldara o desmintiera la hipótesis de que Lily y Camila son media hermanas. No encontró nuevos documentos y luego de esa fecha no volvieron a buscar más evidencias ni ella ni Lily.

(Se supone que tanto a Lily como a Camila las tranquiliza la idea de no ser hijas del mismo padre y que han preferido quedarse con esta versión. Ambas son salvadas de un abuso incestuoso gracias a ésta versión: Lily se salva de haberla vivido en el pasado y Camila se salva de una posibilidad de abuso futuro.)

Lo que sí encontró Camila fue una carpeta llena de recortes de revistas pornográficas.

Ahí le dejó una carta a su papá en la cual le dice que habló con Lily y “ *le dió a entender*” que ella ya sabía de todo lo sucedido. Él no le comenta la carta, pero ella sabe que la leyó, porque la siguiente vez que la paciente fue a la casa que queda fuera de la ciudad miró buscó dentro de la carpeta de pornografía y la carta ya no estaba.

Aproximadamente 4 meses después tuvo una discusión con el papá, en la cual el padre le dijo a la paciente: “*yo sé que ya no me tienes el respeto de antes, pero bueno, esas cosas se ganan.*” A ella le da rabia, sabe que alude a la carta que le escribió cuando encontró su carpeta con pornografía en la otra casa. Lo que interpreta del comentario es:

“sé que sabes que manoseaba a tu hermana, pero así soy y así voy a seguir siendo, yo me lo busqué, ni modo.” Y ella siente mucha rabia; piensa: ¡Ah! ¿Y tu tan tranquilo, no?!

2.7.7.6. De la relación con su novio, Sebastián.

Con respecto a Sebastián me cuenta que la relación con él es una prioridad en su vida, para ella es muy importante conservarla.

(La presencia del novio y la importancia que la paciente le otorga, permiten suponer que ha habido un desprendimiento parcial de la familia. La presencia de un objeto exogámico, en este caso el novio, es una salida importante de la adolescencia.)

Se ven 5 días a la semana. Refiere que él a veces se cansa de su tristeza y le dice que no quiere sentirse responsable de su felicidad.

Lo califica de *“descuidado, ha llegado a compararme con otras mujeres, como por ejemplo decirme, ¿Por qué no eres alegre como fulanita?”*. Ella lo encara en estas situaciones y le explica porqué se siente ofendida hasta que él entiende.

2.7.7.7. De su depresión

Me habla nuevamente de cuando llegó a estar muy mal a los 14 años y dice que piensa que le ocurrió porque se reprimía mucho, porque el papá le prohibía estar mal, si llegaba a casa y la veía con los ojos llorosos la regañaba. Cuando el padre ve que está mal, lo interpreta como que la paciente está débil y esto le da mucha rabia, se pone agresivo y pelea por cualquier cosa. *“Ahora me doy cuenta que siempre, toda mi vida, me he doblegado frente a mi papá”*.

(Es decir que Camila no se podía permitir estar con los ojos llorosos, ni menos el llanto. Frente a la amenaza de agresión de su padre, en el temor al rechazo, la paciente evita totalmente la expresión de las emociones depresivas.)

2.7.7.8. De su infancia

Vuelve a hablarme numerosas veces sobre su infancia: *“Me frustra pensar que de niña me quedé en la mediocridad, me quedé al lado de mis padres recogiendo su lástima. En la escuela también, yo no aprendía mucho”*.

Existe la idea de una infancia truncada, de haber sido una niña segura, extrovertida, con muchos intereses, que disfrutaba la vida y de pronto, alrededor de los 8 años, haber perdido estas cualidades y haberse convertido en una niña miedosa, introvertida, que *“no aprovechó su infancia”*. Piensa que a los 7 u 8 años tiene que haber pasado algo, porque ve *“como muy radical”* su propio cambio a esa edad. *“Veo como una laguna”*.

Refiere que posterior a esa edad, en sus cumpleaños, *“me daba pena lo del pastel, soplar las velitas, todo.”*

“A partir de los 7 años más o menos recuerdo haberme sentido así, a esa edad subí de peso y pensaba sobre mí misma: eres una gorda, das asco. Antes de esa edad todo recuerdan que era bien decidida...Al ser consultada sobre qué otros recuerdos tiene de ese período, afirma: “que mis papás me daban pena, vergüenza, lo recuerdo, pero me decía que cómo me iban a dar pena si eran mis papás y ahora creo que era porque como padres no tenían nada. No es algo que me enorgullezca.”

(Una posible explicación a éste cambio a los 7 años es deducida en base a que coincide con el ingreso a una escuela privada. A partir de éste ingreso la paciente comienza probablemente a compararse con los demás alumnos que cuentan con más recursos económicos, y a sus padres con los padres de los demás niños, que cuentan con más formación académica y pueden ofrecer mayores posibilidades a sus hijos.)

“Sí pienso mucho en mi infancia, a ver si todavía puedo rescatar las cosas de mi forma de ser, las cosas que me gustaban: la danza, la ilustración, cantar.”

Hay mucha tristeza en el recuerdo de esta infancia perdida, tristeza por esa Camila feliz que no pudo seguir desarrollándose, tristeza y frustración por esa

Camila penosa que tomó su lugar. La paciente llora mucho durante las sesiones en este período.

(Este proceso corresponde al duelo por el niño perdido que ocurre típicamente en la Adolescencia, se ahondará sobre este tema en el análisis.)

Le pido que haga un dibujo de aquella niña feliz que fue antes de los 8 años, me trae el retrato de una bailarina de ballet bailando sobre las punta de los pies. En el dibujo está sola en una habitación con espejo y barra. Me explica que es una niña bailando muy contenta, escuchando la música, ejercitando movimientos.

Le pregunto cómo hubiese sido ella si hubiera seguido así, y es cuando más llora. Lloro por la Camila perdida, la que pudiendo ser, no fue. *“Hubiese sido totalmente distinta, hubiese aprovechado más la escuela...aprendido un montón de cosas. Hubiese tenido amigos y aprovechado todas las cosas de niños...los juegos...los cumpleaños.”*

Con mucho dolor se despide de esta Camila que nunca fue.

Me hace un dibujo de la Camila que sí fue. Es una niña de espaldas, no se le ve la cara, está sola sentada en un techo, mirando sobre los otros techos. Me explica: *“yo pasaba mucho tiempo sola, me iba al techo a mirar todo desde fuera. Pasaba mucho tiempo fantaseando: que era una profesional reconocida, una cantante o una bailarina famosa, cosas así. (ríe avergonzada). No te había querido contar antes porque me da pena, y coraje, haber perdido tanto tiempo imaginando cosas en vez de hacer algo por solucionar la situación.”* Se despide también de esa Camila, la que se olvidó por completo de sus intereses y se aisló.

2.7.7.9. De la titulación y la independencia

Plantea su dificultad para titularse. Lo que más desea es titularse e independizarse de sus padres económicamente, pero siente que siempre hay obstáculos de todo tipo: falta de dinero, falta de tiempo, desorganización. Analizamos qué significa para ella titularse.

Me dice que el hecho de que ella se titule significa que sus padres “*acaban con ella*”.

Revisamos los dos sentidos que tiene la frase ‘acabar con ella’. La paciente en un comienzo me lo dijo en el sentido de *terminar su tarea de crianza*, puesto que la hermana ya se independizó y una vez que ella se independice económicamente ya van a ‘concluir su tarea proveedora’.

(Independizarse económicamente significa romper con los padres el tipo de relación dependiente que caracteriza a la infancia. Esto se traduce no solamente en el abandono de los padres de su rol como proveedores, sino también, por parte de la paciente, despedirse del rol de niña dependiente que ha sido hasta ahora el único conocido.)

Luego le muestro a la paciente el segundo sentido de la frase, aquel que alude a la ‘destrucción’ o ‘aniquilación’.

Entendemos ahora que ella conscientemente quiere titularse, pero inconscientemente teme y evita dar este paso, porque podría aniquilarla a ella y también a sus padres.

Bajo sus ganas de independizarse existen muchas fantasías atemorizantes con respecto a dar este paso: que la madre se deprima y se suicide, que el padre se alcoholice y que los padres se separen. Los padres expresan constantemente, mediante actos y también mediante palabras, que viven para sus hijas, que se mantienen juntos por sus hijas, que ellas son el sentido de sus vidas. Por otra parte la familia sufre una crisis importante cuando Lily se va, por lo tanto Camila cree que cuando ella se vaya provocará el fin de la familia.

Luego de tomar consciencia de estos temores, de hablar sobre su origen y el modo en que los padres los han alimentado, Camila puede claramente establecer una conexión entre éstos y su dificultad para titularse.

Habla sobre la capacidad de su familia para superar las dificultades, sobre cómo sus dos abuelas salieron adelante pese a la adversidad, cómo sus padres se recuperaron cuando se fue Lily y cómo enfrentan la enfermedad de Chuy.

Camila recuerda que algunas veces han especulado sobre donde van a vivir cuando ella se vaya de la casa, aludiendo a que continuarán juntos como pareja.

Por último, la paciente estima que no se puede responsabilizar por sus vidas y cree que *“para estar bien”* es muy importante para ella titularse, de modo que decide buscar los medios para poder hacerlo.

Obtiene una beca parcial para tomar un diplomado con el cual se titulará y trabaja paralelamente para pagar la diferencia.

Comienza entonces a ver todo lo que hacen sus padres para retenerla, para que no se independice. La madre quiere levantarse a hacerle el desayuno diariamente, cosa que nunca había hecho. Insiste en acompañarla al ‘pesero’, se ofende y llora cuando ella no acepta. El padre se enoja por esto con Camila, pelean. El padre argumenta que no le cuesta nada a Camila dejar que la madre la acompañe. Camila no cede y José deja de hablarle durante una semana. La paciente se da cuenta de la dinámica familiar en este conflicto. Se da cuenta de que la madre logra, mediante el llanto y la victimización, que el padre interceda a su favor. **(La madre no se enoja con Camila, sino que llora, se lamenta, se queja, pero no hay confrontación. Sin embargo el lamento no es silencioso, más bien es escandaloso y provoca el enfrentamiento entre su esposo y su hija. Es decir, su modalidad es pasivo-agresiva.)**

El padre se enfurece porque pasa menos tiempo en casa, le reprocha que use la casa como pensión, se enoja por todo, intenta convencerla de que hagan actividades juntos.

Ante esto Camila sigue con sus actividades laborales y estudiantiles, procura pasar la mayor cantidad de tiempo posible fuera de casa. Un día la madre la abraza por la noche y le dice “*mi bebé*”, a lo cual la paciente replica “*yo no soy una bebé mamá*” y la madre contesta: “*para mí, sí*”.

El padre quiere involucrarse en la mayoría de sus actividades, como ingresar a un coro que ha formado con Sebastián, dibujar o hacer deportes y la madre insiste en acompañarla a su reciente lugar de trabajo “*para conocerlo*”. Todo esto ha comenzado a irritar a Camila, se siente invadida, siente que no la quieren soltar y expresa que “*quisiera poner el límite*”. Por primera vez comienza a sentir y a expresar enojo con sus padres.

(Querer poner un límite indica que ha comenzado a diferenciarse de los demás, esto es, a individuarse, lo que se puede interpretar como una adquisición.)

Una vez que se inicia el proceso de desidealización de los padres, que se puede enojar con ellos y que, pese a la culpa, me puede hablar de su necesidad de separarse de ellos, la paciente logra de a poco ir poniendo límites en su relación con ellos. Como era de esperarse, pasan algunos meses en los cuales los padres se muestran enojados e intentan volver al tipo de relación que tenían antes. **(Son evidentes los esfuerzos de los padres para recuperar la homeostasis familiar anterior, dentro de la cual la dependencia de Camila era un elemento importante, no sólo la dependencia económica, sino también la falta de autonomía en la toma de decisiones.)**

En esta etapa, en abril del año 2007, a 6 meses de iniciada la terapia, la paciente expresa lo siguiente en una sesión: “*Fue una semana igual a la*

anterior. Mi papá me habla poco y nada. No me gusta como está el ambiente en mi casa. Está seco. Siento más coraje con mi mamá.”

(Aquí se manifiesta el modo en el que la paciente ha comenzado a resignificar la figura de la madre como objeto ambivalente. El papel pasivo que desempeña respecto al abuso de la hija mayor y luego sus intentos por retener a Camila en la dependencia le comienzan a dar coraje. Empieza a ver que la pasividad de la madre ha jugado un rol importante en su historia.)

Toda la sesión habla de sus ganas de irse a vivir sola, de las ventajas y desventajas que eso tendría. Sabe que el problema con sus padres no va a resolverse ni desaparecer por el hecho de vivir sola, pero siente que la distancia la hará sentirse menos presionada.

Por otra parte dice que, con respecto a la posibilidad de vivir sola, *“tengo miedo de deprimirme, de no depender de nadie.”*

(Este último comentario resulta revelador, dado que ella ha manifestado en varias ocasiones que uno de sus conflictos con respecto a asistir a la terapia es justamente el miedo a depender de alguien. Se puede inferir una ambivalencia importante: miedo a depender y a la vez miedo a no depender.)

Durante este período de voluntad de separación de los padres e intentos por delimitar su propio espacio, Camila comienza a faltar a algunas sesiones. Le pregunto: *¿porqué crees que has asistido con tanta irregularidad últimamente?*

Contesta que por el trabajo, y los estudios, que la distribución de sus actividades es más impredecible que antes. Luego refiere: *“he estado pensando mucho. Ahora la dificultad la tuve con Sebastián, que está muy ocupado con su carrera y yo necesito su atención para mí. No me gusta la situación con él. No es la vida que quiero tener, me recuerda a mis padres. No estoy a gusto con nada, de todas partes me quiero ir”*. Yo le digo que de aquí

también se quiere ir, que a veces viene y a veces no. Me contesta: *“quizá, no sé. No quiero depender de nadie”*.

Comienza a asociar el malestar con su casa, dice que su casa es como una nube gris que hace que no recuerde bien lo que ocurre cuando está ahí, se sumerge en un estado de ánimo que le disgusta. “Estoy estresada cuando estoy en mi casa, estando afuera estoy bien. Entre más cosas hago por fuera, mejor me siento”, refiere.

Reflexiona en torno a la posibilidad de delimitar un espacio propio en su casa, ya que siempre ha compartido habitación con su abuela y/o su hermana. *“Me quedé pensando en cómo marcar los límites en la casa”*, expresa al comienzo de una sesión.

Comenta con los padres su necesidad de contar con un espacio propio y éstos le ofrecen el cuarto de ellos, oferta que es inmediatamente rechazada por la paciente.

No hay más habitaciones en su casa que las ya ocupadas por su familia, así es que Camila piensa en voz alta en convertir en recámara un pequeño espacio que funge de bodega, en donde cabría una cama y una estantería.

Llega tímidamente sonriente a la sesión siguiente, a fines de mayo de 2007 y dice:

“Salí de la sesión la semana pasada, llegué a mi casa y me cambié de cuarto en dos horas. Esa misma noche dormí en el nuevo cuarto. Sebastián me trató como mis padres diciéndome: ‘ay, mi bebé movió los muebles.’ Todo el mundo sorprendido de que lo hubiese hecho sola. Me molestó que todos me trataran como niña pequeña, me da coraje que no me crean capaz de hacer cosas como ésta.”

(Se advierte mucho orgullo por haber tomado este paso, la paciente relata el proceso con notoria satisfacción. Hacer un cuarto propio es el paso

que ella era capaz de dar en su camino a la independización, es el paso intermedio entre estar en casa y no estar. El cuarto nuevo es y no es su casa, funge de espacio transicional en el sentido descrito por Winnicott).

En los últimos meses del primer año de tratamiento, Camila ha logrado vivir en su casa sin desesperarse, sin sentirse invadida, sin sentirse culpable de dedicarse a sus actividades excluyendo a sus padres de ellas. Vive en su nuevo cuarto, donde a veces se queda Sebastián. Tiene ahí su música y sus libros. Cuando siente que comienza a alterarse por los soliloquios de Chuy, se pone unos grandes audífonos para escuchar música que la pone contenta.

(El nuevo cuarto es un límite concreto, físico, en su relación con el resto de los miembros de la familia. Hacerlo propio, habitarlo, usarlo como oasis protector, es un logro terapéutico importante, que refleja la adquisición de nuevos recursos Yoicos.)

En este período refiere *“Estoy en un proceso de aceptación de lo que pasó con mis padres.”*

Más adelante dice: *“Siento que apenas me estoy conociendo, qué quiero, cómo es mi carácter... (Silencio) Que pena, ¿no? Tengo 23 años y recién me estoy conociendo...recién estoy conociendo todo...estoy en pañales casi-casi. (Silencio).*

No sé cómo hacer las cosas, cómo poner límites, hasta que punto lo que hago y digo soy yo, hasta que punto es influencia de otras personas, hasta qué punto es mi personalidad. No sé si las cosas que hago, las hago porque me gustan y lo estoy disfrutando, o si por darle el gusto a otro. ..Hasta apenas ahorita estoy ordenando todo, ordenando mis ideas, ordenando lo que yo quiero hacer”.

(Esto refleja que ha habido una separación del mundo de los padres, de la identidad en tanto hija y que ahora está “en pañales” en esta nueva identidad adolescente.

Es una metáfora del proceso adolescente de separación de los padres: de pronto se encuentran en cero, en blanco, porque han tomado distancia de todo lo que antes eran y no han construido todavía su identidad. Las afirmaciones de la paciente muestran las sensaciones vividas en ese momento con sorprendente claridad: podemos palpar la inseguridad, la vulnerabilidad; pero también el gusto de estar avanzando, de estar encontrándose a sí misma.)

Luego viene un período de experimentación, de querer poner a prueba las nuevas alas de a poco: ir a lugares nuevos, tener nuevos amigos. Aparecen las ganas de conocer, otros países, probar actividades nuevas, saber “*que se siente*” hacer cosas desconocidas.

(Esta dimensión de goce del proceso refleja que se ha salido en parte importante de los duelos.)

2.7.7.10. De la propia ambivalencia

Comienza entonces a sentir que por una parte quiere cambiar y por otra quiere seguir igual. La paciente lo expresa claramente al final del primer año:

“Están presentes mis dos Camilas. Una es Camila Fernanda, la que me dice ‘aviéntate a la vida’ y la otra es García Soto, la que está ahí esperando, la que normalmente me jala, la que le pone peso a las cosas, la que me fija a la cruel realidad [ríe]. Tiende a irse a lo negativo o quizá es demasiado realista. Siempre ha estado ahí y es a la que siempre le hago caso. Es muy cruel, siempre me está dañando, tiene algo de mi papá.”

Le pregunto: “*¿Tiene algo de alguien más?*”. Ella responde: “*Se parece a mi mamá y mi abuela también.... ay! Que feo!*”

Le pregunto por la otra Camila, me dice: “*La otra es libre, inteligente, le gusta conocer, es curiosa, creativa, como la niña que negué, como era desde un principio, muy activa.*”

(Cuando dice ‘¡ay, que feo!’ , ha tomado distancia, lo ha visto desde fuera y lo ha encontrado feo, espantándose. Para poder tomar distancia tiene que haber habido una desidentificación, tanto con los objetos primarios como con la parte de sí misma que introyectó sus características. Sin embargo, no hay una descalificación completa de los objetos primarios, ni de sí misma, se está refiriendo a una parte de los objetos primarios y a una parte de sí misma.)

Durante el segundo año de tratamiento, que no será expuesto ni analizado en el presente trabajo, la paciente termina el diplomado, aprueba su trabajo final y se titula.

Como ya se comentó en la introducción, esto la convierte en la primera de su familia en obtener una licenciatura.

CAPÍTULO TRES: ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.

Antes de entrar en el análisis del caso propiamente tal, es necesario hacer algunas observaciones generales importantes para entender el proceso psicoterapéutico. Algunas preguntas pertinentes al caso, ajenas a los contenidos expuestos por la paciente, podrían ser: ¿Cómo ha sido la asistencia de la paciente? ¿Ha respetado el encuadre? ¿Cómo ha sido la relación con la terapeuta? ¿Qué actitudes ha percibido la terapeuta de la paciente hacia ella? A continuación se esclarecerán algunas de éstas interrogantes.

3.1. Observaciones generales.

La paciente muestra gran compromiso con su proceso terapéutico, lo que se manifiesta en que llega a las sesiones con anticipación, paga puntualmente, avisa si no va a asistir, y asiste la gran mayoría de las sesiones.

Desde el comienzo da señales de querer permanecer en terapia. Por ejemplo, al final de la segunda sesión me dice: “vas a llenar un cuaderno conmigo.”

Sólo en el período en el que manifiesta querer irse de todas partes (ver página 30 del presente Reporte) deja de asistir a muchas de las sesiones, alrededor del 40% de las veces. Este período dura aproximadamente 3 meses.

Se observa una dificultad para asistir a la primera sesión al regreso de las vacaciones, que duran un mes, tanto en diciembre como en julio. Este retraso para retomar la terapia puede interpretarse como enojo frente a la separación y miedo a la dependencia, puesto que éste último fue el motivo aducido por la paciente para no haber recurrido antes a terapia.

La paciente parece lidiar bien con lo que va recordando y con los nuevos significados que va adquiriendo lo que relata, aún cuando en muchas ocasiones el proceso de elaboración le resulta doloroso.

A menudo ha estado reflexionando, asociando elementos y relacionando fragmentos de su relato entre una sesión y otra, trayendo nuevas preguntas a sesión. Muchas veces comienza la sesión diciendo: “cuando salí de la sesión pasada me quedé pensando...”

Pasa por períodos en los que refiere estar desesperada porque siente que pese a comprender lo que le pasa, siente que todavía no tiene las herramientas para cambiarlo.

Como veremos mas adelante, tiende a pasar a la acción, a cambiar su entorno y sus situaciones apenas se da cuenta de sus necesidades o al resignificar. Esta tendencia, que no tiene características compulsivas, es de gran beneficio para ella cuando hace modificaciones, puesto que vive los cambios como logros concretos que la estimulan a seguir el trabajo terapéutico y mejoran la representación de sí misma. Sin embargo, como ya se ha mencionado, es también fuente de angustia y ansiedad cuando no sabe qué cambios puede hacer, cuando éstos son inalcanzables o cuando no logra llevar a cabo las transformaciones.

Un ejemplo de cuando sí lleva a cabo acciones concretas es cuando reinterpreta la salida de su hermana del hogar paterno. Ya no lo ve como una traición, sino como una valiente medida de protección de ella misma. En este sentido, la hermana recupera parcialmente su calidad de “modelo a seguir”. Camila planifica inmediatamente su viaje a Guadalajara (p. 21). El nuevo significado que ha adquirido la historia de la salida de la hermana de casa, la llevan inmediatamente a la acción: ir a Guadalajara a comunicárselo a su hermana, a “brindarle todo su apoyo”. A la vez esta acción, aunada a la positiva recepción de la hermana, le da la fortaleza para poder preguntarle qué fue lo que realmente pasó con su padre.

Un ejemplo de cómo se angustia cuando no logra hacer modificaciones que sabe que necesita es en el período en el que ya se ha dado cuenta que su malestar está asociado a su casa, siente que en su casa se deprime. La solución que se le ocurre es irse de su casa, pero se da cuenta a lo largo de un

par de sesiones, que aunque tuviera los recursos económicos para hacerlo – que no los tiene- , no se siente preparada para tomar ese paso, teme deprimirse aún más. En esta etapa se nota cómo le urge resolver el problema, cómo la angustia no hacer una transformación concreta a su favor. Luego, apenas se le ocurre la solución intermedia de hacerse un espacio propio en su casa, toma la decisión de hacerlo y lo hace llegando a su casa luego de la sesión (p. 30-1).

Nunca le pide a la terapeuta que le diga qué es lo que tiene que hacer, ni que le dé un consejo.

Transferencia: Le da pena llorar, trata de evitarlo al máximo. Se identifica con la terapeuta, esto se evidencia en el modo de vestir, que va incorporando detalles similares a los que utiliza la terapeuta, por ejemplo la elección de colores. Es obediente y responsable, “se porta bien”. Nunca manifiesta rabia abiertamente hacia la terapeuta.

Una vez le trae un regalo (una pluma).

Contratransferencia: Nunca me da la impresión de que intenta hacerme responsable de lo que le ocurre o de su mejoría, al contrario, siento desde el comienzo que ella se hace cargo de su situación. Todo el tiempo siento que intenta no establecer un lazo demasiado estrecho conmigo, sin embargo, siento que busca mi aprobación siendo bien portada.

3.2. Análisis de la depresión

¿Por donde comenzar a mirar más profundamente el caso? ¿Qué es lo más importante de despejar? ¿Cuál ha de ser el hilo conductor de la escucha y el trabajo de la terapeuta?

En este caso, se ha mantenido el foco en el motivo de consulta. La paciente llega por depresión. Quiere quererse mas y comprender porqué se siente deprimida. Teniendo la demanda siempre presente, buscamos indagar sobre la

depresión. A continuación será reconstruidos históricamente, por etapas, tal como son descritos por la propia paciente.

3.2.1. Análisis de los períodos depresivos.

Revisaremos los períodos depresivos en orden cronológico.

La primera depresión que escuchamos se da en la infancia. Recordemos lo que nos dice sobre su infancia:

‘Recuerda haber sido una niña segura, extrovertida, con muchos intereses, que disfrutaba la vida, a la que le fue inmejorablemente bien en la escuela en primero y segundo de primaria. Era tanta su seguridad que dirigió ceremonias escolares sin que le diera nada de miedo ni pena. Su familia le ha dicho que en esa etapa era una niña espontánea y decidida en su relación con los demás.

De pronto, alrededor de los 8 años, evoca haber perdido estas cualidades y haberse convertido en una niña miedosa, introvertida, que “no aprovechó su infancia”.

Piensa que a los siete u ocho años tiene que haber pasado algo, porque ve “como muy radical” su propio cambio a esa edad. “Veo como una laguna”. Sobre cómo se sentía después de los ocho años dice: “me daba pena lo del pastel, soplar las velitas, todo.”

Comienza a tener algo de dificultad para estudiar, bajó un poco las calificaciones y comenzó a ser más introvertida. Empezó a sentirse incómoda en las fiestas infantiles, le daba miedo jugar con los demás niños. Le daba pena subirse a los juegos, sentía que se reían de ella, que era tonto subirse a los juegos, que “tenía que ser una niña grande”.

Prefería estar con sus padres. Dice que no le gustó su infancia. (...) “A esa edad subí de peso y pensaba sobre mí misma : eres una gorda, das asco.”

(...) *“Mis papás me daban pena, vergüenza, lo recuerdo, pero me decía que cómo me iban a dar pena si eran mis papás y ahora creo que era porque como padres no tenían nada. No es algo que me enorgullezca.”*

En primer lugar quisiera aclarar cuales son los síntomas de la depresión infantil, a saber:

- Dificultad para estudiar.
- Bajas calificaciones.
- Miedo a jugar con otros niños.
- Incomodidad en situaciones sociales.
- Pensar que se ríen de ella.
- Sentirse mal en general (cuando dice que no le gustó su infancia, está diciendo que se sintió mal).

En segundo lugar, quisiera remarcar que ya se ve, a tan temprana edad, el rol del Superyó en la depresión. La paciente ya se está juzgando, ya pensaba sobre sí misma que era demasiado gorda y que daba asco. Pensaba que los demás la estaban juzgando, físicamente (nótese que dice **das** asco, ¿a quien? ¡A los demás!), pero también sus actos, su inteligencia, etc. Podemos pensar que **proyecta** sus juicios en el exterior, que la severidad de esos juicios, la expectativa de ser niña grande, no viene del grupo de niños de ocho, nueve o diez años, sino que viene de la propia paciente.

¿Por qué necesitaría la paciente defenderse proyectando los juicios en el exterior?

Porque son demasiado exigentes las demandas, es demasiado severo el juicio. La paciente no sólo se avergüenza de sí misma, sino también de sus padres, que a la vez son su único refugio: prefiere estar con ellos. Esta cantidad de exigencias difíciles de satisfacer resultan abrumadoras para la niña, es demasiado amenazante que permanezcan dentro, por eso necesitan ser expulsadas, puestas en el exterior.

En una primera lectura, tenderíamos a pensar igual que la paciente: que ha ocurrido un hecho específico, no recordado, que ha producido tan dramático cambio en su vida.

Puede ser que así sea, no lo sabemos. Pero puede ser también (quisiera recalcar que esto es una hipótesis) que no haya ocurrido nada más que el proceso de crecimiento de esa edad, en la cual ya se pueden comprender e integrar abstracciones mucho más complejas. Un salto progresista en las funciones cognitivas pueden haber consolidado las identificaciones con valores familiares y haber iniciado un proceso de comparaciones que fueron inhibiendo cada vez más a la paciente.

Por ejemplo, es muy probable (dado que luego concluyó una carrera universitaria) que se haya identificado con el valor de la formación académica. El origen de dicho valor viene de la familia adoptiva de su madre, que es también su familia adoptiva. En tercer año de primaria se consolida dicho valor y la paciente comienza a compararse con sus compañeros. También comienza a comparar a sus padres con los padres de sus compañeros. Entonces se evidencia que su papá, que es guardia, y su mamá, que es secretaria, tienen menos formación académica que los padres de sus compañeros.

Recordemos, para respaldar esta hipótesis, que la paciente estudia en una escuela privada, en donde sus compañeros tenían más recursos económicos que ella.

Sabemos que los compañeros tenían más recursos que ella, y sabemos que esto la afectaba, puesto que cuando relata la historia de la familia materna, menciona que ella se identificó con la madre cuando ésta le dijo que cuando era pequeña le dolía que los compañeros eran más pudientes que ella, y por lo tanto, tenían y hacían cosas que ella no podía tener y/o hacer. (Ver pág. 5)

Pese a no poder tener seguridad sobre este origen de la depresión infantil, hay un par de elementos que apoyan esta hipótesis, uno es teórico y otro es parte de la autobiografía relatada por la paciente. En la teoría Freud (1908-9)

describe, en su trabajo “La novela familiar del neurótico”, cómo los niños pasan por un período de comparación de los padres con otros adultos de mayores recursos. Para hacer esta comparación no necesitan gran interacción con dichos adultos, basta con haberlos vislumbrado una vez.

“Pequeñas experiencias de su vida infantil, que despiertan en él un sentimiento de disconformidad, lo incitan a emprender la crítica de los padres y a aprovechar, en apoyo de esta actitud contra ellos, la ya adquirida noción de que otros padres son, en muchos sentidos, preferibles a los suyos” (p. 1361). “En esta relación el niño aprovechará cualquier coincidencia oportuna que le ofrezcan sus experiencias reales –como los encuentros con el señor feudal o el terrateniente, si vive en el campo, o con algún dignatario o aristócrata en la ciudad-, despertando dichas vivencias casuales la envidia del niño, que luego se expresa en la fantasía de sustituir al padre y a la madre, por otros más encumbrados.” (p. 1362)

El segundo elemento que apoya la hipótesis, es la vergüenza por los padres que dice Camila que sintió por los padres durante su infancia, lo que concuerda completamente con el texto de Freud recién citado. Al no cumplir los padres con el ideal de perfección “ser personas muy educadas”, pasan a ser el polo opuesto a los ojos de la pacientes, pasan a ser negativo del Ideal del Yo: “ser personas muy ignorantes”, lo que avergüenza a Camila.

Incluiremos la etapa rebelde de la paciente dentro de la historia de la depresión, aún sabiendo que rebeldía y depresión no son lo mismo. Es decir, no es que se considere que la rebeldía sea un síntoma de depresión, sino que consideramos que en este caso particular la rebeldía ha generado depresión.

En la literatura dedicada a la descripción de la adolescencia se ha convenido que la rebeldía adolescente sirve para diferenciarse, es una manera más compleja, más elaborada, de decir “no”.

Como ya sabemos, el “no” se utiliza para diferenciarse, para individuarse, desde muy temprana edad. La rebelión adolescente es decir “no” con la nueva complejidad que le permite su ya más desarrollada estructura cognitiva.

Revisemos lo dicho por la paciente sobre esta etapa:

‘A los 12 años entró a la secundaria e inició su período de rebeldía “conmigo misma, no con mis papás”. (...) “Quería mostrarle al mundo que no estaba a gusto, me vestía de negro (...) trataba de verme fría y dura.” En esa época comenzó a escuchar rock, pintaba muchas calaveras. Se mantuvo con calificaciones alrededor de 8 durante los dos años de la secundaria. Se hizo amiga de Luna, una compañera con la cual se llevaba muy bien. Luna era extravertida, se vestía provocativa para llamar la atención, “porque también tenía baja autoestima”.

Observamos que su rebeldía es, en sus propias palabras “conmigo misma, no con mis papás”. Es decir, hay una necesidad de diferenciarse de los objetos primarios, pero el proceso no se lleva a cabo en el exterior. El componente agresivo de la rebeldía es dirigido hacia ella misma. Este mecanismo de defensa, la vuelta hacia la propia persona, protege a Camila de la angustia de vivir un proceso de separación para el cual aún no está preparada. Todavía no tiene los recursos suficientes para diferenciarse de sus padres. Sin embargo, la amistad con Luna refleja una necesidad de encontrar nuevos objetos fuera de la familia. El único acto concreto de rebeldía en esta etapa es tener un novio por un mes, siendo que no tenía permiso. La agresión, que se manifiesta en escuchar rock, en querer verse fría y dura, va hacia adentro y deprime. La paciente nos habla de las manifestaciones de la depresión: no estar a gusto, tener baja autoestima, pintar calaveras y vestirse de negro.

Podemos pensar que esta depresión se suma a la anterior, a la depresión infantil, puesto que Camila no refiere haberse sentido mejor entre una etapa y otra.

La no-resolución de la depresión infantil explicaría porqué al inicio de la adolescencia se encuentra sin recursos para dirigir la rebeldía hacia el exterior con el fin de diferenciarse de sus padres.

A los 14 años entra a la preparatoria y tiene el peor período depresivo. Aquí los síntomas son más que obvios, puesto que al malestar y a las bajas calificaciones se suma la intención e intento de suicidio. Recordemos sus palabras: creo que llegue a estar tan mal.

Esta lectura que hace la paciente concuerda con lo que hemos revisado hasta ahora. Ha habido un proceso en el cual Camila ha estado acumulando la necesidad de diferenciarse sin dar pasos en este sentido. Ha estado volcando la agresión hacia adentro. Y a esto se suma, a los 14 años, el duelo por el cuerpo infantil perdido, recordemos que la menarca había ocurrido a los 12 años, lo que nos hace suponer que a los 14 ya han ocurrido muchos cambios corporales.

A todo esto se suma el duelo por la hermana, en tanto ejemplo a seguir. Con esto la paciente no sólo se queda sin un ideal de perfección con el cual identificarse, sino que se transforma de pronto en depositaria de todas las expectativas familiares.

Podemos suponer que todo esto simplemente supera a Camila, no puede defenderse, ni mucho menos elaborar, todo lo que le está ocurriendo. La muerte aparece como la única solución.

En la prepa baja aún más las notas, ya alrededor del 6, no entra a clases ni hace mayor esfuerzo. Dice: “no llegué a reprobado asignaturas, pero hubiese reprobado varias asignaturas un año si no fuera por una huelga que hubo.”

Este hecho denota que la depresión continúa, que la “mejoría” que ella relata que mantuvo por un par de años gracias al retiro espiritual, es relativa, o mejor dicho, muy superficial. Podemos pensar que el retiro eclesiástico le ofreció nuevos Ideales de perfección, alcanzables. La religión le puso reglas claras, expectativas que puede cumplir. Al encarnar éstos ideales de perfección, se siente aliviada. Suponemos que en la Iglesia la paciente pudo encontrar nuevos modelos a seguir, ya sean divinos o terrenales, reemplazando a la hermana

perdida. Incluso pueden haber fungido como objetos exogámicos que le permitieron a la paciente una separación parcial de los padres.

El período en el cual pareciera ser que Camila estuvo mejor fue el período universitario.

Volvamos al caso:

Al entrar a la universidad vuelve a tener buenas calificaciones. Pone más atención, le interesa lo que estudia. Se interesa por el arte y se abre a diferentes temas y estilos, por ejemplo en lo musical “está abierta a todo”. Siente que se abre su panorama, se aleja de la religión.

En la universidad hay un franco progreso. Podemos pensar que esto tiene que ver con que asiste a una universidad Pública, gratuita, y laica, donde predominan los estudiantes de clase socio-económica media-baja o baja. Se encuentra con nuevos intereses, con nuevos modelos, con nuevos Ideales de perfección, ya no necesita tanto los ofrecidos por la religión. En este período puede satisfacer con mayor facilidad sus propias exigencias, logra ser su propio Ideal de perfección, recuperando el amor de su Superyó, y reestableciendo así parte de su amor narcisístico.

Un factor muy importante en este período es el hallazgo de un objeto exogámico, Camila refiere que la relación con su novio es muy importante para ella, lo cual nos permite verlo como una evidencia de que ha habido una separación parcial de los padres.

Finalmente, revisemos la depresión por la cual viene a terapia, la que se produce a los 22 años, en la adolescencia tardía y posterior a un período de bienestar y estabilidad de cinco años de duración. Podemos pensar que es justamente el período previo de bienestar el que le ha dado la motivación para, a sus ojos, asumir el riesgo de depender de un terapeuta o de un proceso terapéutico.

Este período depresivo está claramente detonada por la inactividad. Nuevamente, si no es el Yo ideal (mujer trabajadora) es el negativo del del yo ideal (floja que no sirve para nada por ejemplo). La pérdida tiene lugar en la propia representación de su Yo, en tanto la paciente ya no se ve a sí misma como una mujer activa y productiva. (Revisar al autor H. Bleichmar en el apartado sobre depresión del marco teórico del presente trabajo. Sin embargo, pensamos la inactividad como desencadenante y no como explicación exhaustiva de la depresión. A los 22 años Camila se enfrenta a nuevos desafíos, que requieren que se haya completado ya el proceso de diferenciación de los padres. Las deficiencias es este proceso se hacen presentes, como asimismo muchas de las situaciones no elaboradas del pasado. Es en este contexto que la inactividad cobra su fuerza inhibidora.

3.2.2. Mejoría del estado depresivo

3.2.2.1. Manifestaciones físicas:

A lo largo de la terapia las señales de superación de la sintomatología depresiva son visibles: disminuye la inhibición motriz (sobre todo de la expresión facial), la vestimenta que utiliza es cada vez más clara y vivaz, su manera de hablar es progresivamente más segura y fluida.

3.2.2.2. Manifestaciones psíquicas:

Otro indicador de mejoría en el estado de ánimo es la aparición de un sentido del humor irónico, comienza a reírse de sí misma. Por ejemplo un día relata que tiene una amiga que está mal, que le pide consejos y expresa sentir gusto al poder ayudarla; luego se ríe y dice con ironía (refiriéndose a la amiga): “a qué buen árbol se arrima”. El sentido del humor refleja no sólo cierta velocidad del pensamiento, sino también una capacidad de tomar distancia de sí misma, de su problemática. Por último el sentido del humor es una expresión del pensamiento flexible, creativo, como asimismo de la capacidad de goce.

Paralelamente a la desidealización de los padres, disminuye la culpa, lo que le permite resistir el proceso de independización, a pesar de los intentos de éstos por mantener el statu quo.

En conclusión, vemos que la depresión ha estado íntimamente ligada a las exigencias de la propia paciente, de su Ideal del Yo y su Yo Ideal, a lo largo de toda su vida. Y a su vez, descubrimos que los ideales de perfección son, en gran medida, ideales familiares con los cuales la paciente se ha identificado. Es por esto que en el presente análisis se le ha dado preferencia a los dos tópicos: depresión e historia transgeneracional.

3.3. Observaciones sobre la estructura de personalidad de la paciente.

3.3.1. Superyó.

Destaca especialmente un Superyó punitivo, y un Ideal del Yo, constituido en parte por valores familiares que la paciente ha introyectado y con los cuales se ha identificado, a los cuales se agregan las altas expectativas (tanto de los padres como de la familia materna adoptiva) y los ideales culturales internalizados. A éstas demandas se agregan valores religiosos y sociales. De modo que las exigencias del Superyó son enormes desde temprana edad. Podemos pensar que en esta gran exigencia ha influido su doble origen social. La paciente tiene que estar a la altura del salto económico, cultural y social que ha dado su familia; pero a la vez tiene que encarnar los valores propios de la clase trabajadora.

Más adelante revisaremos los contenidos intergeneracionales del Ideal del Yo.

3.3.2. Yo.

La paciente muestra gran capacidad de insight y clara capacidad para ligar eventos aparentemente no conectados, como por ejemplo los celos con Katarina y los celos con las mujeres de la farándula. Refleja, asimismo, contar con recursos yoicos que la llevan a modificar su entorno de manera eficaz cuando ve peligrar su equilibrio.

Pongamos tres ejemplos:

1.- Cuando su hermana Lily se va de casa, se produce una crisis familiar. La abuela llora por las noches y de día se lamenta, el padre se alcoholiza, la madre se siente culpable.

Rodeada de familiares en crisis, y estando ella misma en plena recuperación de su intento de suicidio, Camila reúne a la familia y les pide que porfavor recuerden que aún queda ella en casa, revirtiendo así su invisibilidad, logrando estabilizar su situación familiar.

2.- El ya citado episodio de la creación de un cuarto nuevo en su casa, como manera de independizarse sin independizarse. Más adelante se volverá sobre este tema.

3.- También durante el proceso terapéutico, pasa un par de meses en los cuales soporta mucha presión por parte de sus padres para ser reinstalada en la dependencia. Durante estos meses la reacción de la paciente es permanecer la menor cantidad de tiempo posible en casa. Vemos que en este período es capaz de contener la culpabilidad que siente y seguir adelante sin mayores conflictos con sus padres.

Revisemos ahora el uso que hace la paciente de los mecanismos de defensa:

Escisión:

Se expresa en la bivalencia del padre.

El padre aparece frente a la paciente como dos objetos diferentes: el padre-amigo y el padre-sexualizado (o padre-voyeur). La ambivalencia hacia ambos padres es lo que hace tan difícil la separación.

Cuando la paciente comienza la terapia, menciona que el padre es “el único con el que puedo hablar en la casa”, es su interlocutor válido en la familia, es quien comparte sus intereses, y es quien la protege de las tendencias depresivas de la madre y la abuela.

Pero este padre-amigo es también el que le prohíbe mostrar tristeza, el que le exige entereza y luego el que se quiere sumar a todas sus actividades para retenerla en la dependencia.

Por otra parte el padre-sexual-voyeur le produce rechazo, se siente humillada como mujer, la asquea y la atemoriza. Pero también este es el padre al que le coquetea, al que le muestra su foto desnuda, el que la hiere cuando muestra indiferencia hacia su gordura.

(En la discusión se revisará la reelaboración del complejo de Edipo, donde aparece muy claro este lado atrayente del padre-voyeur).

Este mecanismo de defensa permite a la paciente conservar el lado positivo del padre-amigo, y también el lado positivo del padre-voyeur.

Desmentido.

El uso más evidente de la desmentida es cuando la advertencia de la hermana al dejar su casa: “cuídate de mi papá” . Entiende lo que la hermana le está diciendo, su carácter de advertencia, y ve que lo dice llorando. Sin embargo, no le cree, su Yo se escinde desmintiendo la evidencia (aún así pero...). De este modo la paciente evita el riesgo enorme que significa para su psiquismo la desidealización del padre.

Creerle a la hermana le habría significado un costo mucho mayor en términos económicos.

Desplazamiento

Hay un desplazamiento de los celos desde las mujeres del espectáculo (que su padre admira) en general a Katarina en particular. Sentir celos conscientemente hacia las mujeres del espectáculo le significaría a Camila estar consciente de su Complejo de Edipo, lo que le resultaría muy amenazante al Yo.

Proyección

Hemos deducido del relato que hace Camila de su infancia tardía, que ella en esa etapa proyectaba sus propios juicios en el exterior, de modo que creía que los demás niños la miraban para juzgarla y que se reían de ella. Vivir esta adversidad como externa le permite poder protegerse en el exterior, refugiándose en sus padres, con los cuales se siente a salvo. En cambio, la vivencia interna de la adversidad la enfrentaría a la falta de protección interna; quedaría desvalida.

Vuelta hacia la propia persona.

Este mecanismo se evidencia en la etapa de rebeldía, cuando la paciente dice que la rebeldía era consigo misma y no contra los padres. La agresión hacia un objeto externo es dirigido hacia la propia persona con el fin de evitar las consecuencias que tendría para la paciente dirigir la agresión hacia el exterior. Nuevamente, como siempre, vemos cómo el mecanismo de defensa está al servicio del conflicto y la economía del aparato psíquico.

Misticismo

Este es un mecanismo de defensa muy característico de la adolescencia. Es justamente en esta etapa de la vida de la paciente, a los 14 años, en el período del retiro eclesial, cuando vemos que el refugio en la religión la protege del eminente desequilibrio psíquico, frente al peligro de descompensación, la paciente se refugia en la religión.

3.3.3. Ello.

Se manifiesta a través de la severidad, del carácter punitivo del Superyó. (Para una mayor comprensión de la actuación del Ello a través de Superyó, ver “El problema económico del masoquismo”, 1924, de S. Freud)

3.4. Análisis de dos valores transgeneracionales que han contribuido a la conformación del Ideal del Yo de la paciente.

Revisaremos a continuación dos de los valores internalizados por la paciente, compartidos tanto por la familia paterna como por la familia materna. Ambos valores están arraigados en la vida de los abuelos de la paciente y han conservado su importancia a través de dos generaciones. Han sido escogidos estos valores (entre muchos que se vislumbran en el caso) por su importancia clínica durante el proceso psicoterapéutico, dado que el primero determina la llegada de la paciente a la consulta y el segundo determina la vivencia subjetiva del proceso.

3.4.1. El valor del trabajo.

El valor de una persona se mide por lo que hace, por su actividad, por lo que produce, por lo útil que se sea. Tanto el padre como la madre, son personas muy trabajadoras, que no paran de hacer cosas, incluso en su tiempo libre, que tienen mucha dificultad para descansar o dejarse consentir. Es claro que Camila se ha identificado con este valor, no sólo porque percibe que se deprime cuando está inactiva, y porque acude a la terapia luego de haber terminado su carrera universitaria, sino también porque la primera cualidad de su papá que menciona al hablar de él es esa: que es una persona activa, que “siempre está haciendo algo”. También podemos pensar que la madre de Camila ha introyectado este valor, puesto que le relata a Camila que se deprimió cuando se jubiló, que para ella el trabajo fue muy importante.

Remontándonos a la generación siguiente, observamos que el trabajo duro fue un valor de supervivencia tanto en su familia materna como paterna. Ambas abuelas fueron tremendamente trabajadoras, gracias a lo cual pudieron sobrevivir a las circunstancias más adversas de soledad y pobreza.

Recordemos que para la abuela paterna el trabajo fue la única forma de sacar adelante a una familia muy numerosa. Gracias al trabajo pudo sacar adelante a sus hijos, gracias a su situación laboral pudo separarse de su primer marido alcohólico sin quedar totalmente desprotegida económicamente.

Asimismo, para la abuela materna el trabajo fue lo que permitió sacar adelante a su hija sin el apoyo de su familia. Para Chuy el trabajo fue la forma de sobrevivir, pero también fue el camino gracias al cual creó nuevos lazos familiares. Gracias al trabajo su descendencia pudo ascender social, económica, cultural, y académicamente. En la familia de Camila, el trabajo fue también el modo de ganar un afecto vital.

El nivel de compenetración de ambas familias fue tal, que Marilú se hizo cargo de la educación de Juliana y luego Juliana bautizó a su primera hija con el nombre de su hermana adoptiva.

El hecho de que la madre de Camila heredara el departamento de la hermana de Marilú demuestra que con los años el lazo laboral se transformó en lazo familiar.

3.4.2. El valor de tener padres presentes.

Un padre que esté presente y responda afectivamente y económicamente por su familia no sólo es suficiente, sino que es algo muy bueno. En esta familia no se da por hecho la presencia afectiva de la madre. Recordemos que la madre de Chuy la rechazó cuando ésta se embarazó y que es un abandono todavía no superado por Chuy.

Por otra parte Chuy, si bien estuvo presente, no asumió un compromiso afectivo con Juliana, Camila nos dice que “la que la crió fue Marilú”. Sin embargo, Marilú no era su madre, y luego tuvo a sus hijas biológicas, de modo que podemos deducir que tampoco tenía un compromiso emocional total con Juliana.

Por el lado paterno, José tenía una madre que raramente veía, por las largas jornadas de trabajo que ésta cumplía.

Por su parte los padres estaban casi completamente ausentes. Para Juliana, la única imagen paterna fue Octavio, una figura lejana. Y para José, la imagen

paterna fue impredecible (no se sabía cuando estaba en casa y cuando no) y violenta.

Por lo tanto, para esta pareja, contar con padres presentes, predecibles, y emocionalmente disponibles para los hijos, es un lujo altamente valorado.

Se debe honrar a los padres, estarles agradecidos, y no criticarlos. En especial no se puede cuestionar a la madre.

Este valor es expresado por José cuando habla de su madre y dice: “no puedo juzgar a mi madre”. También Juliana ha encarnado este valor, puesto que no se separa nunca de la madre, aún recién casada vive con ella, y ahora que tiene Alzheimer permanece con ella pese a lo difícil que es la convivencia.

Camila manifiesta la identificación con este valor cuando relata que de niña sentía vergüenza por sus padres, pero se decía a sí misma: cómo voy a tener pena *si son mis padres*. También en la primera sesión, cuando dice “mis padres me lo han dado todo”.

Podemos comprender, a partir de estos valores, que la paciente haya vivido con culpa el proceso de evaluar a los padres críticamente, que nunca antes se haya permitido sentir coraje hacia ellos, y que se haya demorado tanto en desidealizarlos.

Cabe mencionar que se observa que la paciente se ha identificado en diferente medida con los diferentes valores familiares. Hay algunos que han bajado su intensidad a través de las generaciones, como la imposibilidad de criticar a los padres por ejemplo.

Y hay otros valores con los cuales la paciente no parece haberse identificado en absoluto, como el valor de tener hijos por ejemplo. Podemos pensarlo como un valor familiar importante, dada la gran cantidad de hijos que tuvo la abuela paterna, y lo importante que era para ambos padres tener hijos. Para la madre esto era tan importante que parece haber constituido el principal motivo para

casarse con José. En cambio para Camila, tener hijos no es una aspiración, al contrario, la escuchamos como una exigencia externa (de sus padres, de su novio, de su suegra y hasta de las amistades), no interna.

En el último párrafo lo que se ha querido mostrar es que la identificación con los valores familiares no es un fenómeno sine qua non, ni sigue un modelo predecible, puede haber identificación, pero puede también no haber, o puede haber una identificación parcial sólo con ciertos valores.

3.5. Análisis de dos situaciones específicas.

3.5.1. No poder soportar a dos figuras significativas.

Chuy:

Hay un aspecto en el no poder soportar a Chuy que se relaciona con su enfermedad. Es compartir la cotidianeidad e incluso las labores domésticas con una persona que olvida todo, que está mentalmente deteriorada. Además cuando la paciente llegó a consultar, trabajaba sus proyectos de diseño en casa y compartía cuarto con su abuela, así es que la convivencia era diurna y nocturna, 24 horas al día.

Hay un segundo aspecto que guarda relación con identificarse con Chuy. Camila se da cuenta que su madre se parece mucho a su abuela, y a veces ve en sí misma rasgos de la madre y la abuela, y esto le desespera. Así, ve en Chuy su propio futuro, y éste le resulta desolador, imposible de enfrentar. Llega a decir “si voy a terminar como Chuy, entonces no vale la pena vivir”.

Podemos comprender, desde esta perspectiva, que la sola existencia de Chuy le resulte intolerable, porque todavía no ha encontrado el modo de poner distancia concreta entre su abuela y ella.

Katarina:

En la problemática de Katarina podemos observar que hay tanto celos como envidia, es decir, tanto una situación de a dos como una de tres. Compite de

mujer a mujer con Katarina (por lo tanto estamos hablando de una situación dual, de envidia) y “pierde” en esta competencia. La paciente aparece, por comparación, como el Negativo del Yo Ideal. Se manifiesta claramente como están influidos culturalmente estos valores por el modelo de construcción del Yo Ideal. En México se valora lo blanco, lo güero, como algo superior a los rasgos mestizos o indígenas. Poner los rasgos físicos de Katarina como Yo Ideal convierte los rasgos mestizos de Camila en negativos de ese ideal. La paciente sale derrotada y dolorida de la comparación física con Katarina. Hay además una comparación de la personalidad de ambas, y de esa competencia también sale emocionalmente golpeada.

La paciente dice “me le gustaría ser extrovertida como Katarina”. Pese a que nunca la ha visto en persona, la paciente sabe mucho sobre Katarina por los admirados relatos de su novio y su suegra. Sabe que es espontánea y atrevida, no le atemorizan el público ni las cámaras, es segura y tiene una buena autoestima. Recordemos que durante la depresión infantil Camila fantaseaba con ser una persona famosa, reconocida, cantante o bailarina. Katarina se acerca a estos ideales, al pertenecer al mundo de la farándula, al participar en un famoso musical.

La cualidad corrosiva tanto de la envidia como de los celos, y sus efectos devastadores para la autoestima, se confirman en palabras de la paciente al referirse a la problemática: “este es un tema muy destructivo para mí”.

En cuanto a los celos, como situación triangular, vemos que están triplemente presentes en el caso de Katarina. Por una parte están los celos aparentes, o evidentes, que son los celos que siente por Katarina al competir por el amor y la admiración de Sebastián. Luego estos celos aparecen como un desplazamiento de los celos que ella sentía y siente por las mujeres de la farándula que el padre admira. Los celos por las mujeres de la farándula son los celos que le provocan las mujeres que logran el interés y la atracción eróticas del padre. Por último también le da celos Katarina porque consigue la aprobación inmediata de la suegra, cosa que la paciente no logra sino después de mucho tiempo de noviazgo con Sebastián.

El hecho de que Camila se diera cuenta de que los celos por Katarina no eran sino un reflejo de los celos por las mujeres de la farándula y que éste hallazgo disminuyera significativamente la angustia e incluso eliminara el tema de su relación de pareja, muestra que la principal fuente de angustia eran los celos y no la envidia.

3.5.2. La creación de un cuarto propio en su casa.

Ya se ha mencionado este tema como ilustrativo de la capacidad de la paciente de pasar a la acción con el fin de mejorar su entorno vital. Ahora quisiera volver sobre el mismo hecho desde otra perspectiva diferente, desde el valor casi poético que tiene este episodio en opinión de la terapeuta.

El proceso de buscar un espacio propio en casa, aunque fuera minúsculo, aunque tuviera que cargar sola los muebles, aunque nadie la creyera capaz, es una metáfora del pequeño espacio propio que va creando en su psiquismo, de la nueva identidad adolescente que va naciendo. El orden que con tanto esmero hace en la habitación, para que todo lo importante quepa, para que esté limpio, para que cada cosa tenga su lugar, representa simbólicamente el orden interno que ella está haciendo. En ese cuarto, aunque sea mínimo, está ordenando como quiere, botando lo que no le sirve, rescatando lo que le sirve, descubriendo qué es lo que le gusta, qué es lo que quiere.

La paciente relata este trabajo con tal gusto, con tal satisfacción, que es imposible no pensar en su proceso interno.

El cuarto funge como espacio transicional, tal como lo describe Winnicott, como un espacio donde la paciente se permite ser yo y no-yo a la vez, como un fenómeno intermedio entre la dependencia y la independencia. Como un lugar de creación.

CAPÍTULO CUATRO: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

A lo largo de la presentación del caso y del análisis se han mencionado ya las relaciones entre la teoría y el material que se ha registrado del proceso clínico, en este capítulo las revisaremos en términos de coincidencias o divergencias.

4.1. Coincidencias entre teoría y material clínico.

-En primer lugar, se confirma que se manifiestan determinados procesos propios de la adolescencia en el presente caso, a saber: duelo, desidealización de los padres, reelaboración del proceso de Edipo y desidentificación con el proyecto vital de los padres.

-En segundo lugar se confirman las observaciones de S.Freud, (1912-3); R. Kaës (1996), y H. Fairmberg (1996) en cuanto a la transmisión psíquica entre generaciones.

Esto se confirma a nivel de estructura de personalidad de la paciente, tanto en el Yo como en el Superyó. En el Yo se manifiesta a modo de una autoimagen desvalorizada, tal como lo expresa Bleichmar (1978):

“El hijo de padres melancólicos cuya imagen de sí mismos es la de no valer nada, ve favorecida la construcción de un Yo representación desvalorizado, por identificación con el Yo representación de quienes se ven a sí mismos desprovistos de todo valor.” (pág. 53). En el caso de Camila, quienes han cumplido el rol de padres en la crianza han sido la madre y la abuela, ambas percibidas por Camila como personas depresivas.

En el Superyó se manifiesta a través de las características de la paciente, ya descritas en la página 72 del presente trabajo.

También en los contenidos valóricos de la paciente hay claramente un factor de transmisión intergeneracional.

-En tercer lugar todo indica que en la infancia de la paciente se ha producido el proceso de comparación entre los padres reales y otros padres “más encubiertos”, tal y como ha sido descrito por Freud en “ La novela familiar del neurótico” (1908).

-En cuarto lugar, la comprensión psicoanalítica de la depresión queda ampliamente confirmada en este caso. Se aprecia claramente el conflicto entre Yo y Superyó en el relato de Camila, al igual que el modo en el cual la agresión fue volcada hacia el Yo en la adolescencia.

4.2. Divergencias entre teoría y material clínico.

El principal desacuerdo con el material teórico expuesto en el marco teórico guarda relación con las etapas descritas por Peter Blos (1962).

A este respecto hay tres discrepancias:

-En primer lugar, según la clasificación de Blos, la paciente sería una posadolescente, puesto que llega a consulta a los 22 años, por lo tanto hace las elaboraciones expuestas entre los 22 y los 23 años. Según el autor, en la posadolescencia ya se están haciendo procesos de consolidación importantes. Sin embargo, no es esto lo que se observa en el material clínico de la paciente. Considerando que este caso no constituye una excepción entre los pacientes que se atienden actualmente en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el sentido de que se registran muchos casos de jóvenes de entre 20 y 25 años en donde se observan procesos característicos de la adolescencia, consideramos que esta discrepancia amerita ser examinada con mayor detención.

Actualmente los jóvenes permanecen en situación de total dependencia económica hasta alrededor de los 25 años. Esto se debe a que los estudios se han prolongado cada vez más, volviéndose indispensables en una sociedad cada vez más competitiva, cada vez más especializada, cada vez más sofisticada en su desarrollo.

Por lo tanto, si un joven quiere asegurarse su supervivencia del mejor modo posible, estudia la mayor cantidad de años posibles. Durante este tiempo no tiene otra opción que permanecer en casa de sus padres, dependiendo económicamente de ellos en un 100% hasta finalizar sus estudios. Esta situación ha llevado a la prolongación de la adolescencia, puesto que la situación de dependencia económica a menudo conlleva la dependencia emocional y la falta de autonomía práctica típica en los adolescentes.

Por otra parte tenemos que la adolescencia se ha adelantado también en muchos aspectos, gracias al acceso masivo a Internet y a los medios de comunicación, que permiten interacciones sin límites de edad. La preocupación temprana por el aspecto físico, por el cuerpo, por la sexualidad, sin duda es alentado y fomentado en nuestra sociedad de consumo.

Por lo tanto en la posmodernidad tenemos adolescentes menores y también mayores de los descritos en la literatura del siglo pasado y antepasado. El adolescente contemporáneo inicia antes la adolescencia y la concluye después de lo que lo hicieron sus abuelos. Las implicancias psíquicas de este hecho quedan aún por explorar.

-Otro desencuentro entre el planteamiento de Blos y los hallazgos prácticos conciernen al modo como concibe las etapas de la adolescencia. Recordemos que este autor define dichas etapas como “evolutivas y consecutivas”, es decir, tiene un concepto desarrollista de la evolución psíquica, en donde todos los fenómenos psíquicos que lo caracterizan anteceden necesariamente a los fenómenos que caracterizan la etapa siguiente.

Sin embargo, en la práctica, vemos repetidamente que los hechos no se suceden de esa manera. Los procesos de la adolescencia se presentan a menudo de una forma mucho más caótica que la descrita, tanto en el tiempo como en el modo en el que evolucionan.

Muchos procesos se dan “por oleadas”, es decir, hay sucesivos avances y retrocesos.

Algunas veces se dan los procesos sólo parcialmente y se retoman mucho tiempo después. Es decir, más que una secuencia predeterminada, lo que se observa son un conjunto de procesos interrelacionados que aparecen como sucesivas reinterpretaciones tendientes al logros de ciertas adquisiciones.

Pongamos tres ejemplos sacados del caso que nos ocupa:

-La rebeldía, descrita por P. Blos como característica de la adolescencia propiamente dicha (aproximadamente entre los 16 y los 18 años), se da, en el caso de Camila, a los 12 años.

-La paciente ha tenido importantes logros académicos, incluso se titula, mucho antes de haber logrado una total independencia emocional de sus padres.

-La creación del cuarto propio ejemplifica un estadio intermedio en el camino de la independencia, que le permite a la paciente alcanzar logros propios de la adultez aún estando todavía en casa de sus padres.

Referencias bibliográficas.

- Aberastury, A. y Knobel, M., 1988, La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico, Editorial Paidós Mexicana.
- American Psychiatric Association., 1994, Manual diagnóstico de los trastornos mentales, Prentice-Hall Hispanoamericana S.A., México.
- Bibring, E., 1953, The mechanism of depresión. En P. Greenacre ed., Affective Disorders, International Universities Press Nueva York.
- Bleichmar, H., 1978, La depresión: un estudio psicoanalítico, Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Blos, P., 1962, Psicoanálisis de la adolescencia, Ediciones Joaquín Mortiz, México, 1975.
- Carvajal, G., 1993, Adolecer: La aventura de una metamorfosis, Editorial Tiresias, Santafé de Bogotá, D.C.
- Ferenczi, S., 1933, Confusion of tongues between adults and children: the language of tenderness and of passion, International Journal of Psycho-Analysis 30: Whole N°4, 1949.
- Freud, S., 1895, Ed. 1996, Proyecto de una Psicología para neurólogos, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Freud, S., 1905, Ed. 1996, Tres ensayos para una teoría sexual, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Freud, S., 1908, Ed. 1996, La novela familiar del neurótico, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Freud, S., 1913, Ed. 1996, Tótem y Tabú, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Freud, S., 1914, Ed. 1996, Introducción al Narcisismo, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.

- Freud, S., 1917, Ed. 1996, Duelo y Melancolía, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Freud, S., 1924, Ed. 1996, El problema económico del masoquismo, en Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, España.
- Jacobson, E., 2007, Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas. Amorrortu, Buenos Aires.
- Käes, R., Faimberg, H., Enriquez M., Baranes, J.-J. , 2006, Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones. Amorrortu, Buenos Aires.
- Klein, A., 2002, Imágenes Psicoanalíticas y sociales del adolescente. Condiciones de surgimiento de la adolescencia en la modernidad y el disciplinamiento adolescentizante en la posmodernidad. Editorial Psicolibros. Uruguay.
- Lacan, J. , 1949, EL estadio del espejo como formación del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, pág. 16 en Escritos I, Siglo XXI México, 1972 en M. Casas de Pereda 2004, En torno al “rol del espejo”. Winnicott, Lacan, dos perspectivas. (Revista Carta psicoanalítica del 5 de octubre de 2004 en www.cartapsi.org/revista/no5/casas.htm revisado el 10 de mayo a las 18:10 hrs).
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. , 1967, Diccionario de psicoanálisis, Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Laplanche, J. , 1980, La sexualidad. Ed. Nueva visión. Argentina.
- Marty, F., 2003, L'Adolescence dans l'histoire de la psychanalyse, In Press Editions.
- Winnicott, D., 1996, Realidad y Juego, Granica, Buenos Aires.
- Yalom, I., 1996, Guía breve de psicoterapia de grupo, Ediciones Paidós Ibérica S.A.