

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“SIN CUENTA, Y UNA, FRASE DOMINGUERAS PSICOANALÍTICAS EN SUPERVISIÓN DE CASOS”

Autor: Gómez Gómez Edgar Everardo

Ensayo presentado para obtener el título de:

Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia

Nombre del asesor:

Tinajero Trejo María José

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported](#).



MAESTRIA EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

**“Sin cuenta, y una, frases domingueras psicoanalíticas en
Supervisión de Casos”**

Tributum in vita:

MPPIA. María José Tinajero Trejo

A 7 años ininterrumpidos siendo mi Mentora y Supervisora de Casos.

ENSAYO QUE PRESENTA:

L. F. EDGAR EVERARDO GÓMEZ GÓMEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y
LA ADOLESCENCIA**

Clave: 16PSU0023Y Acuerdo: MAES100512

Morelia, Michoacán, México. Noviembre 2025

DEDICATORIA

TRIBUTO EN VIDA A:

MARÍA JOSÉ TINAJERO TREJO

Siete años se dicen fácil y se cree que pasan rápido, sin embargo, han estado llenos de vivencias como: retos, frustraciones, sentimientos encontrados, enojos, regaños, momentos tristes, otros alegres y podría describir cualquier cantidad de circunstancias que, por su apoyo, paciencia, constancia y sobre todo su conocimiento, me han llevado al día de hoy a Ser Quien Soy.

Por todo ello y más, el presente Ensayo, sin duda, está bien dedicado a la Mejor Supervisora que puede haber encontrado en este camino de Trabajo Ético y Profesional.

Mujer

Justa

Tolerante

Transparente

Palabras que en suma describen con Admiración Cariño y Respeto

a Mi Supervisora de Casos.

¡MUCHISIMAS GRACIAS!

AGRADECIMIENTOS

MARÍA EUGENIA VILLA HURTADO

Madre Esperanza Valor Humildad

Son sin lugar a ninguna duda, las palabras que describen a una Excelente Persona, quién, con Amor, Paciencia y mucha, muchísima Tolerancia ha elegido ser la mejor Mamá que el Buen Dios ha podido regalarme en esta vida.

No existen palabras en ningún idioma del mundo que pudieran expresarte lo eternamente agradecido que te estoy por haberme elegido como Hijo, sin embargo, lo resumo simplemente en un: ¡Infinito Gracias!

LEZLY GONZALÉZ MURILLO

Lealtad Gratitud Motivación

Son palabras que describen nuestra Gran Amistad, estos siete años acompañándome en la Supervisión de Casos como Colega han sido toda una gran aventura, el compartir ha estado repleto de aprendizajes y un sinfín de conocimiento.

¡Gracias Compi!

Porque también has sido cómplice y un elemento muy importante en este homenaje.

ROSA MARÍA MACÍAS LUNA

Recuperación Memorable Madurez Lucha

Son palabras que dan sentido al acompañamiento que ha tenido a bien brindarme, primero como mi Maestra en la Asignatura de Supervisión de Casos durante los estudios de la Maestría y, en un segundo momento a tres años de estar conmigo siendo mi Analista,

Doctora ¡Muchas Gracias!

Usted ha estado muy presente en momentos muy difíciles y complicados de mi vida, siempre a la escucha, con intervenciones muy puntuales, pero sobre todo con mucha comprensión, lo cual, ha sido y es, muy significativo para mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. CUERPO DEL ENSAYO: SIN CUENTA, Y UNA, FRASES DOMINGUERAS PSICOANALITICAS EN SUPERVISIÓN DE CASOS.....	6
1. “Si el otro no tiene miedo a perderlo, no se va a quedar”	6
2. “Los papás tienen que hacer el espacio psíquico/físico de los hijos: ¡Tienen que construir el nido!”	8
3. “¿Cómo impacta el elegir mal a los papás o mamás a los hijos que se tuvieron o tendrán con ellos?”	12
4. “Sentir todas las emociones me hace un hombre libre”	18
5. “Inventar un mundo que no me enseñaron a vivir”	21
6. “Todo lo que diga que no quiere que pase, es lo que está haciendo	26
para conseguirlo”	26
7. “Un hijo con hambre de reconocimiento u aprobación de su madre, es capaz de lo que sea, en contra de sí mismo”	31
8. “No alimentó desde el hambre del niño, sino desde la cantidad de leche que tenía”	36
9. “Cuando a los niños no se les da, arrebatan”	43
10. “No me atrevo a rebasar a mi mamá, porque me come”	49
II. FRASES DE OTROS AUTORES.....	54
1. “¿Cuál es tu participación en tu padecimiento?”	54
2. “Hacer lo mejor que podemos con las canicas que nos tocaron”	60

3. “Has decidido vivir auténticamente”	65
4. “Los que fracasan cuando triunfan”	68
5. “Soy lo que siempre me han pedido ser”	73
III. FRASES QUE SURGIERON DURANTE ESTE TIEMPO DE SUPERVISIÓN DE CASOS, QUE DEJO A DISPOSICIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN O PROFUNDIZACIÓN	77
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS	83

RESUMEN

El presente ensayo analiza la supervisión de casos en psicoterapia clínica desde una perspectiva reflexiva y psicoanalítica, a partir de la experiencia acumulada durante varios años de práctica supervisada con la Mtra. en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia María José Tinajero Trejo. Se parte de la premisa de que el quehacer clínico, al estar centrado en el trato de un ser humano al servicio de otros seres humanos, está inevitablemente expuesto a omisiones, sesgos y “puntos ciegos”, por lo que la supervisión sistemática se vuelve un dispositivo ético y técnico indispensable.

El eje articulador del estudio es la construcción y uso de las llamadas “frases psicoanalíticas domingueras”: expresiones coloquiales, surgidas espontáneamente en el espacio de supervisión, que condensan saberes complejos del psicoanálisis en formulaciones sencillas, memorables y clínicamente operativas.

Metodológicamente, este trabajo se desarrolla como un estudio cualitativo de corte clínico-narrativo, que organiza y analiza diversas viñetas de casos supervisados, identificando cómo dichas frases emergen, se resignifican y orientan las intervenciones del terapeuta en términos de timing, manejo del encuadre, profundización de la empatía y ampliación de la comprensión del “otro” que solicita ayuda.

Los resultados muestran que la supervisión, sostenida en el tiempo y soportada en una relación marcada por la ética, la firmeza y la contención, no solo corrige errores y limita riesgos, sino que enriquece el bagaje teórico-clínico del analista, promueve la autorreflexión sobre sus puntos ciegos y fortalece su posicionamiento profesional. La experiencia con estas “frases domingueras” evidencia que el conocimiento psicoanalítico puede aterrizarse en fórmulas claras y cotidianas que orientan el tratamiento, favorecen la comprensión del sufrimiento psíquico y consolidan una práctica clínica más responsable, humana y técnicamente fundamentada.

ABSTRACT

This thesis examines case supervision in clinical psychology from a reflective and psychoanalytic perspective, based on several years of supervised practice with Mtra. María José Tinajero Trejo, specialist in Psychoanalytic Psychotherapy of Childhood and Adolescence. It starts from the premise that clinical work, as a human service provided by one person to another, is inevitably exposed to omissions, biases and “blind spots,” making systematic supervision an ethical and technical necessity.

The central focus of the study is the emergence and use of what the author calls “Sunday psychoanalytic phrases”: colloquial expressions that arise spontaneously in supervision and condense complex psychoanalytic knowledge into simple, memorable and clinically useful formulations. These phrases operate as didactic and clinical tools that translate technical concepts into accessible language, thereby facilitating understanding of psychic conflict, patient anxiety, and the transference and defensive dynamics at play in the therapeutic process.

Methodologically, the thesis adopts a qualitative, clinical–narrative approach, organizing and analyzing case vignettes in which such phrases appear and guide therapeutic interventions in terms of timing, setting management, empathy and deepened understanding of the patient as “other.” The findings suggest that sustained, ethically grounded supervision not only corrects errors and reduces risks, but also enriches the therapist’s theoretical–clinical repertoire, fosters self-reflection on blind spots, and reinforces a more responsible, humane and technically sound clinical practice.

INTRODUCCIÓN

Me propongo presentar a los psicoterapeutas clínicos, un lenguaje sencillo y en ocasiones coloquial, que funja como herramienta adicional al usado técnicamente en la psicoterapia clínica cuales sea el corte teórico, con la finalidad de aportar algo diferente a su trabajo. Cabe mencionar que una de las bases de estudio en psicoanálisis, de acuerdo con Freud, es el chiste, característico en la cultura austriaca, de donde era originario, de aquí que, al aplicarlo en nuestra cultura mexicana en donde los dichos, refranes, paráboles o albures, las frases propuestas son a mi consideración, dignas de ser tomadas en cuenta e integradas en el trabajo psicoterapéutico.

Por lo anterior y como información complementaria y precisando la introducción cito textualmente el esbozo de la supervisión de casos, escrito por Wiener Ana María y Block Denise (2023) colaboradoras del Centro Eleia en la Ciudad de México a saber:

“El análisis personal es una de las garantías más sólidas del buen desempeño como especialistas de la salud. Cuanto más profundos y exitosos sean sus resultados, más seguro se sentirá el analista para el ejercicio de su profesión. Sin embargo, sus efectos no son perfectos ni es un tratamiento eterno. Por este motivo, el ejercicio continuo y periódico de la supervisión, como auxiliar en la práctica clínica, resulta muy enriquecedor y necesario, sin importar el nivel de experiencia que se tenga. La supervisión implica, en cierto sentido, un ejercicio de enseñanza, aprendizaje y reflexión, en el que ambas partes resultan beneficiadas; además, conforma uno de los pilares fundamentales del entrenamiento psicoanalítico para ser lo más efectivo posible como psicoterapeuta o psicoanalista.

Puede llevarse a cabo tanto de manera grupal como individual. El objetivo principal es la transmisión del método psicoanalítico y la estimulación del desarrollo de cualidades en el terapeuta como: la escucha, la empatía, la intuición y la sensibilidad, que son indispensables para comprender mejor lo que le sucede al paciente, así como para desarrollar la forma más adecuada para comunicárselo. Lo ideal es que este intercambio se lleve a cabo en un clima modesto, amable, cálido y de respeto, en el que se privilegie la libre

expresión de ideas y el diálogo, y no en un espacio rígido, superyoico o exigente. Esto permite que el supervisando encuentre su propio estilo y se nutra, a su vez, con las hipótesis, las ideas y las sugerencias del supervisor, quien es cauteloso de no caer en el dogmatismo ni en el adoctrinamiento.

En estos espacios, el supervisando observa y escucha la manera en que el supervisor adapta su conocimiento teórico al material de la sesión. Es un trabajo en el que se une la teoría con la práctica. El aprendizaje ocurre a partir de la identificación del alumno con la función analítica de su mentor que, dicho sea de paso, toma tiempo en desarrollarse. El maestro observa con minuciosidad y comenta a detalle lo que transcurre en la sesión entre el analista y su paciente: el saludo, el rumbo de la asociación libre, las resistencias, las ansiedades, las modalidades defensivas; a su vez, la manera en que el paciente responde a las interpretaciones, el clima emocional que se genera entre ambos y las características del final de la sesión. Todo esto con la intención de que el supervisando desarrolle la sensibilidad para captar e interpretar el significado latente de la situación analítica (fenómenos inconscientes desplegados en la transferencia) e integrarlo con la percepción contratransferencial (entendida como toda reacción emocional que se tiene en el contacto con el paciente).

En este ejercicio de pensamiento, el supervisor le presenta un modelo de pensamiento al alumno. A través de él, le transmite diferentes formas de manejar y hacer frente a los innumerables fenómenos que se presentan en el encuentro con el paciente. El supervisor comparte, siempre con humildad, otra perspectiva, muchas veces distinta y complementaria a la visión del terapeuta.

Como lo mencionamos, el psicoanálisis es una disciplina compleja en la que los ángulos de comprensión son infinitos y varían, según el estilo y la orientación del observador. Empaparse de distintas posturas, es decir, escuchar a distintos supervisores, permite que el analista en formación amplíe su flexibilidad mental para moverse con libertad entre distintos ángulos de comprensión.

La capacitación para el trabajo analítico implica un proceso de transformación personal que resulta sumamente enriquecedor para ambos (supervisor y supervisando). Esta interacción permite, no sólo el incremento del instrumental técnico del analista en entrenamiento, sino que le brinda el soporte emocional que se requiere para hacer frente a las tormentas afectivas que se suscitan en el trabajo clínico con los pacientes.”

Si bien es cierto que en este detallado esbozo explicativo por las ponentes, describen puntualmente que la supervisión de casos es una herramienta contemplada durante la

formación del psicoterapeuta, considero importante mencionar que la Supervisión de Casos, por mi experiencia y a mi parecer, no tendría por qué ser solo una práctica o exigencia en la etapa de estudio y formación, sino más bien, una práctica recurrente, puesto que enriquece en suma el trabajo clínico con los pacientes y fortalece la actualización del analista así como su crecimiento personal.

En cuanto a la forma en la que presentaré el ensayo, espero que sea de fácil lectura y comprensión para el lector y un tanto cuanto didáctica, pedagógica, pero sobre todo analítica, aplicable de manera puntual en los casos que cada uno de los profesionales de la salud psicológica que se interesen en leer mi exposición, les sean de utilidad en la práctica clínica, obviamente resaltando el corte psicoanalítico sin perder de vista su aplicabilidad en todas y cada una de las demás técnicas psicoterapéuticas. De aquí que, comenzaré por mencionar la frase en cuestión recordando que la mayoría de ellas son de la autoría de mi Supervisora y en dado caso que no, haré mención de su autor; así mismo expondré el sustento teórico de corte psicoanalítico y mi propuesta de su aplicabilidad, para después exponer mi experiencia y aprendizaje en cada caso, finalizando con un breve comentario de mi vivencia personal al utilizarla. Al finalizar la exposición de las frases propondré como ya lo he anunciado su aplicabilidad y sustento a modo general como propuesta teórica y aporte personal e hipotético al análisis dentro de la psicoterapia psicoanalítica.

I. CUERPO DEL ENSAYO: SIN CUENTA, Y UNA, FRASES DOMINGUERAS PSICOANALITICAS EN SUPERVISIÓN DE CASOS

1. “Si el otro no tiene miedo a perderlo, no se va a quedar”

Fundamento Psicoanalítico: Según Karen Horney (citado por Valderrama H. R., 2006). Hace referencia a los miedos, obstáculos y situaciones adversas presentes en la sintomatología de los pacientes, expresados como consecuencia de la causa traumática, la autora nos propone la posibilidad de generar expectativas distintas al hecho tácito del conformarse o seguir, es decir permitir que el miedo paralice o dinamice.

“Construyo un nuevo modelo personalidad. En el cual, ha dejado un escasísimo papel a los factores innatos, y subrayando intensamente los adquiridos. Considera el miedo y la angustia como las emociones humanas fundamentales, mientras Freud las veía en el amor y el odio. No obstante, esta diferencia no es tan acusada como aparenta. Ambos autores consideran la naturaleza humana como consecuencia de la interacción entre la herencia y el medio ambiente; de hecho, el modo como el infante pasa de una fase a otra, el hecho de que, si permanece fijado o en regresión, sublima o establece una formación reactiva, es todo ello como consecuencia de las fuerzas del entorno. El amor y el odio innatos se moldean según distintas pautas de conducta por la acción de las influencias externas y del equilibrio interior establecido bajo la presión de estas influencias. Como consecuencia de lo anterior, se puede decir que el miedo es el factor que guía el ego; el miedo se halla orientado hacia la realidad y es un producto de la competición entablada con los factores externos. Para Horney concibe al miedo como producto de la experiencia”.

Por lo tanto, para la autora, los conflictos son excrecencias de las condiciones sociales Complejo de la repetición compulsiva. El hombre no repite ciegamente conductas infantiles, sino que reacciona a situaciones de ansiedad surgidas de una estructura de carácter que el hombre deriva de su vida anterior. (Bischof, 1980, Pág. 229).

Significado de la frase: En otras palabras se expone que, el mecanismo de defensa (represión) utilizado como un impulso inconsciente permite al sujeto prevenir que ante cierta exposición o experimentación al miedo que le produce dolor por perder al objeto, ya sea idealizado o fantaseado, en su vivencia inconsciente o consciente, reviviría una situación insoportable, por ello que ante esta amenaza, prefiere continuar como si no pasara nada, evitando a como dé lugar la angustia, que le provocaría el dolor por perder al objeto amor u objeto odio.

En palabras sencillas prefiero evitarme la pena de vivir con el miedo a perder a la persona amada y huir o correr ante la amenaza de amarle y quedarme a soportar esa inseguridad.

Esta frase ayudo a clarificar la línea terapéutica de un paciente que sufrió abuso sexual infantil, a groso modo su motivo de consulta manifiesto era la procrastinación, situación que logró identificar a partir de que su conducta estaba enfocada a postergar, posponer o dejar para después, cosas que sin duda eran importantes para su vida, como la titulación de su licenciatura por mencionar alguna cuestión en particular. Este paciente vivía sumergido en una angustia revivida por una constante manipulación y abuso, que de manera inconsciente le confirmaba el daño sufrido y por ende se vivía como “alguien merecedor de abuso”.

Caso supervisado: Paciente varón de veintiséis años de edad, cuyo motivo de consulta manifiesto es mucho miedo, falta de sueño y lastimarse físicamente constantemente, “Si el otro no tiene miedo de perderlo; no se va a quedar” esta frase nos ayudó a clarificar el continúum en el que el paciente se concebía, motivo de consulta latente, es decir, al verse como alguien dañando le daba miedo de perder paradójicamente la idea de concebirse en una persona útil, con recursos y conocimientos necesarios para poder aprender y desenvolverse en su vida de manera diferente, al no quedarse esta idea, repetía el patrón con conductas de codependencia y relaciones objétales nocivas que le confirmaban el rechazo, de tal manera

que, durante el proceso logró desanclar la fijación traumática y al dotarlo de recursos y herramientas psíquicas se pudo afianzar a su Yo, dirimiendo el falso Self resultado del abuso sexual infantil, actualmente puedo decir que no se quedó fija esta idea, el miedo y la angustia han disminuido considerablemente y el paciente logró titularse, conseguir un empleo en el que pone en práctica sus conocimientos y ha comenzado relaciones interpersonales más sanas, cabe señalar que sigue en proceso psicoterapéutico y en las líneas terapéuticas se han mostrado más diversas en cuanto al tratamiento de su psicodinamia personal y familiar en tanto las mejoras de sus relaciones objétales se han ido presentando.

2. “Los papás tienen que hacer el espacio psíquico/físico de los hijos: ¡Tienen que construir el nido!”

Fundamento Psicoanalítico: Escrivá Amparo (2020) colaboradora activa en la Asociación Psicoanalítica de Madrid, destacada en sus estudios e investigaciones referentes a casos específicamente enfocados en el tratamiento de niños, ella describe:

En general, podríamos pensar que cada niño es el fruto de un deseo supuestamente maduro entre una pareja que ha tenido un tiempo para construir este proyecto. En principio, podría ser un buen comienzo para traer un niño al mundo, con el acompañamiento de una escolarización, de unos servicios médicos y de unos servicios sociales. El embarazo en nuestra sociedad está muy seguido por los servicios médicos, permitiendo detectar las malformaciones, saber el sexo del bebé... Es decir, la procreación, en nuestra sociedad, se produce en unas condiciones de eficacia técnica que debería tranquilizar a los padres. Sin embargo, se constatan las ansiedades de los padres ante la parentalidad, expresando que se encuentran un poco desvalidos ante las responsabilidades que suponen sus nuevas funciones, funciones que pueden tambalear su psiquismo, sobre todo, si existe una fragilidad psíquica.

Por lo anterior la construcción del nido psíquico al que se refiere la presente frase toma forma ante los deseos y fantasías de los padres antes de la concepción del niño, por lo que podríamos decir entonces que:

Con todas estas consideraciones, yo diría que toma más importancia, si cabe, la calidad de las funciones parentales como los pilares en los que se va a construir y desarrollar el psiquismo de los niños y las consecuencias en su futuro.

De aquí que es muy importante tomar en cuenta ciertos aspectos no solo antes de la procreación, sino también, durante la gestación, y por ende en el acompañamiento del desarrollo físico, intelectual y sobre todo psíquico del niño concebido:

(...) las funciones parentales que también se han denominado en el pensamiento psicoanalítico funciones de los objetos parentales. El término parentalidad viene a designar el proceso por medio del cual se deviene padre y madre desde el punto de vista psíquico, no solo desde lo biológico, y el psicoanálisis ha jugado y juega un papel central en el estudio de este proceso.

Por ello, no olvidemos considerar que:

(...) hemos hablado de la “preocupación maternal primaria”, “la seducción generalizada”, “la violencia primaria”, “la capacidad de rêverie (apapachar, consentir y cuidar)”, “la función simbólica del padre”, para intentar dar cuenta y poner en palabras lo que pasa en el psiquismo de un bebé todavía no estructurado y entre los psiquismos estructurados de los padres-adultos con contenidos inconscientes. Las figuras parentales implican una doble articulación, por un lado, capacidad de amor hacia el hijo para ofrecerle un modelo en el cual éste se pueda identificar y por otro un carácter rivalizante, dando normas remitiendo al doble juego con el que se plantean las circulaciones deseantes en el interior del complejo de Edipo. En esta dinámica tan compleja se abre la posibilidad de la estructuración del niño y de las identificaciones que abren el camino a la asunción del sexo y la diferencia de generaciones.

Significado de la frase: El texto que cito en el apartado anterior respecto a la paternidad interrogada, hace referencia de manera muy específica y clara las funciones

parentales que cada una de las personas involucradas aportan en la crianza y educación del niño. Hay que decir que, las funciones parentales pueden ser ejercidas por personas que no sean los padres biológicos del niño. Estas funciones tienen como objetivo ayudar al desarrollo si no sano, sí, lo más cercano a la salud física y mental del bebé, esta autora menciona que “*el ser humano es el ser más irracional al momento de su nacimiento, puesto que depende al cien por ciento del cuidado de un adulto para subsistir*”, esto quiere decir que depende en todo momento del cuidado y atención de alguien, más no solo para satisfacer sus necesidades fisiológicas, sino también las psíquicas, estas últimas, son las que permiten al niño la capacidad de vincularse, defenderse y reconocer sus pulsiones en un futuro.

A manera más dominguera, el contexto de la frase indica que, al concebirse el deseo de tener un hijo, hay que tomar en cuenta no solo sus necesidades materiales, sino también y no menos importantes, la construcción de su estructura psicológica (conocida en psicoanálisis como el aparato psíquico), en la cual la cultura, las normas sociales, la religión y la manera de haber sido educados y criados, así como su forma de ver el mundo y vincularse con la realidad a partir de sus propias experiencias, los padres son una influencia determinante en la conducta del niño aplicables en un futuro para su ser adulto. Por ello es responsabilidad del adulto que considere ser padre o en el caso de quien lo sustituya, tendría que tomar en cuenta que estos dos aspectos son fundamentales, considerando así, prevenirlos y de ser posible profundizar en ellos. Muchos se justifican diciendo “a mí no me enseñaron a ser padre o madre” y lamentablemente dejan esta responsabilidad en los abuelos, los hermanos o algún familiar y muy tristemente en las instituciones encargadas del cuidado de los niños abandonados o huérfanos, pero como encontramos en el artículo 21 del Código Civil Federal Mexicano “*Ignorantia juris non excusat*” “La ignorancia no excusa el cumplimiento de la ley”.

Caso supervisado: Paciente adolescente de trece años, lo llevan a psicoterapia a decir la madre: “*para que me lo arregle*” el motivo manifiesto de consulta es que presenta conductas agresivas y erráticas, que le impiden la comunicación y una adecuada relación con las figuras de autoridad; cabe señalar que en un primer momento consideramos que se trataba de un paciente con trastorno oposicionista desafiante, sin embargo, durante la recopilación de información, obtuvimos el motivo de consulta latente, el paciente es hijo en un primer momento de una relación fortuita entre una mujer joven 18 años y un hombre de 30 años con un grave problema de alcoholismo, mismo que no se hace responsable de la manutención del menor y por ende se convierte en el padre ausente y solo la figura biológica.

El paciente es criado en sus primeros años por su madre, acompañada en la crianza por sus padres (abuelos del paciente), en donde la figura paterna la adopta el abuelo, sin embargo tiempo después la madre cuando el paciente cumple alrededor de siete años, inicia una nueva relación de pareja en donde tiene otro hijo varón, consolida una familia y se independizan de los abuelos; el ahora nueva pareja de la madre se convierte en el padre adoptivo, esto ocasiona una serie de confusiones que alimenta las fantasías del paciente en tanto que se descontrola al no poder diferenciar a quien le corresponde que lugar en su aparato psíquico, con un parente genético, una figura paterna auxiliar (abuelo) y un parente adoptivo, esta relación tripartita ocasiona un descontrol al inicio de la adolescencia que complica aún más un adecuado desarrollo y crecimiento, así como una buena conformación de la reedición edípica. Esta información nos llevó a descartar el trastorno oposicionista desafiante y la línea terapéutica nos condujo a fungir como madre nutricia que completará la formación del aparato psíquico del paciente, específicamente en el fortalecimiento del Yo (construirle un nido), esto ayudó a que el paciente pudiera situarse progresivamente en la etapa de la adolescencia natural correspondiente a su edad y lograr distinguir la función de cada una de las figuras paternas involucradas en su crianza, este proceso duro alrededor de tres años de tratamiento

y actualmente el paciente se desenvuelve de acuerdo a su edad física y psíquica estudiando la preparatoria.

3. “¿Cómo impacta el elegir mal a los papás o mamás a los hijos que se tuvieron o tendrán con ellos?”

Fundamento psicoanalítico: Siguiendo a Scarano (2005), en su artículo “Las huellas del Edipo en la elección de pareja” una de las condiciones elementales por decirlo de alguna manera en la elección de pareja, tiene que ver mucho con la resolución edípica, en donde a consideración del psicoanálisis, siempre existe un tercero en discordia, o un perdedor en la triada, mismo que será el sujeto en cuestión, es decir, para que un Edipo se resuelva de forma adecuada, es el niño o la niña, el que tiene que renunciar a sus deseos, por ello la autora refiere:

Para los psicoanalistas, el proceso de elección de pareja se fundamenta en “lo edípico”, denominando con ello al conjunto de ideas, emociones e impulsos, en gran parte o por completo inconscientes, que se centran alrededor de las relaciones entre padres e hijos, y que estructuran y organizan el funcionamiento mental.

Y prosigue fundamentando su postura mencionando que:

Para Freud, el Edipo tiene que ver con el profundo amor por el padre del sexo contrario y la rivalidad y rechazo al padre del mismo sexo; o con el amor al padre del mismo sexo y la exclusión del otro, con todos los sentimientos ambivalentes de amor, odio y culpa que dichas dinámicas generan.

No hay que olvidar, ni perder de vista que para la resolución edípica es fundamental la interacción de los padres por ello prosigue diciendo:

Según las nuevas ampliaciones que el psicoanálisis ha hecho sobre el Edipo, se hace énfasis en la importancia de la relación con los padres en el crecimiento mental. En la medida en que se cuente con unos padres que favorezcan la capacidad de pensar y estimulen el gusto y el esfuerzo por el conocimiento, este hijo o hija se orientará hacia una vida rica en experiencias que favorecerán su evolución. Unos padres que prohíban la curiosidad, la búsqueda de conocimiento y la creatividad, harán de la realidad una experiencia a ser tratada desde la envidia, el odio y la mentira.

A mi consideración es muy importante puntualizar que, aunque en la actualidad existen factores externos que pudieran pretender influir en la formación del aparato psíquico, y en la resolución edípica, no son considerados como aspectos determinantes, dado que aun cuando se tenga padres sustitutos las funciones suelen ser las mismas y estas no influyen la manera de llevar a cabo dicho proceso, de aquí, que la autora refiere:

Aunque en estos tiempos de posmodernismo existen nuevas formas de relación amorosa, en el inconsciente ese tiempo social no varía. En el ser humano predomina el instinto de vida que desea y busca la unión, porque la unión es lo que da vida y permite crear y construir.

A decir de la Dra. Scarano (2005) en cuanto a la primera relación que tiene el bebé con la madre y con el padre a saber:

Si el bebé al nacer cuenta con unos padres que comprendan y atiendan su indefensión, con una madre y un padre dispuestos a pensar y a representar con su propia mente los estados mentales internos del niño, con unos padres capaces de respetar sus necesidades específicas y particulares, generarán en él la confianza básica para existir, y se constituirá en su mente un modelo de relación, donde estar con el otro será una gratísima experiencia amorosa.

En cuanto a la relación amorosa que hay entre los padres, Scarano (2005) comenta:

Que el padre asuma su rol masculino, sea buen proveedor de estabilidad y seguridad, mantenga con firmeza los límites y las decisiones, ofrezca un modelo de ser hombre. Que la madre se haga cargo de su rol femenino, maternal, se haga respetar, sea constante en la enseñanza y en la crianza y, pueda ofrecer un modelo de ser mujer. Y que los padres puedan hacer equipo para lograr la mejor calidad

de vida posible para la familia, resultará una brújula útil para transitar la existencia, un modelo valioso que le permitirá al hijo (a), claridad en sus procesos de identificación.

Por último, en cuanto a la relación que tiene el hijo (a) específicamente con su madre y con su padre en el desarrollo de la infancia, pubertad y adolescencia, Scarano (2005) señala:

Que un padre o una madre, dosificadamente, permitan el juego “como si” fuera el novio más valiente o la novia más bonita e inteligente, le permitirá al niño y a la niña sentirse valorados y aceptados, experiencias que contribuyen a consolidar la identidad del sí mismo. Si un padre o una madre hacen de esta demanda edípica una burla o un rechazo rígido (por mal manejo de sus ansiedades o por falta de amor), el concepto sobre sí mismo y la autovaloración del hijo (a) se verán mellados, un maltrato que deja lesiones difíciles de revertir.

Significado de la frase: Recurrentemente cuando he tenido la oportunidad de impartir clases, en diferentes talleres, diplomados o conferencias, pido a mis alumnos que partan la palabra “Enamoramiento” en dos, algunas veces se les dificulta y en otras ocasiones suelen hasta asombrarse o bromear cuando caen en cuenta de que la integran “Amor y Mentira”, por naturaleza humana es sabido que toda relación afectivo sentimental de noviazgo surge por medio de la admiración del otro o de la necesidad de llenar un vacío personal, estos dos aspectos pueden significativamente influenciar en la toma de la elección de pareja, enamorarse en un primer momento es mentirse, porque confluyen y convergen un sinfín de situaciones inconscientes tales como el deseo, la fantasía y la ilusión, mismos que al combinarse con los sentimientos contribuyen a experimentar situaciones complejas que de manera consciente, en ocasiones, es muy complicado entender.

Es por ello, por lo que en la elección de pareja no solo influyen los aspectos antes mencionados, sino también, idiosincrasia cultural, usos y costumbres, crianza, estatus social y económico por mencionar algunos, de aquí que en el orden natural todo esto en un primer momento puede abrumar y a la larga, cuestionarnos si elegimos bien o mal a la pareja y futuro padre o madre de nuestros hijos. En alguna ocasión escuche la frase “sería muy bueno que

en algún momento de la vida se pudiera ofrecer a los hijos una disculpa por el padre o madre que elegimos” (frase está, atribuible autoría a la Supervisora de Casos a saber.), sin duda esto ayudaría mucho a que ellos ajustaran, cambiaron o entendieran que muchas de las situaciones y dificultades que han pasado no es en nada su culpa.

Caso supervisado: Mujer de veinte años estudiante de la licenciatura en medicina, cuyo motivo de consulta manifiesto son ataques generalizados de ansiedad, al integrar su expediente conocimos que es hija de una mujer que se embarazó muy joven de su primer hija motivo que la obligó a posponer sus estudios en enfermería, mismos que retoma tiempo después, (entre la paciente y su hermana hay cinco años de diferencia en edad), cabe mencionar que concluye su licenciatura cuando la paciente cuenta con dos o tres años edad e ingresa a trabajar. En cuanto al padre, sabemos que solo concluyó la educación primaria, que trabajó como intendente y que tenía problemas de alcoholismo.

Hay que decir, que el embarazo donde se gestó la paciente fue de alto riesgo, con un par de amenazas de aborto durante el proceso por infecciones de vías urinarias, en el momento del parto se tuvo que realizar una cesárea de emergencia porque la paciente padecía cordón nucal (cordón umbilical enredado en el cuello) y pocos días después del alumbramiento tuvo un cuadro de apendicitis por lo que requirió cirugía.

Recopilando más información durante el proceso psicoterapéutico, la paciente refiere que a la edad de ocho años presenta su primera crisis y fue atendida por un psiquiatra que la medicó (ignoro qué fue lo que le prescribieron) tomando los medicamentos por un periodo no mayor a un año; en la latencia, la paciente tenía obesidad y por ende sufrió de acoso escolar durante los últimos años de su educación primaria y toda la secundaria a la edad de catorce años.

Ya iniciando la etapa adolescente, sus padres se divorciaron, refiere que en un primer momento vivió con su papá y su hermana, pero que el trato por parte de su padre se tornó violento y agresivo, por lo que un par de años después se muda a vivir con su mamá y a decir de la misma, la situación no cambió porque su mamá ya tenida una nueva pareja, durante este periodo la paciente tuvo que ser internada de emergencia por un primer intento de suicidio ocasionado por otra crisis de ansiedad en donde tomó una dosis considerable de medicamentos, nuevamente es atendida por psiquiatra cuyo tratamiento duró aproximadamente dos años, continuó con sus estudios y a los dieciocho años presenta su examen de ingreso a la facultad de medicina, no siendo admitida, y como es de esperarse se reaviva la angustia, sin embargo logró superarlo estudiando un curso de actualización para un segundo examen de admisión el cual le dio un lugar en la facultad, durante el primer semestre tuvo su primer noviazgo consiguiendo una pareja que la manipulaba, maltrataba y era constantemente violento y agresivo con ella, con conductas celotípicas y excesivamente posesivas.

Esto la llevó a un segundo intento de suicidio, pero ahora con cortaduras en sus muñecas, siendo descubierta a tiempo por su hermana y esta vez sintiéndose escuchada y apoyada por ella, inicia el tratamiento psicoterapéutico, mismo que con toda la información recabada me llevó a tratarla de forma multidisciplinaria apoyada por tratamiento psicofarmacológico prescrito y valorado de manera objetiva y adecuada por una psiquiatra. La línea terapéutica estuvo basada en el fortalecimiento del Yo, su edad psíquica logró progresionarse lo suficiente como para que en una primera fase del proceso pudiera consolidar sus estudios académicos y dotarla de recursos suficientes para poder hacerse cargo de sí misma y así poder defenderse.

Dados los antecedentes del caso, puedo comentar que estamos frente a una paciente cuya función de hija es la de servir como pretexto para que los papás permanezcan en su

relación, es decir, es una hija no planeada y no deseada, pero si necesaria. Otro aspecto importante es la crianza en donde podemos observar desde un inicio que la constante vincular es la agresión y la violencia, aspectos que predeterminaron las futuras relaciones interpersonales de la paciente, por ultimo considerando todos los aspectos mencionados puedo decir que no hubo condiciones favorables para la estructuración y construcción del aparato psíquico, por ello la conducta autolesiva y las ideas suicidas son una constante dado a que predomina la energía tanática, es decir, buscar cumplir el deseo de muerte.

Una de las funciones del psicoterapeuta, es el ser madre nutricia, que logre vincularse con el paciente, a fin de dotarlo con elementos psíquicos suficientes, tales como acrecentar y fortalecer al Yo, progresionar la edad psíquica, por medio de mecanismos de defensa bien definidos y aprender a entender los sentimientos, manejo de emociones y una adecuada mentalización, todo ello a través de la mirada psíquica, que nos permite por medio de funciones de maternaje y paternaje fungir como padres sustitutos, ayudando así al paciente, en la medida de lo posible, a integrar recursos que lo vayan fortaleciendo; cabe mencionar que todo ello se pudiera evitar si elegimos adecuadamente a la pareja.

Por todo lo anterior expongo este caso aplicándolo a esta frase en donde considero fundamental no solo pensarlo dos veces, sino de preferencia las que sean necesarias antes de elegir pareja o al futuro padre o madre de nuestros hijos, porque en la mentira del amor pudiéramos caer en la tentación de dejarnos guiar por el instinto o impulso o lo que es peor repetir patrones y anclarnos en las carencias y necesidades ya sean heredadas o predeterminadas.

4. “Sentir todas las emociones me hace un hombre libre”

Fundamento Psicoanalítico: Rius i Ruich Montse (2014), en la página web; Temas de psicoanálisis, en su artículo “La percepción de uno mismo y la mirada del otro ¿Cómo soy? ¿quién soy? ¿de quién soy? Donde en su introducción hace referencia a la identidad y su construcción desde el inicio de la vida.

Nota: en el presente artículo hace un estudio de la composición de la identidad y sus dificultades en niños que han sido adoptados o abandonados por sus padres y han quedado bajo el resguardo de instituciones dedicadas al cuidado de menores en situación de orfandad, sin embargo, lo utilizo como fundamento psicoanalítico porque arroja luces y directrices en la presentación de esta frase, así como con el caso supervisado que expondré en este apartado.

Cito a saber:

Podemos definir la identidad como la conciencia o el sentimiento que una persona tiene de ser ella misma, que permite responder a las preguntas de quién soy, cómo soy, de quién soy o a quien pertenezco, entre otras”.

Y prosigue diciendo:

(...) como establecen Grinberg y Grinberg (1998), debe incluir fundamentalmente tres características. La originalidad, que permite vernos como una entidad separada y única, tanto a nivel corporal como emocional, gracias al proceso de individuación. La continuidad, que hace referencia a una integración temporal y posibilita que nos sintamos la misma persona a pesar de las circunstancias diversas y los cambios que se puedan ir produciendo a lo largo del tiempo. Y la equivalencia, que permite considerarnos suficientemente parecidos a los demás –no igual– como para sentir que se forma parte de un grupo. En la construcción y consolidación de la identidad es clave la existencia de unas figuras parentales estables que mayormente satisfacen las necesidades del niño, que están pendientes de él y que lo sostienen tanto a nivel físico (pienso en el bebé que puede ir integrando las partes de su cuerpo y comenzar a percibirlo como una totalidad a partir de ser sostenido en brazos) como especialmente

a nivel emocional. Estas figuras, entre otras funciones, van traduciendo especialmente al inicio de la vida las sensaciones agradables y desagradables que el bebé tiene, ayudándole así a mentalizarlas y hacerlas más soportables.

Y por último comenta:

También le van explicando quién es él y cómo lo ven, organizan y enlazan sus vivencias cuando el niño es todavía poco capaz de hacer y lo ayudan a elaborar los duelos por las pérdidas vividas.

Significado de la frase: Uso este apartado del artículo anterior para establecer precedente en que la formación de la identidad es clave fundamental para el adecuado manejo de los sentimientos y por ende de las emociones, las funciones de maternaje y paternaje son elementos necesarios para la constitución de una adecuada identidad, sin embargo como es sabido por todos nosotros, dentro del argot psicoterapéutico de corte psicoanalítico no siempre resulta así y es por eso que tenemos pacientes con dificultades al desarrollarse y esto impide responder a preguntas ¿cómo soy?, ¿quién soy? y ¿de quién soy?, la presentación del siguiente caso no corresponde a un hijo adoptado, sin embargo a mi consideración existen elementos significativos que predeterminaron la consolidación de su identidad desde el sentimiento de orfandad.

Caso supervisado: Paciente varón de veintidós años de edad, estudiante de la licenciatura en Medios Interactivos, hijo de Pastores de la Iglesia Evangélica, madre ama de casa con características engolfantes y un padre que se vive castrado de profesión profesor, hermana arquitecta con manifiesta estructura perversa y seis años mayor que el paciente.

El motivo de consulta manifiesto se centra en una insatisfacción y sensación de “sin sentido”, así como mucha frustración, durante el proceso hemos podido establecer que la psicodinamia familiar gira en torno a patologías de las cuales el paciente desde muy temprana edad se ha defendido y luchado de manera inconsciente por no dejarse absorber, sin embargo

en las contradicciones generadas por sus circunstancias de vida el paciente muestra un motivo latente dirigido hacia el rechazo y la búsqueda de la enfermedad para afianzar el sentido de pertenencia y la continua generación de vínculos que le den sentido a todo lo experimenta; durante la niñez, el paciente vive una vida de ausencias en cuanto las figuras paternales, dejado al cuidado primero de una niñera y en un segundo momento en una casa cuna y más tarde en una guardería so pretextos del trabajo absorbente en tiempo de sus padres, durante la etapa de latencia es forzado a vivir rígidamente bajo las reglas de la iglesia y sus preceptos religiosos en extremo rigurosos.

Durante la etapa adolescente se ve continuamente amenazado por los cambios naturales de su cuerpo considerando en todo que cualquier sensación de placer hay que verlo como pecado o algo malo, todo ello lo lleva a una praxis de promiscuidad y relaciones interpersonales que le confirmaban el rechazo y que no tenía algo que pudiera hacerle sentir que valía la pena vivir o que fuera merecedor a un mínimo de cariño o afecto por parte de los demás, viviendo bajo estas premisas y la exigencia rigurosa de sus padres. A través de la duración del proceso psicoterapéutico el paciente ha logrado introyectar recursos psíquicos que le han permitido ubicarse en la psicodinamia familiar como alguien que desde el sentido de pertenencia es participe de una familia enferma y esto no le signifique que para ser parte de ella también tenga que ser enfermizo, cabe señalar que durante el proceso se presentaron un sinfín de manifestaciones psicosomáticas y tendencias a ideas dirigidas hacia la psicosis. Es un paciente con manifiesta sensibilidad, misma que logramos descubrir desde la mirada de una función de paternaje aparentemente sustituta, que, a través de la mirada tierna le dotó de recursos suficientes para defenderse ante la enfermedad, esta condición centró la línea terapéutica en el fortalecimiento de su Yo, a fin de consolidar su identidad y dirimir la constante lucha entre un Superyó punitivo y un Ello desbordado en la búsqueda de satisfacciones que superficialmente contenían el seudo sentirse vivo.

Actualmente es un paciente constante y productivo, consciente de la enfermedad en su familia, ha podido desenvolverse satisfactoriamente en un trabajo estable, ya tuvo su primera relación de noviazgo dándose la oportunidad de vivir y sentir manifestando sus deseos de manera adecuada y sin culpa, es aquí donde considero se hace presente la frase en cuestión, pues ha ido mejorando en un entendimiento más adecuado de sus emociones, sabiendo que puede manifestar sus sentimientos y no reprimirlos, aprendiendo a hacerse cargo de sí mismo y la consecuencia de sus actos, así como en la instauración de una identidad más auténtica alejado de la enfermedad aun viviendo en torno a ella.

5. “Inventar un mundo que no me enseñaron a vivir”

Fundamento Psicoanalítico: Loyola (2017) en su trabajo “El Espejo del Mundo Interno”, menciona de una forma extraordinaria que:

La conexión intersubjetiva con aquellos objetos primarios que han dejado huella en la construcción del mundo interno muestra la intimidad que se logra con objetos imaginarios. Ya que son huellas que tenemos de situaciones imaginarias y vividas en las primeras experiencias de la infancia y han dejado una marca en la construcción del mundo interno. No necesariamente necesitamos abrazar a una persona para hacerle sentir nuestro afecto o dejar de pensar en alguien porque ya no está físicamente, de la misma manera en el mundo interno no es imprescindible tener presente a dichos personajes en la realidad para poder sentirlos o darnos cuenta que viven en nosotros. El psicoanálisis trabaja con aquello que está representado en un objeto real, aunque no necesariamente este presente, es decir todo lo que se ha pensado e imaginado de ese personaje o situación.

Es por ello que el fundamento de esta frase, se basa en las experiencias traumáticas vividas en un inicio, es decir, en una infancia muy primitiva o en los primeros años de vida, del cual ya no se tiene acceso a los recuerdos o a la memoria y solo se manifiestan por situaciones sintomáticas o material inconsciente, de aquí que la autora comenta:

El mundo interno se construye a través de objetos, representaciones mentales investidas de energía que le dan valor, riqueza y regulación psíquica a cada persona. Cuando hablamos de intimidad nos referimos al vínculo entre dos subjetividades, sin embargo, quiero profundizar en el vínculo que se tiene con los objetos primarios de nuestro mundo interno, es decir aquellas representaciones mentales con las que miramos el mundo y entretejen nuestro propio crecimiento. Ya que serán la base de los vínculos que se generan en el mundo externo, es decir con la realidad.

Solo para precisar, que cada una de esas experiencias son determinadas por los deseos de otros, de manera particular los padres, quienes en un primer momento condicionan, en suma, la manera no solo de ver el mundo, sino de percibirlo, de estar en contacto con él y, por ende, la forma de introyectarlo, aprender a vivir y situarse en el mismo.

Significado de la frase: Inventar un mundo que no me enseñaron significa disponer de recursos adquiridos de manera distinta a como fueron aprendidos, durante los procesos psicoterapéuticos, constantemente comentó a mis pacientes que es importante “aprender a desaprender”, es decir, cada uno de los objetos introyectados pueden adquirir un sinfín de referencias, identificaciones o estar movidos por resistencias o mecanismos de defensa inconscientes que al manifestarse sintomáticamente causan malestar, incomodidad o angustia e inclusive llevar a la somatización.

En la constitución del mundo intrapsíquico convergen la realidad en sí y la manera en la que la interpretamos o nos la traducen, esto para formar los objetos psíquicos y por ende nuestra manera de ver y actuar en la vida. Por lo anterior la frase se aplica en razón de lo que aprendimos, lo que copiamos y lo que hacemos por costumbre o tradición, simplemente porque así es, o aquí se hace así y ya, sin embargo cuando caemos en cuenta o hacemos conciencia o entendemos que muchas de las cosas que aprendimos o repetimos, simplemente o no están bien, o no estamos de acuerdo o no se acopla a lo que queremos para nosotros o para lo que queremos en nuestra vida, de aquí que resulta imprescindible el desaprender para

poder adaptarnos al mundo y hacer los cambios o ajustes necesarios para continuar, estar y sentirse mejor.

Caso supervisado: Paciente varón de veinte años de edad, quien retoma su proceso psicoterapéutico después de tres años de haberlo interrumpido, el motivo de consulta manifiesto es angustia y episodios de ansiedad que le impiden dormir y comer adecuadamente, tiene pensamientos intrusivos que lo llevan a sobre pensar y a procrastinar. Hijo de padres separados, tiene dos hermanas menores con la primera cuatro años y con la última con catorce años de diferencia, cabe comentar que cada uno de ellos es hijo(a) de padres distintos.

Durante la integración de su expediente narra que mientras era muy pequeño, entre tres a cinco años de edad fue secuestrado por su papá y llevado a los Estados Unidos de América, en donde durante algún tiempo estuvo viviendo con la familia de una hermana de su papá y posteriormente en un centro de custodia del menor, esto último, porque su mamá interpuso un recurso de búsqueda legal para recuperar la custodia y patria potestad del entonces menor, información que recuerda muy vagamente y la cual tiene presente por dicho de su mamá y con la reciente comunicación con su papá.

Una vez que fue recuperado por su mamá vive en la Ciudad de México como parte de la nueva familia en donde ya existía su primera hermana y ahora contaba con un padrastro quien lo acogió como “hijo” y le proveyó de sus necesidades básicas materiales y académicas estudiando la primaria y el primer año de secundaria; a los doce años súbitamente se muda a vivir a Morelia en casa de su abuela materna y la pareja de ésta, cabe señalar que el motivo del cambio de ciudad fue por una infidelidad de su mamá, estudió el segundo y tercer grado de secundaria estando viviendo con su abuela, más tarde se mudó a otra casa con su mamá y su hermana, así como con una tía, en donde logró cursar dos años de preparatoria con mucha dificultad, enojo y rebeldía, motivo de consulta latente, a los diecisiete años es cuando inicia

su proceso psicoterapéutico por un periodo de aproximadamente seis meses de duración, tiempo suficiente para manifestar cambios y ajustes de salud psicológica, que le permitieron comenzar a defenderse y expresar lo que le molestaba y le generaba tanta angustia, y esto se volvió muy evidente, situación por la cual su mamá dejó de apoyarlo con el proceso y este se interrumpió, a decir del discurso de la mamá; *“que no podía seguir pagando las sesiones, porque se iban cambiar de casa ya que, había tenido problemas muy fuertes con su hermana y ahora ella tendría que trabajar y no le alcanzaría el dinero para ello”*.

Al retomar el proceso y a decir del paciente en su primera sesión de la segunda etapa del proceso expresa: *“estoy harto de que me mientan, me siento muy mal por darme cuenta de que mi familia no vale una madre, no me apoyan, no me ayudan y por el contrario mi mamá me exige que yo pague o aporte dinero en la casa o para los pañales y la leche de la niña, me quita el dinero que me manda mi padrastro y también de mi papá, lo que me da la abuela, ya no aguento más, nadie me dice que pasa y yo no estoy entendiendo nada, pero eso si ya hasta aquí, quiero seguir adelante pero no me dejan, no puedo más, pero ahora sí, ya soy mayor de edad y no me sacaran de aquí si tu no me dejas”*.

Recabando más información en esta segunda etapa del proceso psicoterapéutico, el paciente ahora está viviendo con su mamá, su hermana, pero que ahora tiene una nueva hermanita, porque cuando salieron de la casa que compartían con su tía, el pretexto fueron los problemas, pero en realidad se salieron porque su mamá tenía una nueva pareja y ya estaba embarazada y que fue por ello que se salieron de allí, que más tarde se mudó un tío a vivir con ellos quien ocupó su recámara y a él lo mandaron a vivir en la sala, que fue cuando se enteró que la casa era de su abuela y ella podía decidir quien vivía allí y como tendría que hacerlo. El paciente abandonó sus estudios de preparatoria y logró retomarlos y terminarlos en sistema abierto, hizo intentos por iniciar sus estudios universitarios y los dejó en dos ocasiones, so pretexto de que no era lo que él quería estudiar y que no le gustaba.

Toda la información anterior la menciono para describir la angustia del paciente, hijo de un matrimonio fallido en el cual, él, se veía y reconocía como la causa, sentía que era su culpa y que sus papás no lo querían, arrebatado de un padrastro amoroso y traicionado por su mamá, porque la infidelidad fue con el papá de su mejor amigo en la secundaria, hermano de dos chicas de las cuales se siente responsable, nieto de una mujer autoritaria y chantajista (amenazante, castrante y aniquiladora), sobrino de dos tíos abusivos y ambivalentemente presentes manipulándolo y cuestionándolo en todas sus elecciones, en este contexto solo puedo hablar de un niño aterrado pues ninguno de los objetos introyectados fue nutricio, soporte o sostén, su fantasía siempre se vió dirigida a confirmarle el abandono y la culpa, a sentirse el muñeco con el que todos podían jugar como quisieran, y ser responsable de su felicidad para que no lo dejaran de querer.

He aquí que la línea terapéutica encuentra sentido, tanto en la progresión psíquica, como en la integración del aparato psíquico a partir de una mirada tierna y nutricia, esto es, enseñarle que él puede “inventar un mundo que no le enseñaron a vivir”, que este mundo hoy por hoy, ya es suyo, que no es un muñeco, que es una persona que ha logrado dejarse ver y querer con muchas cualidades y recursos.

A casi un año de haber retomado el proceso, el paciente ha logrado volver a iniciar sus estudios universitarios en una licenciatura que le gusta mucho, concluyendo satisfactoriamente el segundo semestre de la misma, ha logrado aprender a defenderse de una forma menos agresiva y evitar exponerse a riesgos como adicciones, entre otros, cuenta con amigos que no solo, han sido sus cómplices de aventuras adolescentes, sino también sus soportes y ayuda, tiene su primera relación afectivo sentimental con una chica y un primer trabajo no formal los fines de semana que le ha ayudado a ser un poco menos dependiente económicamente hablando, hay que decir que también se permitió la comunicación con su

papa biológico y su familia, de donde ha obtenido información que le ha aclarado muchas cosas de su historia que le cuestionaban.

6. “Todo lo que diga que no quiere que pase, es lo que está haciendo para conseguirlo”

Fundamento Psicoanalítico: Sin temor a equivocarme y sin duda alguna, en mi experiencia, la adolescencia es una de las etapas más complejas y fascinantes de la vida, sobre todo en la práctica clínica, en donde por un lado tratamos a los pacientes rebeldes, ruidosos y en muchos casos desafiantes y al mismo tiempo chicos asustados y confundidos, tiernos y deseosos de atención, comprensión y cariño, y por el otro lado a unos padres asustados, igualmente confundidos y muy contradictorios en la crianza de sus hijos, los cuales reavivan y reflejan en ellos experiencias conflictivas, traumáticas y por ende amenazantes, de aquí que siguiendo a Pereira (2020) en la publicación ¿Qué quiere un adolescente? menciona que hay:

Dos formas como el psicoanálisis interpretan la adolescencia y lo que eso dice respecto al adolescente antisocial (Winnicott). En razón de situaciones propias de ese momento de pasaje que las sociedades occidentales produjeron, sobre todo a lo largo del siglo XX hasta los días de hoy, nuestros adolescentes tienden a presentar dificultades para encontrar un lugar de representación y nominación en el espacio social. Es así que muchas veces la violencia y los actos antisociales de los jóvenes pueden funcionar como una forma de expresión del malestar que los asalta (Gurski, 2012).

Continuando con el texto refiere que:

Ese “malestar” –una forma de angustia, como lo dice Freud (2010/1930)–, puede llevar a muchos adolescentes a desorganizarse en continuos ensayos de recubrimiento de su psiquismo perforado por lo real en busca de solucionar los dilemas a los que se ven enfrentados. Sin recursos civilizatorios suficientes que supuestamente les permitan crear resoluciones menos dañinas a su propio ser,

notamos, con efecto, que la inmensa mayoría de los adolescentes inventa salidas sintomáticas para lidiar con efectos de vacío que esos ensayos no consiguen cubrir. Ellos tienden a hacer de su propia adolescencia un síntoma social de la cultura contemporánea o una especie de nebulosa con contornos opacos y mal definidos.

Sin embargo, hay que precisar que:

(...) a su vez, desde el punto de vista psicológico –y también psicoanalítico–, eso se complejiza: al centrar sus esfuerzos de análisis en la singularidad subjetiva, se notará que cada sujeto se constituye de manera única en la historia y en el medio social en el que se encuentra. La adolescencia o la juventud de un sujeto va a contar, seguramente, con temporalidades y vivencias diferentes de la adolescencia o juventud del otro, aunque ambos se encuentren en un mismo ambiente social.

Y puntuiza:

De modo que no hay como universalizar conductas y actos de ese momento de la vida sin que se incurra en una imprecisión descriptiva del análisis de cada sujeto. Aun así, algún consenso puede ser admitido en lo que se refiere al prisma psíquico, sobre esa nebulosa temporal que se volvió la adolescencia de nuestro medio: su comienzo se dará alrededor de la manifestación corporal de la pubertad, pudiendo ser antes o después de ella, hasta el momento en que el sujeto pasa a responsabilizarse por sus propios actos del punto de vista económico, jurídico, social y sexual. O sea, la adolescencia se daría como el decline de la infancia hasta el ascenso de su condición de adulto joven.

No hay que olvidar que los tiempos de aprendizaje y conocimiento, en cuanto a investigaciones recientes, ayudan a actualizar y descubrir elementos que proporcionan y aporten conocimientos para el tratamiento de los pacientes en la actualidad, es por ello que siguiendo al autor hay que:

Estar en ese momento de transición adolescente en nuestras sociedades no es nada fácil, ya que es estar entre dos lugares y no pertenecer propiamente a ninguno. Ni a la infancia, muchas veces idealizada, contada y protegida, aunque no raramente amenazada o maltratada, ni a la adultez que le garantizaría alguna autonomía para responder y responsabilizarse por sus propios actos, sean ellos

económicos, jurídicos, sociales, sexuales, como ya se describieron, o, dicho a nuestra forma, responsabilizarse por los propios síntomas. La adolescencia parece entonces ser la resultante de lugares polarizados, ambiguos y opacos, “como la perforación de un túnel desde sus dos extremos” (Freud, 1980a/1905, p.189).

Sin embargo, no hay que olvidar que:

El inventor del psicoanálisis reconoce la “pubertad” –término con el cual trata la adolescencia en el inicio de sus trabajos– como un momento delicado por ser una especie de efecto Nachträglichkeit (a posteriori) de la sexualidad infantil. Ella es su retorno y también su desenlace rumbo a la sexualidad adulta, como cabe deducir de Freud (1980a/1905). El joven se ve delante de algunos destinos inevitables e íntimamente ligados entre sí:

- *El desligamiento o desidentificación respecto a los padres u objetos primordiales de amor;*
- *El descenso del autoerotismo o de las formas narcisistas de investimento en tales objetos;*
- *La afirmación de sus ideales societarios como grupos, compañeros, formación, profesión, cónyuge, entre otros;*
- *La inscripción social de su propia sexualidad, confrontándose con la diferencia entre los sexos y con la angustia de la castración, al contradecir la condición polimorfa perversa de su infancia.*

No es de extrañarse que, frente a esos destinos, el adolescente de hoy busque resoluciones que desemboquen muy frecuentemente en ambivalencias, conflictos, re-bautizos y corto circuitos mal sucedidos de recubrimiento de su túnel precariamente agujereado.

Significado de la frase: “*Todo lo que diga que no quiere que pase, es lo que está haciendo para conseguirlo*”, significativamente hablando esta frase hace referencia a la adolescencia, pues está, tiene como característica primordial las “contradicciones”, mismas que se dan por esta ambigüedad y ambivalencia en la que los chicos y chicas la viven, es decir ya no son niños, pero tampoco adultos, por lo cual, no es para menos el susto, puesto que el mundo les resulta doblemente amenazante, por un lado el duelo de la infancia, en donde todo era seguro y solo un juego, y si tuviera mayores consecuencias al jugarlo, papá o mamá lo solucionarían, y por otro lado los cambios físicos corporales y el crecimiento

intelectual o de experiencias pasadas, también son motivos de una gran confusión, es por ello que las primeras preguntas que le surgen a los adolescentes son: ¿Qué me pasa?, ¿por qué ya no soy el mismo?, y ¿si crezco me van a querer igual?, ¿si no les agrado o ya no me quieren?, ¿y ahora porque tengo que hacer esto o lo otro si no me gusta o no quiero?, entre otros miles de cuestionamientos que paradójicamente les resultan como una especie de colchón que los distrae del amenazante mundo del ser adulto; por todo lo anterior el significado de la frase toma su sustento, el adolescente siempre se contradice, de aquí que surge una frase complementaria: *“El adolescente maximiza en un primer momento un problema, para que el golpe del segundo que oculta tras este, duela menos”*

Caso supervisado: Paciente adolescente mujer de trece años de edad, estudiante del último año de la secundaria, hija de padres profesionistas con un estatus socioeconómico por decirlo menos, holgado, es la menor de dos hermanos, su hermano mayor cuenta con tres años más de edad, el motivo manifiesto de consulta a decir de la mamá: *“esta insoportable, hace berrinche por todo, todo el tiempo está enojada, no se le puede ni hablar y para que le cuento si la regañamos”*.

Al inicio del proceso psicoterapéutico y durante la primera entrevista de recopilación de datos, no es de llamar la atención el primer comentario de la paciente, ya estando en sesión con ella, le pregunto ¿qué piensa de todo lo que sus papás han manifestado? y responde: *“mira, ya sé que están locos y que los que deberían venir contigo son ellos”*, he aquí la primera interpretación latente del motivo de consulta y el subsecuente análisis, así como hipotetizando algunas líneas terapéuticas a seguir: *“una adolescente con trastorno oposicionista desafiante”*, a grandes rasgos quiero decir, que es una chica con problemas con la autoridad y por ende, no acepta ni respeta límites, sin embargo, conforme hemos ido avanzado en su proceso psicoterapéutico me he dado cuenta de que en un primer momento

solo tenía frente a mí, a una chica confundida, con muchos miedos derivados en angustias y necesitada de escucha y atención.

La paciente presentó muchas resistencias durante el proceso, el poder consolidar la alianza terapéutica fue todo un reto, pero al final del día he logrado ganarme su confianza y me ha contado un sinfín de aventuras y experiencias con sus pares, tengo que precisar aquí que la frase en cuestión era muy recurrente en ella, es decir, en periodos de exámenes tenía ataques de ansiedad, es deportista y buscaba siempre ocasionarse alguna lesión, provocando a sus compañeras de juego para lastimarse, quería viajar y se autosaboteaba y conseguía no ser premiada con las vacaciones porque siempre surgía algo días antes del viaje, por poco no celebran su fiesta de XV años, simplemente porque no quería aprenderse los pasos de los bailes para su presentación y puedo enumerar muchos momentos más, pero, poco a poco el motivo latente de consulta se hizo presente y descubrí que su miedo mayor era a no ser aceptada y querida por sus papas, ya que le gustaran las chicas, he aquí que su conducta contradictoria era para defenderse de la imposibilidad del no saber qué hacer si lo anterior ocurría, es decir, que sus papás se enteraran de su “orientación sexual”, pongo en entrecomillado esto de la sexualidad, precisando que en la adolescencia se da la reedición del Complejo de Edipo, motivo este último de atención como continuación de esta línea terapéutica.

Por último, a dos años de su proceso psicoterapéutico he logrado consolidar su adolescencia y situarla en esta etapa con mayor entendimiento y claridad en los cambios y ajustes, cabe decir que ella ha facilitado en mucho este trabajo, actualmente cursa ya la preparatoria y sin mayor problema pudo resolver el duelo de la infancia.

7. “Un hijo con hambre de reconocimiento u aprobación de su madre, es capaz de lo que sea, en contra de sí mismo”

Fundamento Psicoanalítico: Un elemento sumamente importante para cada psicoterapeuta clínico, sin duda, es verse o sentirse un tanto cuanto limitado para atender ciertos casos, por ejemplo, en ocasiones las discapacidades físicas son las que nos exigen no solo actualizarnos, sino más bien, estar atentos al análisis del origen psicosomático o somatopsíquico de las mismas, por ello en esta frase uso como fundamento el artículo de Aguilera Adriana:

“¿Por qué lo último en discapacidad, es en la mayoría de los casos, consultar a un psicoanalista?” (2011), quien de forma clara y concisa nos ayudará a entender no solo como evidencia de que la discapacidad pudiera haber sido ocasionada por un trauma, sino también que la sintomatología o la limitación física pudieran tener un origen que a partir de la vivencia de la misma genere un trauma en sí mismo, por ello considero digno de prestar atención a su estudio:

(...) por alguna razón a veces se presentan en el consultorio pacientes discapacitados en búsqueda de un tratamiento psicoanalítico ya sea para tratar su discapacidad o quizás por algún otro motivo de tratamiento, pero este hecho puede enfrentar al analista con una tarea en muchos casos diferente a la acostumbrada. Así, el objetivo principal de este trabajo es abordar la pregunta sobre: ¿Qué dice el psicoanálisis, y qué hace el psicoanalista, frente a la discapacidad física?

En primer lugar, es necesario definir dos conceptos principales que se usarán indistintamente a lo largo de la exposición: discapacidad y defecto. La discapacidad según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española es la cualidad de discapacitado, entendiendo discapacitado como “dicho de una persona: que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas.

Por otro lado, el defecto sugiere una deformación o malformación; se refiere a anormalidades (grandes, pequeñas, reales o fantaseadas) en la constitución o funcionamiento del cuerpo.

Por lo anterior entiendo y precisando que una discapacidad es considerada una limitación en cualesquiera de las funciones motoras del cuerpo y que los defectos han de ser entendidos y considerados como malformaciones físicas de origen, es decir que por alguna razón el feto no logró integrar de manera adecuada su formación física por limitaciones biológicas, siguiendo a Aguilera a este respecto señala:

Ahora bien, el estudio de los defectos físicos y sus consecuencias psicológicas es un tema extenso que se ha tratado desde hace mucho tiempo pero que al parecer sigue estando vagamente definido. Tal vez la principal importancia del psicoanálisis al respecto recae en que proporciona un marco teórico para el estudio y entendimiento del cuerpo y de la mente. No obstante, debido a la falta de reportes de casos se ha quedado corto en su aportación clínica. Lo anterior puede deberse a que una de las dificultades con que nos encontramos al hablar de la discapacidad es que muchas veces se dice que ésta existe de manera concreta y fácilmente identificable, que todos los defectos son aproximadamente equivalentes, que producen efectos psicológicos uniformes y predecibles y que su manejo y elaboración es muy parecida. La verdad es que existe una gran variedad de desviaciones de la norma física que ocurren en un amplio rango de individuos que se caracterizan por diferentes potencialidades y circunstancias personales.

Aguilera hace una precisión que particularmente pienso que es diga de considerar:

Según Lussiere (1960-1980) los defectos físicos deben considerarse de acuerdo a muchas dimensiones, como, por ejemplo:

Si tienen un origen congénito o uno traumático -. “Un defecto adquirido siempre tiene un componente traumático y el significado de pérdida es importante, sobre todo si el trauma ocurrió después de adquirir el lenguaje. Este elemento de pérdida está ausente cuando el defecto es congénito” (Lussier, 1980). “Los defectos adquiridos a edad temprana tienen una importancia nodal en todo el proceso del desarrollo del yo y del superyó” (Nederland, 1965), sobre todo como una experiencia organizadora. Por esto es importante el momento en que ocurrió, que fase del desarrollo interfirió y, si fue precedido por otras pérdidas significativas. “Se cree que el individuo es más vulnerable durante las últimas fases del proceso de separación – individuación, durante el periodo edípico o durante la

adolescencia cuando se reeditan los conflictos edípicos” (Kyllonen, 1964); (Moore, 1975); (Dobovský & Groban, 1975); (Earle, 1979).

Sin embargo, hay que considerar que una pérdida, es una pérdida a cualquier edad. Dado todo lo anterior, los efectos físicos tempranos, a diferencia de otros que pueden encontrar una resolución más o menos espontánea, son propensos a quedar como un área de conflicto no resuelto y frecuentemente resultan en una falsa y distorsionada imagen corporal. No obstante, incluso cuando el defecto ha sido parte de la autoimagen desde el principio (congénito) y no hay estrictamente hablando un sentido de pérdida, la comparación con otros puede ser fuente de mucho malestar y decepción.

Y prosigue con su exposición:

En otras palabras, los defectos influencian o conectan con sentimientos que la persona tiene sobre sí misma, con su sentimiento de capacidad, valía, de ser amado, y también con sentimientos de falta, insuficiencia, de sentirse especial, poder, vergüenza y enojo. A esta extensa gama de factores también se debe considerar que tienen un significado o implicación real que igualmente es muy variable lo que contribuye a la definición de discapacidad en el contexto actual.

Siguiendo con el fundamento Aguilera hace una clasificación de la incapacidad funcional, señalando que existen menores, moderadas y severas, en donde el psicoanálisis ha tomado mayor relevancia en cuanto a su análisis etiológico han sido las dos primeras.

Y continua más adelante en su exposición:

Otro parámetro que influencia el efecto psicológico de un defecto físico es la actitud de las figuras primarias (padres), particularmente la madre, frente a un hijo con un defecto congénito. La actitud de la madre, así como de otros cuidadores, incluyendo al terapeuta, guía la actitud del paciente al ofrecerle un espejo donde pueda verse representado. En otras palabras, se ve como los demás lo ven. Lussier (1980) incluso afirma que la actitud de la madre puede ser más importante que el defecto en sí. Él plantea que el cuerpo “defectuoso”, siendo el único cuerpo que el niño siempre ha tenido es, en un sentido, su cuerpo “normal”. Lo que hace la diferencia es la actitud de la madre hacia este cuerpo. El cuerpo que uno categóticamente desde el nacimiento, así como realmente es y cómo es percibido por el niño, y no el cuerpo que debería o podría ser, es lo que importa psicológicamente hablando. Este

cuerpo, así como es, es el cuerpo que la madre tiene que aceptar para garantizarle una existencia psicológica segura al niño.

Y concluye aportando que:

Respecto a las figuras primarias también es importante notar que ante una discapacidad las identificaciones primarias se ven severamente interferidas por un defecto físico. Los suplementos narcisistas mutuos que se dan entre madre e hijo se dificultan lo cual lleva a un empobrecimiento del amor propio y la autoestima. La madre necesita de un gran grado de integridad yoica, de cohesión interna y de seguridad emocional, así como de armonía con el propio cuerpo para ser capaz de ofrecerle al niño físicamente discapacitado la representación como persona en lugar de su cuerpo defectuoso. Recordemos que el niño se relacionará con su cuerpo de la misma manera en que la madre se relaciona con él.

Significado de la frase: En psicoanálisis la figura de la madre y las funciones de maternaje son fundamentales, no solo para el estudio, sino también, para el análisis en sí, pues ella es la proveedora de elementos como la mirada, el tacto, la voz, es decir, todos los sentidos físicos, fungen como traductores al bebé para su nueva interacción con el mundo y no solo eso, sino que son la base principal para la formación del Aparato Psíquico, por ello hay que decir que en ausencia de los mismos el bebé se encontraría indefenso no solo en el mundo exterior, sino también, en su mundo interior, de aquí que es de mucha relevancia esta frase, puesto que para conseguir la mirada de la madre, traducida en cariño, atención, cuidado, etcétera, el bebé es capaz de autoaniquilarse, mutilarse o discapacitarse, por increíble que esto así se lea, los estudios de Freud, Lacan, Dolto, Spitz, Bolby, Maller entre muchos otros fundamentan mi afirmación, de aquí que, es importante que toda mamá considere la importancia de esto o cuente con el conocimiento básico ante este hecho, sin embargo, lamentablemente no es así y esto origina en consecuencia una de dos situaciones, una madre que se vive como víctima de un castigo o una madre que se reivindica como

redentora, la cual se tiene que sacrificar al cuidado de por vida de un sujeto, que en cualquiera de los dos casos inconscientemente provoco.

Caso supervisado: Paciente varón de dieciocho años de edad, que presenta discapacidad auditiva, visual y verbal, hijo de una madre trabajadora doméstica y un padre comerciante, reinstaurándose a la sociedad después de haber estado preso (ignoro el delito cometido), tiene dos hermanos, uno mayor, de veinte años de edad y uno menor, de quince años, (nota: sus padres están separados), al momento del requerimiento del tratamiento psicoterapéutico, el paciente, su mamá y hermanos viven casa de la abuela materna en condiciones insalubres y muy precarias, la mamá refiere: “*mi exesposo nos dejó en la calle, tenía a mis tres hijos muy chiquitos cuando se metió en problemas y ni la casa alcanzo para pagar su chistecito, por eso vivimos en casa de mi mamá, yo he tenido que trabajar duro para mantenerlos, fíjese mi hijo el mayor duerme con su abuelita y yo y mis otros dos hijos dormimos en catres en el otro cuarto*”, el motivo de consulta manifiesto, a decir de la madre es: “*lo noto extraño, es muy distraído, no se aplicó en la escuela y casi no tiene amigos, que decir, si ni novia ha tenido y eso me preocupa mucho*”.

Durante las seis sesiones que tuve con el paciente, las cuales, hay que decir, que me fue muy complicado entender muchas cosas, porque no se podía expresar muy claro verbalmente, su voz era casi como un susurro, emitía sonidos que no se entendían y palabras entre cortadas, sin embargo pese a esa dificultad, logré recabar información, él estaba estudiando la preparatoria abierta, en ese momento, le daba pena exponer en clase y no le entendía mucho a las matemáticas, tenía dos amigos que él sentía que lo querían y que no se burlaban de él, que lo apoyaban y que aunque ellos eran diferentes, es decir no tenían ninguna discapacidad, estaban con él, lo acompañaban y defendían de los demás compañeros que eran unos groseros con él, que sus amigos cuando le tocaba exponer y comentar algo en clase y los maestros no le entendían le ayudaban para darse a entender, que las dudas que tenía, ellos

se las explicaban y que compartían los tiempos de descanso entre clases, que con ellos se sentía escuchado y comprendido, que todos los demás fuera de sus amigos incluyendo a su familia sentía que no lo quería y que solo lo juzgaban, que su mamá no quería que estudiará, porque ya estaba grande y que mejor trabajara para ayudarle en los gastos de la casa, como lo hacía su hermano mayor, que su papá era un mentiroso, que varias veces le habló para que le diera dinero o trabajo y que nunca llagaba a donde le decía, porque ya tenía otra familia y a ellos si los quería, que a él y su familia no le importaban.

Lamentablemente puedo decir que un día recibí un mensaje de texto, en el que me decía que no podría ir a sesión, a decir de él: “*que, porque su mamá lo mando a un retiro de esos de la iglesia, a ver si ahí si lo componían*”, para la siguiente sesión fue la mamá la que envió el mensaje diciendo: “*ya no ira mi hijo a terapia. porque su papá no me ayudó a pagarlas y yo no puedo sola*”, al cual yo respondí: “*señora si el problema es el pago, no se preocupe, con gusto sigo atendiendo a su hijo y como vaya pudiendo me paga*”, tengo que decir con tristeza que jamás recibí respuesta. Solo para precisar, expongo este caso porque fue supervisado y aunque no se tuvo el tiempo suficiente para definir el motivo de consulta latente, me resulta evidente que, tanto por el fundamento psicoanalítico como por el significado de la frase, cada quien tendrá una hipótesis en particular.

8. “No alimentó desde el hambre del niño, sino desde la cantidad de leche que tenía”

Fundamento Psicoanalítico: Pollock (1964) propone que:

En el curso de su vida, el hombre progresó desde una etapa de parasitismo embrionario y fetal, en la que el organismo joven depende totalmente del cuerpo de su madre para su existencia, hasta una etapa de simbiosis postnatal. Aunque el neonato es aún incapaz de bastarse a sí mismo, su necesidad del

cuerpo de la madre no es absoluta. Otra persona puede ocupar el lugar de la madre biológica, y leche que no sea humana puede ser tan nutritiva como la de la madre. No obstante, aunque la unión fisiológica no está presente, la relación madre-hijo es muy íntima.

Al aplicar el término de simbiosis a la relación emocional existente entre madre e hijo, tenemos el prototipo para otras ‘relaciones íntimas posteriores. Aunque haya mayor distancia, separación e individuación “la existencia” o el “sentirse juntos” de dos seres humanos íntimamente unidos para su mutuo beneficio, aún puede designarse un tipo de relación simbiótica.

Y Pollock citando a *Benedek (1956)* señala que:

(...) ha observado que la interacción recíproca entre madre e hijo determina en la criatura procesos psíquicos que, reiterados de madre a hija, constituyen un enlace psicodinámico entre las generaciones. Cuando el parto interrumpe la simbiosis fetal o etapa de parasitismo, se instituye una nueva “símbiosis post Jartum” que es oral y alimenticia tanto para la madre como para el hijo. Benedek piensa que el deseo de la mujer de amamantar al bebé y de estar físicamente próxima a él, representa la continuación de la simbiosis original, no sólo para el hijo sino también para la madre. Ella considera el estado fetal como simbiótico porque “desde el momento de la concepción la criatura estimula la ternura receptiva retentiva de la madre, y, después del parto, el recién nacido continúa siendo el objeto de esas necesidades instintivas.

Estos impulsos constituyen la fuente psicodinámica de la necesidad simbiótica de la madre por su hijo y la motivación de la comunicación entre ellos”. Benedek utiliza el término “símbiosis emocional” para describir el aspecto psicológico de la relación madre-niño, tanto en la primera infancia como en las etapas posteriores del desarrollo. Cuando el infante experimenta sentimientos de confianza, resultado de la múltiple repetición de experiencias simbióticas gratificadoras, la madre establece igualmente su propia autoconfianza y seguridad en su capacidad maternal. Crecimiento y desarrollo ulteriores provienen de la modificación continua de la unidad simbiótica con el correr del tiempo.

Continúa diciendo que: *Benedek*

(...) concluye observando que al estudiar el vínculo emocional simbiótico entre madre e hijo vemos cómo las actitudes de la madre influyen en la organización psíquica del hijo y cómo “el infante

provoca cambios en la madre, cambios que se extienden más allá de sus respuestas emocionales manifiestas y llegan hasta su organización psíquica. Esto ocurre a través de los mismos procesos de introyección e identificación que consideramos primarios en la organización del niño.

Y por último citando a Winnicott (1945, 1953, 1956, 1958, 1960), Pollock concluye mencionando que:

(...) ha dividido la relación padres-infantes en tres etapas superponibles. La primera, fase de aferramiento, comprende el manipuleo físico del niño; la segunda se refiere a la experiencia del “convivir” el niño y su madre; la tercera al “convivir” la madre, el padre y la niña. La piel ocupa una posición intermedia entre el “yo” del niño y su “no-yo”. Winnicott establece una diferencia significativa entre la identificación de la madre con su hijo, identificación que la ayuda a cuidarlo, frente a la dependencia casi total del niño de su madre para la satisfacción de sus necesidades, lo que no es identificación.

Esta conceptualización nos permite comprender la mutua relación de dos organismos distintos en una unión simbiótica en la que cada uno actúa como objeto para el otro. Para poder sobrevivir, crecer y desarrollarse exitosamente, los seres vivos deben ser capaces de adaptarse a las circunstancias en que viven y a algunas alteraciones de esas circunstancias (...).

Significado de la frase: La frase: “No alimentó desde el hambre del niño, sino desde la cantidad de leche que tenía”, toma a mi parecer sentido y significado al relacionarla con la frase: “cada quien juega con las canicas que le tocaron”, es decir, esta correlación de situaciones precarias que llevan a una madre a gestar un hijo bajo condiciones no aptas o precarias, me refiero en todos los sentidos, provocaría que al ser ahora responsable de un bebé, sus carencias se vean reflejadas en la crianza del niño, de aquí que, cuando decimos que amamantó con la cantidad de leche que tenía, nos referimos al simple hecho de que lo hizo, una, sin conocimiento por ser madre primeriza, dos, por sus antecedentes de vida y porque no decirlo dadas las carencias y precariedades con las que también fue criada.

Es por ello que aun cuando el hambre del niño, también en todos sentidos haya sido basta, tenemos como resultado una precariedad e imposibilidad para poder moverse en el mundo y por ende, poder comprender tanto lo que está pasando, como lo que está por venir, sin olvidar el mundo interior que no es menos el riesgo que corre al no haberse consolidado de manera adecuada.

Caso supervisado: Varón homosexual de treinta y tres años de edad, de profesión arquitecto, hijo de padres separados, tiene un hermano menor con un año de diferencia en su nacimiento, quien actualmente es comunicólogo y vive fuera del estado, la madre de profesión educadora ya retirada con quien vivía en una comunidad rural, el padre dueño de un bar, quien, ya tiene otra familia y no se cuenta con mayor información, cabe mencionar que el paciente inicia su proceso psicoterapéutico en tiempos de pandemia y el tratamiento inicial fue por videollamadas, el motivo de consulta manifiesto a decir del paciente es: *“quiero sanar heridas, dejar de depender emocionalmente de las personas y dejar de estar deprimido, quiero ser feliz”*, y continua: *“me confunde mucho el sentirme obligado en hacer cosas para los demás, confundir amor con querer o con simplemente atracción, también lidiar con la frustración es difícil para mí, tengo muchas náuseas”*.

Conforme hemos avanzado en el proceso y recopilamos más información, sabemos que sus padres se divorciaron cuando él tenía cinco años de edad, que ha fluctuado en vivienda durante toda su infancia, estando unos días con sus abuelos paternos, luego solo con su mamá, más tarde a la muerte de la abuela materna, regresa a casa de su abuelo, y así sucesivamente, hasta que, a la edad de doce años, lograron establecerse en una casa propia.

Otro dato que me parece relevante, es que, a decir del paciente su mamá siempre lo trato como si fuera el gemelo de su hermano, no haciendo distingos en vestimenta, juguetes, comida o complacencias propias de la infancia, que siempre fue una madre sobreprotectora y que difficilmente hacia la diferenciación entre ellos, que inclusive los confundía muy

seguido al llamarlos por el nombre del otro no haciendo diferenciación o como si se tratara de uno solo.

Su primer incidente sexual, por llamarlo de alguna manera, fue cuando él tenía seis años y recuerda estar jugando con otros niños a las escondidas y que un niño como de doce años le pidió que se escondieran detrás del refrigerador y ahí le pidió que le tocara el pene y se lo besara, situación que al paciente no le incomoda decir porque le pareció un “juego de niños”, que sufrió mucho durante la primaria y la secundaria porque sus compañeros le hacían mucho bullying (intimidación) e inclusive le pusieron el apodo de joto, que era gordito y eso hizo que se aislara mucho más, que su pasatiempo era jugar con su hermano y en ocasiones solo, comenta que la atracción real por los hombres fue a partir de que concluyó la secundaria, pero que se sentía muy confundido, que modificó su conducta afeminada al entrar a la preparatoria y que aunque seguía sintiendo esta atracción, tuvo su primera novia en el último año de preparatoria pero que terminó alejándola porque se dio cuenta de que no era la suyo, a los dieciocho años, se mudó a la ciudad y comenzó a estudiar la licenciatura y entonces las cosas cambiaron, ya que vivía en casa de unos tíos que se la prestaron y que de allí comenzó a ser popular participando como jefe de grupo, en los comités estudiantiles entre otras actividades culturales y recreativas, al mismo tiempo, tuvo su primer encuentro sexual curiosamente con un excompañero de la preparatoria que era de su pueblo, en una sesión refiere: “*todo era lindo y maravilloso, experimente la libertad y eso era lo que yo quería*”.

Durante su etapa de universitario también fue popular entre los chicos de su misma orientación sexual, asistía a antros o bares gay, tuvo su primer noviazgo que no duro mucho tiempo, porque sentía que no le satisfacía del todo, al concluir sus estudios continuó viviendo en la ciudad y buscó su primer trabajo, como coordinador de un diplomado en diseño de interiores, sin embargo, a poco tiempo muere su tía la dueña de la casa donde vivía y su primo le pidió desalojarla y regresa a su lugar de origen a casa de su mamá en donde comenzó con

un negocio de papiroflexia y pequeños proyectos arquitectónicos, pero llega la pandemia y a decir del paciente: “*todo se arruinó*”;

Hay que decir que, con esta información la línea terapéutica estaba dirigida al motivo de consulta latente, es decir, mostraba una profunda insatisfacción sexual y una terrible frustración al verse y saberse homosexual, de hecho en muchas sesiones me pidió que ni siquiera tocáramos el tema, cualquiera con un poco de conocimientos psicoanalíticos diría que no estábamos errados, sin embargo he aquí la razón por la cual la psicoterapia psicoanalítica no es lineal, sino más bien todo lo contrario, conforme avanzan los procesos, se hacen ajustes y se presentan nuevas hipótesis, así como líneas terapéuticas.

Por lo que prosigo a la descripción del caso: al pasar de los meses y haberse quedado sin trabajo y al estar de nuevo en casa de su mamá con su gato Castro, el paciente narra que empezó a sentirse desanimado, triste, que se levantaba muy tarde, que casi no comía y ¿qué decir de salir con amigos? si de plano no se podía; menciona que el regresar a casa de su mamá se volvió una tortura, que vivía bajo el yugo de una señora (así se refiere a su mamá), que le exigía “*haz esto y quita lo otro, muévete que te haces de flojo, que si estuviera tu hermano aquí no tendría que andarle diciendo, que de que sirve tener un hombre en casa si no sirve para nada*” y así un sinfín de improperios que le decía su mamá, que ya estaba harto, que no le daba gusto con nada, hasta que un día le preguntó “*¿oye mamá si me quieres?*”, a lo que ella respondió: “*¿Cómo te voy a querer? Si ya no eres mi niño, mi niñito, lo extraño tanto, él si obedecía y hacia caso en todo y no me hacía enojar, no ¿que tú?, recuerdas cuando el Espíritu Santo me hablaba y te decía que hay cosas y personas muy malas con las que no hay que juntarse?*”

A todo esto, el paciente asintió y preguntó: “*¿eso que tiene que ver con lo que te pregunto?*”, y la señora prosiguió: “*pues Él me dijo que eres un pecador y que ya no eres digno de mi cariño*”, momento en el cual el paciente se retira de la cocina y se encierra en su

habitación sintiéndose peor de lo que ya estaba, pasaron los días y él cambio su actitud con su mamá, le ayudaba con la limpieza, arreglaba la despensa, lavaba la ropa, atendía el jardín, arreglaba los desperfectos de la casa, en fin todo lo hacía para que su mamá estuviera contenta así tener una vida más llevadera.

No olvidemos que estamos hablando de un paciente de treinta y tres años, por ello cualquiera diría, no le quedaba de otra, total estábamos en pandemia, igual así era mejor y más cómodo para él, esto solo lo pongo como una provocación, pues no, resulta que el paciente tuvo un miedo retaliatorio, a tal grado, que lo regresionó a su infancia, y esto lo vuelca a ser nuevamente el niño chiquito de mamá, he aquí el verdadero motivo de consulta latente, este terrible miedo a fusionarse nuevamente con su mamá, el haberse por un momento separado de manera parcial por la distancia o la escuela, sin embargo, la pandemia y otros componentes favorecieron en mucho sentido esta reactivación traumática; hay una pregunta muy significativa que le hice al paciente en alguna de las sesiones: *¿para qué crees que tuvo hijos tu mamá?*, en la que el insight fue más que evidente cuando respondió: *“para que fueran sus muñequitos, pero este se le acabó, muy seguramente por eso es educadora, creyó que siempre iba a estar rodeada de chiquillos, pues que se busque otros porque conmigo yo ya no”*, cabe decir que este fue el inicio de su proceso psicoterapéutico, pues fue su primer insight, después de casi un año de proceso, en el que las interpretaciones no fueron aceptadas por sus resistencias tan elevadas.

Actualmente, solo como parte informativo del proceso, el paciente todavía se esperó un año y medio después de pandemia en casa de su mamá, al poco tiempo, logró independizarse, se estableció en otro estado, cuenta con un trabajo estable, tiene una relación más seria, sin embargo, estamos en otro momento del proceso, en donde la insatisfacción sexual y la inconsciente no aceptación de su homosexualidad siguen manteniéndose, se han

recabado más datos como traumas infantiles severos por abusos sexuales, entre otros factores, línea terapéutica del abordaje en el proceso.

9. “Cuando a los niños no se les da, arrebatan”

Fundamento Psicoanalítico: Narro (2017), en su artículo “El Abandono” centra su estudio en las consecuencias o mejor dicho en la sintomatología que se presenta después de instaurarse el sentimiento de abandono, motivo de interés y estudio para el psicoanálisis a decir de ella basado en *“las fantasías y mundo interno del paciente que se siente abandonado”*. Para ello cita en un primer momento el artículo del Dr. Roberto Gaitán intitulado:

(...) sobre el sentimiento de soledad” en el cual describe que. “(...) el sentimiento de soledad como una de las consecuencias psíquicas ligada a una psicodinamia específica, en donde existe un sentimiento de abandono que sufre el sujeto y que sin duda puede ser equiparable a una situación de abandono real”.

Y Narro prosigue:

“Con lo anterior, no quiero decir que toda persona que es abandonada en la realidad, tendrá dicho síntoma, como le llama Gaitán en su artículo, sin embargo, creo pertinente su consideración para una mayor comprensión.

De aquí que Narro (2017) hace una puntualización:

Podemos imaginar a un bebé al ser abandonado por sus objetos con un sentimiento de soledad y desamparo, continuando con Gaitán, 2001; “ese sentirse solo, desprendido del mundo, ajeno de sí mismo, es decir, separado de sí, se da en cualquier raza, cultura, persona y época, y puede llegar a constituir una sensación sumamente dolorosa.

Y precisas que:

(...) la soledad se relaciona más a menudo con una experiencia desorganizadora y dolorosa. El reconocimiento del miedo a la soledad como un fenómeno generalizado, es independiente a la estructura caracterológica o psicopatológica principal de cada individuo, aunque la transformación a un sentimiento de soledad con mayor o menor intensidad, sí dependerá del tipo de organización caracterológica y conflictiva básica de cada sujeto.

Por último y a este respecto del sentimiento de la soledad Narro (2017) comenta:

Al hablar de sentimiento de soledad como un síntoma patológico, Gaitán, R, excluye aquellos casos objetivos y reales en los que los sujetos son privados de compañía externa por un tiempo prolongado, quizá aquí sería el diferencial entre una psicodinamia y la otra; en donde juega un papel importante el mundo externo y en donde lo juega el mundo interno.

Durante el desarrollo de la investigación y la realización del presente artículo, la autora Narro (2017) refiere una segunda postura u otro dato a considerar:

(...) a decir de la Dra. Velasco, 2001, toda pérdida objetal, está estrechamente ligada a un proceso de duelo, que puede ser manifestado como normal o como patológico. Esto último ligado a factores estructurales como el yo y el superyó y también al tipo de relación previa con el objeto perdido, es decir, el grado de categatización que se haya tenido. A pesar de las controversias que hay en la literatura psicoanalítica respecto al duelo infantil, difiriendo en la capacidad que tiene un infante de hacer un trabajo de duelo, concuerdo con la doctora Velasco en que es un error tomar como parámetro el duelo en el adulto, ya que las estructuras mentales de uno ya están consolidadas, mientras que en el otro no.

Por lo anterior una de las consideraciones que en lo particular me llamaron mucho la atención y a manera explicativa he citado, es lo referente a la necesidad de hacer puntual diferenciación entre aspectos, recursos y herramientas intrapsíquicas con las que pudiera contar un infante totalmente diferente a las procesadas y adquiridas en el tránscurso de la vida en una persona ya adulta o con una edad más avanzada.

Para concluir con este artículo la autora Narro hace referencia a Winnicott en su artículo “psicología de la separación” escrito en 1958, y describe:

(...) qué es lo que sucede cuando el bebé o niño de corta edad es separado de su figura parental y ha llegado a la conclusión que existe una relación entre la tendencia antisocial y dicha deprivación. Señala que la enfermedad no deriva de la pérdida en sí, sino de que aquella pérdida haya ocurrido en una etapa del desarrollo emocional del niño o bebé en que éste no podía reaccionar con madurez; el yo inmaduro del pequeño sujeto aún es incapaz de experienciar el duelo. Sin embargo, señala Winnicott que a pesar del poco desarrollo de todas las capacidades “adultas” que tiene el niño, basta con evitar, las muy frecuentes conspiraciones de silenciamiento en torno a la muerte que ocasiona confusión y basta con brindarle información simple para posibilitarle al niño el cumplimiento del proceso de duelo. Lo mismo sucede con respecto a la información que se le da a un niño sobre su adopción”.

Por lo anterior podría surgirme una interrogante: ¿el bebé está capacitado para elaborar un duelo de semejante magnitud? La respuesta sería no, puesto que si el abandono se da como menciona la autora a muy temprana edad, no olvidemos que apenas se está formando el aparato psíquico y aún no cuenta con recursos suficientes para ello, de aquí que, los objetos introyectados siempre y a posteriori, se ligarán al sentimiento de soledad, dolor y por ende a toda sintomatología ligada a la vivencia del abandono en sí mismo.

Significado de la frase: Uno de los componentes característicos de un niño es el narcisismo primario, en donde se sitúa la fantasía de que todo o lo es él, o le pertenece sin distingos, sin embargo, cuando no alcanza a recibir la atención o el cuidado necesarios, surge a lo que comúnmente le llamamos herida narcisista, está, ayuda a que la introyección de los objetos no se haga de manera adecuada, puesto que, en la constitución del yo, este se ve en buena medida modificado, defectuoso (por decirlo de alguna manera) o carente, de aquí que una vez iniciado el proceso del desarrollo y crecimiento del aparato psíquico y ante la falta de elementos, el niño tiende a refugiarse de manera autoprotectora y se convierte por decirlo

de alguna manera en una especie de murcielaguito que busca a toda consta sangre que lo alimente.

Refiriéndome en esta analogía, a la búsqueda casi siempre de los elementos faltantes en el yo de la madre, pero esta como ya lo he mencionado antes, cuenta con un yo precario o carente de elementos, simple y sencillamente el niño no obtendrá lo que requiere y entonces la carencia tiene como consecuencia sentimientos anclados en la fantasía que le permitan de alguna manera subsistir, a fin de que, en un futuro inconscientemente pueda adquirirlos, sin embargo, cuando la fantasía no le es suficiente busca a toda consta satisfacer esos faltantes y si a eso le sumamos la ausencia de un superyó, al haber sido abandonado por el objeto al que le corresponde instaurarlo, en este caso el padre, tendremos como resultado un sujeto que no conoce límites, que reconoce autoridad alguna y por decirlo menos lejos de sentirse solo, busca a toda costa satisfacer sus deseos por encima de quien sea o como sea, con conductas manipuladoras, compulsivas y en ocasiones hasta mitómanas, he aquí donde toma sentido la frase, el carente se vive como si el mundo entero estuviera en deuda con él y cuando no se le paga o no lo consigue, sencillamente arrebata.

Caso supervisado: Paciente varón de dieciocho años de edad, estudiante del último año de preparatoria, hijo de una mujer ama de casa de cincuenta y tres años de edad, quien tiene un hijo de su primer pareja de treinta y tres años de edad; el padre del paciente es migrante de cincuenta y siete años de edad, radicando en los Estados Unidos, con otra familia y viene dos veces por año visitarlos, el motivo de consulta manifiesto a decir del paciente es: “*me siento confundido, perdido y sin motivación*”, la información que se recaba durante las primeras sesiones ubica al paciente en primera instancia como el responsable de haber hecho que su mamá tuviera otra pareja, esto es, la mamá del paciente se embaraza de su primer hijo aproximadamente a los veinte años de edad, nunca formalizó el matrimonio con el papá de su hijo y lo crió, en casa de los abuelos, hasta la edad de quince años cuando él emigra a

Estados Unidos y no regresó por su condición de indocumentado, donde formó una familia con una chica también de su pueblo con quien tuvo dos hijos.

En ese tiempo la mamá del paciente tuvo un reencuentro con su antiguo novio de la primaria, en una de esas visitas en las que él venía con su familia en donde concibieron al paciente, una vez embarazada la señora siguió viviendo en casa de sus papas donde tuvo al paciente y lo crió sola, tiempo después cuando el paciente tenía aproximadamente entre diez y once años de edad, vio a su papá por primera vez, porque antes solo sabía que existía de oídas, cabe señalar que la figura seudo paterna para el paciente fue su medio hermano y eso a la distancia, quien proveía su manutención, una vez que conoció a su papá, este les exigió que se mudaran a vivir con él, en una casa que había construido para su otra familia.

Pero no pasó mucho tiempo, es decir algunos meses y el señor se regresó a Estados Unidos dejándolos en esa casa, fue entonces cuando comenzó a visualizarse el motivo de consulta latente del paciente, se mostraba errático, indiferente y grosero con su mamá, le reclamaba de todo y le exigía por todo, cualquiera pensaría que era porque está en el proceso de pasar de la pubertad a la adolescencia, pero si revisamos los datos anteriores, sabremos que la línea terapéutica se enfoca en el abandono, mismo que se reactiva con la segunda ida de su padre.

El comportamiento del paciente fue errático, distante y hasta cierto punto introvertido según me contaba en algunas sesiones, sin embargo me percate, que existían muchos datos que no coincidían con lo que me contaba, su asistencia a sesiones era intermitente, tanto así que en ocasiones pagaba y en otras solo avisaba de último momento que algo se le atravesó y que no podía llegar a sesión, con la finalidad de instaurar la constancia objetal y solidificar la alianza terapéutica, toleré por un par meses su renuencia, hasta que en una sesión le dije que si seguía con esa inconstancia me pondría en contacto con sus papás, cabe decir que él llegó solito a solicitar sesión, a lo cual respingo con un berrinche mayúsculo argumentado

que: “*él era mayor de edad y que podía hacer lo que quisiera*”, a lo cual pregunte: “*¿Oye en casa de quién vives? y, ¿quién te da el dinero para pagar la sesión?*”, hizo un silencio y dijo: “*ok, ok seré puntual la siguiente sesión y ya no faltaré*”.

Se mantuvo así por un mes y al cabo de ese tiempo ni que mencionar que su conducta no cambio, de aquí que me puse en contacto con sus padres y cuál fue mi sorpresa una que su mamá sabía que iba sesión semana con semana y que siempre le daba el pago de la misma, que recurrentemente faltaba a clases y no había fin de semana que no se fuera de fiesta y regresara ebrio a altas horas de la noche u o hasta el otro día, que recurrentemente llegaba con cosas nuevas, accesorios, ropa etcétera, le comenté de la situación y la señora me dijo: “*por favor dígale a su papá*”, a los pocos días el señor se comunicó conmigo por teléfono y le comenté la situación y en la charla obtuve más información, que si bien es cierto que no conoció físicamente a su hijo hasta los doce años, él nunca dejó de proveerle lo que necesitara, que le mandaba dinero a su mamá y que cuando él llamaba por teléfono nunca quiso aceptarle la llamada, que la casa la construyó uno de sus hermanos para ellos, pues a él le mandaba el dinero para esa diligencia, y que, aunque que tenía otra familia, no vivía con ellos y que no pudo regresar pronto porque una de sus hijas estuvo muy enferma hasta que murió en Estados Unidos.

Una vez que esto ocurrió, él mínimo se la pasaba con ellos de tres a seis meses cada año desde que conoció a su hijo; cabe precisar que las líneas terapéuticas y el trato en el proceso cambio exponencialmente, el paciente como se dice coloquialmente se aplicó por un tiempo, hasta que se mudó a estudiar la universidad en la ciudad y nuevamente se descontroló todo, al grado de que las fiestas eran más frecuentes y las ausencias a las sesiones más evidentes, pese a que yo mantenía contacto con sus papás, estos por fin decidieron dejar de apoyarlo económicamente y tuvo que dejar la licenciatura; regresó a casa de su mamá donde se convirtió en amo casa, dado que su mamá trabajaba y su papá no estaba, así se mantuvo

por un tiempo, en el proceso continuamos con la elaboración del duelo por el abandono, todo el enojo contenido y producido por éste, más tarde logró convencer a sus papás de regresar a estudiar y estos le apoyaron para estudiar fuera del estado, yo continué con su proceso hasta donde las condiciones fueron favorables, sin embargo el pronóstico no era del todo halagüeño y finalmente a pocos meses de haberse mudado a otra ciudad y de tomar sus sesiones en línea, el paciente abandonó el proceso.

Finalmente considero importante señalar que factores como la abismal diferencia de edades entre los papás del paciente y el momento y las condiciones en las que fue concebido, la idiosincrasia cultural, el grado de estudios, la situación geográfica, la relación nociva con los pares, entre cualquier cantidad de factores involucrados, favorecieron el anclaje de la fantasía, en la que el paciente se seguirá viviendo como “aquel al que el mundo le debe todo”.

10. “No me atrevo a rebasar a mi mamá, porque me come”

Fundamento Psicoanalítico: Zawady (2012) en su Artículo de Reflexión: “La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura”, cita a Lacan de una manera simple y poco compleja, al describir una de sus propuestas en razón de ¿qué es lo que pasa con el Edipo femenino?, en donde la madre es considerada como un cocodrilo voraz, capaz de comerse a su hija cuando se siente amenazada ante el riesgo de perder el falo adquirido por el matrimonio, de aquí que Zawady (2012) refiere:

Ya en su primera referencia al problema del estrago, Lacan ubica que se trata de algo que ocurre más allá del palo que pone freno al deseo materno. Afirmar que nunca se sabe qué puede ocurrir para que la boca del cocodrilo se cierre caprichosamente, implica concebir una insuficiencia del falo como respuesta. Es cierto que allí el estrago materno es concebido como estructural, independiente de la posición sexuada, pero, Lacan afirmaba, tempranamente, que “las madres tienen un carácter mortífero y muy especialmente en las relaciones madre-hija 22 (...).

Por lo anterior Zawady hace una presión:

Esta referencia alude a la constatación clínica de que aun cuando la mujer encuentra en el padre un referente consistente para construir la subsistencia de su feminidad, se empeña en buscar la respuesta al enigma de lo femenino o, incluso, la sustancia del ser femenino mismo en la relación primera con la madre. En su seminario “Las psicosis”, Lacan afirma que la pregunta histérica toma la forma de un interrogante por el Otro sexo, que tanto para el hombre como para la mujer no es otro que el sexo femenino. ¿Qué es ser mujer? Es la pregunta sin respuesta que orientará la articulación fantasma-síntoma en la histeria. La complejidad del estrago en la relación madre-hija es que, en muchos casos, pese a contar con el recurso al padre, la niña se empeña en buscar la respuesta al ser femenino en la madre. Paradójicamente, en cuanto mujer, la madre fue estragada primero y, por ende, lejos se encuentra de proveer una respuesta satisfactoria. De este modo se produce un circuito sin salida, transmitido como un sino trágico de madre a hija, de generación en generación.

Para fundamentar la presente frase en cuanto al pánico que siente la hija en cuanto a la rivalidad con la madre, Zawady (2012) puntualiza explicando:

Ahora bien, si no hay respuesta a la pregunta que configura a la neurosis femenina por excelencia, se entiende entonces que la temática del estrago no es resoluble del todo con la referencia a la metáfora paterna como principio de separación. Tempranamente, en “Los complejos familiares en la formación del individuo”, Lacan constata una declinación en el imago del padre como referente de la autoridad. Siguiendo esta línea, afirma que “el imago materno es mucho más castradora que el imago paterno [...] y cuando el padre es carente de una manera u otra (muerto, ausente, incluso ciego), se producen las neurosis más graves”²⁴. El conflicto es de gran actualidad en la medida en que el orden simbólico en el que se constituye la subjetividad de la época, se apareja a un ocaso del padre simbólico, dejando como consecuencia que la problemática del estrago materno se presente en la clínica contemporánea con una pertinaz voracidad. Pese a esto, es preciso afirmar que la temática va más allá de las vicisitudes del padre.

Y por último Zawady (2012) concluye con una propuesta a las interrogantes:

¿Qué salida entonces al estrago materno? Y si el estrago materno se presenta con particular intensidad en la relación madre-hija, ¿cuál es el referente de lo femenino cuando la instancia

simbólica del padre está desacreditada u opacada por el brillo devastador del Otro materno? No existe La mujer, pero sin duda alguna existen las mujeres, es decir, la solución que cada una inventa para hacer con ese punto de forclusión en la estructura. Allí donde lo femenino no cesa de no escribirse, el psicoanálisis abre la puerta a una invención singular.

Significado de la frase: ¿Cómo mantengo abierta la boca del cocodrilo para que no me coma?, sin duda es una de las preguntas más aterradoras con las que la fantasía ha de coexistir, y significativamente esta pregunta es la que le da todo el sentido a la frase en cuestión: “*No me atrevo a rebasar a mi mamá, porque me come*”, en la redición edípica en la adolescencia, la angustia de castración o aniquilación son constantes, por un lado la búsqueda de identidad propia, el sentido de pertenencia, las identificaciones, entre muchos otros factores propios de la edad están en juego, si accedo un poquito, tan solo un poquito a cumplir los deseos de mis padres, estaría condenado para toda la vida, pero si no lo hago también estaría sujeto a represalias, si entro en este juego ambivalente, lamentablemente por donde quiera que lo vea voy a perder.

Es por ello por lo que no es de extrañar que en esta etapa de la vida surjan trastornos alimenticios, de conducta, enfermedades crónicas, la reactivación de traumas de la infancia, la exagerada propensión a ponerse en riesgo, la desmedida condición de prueba y error, los pensamientos disruptivos e intrusivos que llevan al sobre pensar, como lo dice la teoría cognitivo conductual, ideas delirantes, brotes psicóticos y podría yo enumerar un sinfín de patologías, es por ello que a mi parecer, recurro en el fundamento psicoanalítico a uno de los psicoanalistas más complejos de la historia: Lacan, que en su escrito sobre el problema del estrago, no solo no simplifica la búsqueda de respuestas, sino que nos confunde más, es decir, considero que no da respuesta, pero si pone el dedo en la llaga y nos motiva investigar más sobre la compleja y al mismo fascinante psicología femenina, por llamarle de alguna manera, reto este que refuerza sin duda alguna el quehacer psicoterapéutico psicoanalítico en esta

materia y la cual hago correspondencia con la etapa adolescente poniéndolo en el mismo grado de complejidad.

Caso supervisado: Paciente mujer de catorce años de edad, la mayor de dos hermanas, cuya diferencia de edades es de cuatro años, hija de madre educadora y padre dedicado a la construcción con educación primaria, el motivo de consulta manifiesto a decir de su mamá: “*es una niña muy rebelde, grosera, ya no la soporto y es muy amiguera, tengo miedo de que salga embarazada*”, hay que mencionar que las características físicas de la paciente no corresponden a su edad, aparentaría tener unos diecisiete años, es extrovertida, se maquilla y usa ropa escotada, en la primera sesión le pregunto: ¿qué le trae a consulta?, y me responde: “*la verdad no sé, mi mamá dice que necesito un loquero jajaja*”, a lo cual respondí: ¿y por qué consideras que no lo necesitas?, y dice: “*pues mira, soy feliz como soy, tengo muchos amigos, me gusta ir a las fiestas, convivo mucho con mi hermana, bailo, canto y la escuela no me gusta la verdad, pero si quiero ser profesionista, viajar, tener mucho dinero y salirme de la casa porque ya no aguento a mi mamá, con nada le doy gusto, siempre busca un pretexto para alzarme el celular y regañarme, gritarme y en ocasiones hasta pegarme*”, a lo cual proseguí: “y no te gustaría tener a alguien a quien contarle todo eso que te pasa, sin que te juzgue, solo que te escuche y que en ocasiones cuando necesites aclarar algo o preguntar o saber algo te pueda responder?”, asintió diciendo: “si vea, órale pues me late”.

En sesiones siguientes y recabando mayor información pude saber que su papá es un hombre ausente que viaja mucho, que solo va a su casa en ocasiones los fines de semana, que las vacaciones van a otra ciudad donde están construyendo una casa, que su hermana está en la primaria y que practica artes marciales, que a ella le gusta la música de banda y bailar, ir a los jaropeos y fiestas de su barrio, entre muchos otros pasatiempos.

Casi cada sesión me hablaba de aventuras, travesuras con los amigos y denotaba ser una adolescente muy normal, sin embargo al paso del tiempo logre percibir conductas en extremo arriesgadas para su edad, como el hablar con hombre mayores de la nada por la calle, que su novio a escondidas era 6 años mayor que ella, que en ocasiones sobornaba y seducía a sus maestros para que no la reprobaran cuando sacaba malas calificaciones, que bebía en exceso, en fin que no había manera de que alguien le pusiera límites, al consolidarse la alianza terapéutica, logro entender que muchas de sus conductas eran más que una simple rebeldía, que paradójicamente se centraban en cumplirle el deseo a su mamá, ¿cuál era éste?, que inconscientemente desapareciera de su vida, porque le daba envidia que la paciente tuviera la vida que ella nunca tuvo, al vivir siempre encerrada y haberse casado con el primer novio que tuvo, que ella nunca fue bonita y que jamás la hubieran dejado hacer y ser lo que la paciente hace y es, esta rivalidad de la madre la llevo al extremo de prohibirle salir con su papá sola, ella siempre tenía que estar presente, sin embargo con sus demás familiares hombres no había ningún problema, ambivalentemente, la restringía en muchos de sus actos incitándola a hacerlos; como reacción al comprender el deseo de su madre

La paciente se condujo con mayor cuidado, se aplicó en la escuela y dejó en buena medida de ponerse en riesgo; hago un paréntesis, mi supervisora me dijo un día: “*parece caballo desbocado ¿qué esperas para ponerle la cuerda?*”, se nos va a ir al barranco y soltó la carcajada”, lo comento porque así es mi supervisión, agradable y fácil de comprender, cierro el paréntesis, continuamos con el proceso psicoterapéutico con la paciente en donde logramos descubrir que el motivo latente de consulta, redundaba en la ambivalencia de la conducta de su mamá, que no se trataba de una relación amor-odio, sino más bien en la angustia de saber que era envidia-odio.

Esto, sin lugar a dudas incrementó la angustia y el enojo, mismos que fuimos conteniendo y explicando poco a poco, hasta que a fuerza de haber interrumpido su

preparatoria y luego de un par de intentos la concluyó, fue tal la mejora de la paciente luego de tres años de proceso terapéutico, que un día la mamá me envió un mensaje de texto solo para comentarme que su hija no iría más a sesión, de aquí que dejaré abierto el tiempo de espera y la libertad de pensar las diferentes hipótesis que pudieran surgir en este caso.

II. FRASES DE OTROS AUTORES

1. “¿Cuál es tu participación en tu padecimiento?”

Frase implícita de Freud (1909)

Fundamento Psicoanalítico: La Psicoanalista Trujillo (2021) en su artículo “La Somatización hace una excelente investigación en cuanto a las patologías de origen psicosomático o somatopsíquico, explicando de manera muy puntual, clara y detallada la diferencia entre ambos, a saber:

Es necesario redefinir o al menos situar dentro de una determinada concepción de salud y enfermedad.

Trujillo (2021) dice:

Términos tales como psicosomática, estructura psíquica, pronóstico, tratamiento psicoanalítico, paciente orgánico. En los grandes textos de Medicina Interna, como sería el Harrison, no figura la palabra “psicosomático”. Y en uno de los mejores diccionarios médicos cuyo autor es Dorland en el término psicosomático, se nos remite a somatopsíquico, que según lo describe: Denota una alteración psíquica que causa síntomas mentales.

Citando a Freud, la Dra. Trujillo (2021) prosigue diciendo que:

En la histeria no hay lesión de órgano, es una lesión funcional, y además la transformación se lleva a cabo en el sistema nervioso somático (el que nos permite la motilidad), a diferencia de lo psicosomático donde la transformación se haría a través del sistema nervioso neurovegetativo y sí

produce lesiones orgánicas. La somatización propia de la histeria es del orden de simbolizar el cuerpo imaginario (la parálisis histérica nunca sigue exactamente un patrón de distribución nerviosa anatómica, es un sistema nervioso otro, imaginario). Esta simbolización en el cuerpo imaginario, hay que distinguirla de la simbolización del cuerpo real, que es la del psicosomático, se lesiona el órgano, hay una verdadera pérdida de sustancia. Para el psicosomático pensar es doloroso.

Más adelante en su propuesta. Trujillo (2021) comenta que:

El término psicosomático, fue acuñado por Heinroth en 1818. Heinroth, internista y psiquiatra, introduce los términos psicosomática (1818) y somatopsíquica (1828). El primero expresaba su “convicción” de la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer, mientras que el segundo se refería a las enfermedades en las que el factor corporal modificaba el estado psíquico. El comienzo de la medicina psicosomática lo podemos situar a finales del siglo XIX-principios del XX. A lo largo del siglo XIX la medicina comienza su desarrollo científico, se desarrolla la psicología y la psiquiatría y en 1900 aparece La interpretación de los sueños, el texto que funda el campo psicoanalítico. Desde aquí podemos leer los antecedentes o la prehistoria de la medicina psicosomática.

Y por último y lo que nos interesa para fundamentar la frase Trujillo (2021) refiere que:

En psicoanálisis no se trata de un diagnóstico definitivo, no es para otorgar un ser al sujeto, del orden de: “usted es un psicosomático”, como un médico le podría decir a un paciente después de un proceso de diagnóstico: “usted es diabético. Las estructuras psíquicas (neurosis, psicosis, perversión, psicosomática) son construcciones en análisis, no preexisten y no son estructuras férreas, inamovibles, son más bien posiciones en el lenguaje.

Sin lugar a dudas, considero que aun cuando faltan elementos que permitan coincidir o ponerse del todo de acuerdo a la medicina farmacológica y a la psicoterapia en cualesquiera de los cortes clínicos, es importante mencionar que ya existen estudios, que permiten acercarnos a diagnósticos más precisos y por ende al tratamiento con líneas terapéuticas más

específicas que coadyuben desde el trabajo multidisciplinario, atender a los pacientes con esta sintomatología, por ello y para concluir este apartado la Dra. Trujillo menciona que:

Para la medicina la salud es considerada como una especie de equilibrio, de armonía. Para el psicoanálisis no se trata de buscar ningún equilibrio. No se trata de ninguna adaptación, frente a la interpretación analítica hay un desequilibrio, una zozobra. Para comenzar a caminar, el niño tiene que abandonar los brazos de la madre, ahí también hay una zozobra, todo crecimiento implica un desequilibrio. Conozco algo nuevo y ya no puedo ser el mismo que era antes de ese conocimiento. Tengo que ser otro, y eso produce más bien un desequilibrio. Esto ya supone sacar el término de salud del dualismo salud/enfermedad. De la salud no podemos ocuparnos solos, los profesionales tenemos que trabajar junto con el paciente para producir un nuevo estado de salud.

Significado de la frase: La frase: “¿Cuál es tu participación en tu padecimiento?”, tiene un sentido profundísimo en todo tratamiento psicoterapéutico, sobre todo cuando la manifestación sintomática se presenta de manera física, es decir, como ya lo explica el fundamento psicoanalítico, es de considerar que muchos de los padecimientos y por ende de las angustias de los pacientes se ven reflejados en el dolor que sienten al estar enfermos, sin embargo, esto no quita que aun inconscientemente exista una especie de sentimiento interno que les haga pensar conscientemente que ellos han tenido la responsabilidad de su enfermedad, en algunos caso probablemente sea así, pero en la mayoría de los pacientes psicosomáticos el padecimiento físico siempre tiene un origen inconsciente, es por ello que durante el proceso psicoterapéutico y al develar los motivos de consulta latentes, podemos vislumbrar, cual ha sido el origen traumático que tuvo como consecuencia la enfermedad y es aquí donde toma sentido la frase, cuando desde el análisis, el paciente se da cuenta de que muchas de las ocasiones, por omisiones, por ignorancia o por ganancias secundarias, sucumbieron ante estos padecimientos.

Caso supervisado: Paciente mujer de treinta y dos años, con grado de estudios de técnico administrativo, ama de casa, madre de un hijo de cuatro años y esposa de un

arquitecto que trabaja en la policía, el motivo de consulta manifiesto expresa: “*soy muy miedosa, perdí mi seguridad, mi alegría, deje de arreglarme y me enojo muy seguido*”.

Ella es miembro de una familia extensa y por la complejidad del familiograma solo me remitiré a mencionar datos específicos, sus padres son divorciados, es la mayor de cinco hermanos, su madre es comerciante y refiere que su papá maneja un camión, sus papás antes y después de este matrimonio, han tenido más hijos, es decir, tanto la mamá, como el papá han formado tres familias distintas, una antes y otra después de la que está en cuestión, espero darme a entender, conforme avanza el proceso y al recabar mayor información, la paciente por ser la mayor se dedicó a cuidar y a criar a sus hermanos menores, ya que vivían en una localidad rural a las afueras de la ciudad, cuando sus papás se separaron, la mamá se dedicó al cuidado de una casa de alquiler, lugar donde se prostituía so pretexto de la manutención de sus hijos, motivo por el cual la paciente fue víctima de varios intentos de abuso sexual, a la edad de catorce años tiene su primer trabajo formal y su mamá le quitaba todo lo que ganaba según su dicho para darle de comer a sus hermanos, de igual manera sufrió maltrato, negligencia y una serie de vejaciones que la obligaron a los dieciséis años a huir a la ciudad, en donde encontró un trabajo de cuidadora de una adulta mayor, quién le brindo también casa y alimentos, a la muerte de la adulta mayor es acogida por una hermana de ella y continua trabajando y estudiando secundaria y preparatoria en sistema abierto.

Cuando concluye estos estudios, trabaja como acomodadora, administradora y cajera en una tienda de abarrotes, donde también tenía alojamiento en las bodegas, alrededor de los dieciocho años conoce a su primer y único novio con el cual se casa cuatro años más tarde, el esposo se muda a vivir con ella al lugar de la bodega y comienzan su vida familiar mientras este continuaba con sus estudios, hay que mencionar que ella lo apoyo económico hasta que concluyó.

Aproximadamente un año después, más tarde se mudaron a la casa de sus suegros cuando el esposo consiguió trabajo en la policía y de allí lograron adquirir un terreno al cual se mudaron a vivir en condiciones muy modestas por decirlo menos, a los veintisiete años la paciente se embaraza de su único hijo y dadas algunas complicaciones tuvo que ser intervenida en el parto por cesárea y es donde comienza toda su travesía, las secuelas del parto le generaron incontinencia en las vías urinarias al grado que por un tiempo considerable tuvo que usar pañal, a los veintinueve años fue nuevamente intervenida quirúrgicamente para reparar las vías urinarias y corregir la incontinencia.

Sin embargo, está, solo disminuyó pero no desapareció por completo, durante este periodo su esposo le fue infiel y ella sufrió un ataque de histeria y es atendida en seguridad social donde le diagnosticaron depresión y durante aproximadamente cuatro años fue tratada en psiquiatría y medicada con antidepresivos, motivo por el cual se reconcilia con su esposo y continua con su matrimonio, al momento en el que inicia su proceso psicoterapéutico, consideramos que las líneas terapéuticas a seguir sin duda eran el profundizar en el origen de la depresión y por obviedad supusimos que todo apuntaba a que era una paciente histriónica, sin embargo conforme avanzó el proceso y la depresión aparentaba ser un síntoma de una estructura psíquica del tipo melancólica, el tratamiento psicoterapéutico apunto a que se hipotetizara hipocondría, dado que la paciente presentaba manifestaciones de enfermedades físicas muy frecuentes, cada sesión llegaba con un padecimiento distinto, presión arterial alta, mareos, colitis nerviosa, gastritis, diarreas frecuentes, la incontinencia permanecía, inflamación estomacal, entre muchos otros padecimientos, cabe señalar que seguía bajo tratamiento psiquiátrico, todos estos padecimientos dirigieron el proceso psicoterapéutico a considerar la elaboración del duelo por la infidelidad de su esposo.

En este punto, existió un ligero avance cuando se le trató la elaboración del duelo y los pasos técnicos que nos llevaron a conducirla a cierta estabilización emocional, sin

embargo, la sintomatología persistía, por lo que considere el requerimiento de su expediente médico, con la finalidad de revisar el ¿por qué del tratamiento psiquiátrico?, y a la fecha de esta solicitud la paciente ya tenía seis años con antidepresivos, la institución de seguridad social donde le diagnosticaron depresión accedió a entregarnos un informe clínico en donde solo señalaba un “*episodio generalizado de ansiedad y crisis*”, textualmente citado, que el médico de medicina familiar mes a mes le prescribía el mismo medicamento sin jamás haberle hecho otra valoración, de aquí que, solicité una nueva valoración psiquiátrica con la médica a la que refiero casos para tal efecto, en donde la sorpresa fue que la paciente no requería de ningún medicamento, ya que no presentaba ningún síntoma que pudiera confirmar el diagnóstico de la depresión, motivo este, para haber reclamado la negligencia médica.

Al cabo de unos meses y al haberse retirado paulatinamente el medicamento, por cuestiones de seguridad y salud física, la paciente dejó de tener síntomas y enfermedades de manera casi inmediata, por lo que consideramos que el medicamento era el elemento que generaba los padecimientos antes mencionados como efectos secundarios por la ingesta del mismo, continuando con el proceso psicoterapéutico, los sentimientos de miedo, inseguridad y el de incontinencia urinaria persistían, pero dada la lucidez con la que la paciente se conducía sin estar ya dopada, logramos encontrar el motivo de consulta latente, el cual tiene su origen en una sentencia, secreto a voces y conducta hereditaria por parte de las mujeres de la familia, cuyo discurso narra: “*todas las mujeres de esta familia tienen que soportar la infidelidad de los hombres, porque al fin y al cabo, nos siguen manteniendo y les hemos dado hijos por los que nunca, por más infieles que sean, nos van a dejar*”, ante lo asombroso que pueda ser este discurso, la paciente se sentía culpable por haberse conducido en un primer momento, en contra posición al mismo, puesto que, ella había dejado al marido infiel y de acuerdo a sus principios, nunca permitiría que un hombre la traicionara, que al salir de su

casa y ver la forma en la que vivía su mamá y sus tías se dijo así misma: “*jamás voy a ser y hacer lo que ellas hicieron*”.

Sin embargo inconscientemente el motivo de consulta latente se presentó en la compulsión a la repetición, al aceptar de nuevo a su esposo como si nada pasara, este descontento, insatisfacción y traición a sus deseos, la ha llevado a asumir la culpa e introyectarla de tal manera que no solo se generó una enfermedad crónico degenerativa como la artritis, sino que también desde la fantasía, hace todo lo posible por mantener, y manipular a su marido por ganancias secundarias, mismas que son al tiempo del proceso la línea terapéutica enfocada a atender, dado que paradójicamente no ha podido ser consciente de que el daño lo aplica a la inversa, cumpliendo así los deseos de inhabilitación latentes en la persona de su esposo quien la prefiere enferma, incapacitada e inútil.

Por todo lo anterior considero señalar que el pronóstico de la paciente no será del todo satisfactorio por la enfermedad crónico degenerativa que ya padece, pero sí, existe un elemento específico que me permite decir que en algún momento de su proceso podrá hacer consciente mucho material inconsciente, el cual es la constancia objetal que ha mostrado durante casi seis años de tratamiento, misma que le ha permitido ir superando miedos y padecimientos físicos, como la desaparición de la incontinencia urinaria, entre muchos otros.

2. “Hacer lo mejor que podemos con las canicas que nos tocaron”

Autora: Dra. Margarita Tapia (2008).

Contexto: Figura paterna estable, “*mi mamá siempre me quita lo que tengo*” (Discurso Paciente - idea introyectada). Resignificación de la separación inicial/perdida de la familia. Conflicto negativo con la mamá) consciente de que no es su familia.

Nota: con facilidad me ponía en contra de sus papas que me obstaculizaba rescatar algo y verlos con compasión. “*todo victimario, fue primero una víctima*”. Ayudar a entender los objetos internos.

Fundamento psicoanalítico: Dado el señalamiento contextual anterior al que me refiero como dos elementos importantes en la fundamentación psicoterapéutica psicoanalítica, hay que decir que el paciente a menudo me hacía dudar de la línea terapéutica, uno dado sus objetos introyectados de manera muy ambivalente, mostrada en las contradicciones de su discurso y por otro lado la interminable actitud de los padres en cuanto al buscar o pretender sabotear el proceso, por ello recurro a Radechik Alejandro y Velasco Susana (2019) para dar una clara explicación de lo realizado durante este proceso, ellos señalan que:

Desde una visión intrapsíquica o intersubjetiva que se encuentra principalmente por Freud en la primera parte de este libro, vemos que son los impulsos distintivos, también llamados pulsiones y deseos, de acuerdo al matiz que se le da al significado de los mismos, uno de los elementos fundamentales del movimiento psíquico, ya que están determinados originalmente por nuestra necesidad de sobrevivir, además de formar parte de nuestra condición humana.

Sin embargo, son factores determinantes en la conducta del sujeto, dado que predeterminan la visión del mundo y la manera de relacionarse con él, así como los condicionamientos propios de la conducta, mismo que tienen su origen la pulsión, motivada por elementos como la venganza o deseo de aniquilación.

Y en consecuencia señalan, para dar más claridad a lo que me refiero con antelación mencionan que:

La pulsión es un concepto intermedio que está anclado tanto al cuerpo como a la mente, esto significa que se trata de un representante psíquico (pulsión/deseo) de aquellos estímulos que surgen en el interior del cuerpo (impulso instintivo) ante la presencia de una necesidad (hambre, frío, sueño, etc.).

La pulsión responde a los patrones de supervivencia (de auto conservación) y tienen como objetivo preparar a la persona para buscar satisfacerla.

De aquí que, elementos como los mencionados favorecen o en su defecto coadyuban para determinar la introyección de los objetos primarios, mismos que si bien no determinan las pulsiones, si favorecen la conducta del sujeto, dado que en principio condicionan a posteriori la misma. Si los objetos primarios introyectados son demasiado amenazantes:

De acuerdo con Freud, la pulsión tiene como fuente que la origina la tensión generada en el cuerpo y la mente, por la necesidad física y/o psíquica que requiere ser satisfecha. Como objeto, la pulsión tiene para sí a aquella persona, cosa o idea mediante la cual se desea satisfacer la necesidad y, como fin, lograr conseguir descargar la tensión.

Por último y en la condicionante de la búsqueda de recursos suficientes que favorezcan una modificación de los objetos introyectados hay que considerar que:

Desde una visión interpersonal o intersubjetiva de la psique en la cual se confiere un valor especial a las interacciones humanas, especialmente a aquellas de la temprana infancia, con las figuras significativas, la pulsión, también llamada deseo comparte la misma fuente somática y psíquica en la que se origina, pero más que ir en busca de descargar una tensión, va en busca de aquella persona, idea, proyecto u objeto significativo, que creemos capaz de procurarnos satisfacción y seguridad.

Y solo como acotación aclaratoria no hay que olvidar que:

A lo largo de su obra, Freud planteó la existencia de dos pulsiones innatas: la pulsión sexual o de vida, también llamada Eros y la pulsión de muerte, Thanatos. La primera tiende al movimiento, al desarrollo progresivo y evolutivo, mientras que la segunda a la involución, al reposo y hasta la propia muerte.

Significado de la frase: *Es desde esta mirada combinada entre lo biológico, lo filogenético y lo psíquico, y desde distintas dimensiones, que también se va a entender la conducta y sus motivaciones tanto conscientes como inconscientes (Ibidem).*

¿Canicas?, sí, canicas, a lo que llamaremos recursos o herramientas psíquicas, emocionales, mentales y sentimentales, que se adquieren durante el proceso de desarrollo psicosexual y la formación del aparato psíquico, desde la teoría de Freud, si bien en cierto que físicamente desde la concepción se cuenta con elementos básicos para la supervivencia, tales como el miedo, sentimiento básico que permite activar las defensas sensoriales del cuerpo ante cualquier actividad hostil o de peligro, así también adquirimos los deseos, elementos psíquicos que permiten impulsar al sujeto a realizar distintas actividades, como la interacción, los vínculos, el conocimiento, que en conjunto integran la experiencia, misma que permite al sujeto la oportunidad de conocer, descubrir e integrarse adaptativamente en el mundo y la realidad, mismos que dotan a la persona de recursos suficientes para poder crecer y adecuarse a la vida propia y a la relación con los otros.

Sin embargo, a lo que se refiere la frase es que no siempre recibimos estos recursos de manera adecuada o suficiente, por lo que es conveniente hacer un análisis del con qué recursos o herramientas contamos, como para que a partir de allí, logremos entender, vivenciar, porque no potencializar o simplemente aplicar en la defensa de las amenazas constantes del devenir de la vida o de las experiencias críticas o traumáticas de nuestra existencia, de las cuales nadie estamos exentos.

Caso supervisado: Paciente varón de veinte años de edad, estudiante de la licenciatura en Cultura Física y Deporte, cuyo motivo de consulta manifiesto es la imposibilidad de poder concretar proyectos, tareas, ejercicios, amistades, relaciones de noviazgo, entre otras, al integrar la información de su expediente logramos percatarnos que el motivo de consulta latente era la sensación de culpabilidad al sentirse abandonado por sus padres biológicos, cuando el paciente contaba con aproximadamente un año y medio de edad, sus padres emigraron a los Estados Unidos de América, dejándolo al cuidado de sus abuelos paternos, a él y a su hermano de cuatro años de edad, durante veinte años mantuvo contacto

con sus papás solo por videollamadas o llamadas telefónicas y nunca había tenido un acercamiento físico con ellos, el paciente presentaba crisis que le imposibilitaban concretar sus actividades al grado de que la culpa le generaba pensamientos intrusivos con preguntas recurrentes: *¿Qué hice mal? ¿Por qué no me quisieron? ¿Qué defectos tengo? ¿no fui suficiente para que se quedaran conmigo?*

Conforme pasó el tiempo estos pensamientos se fueron agudizando durante el tratamiento, porque su tendencia lo llevaba constantemente a confirmarse el abandono, dado que sus papás continuaron con su vida como si nada estuviera pasando y en Estados Unidos de América tuvieron dos hijos más, a los cuales si criaron y en conjunto formando una aparente nueva familia, de la cual el paciente no se sentía parte y le confirmaba aún más el rechazo, esto derivó en sentimientos de venganza, lo que lo llevó al autosabotaje, es decir, a él mismo impedirse culminar tareas, objetivos y proyectos con la idea inconsciente de que no recompensaría con su esfuerzo nada que hiciera sentir que sus padres habrían hecho bien al abandonarlo y así gratificarlos por el simple hecho de haberlo sustentado económicoamente.

En esta primera parte del proceso psicoterapéutico que duro alrededor de tres años, la línea terapéutica nos llevó a fortalecer el Yo del paciente logrando que culminara sus estudios universitarios y pudiera tener su primera relación sentimental con una chica que no solo afianzó, sino que también ayudó a que el paciente tuviera seguridad y confianza en sí mismo, logró comenzar a trabajar en un gimnasio por alrededor de unos seis meses, sin embargo, el sentimiento de abandono era tan inconsciente; que fue, en cierta medida disminuyendo la sintomatología, pero no fue posible erradicarlo, sobre todo cuando el paciente decide viajar a Estados Unidos, con la plena convicción de que reencontrarse con sus padres.

La idea es que esto ayudaría a responder muchas de sus preguntas y a mitigar con ello, no solo el sentirse abandonado sino, en la búsqueda del porque se consideraba merecedor de ese abandono; estando con sus papás el paciente continuó con su proceso

psicoterapéutico por alrededor de seis meses más, abandonándolo como era previsto en su pronóstico, dado que el encuentro con su familia simplemente no fue el alivio que esperaba y solo le confirmó el trauma, despertando en él, nuevamente sentimientos de venganza, aplicándolos en sus actitudes y discursos como: “*ahora que se aguanten ya estoy aquí*”, manifiesto desorden en la habitación que compartía con sus hermanos y actitudes de rebeldía que lo llevaron a confrontarse en varias ocasiones, no solo con sus papás sino también con sus hermanos.

Cuando aplico en este caso la frase “*hay que aprender a vivir con las canicas que nos tocaron*”, me refiero al hecho de que, durante el tratamiento en su primera fase, el paciente mostró muchas mejoras, fue resiliente, más responsable, enfocado y menos distraído, y en algunos momentos inclusive productivo, sin embargo, dada la tendencia al abandono, no pudimos concretar suficientemente el fortalecimiento del Yo del paciente.

Nota: esto demuestra que, pese a todos los esfuerzos o recursos psicoterapéuticos aplicados en la línea de tratamiento, no siempre los resultados son los esperados, pero no por ello se deja de aplicar todos y cada uno de ellos (canicas) y herramientas necesarias para conducir y guiar al paciente a una mejora lo más cercana a una vida funcional.

3. “Has decidido vivir auténticamente”

Autor: Winnicott D. (1969).

Fundamento Psicoanalítico: Iglesias & Ignacio (2013). en su Ensayo: Notas para pensar el «fin de análisis» comentan:

Winnicott hace un análisis semántico y modal de la frase “yo estoy solo”. Decir “yo” -afirma el autor- ya implica un gran crecimiento emocional que habla de cierto grado de integración, pero en la cual

no hay aún ninguna referencia al vivir (Ibidem: 40). El próximo paso es analizar el “yo estoy”. Aquí “el individuo no tiene solo forma, sino también vida. Cuando empieza el “yo soy”, el individuo, por así decirlo, está en bruto, sin defensas; es vulnerable, potencialmente paranoide” (Winnicott, 2011a: 41). Por último, Winnicott se detiene en la frase completa: “yo estoy solo”. Esta frase sí supone la apreciación de la existencia continua de la madre, si bien esto no implica una percatación consciente. ““Yo estoy solo” es un desarrollo del “yo soy” (Ibidem: 42). Aquí se juega con la ambigüedad del “to be” inglés, que corresponde al mismo tiempo a “ser” y “estar”. El argumento winniciotiano para sostener y justificar la paradoja -de que la capacidad para estar solo se base en la experiencia de estar solo en presencia de alguien- (...).

Significado de la frase: Poner en la realidad las consecuencias que se hipotetizaron y hacerse cargo de la toma de decisiones, para entender a qué me refiero hay que decir, que uno de los más comunes motivos de consulta es la falta, falta de algo o de alguien, que provoca la sensación de un espacio que al sentirse como vacío puede ocasionar que el paciente se viva como no suficiente (ser) o que el mundo entero está en deuda con él (estar), el primero situándose en la condición del abandono y el segundo en la respuesta y venganza por la carencia que le provoca dicha situación, de aquí que, cuando el paciente se vive como la cusa del abandono, surge la culpa, es decir “nunca soy o seré suficiente”, ¿qué hice mal? ¿por qué no me quiso?

Esta y otras tantas preguntas invaden de manera inconsciente el pensamiento consciente del sujeto hasta convertirse en ideas recurrentes; en cuanto al sentimiento de venganza, me refiero al hecho mismo en el que el sujeto se ve o se concibe como víctima, es decir, es o son los otros, los culpables de su desgracia y todo lo que ha vivido y lo que le ha pasado es por su irresponsabilidad e indiferencia para con él.

Ante esto, la frase se refiere a que el objetivo del proceso terapéutico es acompañar al paciente a que se reconozca como sujeto sufriente para sí mismo, así pues, el proceso de análisis le permite que se logre ver a él mismo y vea a los otros como lo son, adquirir

recursos y herramientas que le dispongan a la aceptación y le brinden la oportunidad de reconocer límites, carencias y limitaciones a fin de que pueda vivir de manera auténtica, esto es, ser y estar para sí mismo y para los otros sin sentimientos de culpa y/o actos de victimización.

Caso supervisado: Paciente de diecisiete años, cuyo motivo de consulta manifiesto es angustia por sentirse culpable de la muerte de sus padres y su hermano, cabe apuntar que sus padres murieron por cirrosis ocasionada por alcoholismo y su hermano ocasionada por una infección general en el cuerpo, provocada por un balazo recibido en la columna, hay que decir que esto se suscita en un lapso no mayor a tres meses, cuando el paciente tenía aproximadamente doce años, otro dato que habría que agregar es que el paciente también fue víctima de abuso sexual cuando tenía aproximadamente ocho años.

Toda esta vivencia llevó al paciente a experimentar ideas delirantes ocasionadas por la angustia de muerte y desintegración, misma que le produjo sensaciones como el sentir que se saliera de su cuerpo, que este fuera ajeno al mismo o que las personas eran como robots, así como el terror de observar el cielo cuya profundidad y oscuridad de la noche sentía que se lo tragaba; la primera etapa del proceso duró aproximadamente tres años en donde la línea terapéutica nos llevó a descubrir la posibilidad de un brote psicótico, sin embargo, logramos contener al paciente y fortalecer su Yo, al punto de que abandonó el proceso psicoterapéutico y logró vivir con cierto grado de autenticidad, es decir concluyó sus estudios de preparatoria, por un periodo corto de tiempo se independizó y vivió solo, consiguiendo un trabajo estable y llevar a cabo una relación de noviazgo por alrededor de dos años.

Sin embargo, después de un receso de aproximadamente cuatro años, el paciente regresa al proceso psicoterapéutico ahora con ideas y delirios que le incitan a lastimarse y a lastimar a otros, por ello se ha requerido de un tratamiento multidisciplinario apoyándonos

con la medicina psicofarmacológica, prescrita por un médico psiquiatra que coadyuvará a una segunda contención de un posible brote psicótico.

4. “Los que fracasan cuando triunfan”

Autor: Freud S. (1916).

Fundamento Psicoanalítico: Godínez (2018) en su artículo: “El sentimiento inconsciente de culpa: el éxito de todos los fracasos”, menciona esta famosa frase, en la que describe cómo es posible que cuando una persona logra conseguir lo que quiere o lo que desea, aun así, no puede sentirse del todo satisfecha e inclusive sentir culpa por haber concluido una etapa, recibir un reconocimiento o simplemente reconocerse el éxito y el esfuerzo realizado por haber conseguido lo que quería, es por ello que citando a Freud refiere:

(...) (1916), el fundador del psicoanálisis describe el cuadro clínico de algunos pacientes que se enferman cuando cumplen un deseo profundamente codiciado y por mucho tiempo perseguido: “parece como si no pudieran soportar su dicha, pues el vínculo causal entre la contracción de la enfermedad y el éxito no puede ponerse en duda”, explica Freud. En estos casos se describe la situación de personas que se enferman cuando triunfan. Mientras pueden desear algo en la fantasía, se encuentran en situación estable y luchan por realizar sus deseos, pero cuando logran lo anhelado, destruyen el éxito obtenido.

La vida erótica está repleta de ejemplos: hombres con episodios de impotencia en el momento en que pueden consumar el acto sexual con la mujer deseada, mujeres que rechazan una relación de pareja cuando al fin encuentran a un hombre amado, honesto y próspero. En el campo laboral hay casos de personas que sufren de inhibiciones cuando logran el empleo esperado, profesionistas que estropean su trabajo cuando ocupan puestos con mayor responsabilidad, reconocimiento o beneficio económico, estudiantes que arruinan su vida académica en el momento de presentar la tesis o un trabajo terminal. En ocasiones, este tipo de fracasos pueden ser descritos como una serie de autosabotajes, como un destino desafortunado que les persigue. Al final, estos pacientes conciben su existencia como una

sucesión de descalabros, de elecciones incorrectas, y se instala en ellos una lista de autorreproches y sentimientos de auto denigración.

Por lo anterior surge una cuestionante:

¿Por qué cuando ya no hay ningún obstáculo externo para cumplir el deseo, aparecen los obstáculos internos que impiden la satisfacción? Para ahondar en esta cuestión, Freud recurre al ejemplo de Lady Macbeth. Después de que el rey Macbeth ha matado a Duncan y puede ocupar el trono, se impone en ella un sentimiento de descontento. Cuando imagina que no puede quitarse las manchas de sangre de las manos, se cumple en ella el remordimiento que atañe al crimen del rey Macbeth. Freud interpreta que la conciencia moral le impide a Lady Macbeth gozar del reino.

Una de las cosas a mi parecer más interesante en estos casos, sin duda, es el sentimiento de culpa que genera haber conseguido el éxito, mismo que podemos observar en la clínica, las causas de ello son muy diversas, por mencionar algunas, se ha presentado como venganza, es decir ¿cómo voy a darle gusto del triunfo a alguien que me obligó a hacerlo para cumplir su deseo o su fracaso?, en otro contexto como insatisfacción, es decir, ¿por qué tengo que darle satisfacción y orgullo a una persona que me abandono, no me quiso y no le importe? Por ello Godínez (2018), siguiendo a Freud señala:

Lo interesante es que el sentimiento de culpa es inconsciente: el enfermo no se siente culpable, sino fracasado. Parece que le va mal, que es objeto de un destino fatal, que decide caminos equivocados, pero todo este armazón corresponde a un impulso a hacerse sufrir, a representarse una escena en la que la desgracia se repite, inevitablemente. La persona muestra los signos de su humillación a los seres más queridos y entonces obtiene ganancias secundarias con la commiseración. El fracaso autoinflictedo es un autocastigo que nace de la crueldad volcada sobre sí mismo para mostrarse una y otra vez como un objeto denigrado. Para la conciencia moral el fracaso puede convenir más que el éxito. Este tipo de complejo, en el que se expían las culpas con el repetido fracaso o con la destrucción cíclica de lo obtenido, sume al paciente en una grave melancolía. La existencia se convierte en una frustración constante y carente de sentido; el sentimiento de sí es menoscabado y el enfermo sufre un delirio de insignificancia.

Significado de la frase: En un contexto particular centraré esta frase en el primer párrafo del artículo cuyo autor cito y que, al exponer el fundamento psicoanalítico será con la intención de hacer mención que todas y cada una de las exposiciones o manifestaciones de manera puntal por el autor aplican en suma al caso que presentaré.

Caso supervisado (Continuación del proceso, nuevas líneas terapéuticas y actualización de información relevante): Paciente varón de veintiséis años egresado de la Licenciatura en Derecho, hijo de madre ama de casa y comerciante, con escolaridad primaria (dato importante, la señora sufrió dos abortos antes de poder concebir al paciente), padre agricultor y comerciante, siete años mayor a la esposa, con escolaridad secundaria. El paciente tiene un hermano tres años menor que él y que solo terminó la preparatoria dedicándose al trabajo del campo y a la albañilería, cuenta también con una hermana cinco años menor estudiante de Derecho y comerciante; el motivo de consulta manifiesto: sensaciones de ansiedad y estrés extremo, que no le dejan estar en paz, al grado de no poder dormir y sentirse cansado todo el día, sentimientos de miedo por actos que llega a tener con una persona que no puede dejar de pensar en ello, impotencia sexual que le impide tener relaciones sexuales plenas y placentera, presenta cuadros alérgicos principalmente respiratorios y dermatitis continuamente; como dato recabado recientemente, tuvo una cirugía por una hernia inguinal a los dos años de edad.

Durante el primer año del proceso psicoterapéutico la línea terapéutica se dirigió a buscar las causas de la ansiedad y el extremo estrés en el que se sentía el paciente, logrando descubrir que se vio obligado a cumplir un deseo del abuelo y por ende de su padre, al estudiar una licenciatura que expresamente él no quería y no le gustaba, motivo por el cual se veía con la herencia que lo condenó a vivir una vida frustrada e insatisfecha en muchos sentidos, sin embargo al cabo de año y medio de tratamiento en una ocasión el paciente llegó desbordado y dijo: *“ya no puedo más esta situación es insopportable”* rompiendo en llanto y

susurrando logró verbalizar que ha sufrido abuso sexual a los once años de edad efectuado por un primo suyo que en ese entonces tenía treinta años de edad, narra que compartía habitación con su hermano menor cuando vivían en casa de su abuelita y durante algunos meses, sus padres le dieron hospedaje al sujeto abusador quitándole al paciente su cama para que éste la usara y enviándolo a dormir en otra cama con su hermano.

No obstante, este no fue obstáculo para el abusador quien en repetidas ocasiones por algunas noches se pasó a la cama donde dormían los niños para abusar sexualmente del paciente, he aquí que surge el motivo de consulta latente a tratar, que cambia por completo la línea de tratamiento psicoterapéutico, ahora enfocada a tratarlo en estas nuevas condiciones y con información sumamente importante para el proceso, el abuso sexual infantil genera un trauma en el que pareciera que el paciente se vive en un constante *continuum* que le impide desanclarse, lo que es provocado por el sentimiento de culpa que se instaura como reacción secundaria al verse desde la adultez con cuestionamientos de reproche y pensamientos punitivos invasivos como: el de, “yo no sabía que era malo”, “yo creí que me quería”, “yo pensé que estaba bien”, “yo no creí que me hiciera daño”, “tal vez yo lo provoque”, “por qué no me defendí”, “si le hubiera dicho a mis padres”, “ahora que pensaran de mi”, entre muchos otros, los cuales sitúan al paciente en una especie de bucle repetitivo que les imposibilita continuar, seguir a delante y por ende crecer, todo ello se manifiesta en un constante castigo merecedor, por no haber actuado en defensa de sí mismo ante un hecho tan horrible y doloroso, pero la pregunta clave es: ¿Qué puede hacer un niño de once años, ante un sujeto de treinta años que le inspira confianza por ser parte de su familia, que por ser adulto refleja cierto grado de autoridad y fuerza, al tiempo en el que el secreto es clave para situaciones tan lesivas como esta?

Sin duda la respuesta tristemente es “*Nada*”, de aquí que la indefensión se transforma en síntomas como la obsesividad y la compulsión la repetición, así como al continuum en el

enojo y por ende a la imposibilidad de comprender el cansancio y el estrés provocado por estos pensamientos intrusivos.

Hay que decir que el paciente se entendía, miraba o se creía como dañado o defectuoso, lo cual le imposibilitó en muchas ocasiones a reconocer y disfrutar algunos de sus logros, tales como el ser un buen jugador de futbol, un buen hijo administrador de la tienda de abarrotes de sus padres, buen hermano que se desvivía al cuidado de sus hermanos y porque no, buen estudiante al punto de haber concluido la licenciatura.

Pero nada de eso le fue suficiente, sus relaciones interpersonales lo llevaron a la promiscuidad, y a una relación de noviazgo en donde la manipulación y el chantaje eran el eje motor de la misma, y que decir de los amigos que se convirtieron en los abastecedores del alcohol que le ayudaba según comenta: “a evitar esos pensamientos y sentirse mejor”.

Partiendo de la premisa: “No es justo voltear a ver el pasado con los ojos del presente” y la validación del hecho, de que el abuso si ocurrió, evitando así la negación de ello, logramos que el paciente disminuyera en buena medida el sentimiento de culpa al grado que las somatizaciones, aunque se siguen presentando no ocurrieran con tanta frecuencia ni con mayor intensidad a las anteriores. Actualmente el proceso lleva ya cerca de cuatro años de tratamiento y el paciente ha progresado de manera considerable al punto de que logró obtener su título de Licenciado en Derecho y su cédula profesional, aspectos que le permitieron conseguir un trabajo estable dentro del departamento de seguridad municipal de su localidad ejerciendo su carrera, así mismo dejó de practicar relaciones sexuales de riesgo, culminó con su relación de noviazgo, y modificó significativamente su manera de beber.

A decir del artículo que cito al inicio de la consideración de esta frase, son un sinfín de elementos tanto circunstanciales, como traumáticos o de carencias y abusos, los que llevaron al paciente a autosabotearse, de tal modo que todo ello da sentido al miedo que se

tiene al sentirse bien con el síntoma al cual tristemente se acostumbró, impidiéndole así, llevar una adolescencia normal y por consecuencia una vida como joven adulto plena y satisfactoria.

Cabe señalar que el pronóstico a esta fecha del paciente es bueno y se seguirá trabajando en el desanclaje traumático y en la validación del concebirse ahora como una persona valiosa y merecedora de una vida útil y fructífera, en cuyo caso el éxito sea el denominador impulsor del disfrute y no el causante del fracaso sintomático del goce.

5. “Soy lo que siempre me han pedido ser”

Autor: Paciente la deportista (2022).

Fundamento Psicoanalítico: González (2020) “El deseo es el deseo del Otro”, siguiendo a Lacan en sus Seminarios V y XXIII “*Necesidad, demanda y deseo*”, hace un profundo estudio, respecto del cumplimiento del deseo del otro y en buena medida hasta predispuesto o predeterminado introyectado en la persona del bebe inclusive antes de nacer, refiere que:

El orden simbólico está desde antes de nuestro nacimiento, ya venimos al mundo con un nombre propio y cargados de deseos y fantasías del Otro que espera nuestro encuentro. Cuando él bebe grita, es el Otro del cuidado quien lo va a transformar en un pedido, va a intentar ponerlo en palabras, convertirlo en una demanda, en un llamado, intentando deducir que es lo que él bebe está pidiendo. Entonces, no sólo estamos definidos por el discurso del Otro desde antes de nacer, sino que también dependemos del Otro para conformar nuestro yo y para satisfacer nuestras primeras necesidades.

González (2020) hace una precisión respecto de la cita anterior:

Si la relación del deseo con el objeto no fuera problemática no habría tema para tratar en el análisis. Los hombres, como los animales, se dirigirían a su objeto, y no le darían rodeos a éste. [...] es decir, el hombre goza de desear, de ahí la necesidad de mantener el deseo insatisfecho” explicaba Lacan en el seminario V. En esa necesidad de mantener el deseo insatisfecho se evidencia que el sujeto no siempre quiere lo que desea, sino que la mayoría de las veces eso que desea es inconciliable con el Yo”, y, por ende: “Entonces el deseo humano es siempre insatisfecho en tanto no hay ningún objeto que lo satisfaga plenamente, el objeto se desliza, cuando aparece alcanzar su objetivo, resurge con otro nuevo decía Lacan.

Para concluir con el fundamento González (2020) refiere que:

Por último, queremos destacar que, si bien el deseo es siempre insatisfecho por estructura, es también lo que nos permite soñar, proyectar, hacer arte, amar. El deseo es motor de vida y es por ello que el psicoanálisis se rige por la ética del deseo.

Significado de la frase: “Soy lo que siempre me han pedido ser”, no es otra cosa que la materialización del deseo del otro introyectado o depositado en el sujeto, como dice Lacan inclusive desde antes de ser concebido, de aquí que, esta frase toma su sentido al haber sido expresado y emitido por alguien que hasta hace poco ha vivido sufriendo por no cumplir los deseos de los otros, a lo que yo llamo expectativas.

Estas mismas que tienen a mi haber dos connotaciones, una negativa y la otra positiva, a saber: en la primera el sujeto está condenado a cumplir la exigencias, las normas, dictados en inclusive a renunciar a su propia vida por complacer y desde la fantasía mantener feliz o contento al otro, impulsado por varios miedos, entre ellos “el que no se vaya” o el más común “el que no me deje de querer”; en la segunda cuando el sujeto es deseado desde el Amor, planeado y concebido en un ambiente medianamente sano, en donde los objetivos y metas propias de los padres han sido resueltas o satisfechas, es ahí donde para mi toma sentido esta frase recordando las palabras de Jesús en el Evangelio Juan. 8 (31-32) “y conocerán la

Verdad, y la Verdad los hará libres” y cuyo sentido y significado personal seria: “quien fue concebido en el amor siempre será libre”.

Caso supervisado: Mujer de veintidós años egresada de la licenciatura de nutrición, de doble nacionalidad (estadounidense naturalizada mexicana) hija de padres migrantes y comerciantes actualmente, siendo la menor de dos hijas, cuya diferencia de edad entre ellas es de cinco años, actualmente reside en una localidad rural de México, cuyo motivo de consulta manifiesto a decir de sus palabras: “*sufro mucho y me duele no ser lo que mi novio quiere, nunca le doy gusto y me maltrata por todo*”.

Durante su proceso psicoterapéutico que la fecha lleva ya casi cuatro años, hemos podido recabar información suficiente para ir modificando las líneas terapéuticas en su proceso, explico brevemente un par de ellas, mientras era estudiante de la licenciatura.

Era una alumna con un buen desempeño académico y formaba parte del equipo de atletismo de la universidad, mismo que la llevó a competencias nacionales, sin embargo, recurrentemente sufría lesiones ya sea, en piernas, tobillos o pies, estas se manifestaban casi siempre después de alguna competencia, durante este periodo dejo de tener amigos y se aisló considerablemente al punto en el que se mostraba con aspecto poco femenino, más robusto y varonil, motivo por el cual a pesar de sus logros fue víctima de burlas por parte de sus compañeros, no hay que olvidar que al novio no le gustaba que se maquillara, que usara vestidos o faldas y menos que compitiera.

Ella cumplió a cabalidad las dos primeras exigencias, aunque la segunda no, porque el deporte lo practicaba en la ciudad donde estudiaba y no en el rancho como ella lo llama, le angustiaba mucho regresar cada fin de semana a su casa, no solo porque la esperaba su novio para checar tarjeta como coloquialmente se dice, sino que también tenía que llegar a rendir cuentas a sus padres y prácticamente hacerles un resumen específico de lo ocurrido

durante la semana, estas exigencias me llevaron en primera instancia a fortalecer su Yo, esto haciendo reconocimiento de sus logros y de todo aquello que quería hacer y que finalmente no concretaba porque le daba pánico, no la violencia, sino el qué iban a pensar de ella o si la iban a dejar de apoyar o querer, conforme fue avanzando el proceso, se dio cuenta de que todo lo que consiguió deportiva y académicamente, había sido resultado de sus esfuerzos, logrando sentirse mejor y en la disminución de las lesiones físicas y las ideas paranoicas y persecutorias; más tarde al ubicarla como hija de padres frustrados por no haber logrado o concretado el sueño americano.

En este contexto, pudo darse cuenta de la exigencia de los mismos y del porqué de sus relaciones interpersonales nocivas, así mismo al saberse conscientemente condenada a cumplir un deseo que le pertenecía, logró paulatinamente despojarse de él y en consecuencia abrirse paso a la realización de sus propios deseos y aspiraciones, razón que da a la segunda línea terapéutica enfocada al entendimiento del que no estaba obligada a cumplir deseos que no le correspondían y de los cuales no era responsable, desapareciendo así la angustia en buena medida, de no ser querida, valorada, respetada y reconocida.

Actualmente, a casi cuatro años de proceso psicoterapéutico psicoanalítico puedo decir que es una mujer realizada y libre, tiene un trabajo estable, se independizó de sus padres, finalizó su “*relación tóxica*” como ella le llama, tiene dos trabajos fijos entre ellos su consultorio en nutrición, ahora es una mujer delgada y preocupada por su aspecto, ya usa maquillaje y vestidos y faldas, cabe comentar que también tiene una relación de noviazgo estable y a decir de ella misma: “*es lo que yo soñaba*”.

Para concluir con la narrativa del caso, solo quiero agregar, que cuando hacemos consciente la información inconsciente introyectada o depositada en nosotros, somos capaces no solo de modificar nuestro pensamiento y conducta, sino también nuestro sentir, tal vez no

lleguemos a tener una vida plena que sería el Yo Ideal, sin embargo, podremos traducir el mundo y la realidad de una manera más clara y con menos dolor y por ende menos angustia.

III. FRASES QUE SURGIERON DURANTE ESTE TIEMPO DE SUPERVISIÓN DE CASOS, QUE DEJO A DISPOSICIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN O PROFUNDIZACIÓN

- **Frase: “Cuando la demanda de tiempo no es escuchada, el cuerpo se encarga de que se escuche”**

Pacientes con trastornos alimenticios, psicosomática o somatopsíquico.

- **Frase: “No podemos hacerles daño a los pacientes, contándoles su propia historia”**

Pacientes en general.

- **Frase: “No se enfoque en la conducta del niño, sino en lo que el niño quiere decir a través de su conducta” La infancia se va, pero los traumas se quedan.**

Pacientes infantiles, trastorno oposicionista desafiantes entre otros.

- **Frase: “No hay Personas solitarias, hay personas mal ubicadas en círculos sociales”**

Pacientes adolescentes.

- **Frase: “Perder lo más por lo menos”**

Pacientes neuróticos con rasgos o síntomas histéricos.

- **Frase: “Cásate con alguien que le guste hacer lo que a ti no te guste”**

Pacientes con tendencias depresivas.

- **Frase: “Hay personas que ante un problema busca una solución, pero hay otras que ante cada solución buscan un problema”**

Pacientes adolescentes y jóvenes adultos.

- **Frase: “Si no sabes dónde estás hoy, siempre estarás perdido”**

Pacientes con ideas delirantes y delirio de persecución.

- **Frase: “A veces hacer lo correcto no es lo mejor” Tú Lucha es la lucha de otros ¿Cómo para qué?**

Pacientes depresivos.

- **Frase: “El único momento en los que el adulto se permite ser niño es en la enfermedad, porque alguien más juega el rol del cuidado”**

Pacientes con enfermedades somatopsíquicas.

- **Frase: “No siempre lo que uno piensa que está bien, está bien”**

Pacientes tratados desde la psicoterapia humanista.

- **Frase: “Quedo fuera de la dinámica familiar, pero no le termina de quedar las cosas que intenta hacer”**

Pacientes que padecen del secreto familiar no revelado.

- **Frase: “La envidia va a destruir su libertad”**

Pacientes hijos de madres engolfantes y castrantes.

- **Frase: “¿Se podrá que alguien que no está bien, pueda ayudar a alguien que está mal?”**

Pacientes depresivos, melancólicos o con sentimientos de abandono.

- **Frase: “Nadie se puede quitar el hambre dándole de comer a nadie”**

Pacientes depresivos, melancólicos o con sentimientos de abandono.

- **Frase: “En el nombre llevo la penitencia de muchas cosas”**

Pacientes sustitutos de hermanos difuntos o herederos de la sentencia del nombre.

- **Frase: “Él no es el que va a rescatar, está habilitando para ser rescatado”**

Pacientes en situación de orfandad y abandono.

- **Frase: “Algo está muy mal y no necesariamente es en el ahora”**

Pacientes que requieran progresionar y desanclar los traumas en las diferentes etapas de desarrollo.

CONCLUSIONES

El contenido del presente ensayo está dirigido específicamente a psicoterapeutas clínicos de distintos enfoques teóricos, y se propone como una herramienta que ha mostrado su utilidad en la práctica real de supervisión de casos. A partir de la experiencia acumulada en un encuadre psicoanalítico, he podido constatar que estas “frases psicoanalíticas domingueras” no solo permiten aclarar líneas de trabajo psicoterapéutico, sino también ajustarlas e, incluso, modificarlas por completo cuando es necesario, con el objetivo de ofrecer un mejor tratamiento. Dichas frases contribuyen a reconocer avances, iluminar los *impasse*, entendidos como momentos de punto muerto o detención del proceso, aun cuando el encuadre se mantenga estable (Real Academia Española [RAE], 2014), favorecer el *insight*, proceso mediante el cual se comprende de manera más profunda un conflicto y su posible resolución (Baz, 2019) y disminuir los puntos ciegos terapéuticos, entre otros recursos propios de la técnica clínica.

Cada frase posee múltiples posibilidades de aplicación: una misma formulación puede ser útil ante diferentes tipos de pacientes, con diversos trastornos, traumas y fuentes de angustia, así como en problemáticas psicosomáticas y somato psíquicas. En mi experiencia, también pueden emplearse de forma específica con pacientes de estructura neurótica y con organización límite baja, siempre que se consideren cuidadosamente el origen de la angustia y las condiciones del vínculo terapéutico.

Si bien el trabajo clínico de corte psicoanalítico se centra en el análisis del material inconsciente, una vez que, mediante el *insight*, ciertos contenidos se tornan conscientes (Freud, 1900/2013), estas frases funcionan como analogías, ejemplos de vida o recursos ilustrativos que consolidan la comprensión del paciente respecto de lo que le ocurre, lo que le angustia, lo que ha vivido y la forma en que se sostiene en la repetición. De este modo, apoyan la elaboración del sufrimiento, la flexibilización del “anclaje en la costumbre” y, en

algunos casos, la ruptura de la compulsión a la repetición y de otras conductas de corte obsesivo (Freud, 1916-1917/2001, 1923/2012).

Una regla técnica que he incorporado en mi práctica consiste en enunciar al paciente, hacia la quinta o sexta sesión, una vez realizadas las entrevistas iniciales y la recopilación de datos, la idea de que “hay que aprender a desaprender”. Lejos de buscar predisponerlo, esta frase invita desde el inicio a reconocer que muchos aprendizajes adquiridos por imitación (padres u otras figuras significativas), por cultura, idiosincrasia, prácticas religiosas, usos y costumbres, compulsión o incluso obligación, no siempre favorecen el bienestar psíquico.

Por el contrario, es posible mantener el trauma y alimentar la sintomatología, incrementando la angustia, de allí que observar este fenómeno en la clínica me ha permitido constatar que el “aprender a desaprender” opera como recurso auxiliar que potencia el trabajo psicoterapéutico; en este marco, las frases psicoanalíticas domingueras se integran como dispositivos que sostienen y encarnan ese proceso de relectura y resignificación.

Es importante subrayar que la aplicabilidad de estas frases se ha dado, en muchas ocasiones, dentro del *setting* terapéutico, entendido como el contexto o entorno material y relacional en el que se desarrolla el proceso analítico, consultorio, sesión, encuadre, (Collins, s. f.). No obstante, también considero que pueden funcionar como herramientas que el psicoterapeuta tiene disponibles *a priori*, del mismo modo que, en la cultura, contamos con refranes, dichos o paráboles.

En los momentos de integración de la información clínica, lo que en algunos manuales se denomina “clave psicodinámica”: hipótesis que articula estructura, síntoma, origen traumático, causas de la angustia y organización del material inconsciente (Astudillo, 2011), estas frases contribuyen a dilucidar y contextualizar las posibles líneas de acción psicoterapéutica.

No debe olvidarse que todas estas formulaciones surgieron en el contexto de la supervisión de casos, en la voz, reflexión y acompañamiento clínico de la MPPIA María José Tinajero Trejo. A partir de sus intervenciones, el seguimiento terapéutico de cada paciente se ha visto iluminado desde ángulos diversos, y las frases se han ido consolidando como recursos generales, pero aplicables de forma singular a cada proceso. Desde mi perspectiva, cada una de ellas sería, por sí misma, materia suficiente para un artículo, un ensayo o un trabajo de investigación específico.

A manera de conclusión, considero que el uso de estas frases ilustradoras y clínicamente aplicables como recursos prácticos en el trabajo terapéutico no solo merece ser compartido, sino también sistematizado y estudiado con mayor rigor. En el presente trabajo me he propuesto exponer algunas de ellas, explorar su fundamento teórico y señalar, a partir de mi experiencia, los resultados observados en los casos en los que han sido empleadas. Finalmente, mantengo abierta la invitación a que otros colegas las tomen, cuestionen, ajusten y profundicen, con el propósito común de seguir enriqueciendo la técnica y la ética de nuestra práctica psicoterapéutica.

REFERENCIAS

- Aguilera, A. (2011). ¿Por qué lo último en discapacidad es, en la mayoría de los casos, consultar a un psicoanalista? *Psicoanálisis y Discapacidad*. Recuperado de <https://spm.mx/2018/psicoanalisis-y-dificultad/>
- Astudillo, E. (2011). *Clave psicodinámica* [Presentación]. Prezi. Recuperado de <https://prezi.com/m4w34kg5fdo-/clave-psicodinamica-asp-estructural/>
- Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado* (Obra original publicada en 1975). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bagnato, J. (s. f.). *Temporalidad, determinación, azar: Lo reversible y lo irreversible* [Manuscrito inédito].
- Baz, L. E. (2019, 24 de mayo). Insight. En *Blog de la Sociedad Psicoanalítica de México*. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado de <https://spm.mx/2018/insight/>
- Benedek, T. (1949). The psychosomatic implications of the primary unit: Mother-child. *American Journal of Orthopsychiatry, 19*.
- Benedek, T. (1956). Toward the biology of the depressive constellation. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 4*.
- Bleichmar, H. (1999). Del apego al deseo de intimidad: Las angustias del desencuentro. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. Recuperado el 12 de noviembre de 2016, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000074&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro>
- Bleichmar, H. (2011a). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.

- Bleichmar, H. (2011b). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Madrid: Paidós.
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación del inconsciente: Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boschan, P. (1997). *Encrucijadas teórico-clínicas en psicosomática*. Buenos Aires: Autor.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1981). Psychological consequences of physical defects: A psychoanalytic perspective. *International Review of Psycho-Analysis*, 8, 145–154.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1997). The psychological consequences of physical illness or defect and their relationship to the concept of deficit. *Psychoanalytic Study of the Child*, 52, 76–88.
- Código Civil Federal. (2025). *Código Civil Federal (México)*. Recuperado de <https://www.oas.org/dil/esp/C%C3%B3digo%20Civil%20Federal%20Mexico.pdf>
- Collins Dictionary. (2023). Setting. En *Collins English–Spanish Dictionary*. Recuperado de https://www.collinsdictionary.com/es/diccionario/ingles-espanol/setting#google_vignette
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. *Psychological Issues*, 1.
- Escrivá, A. (2020, mayo). La función materna y la función paterna en el siglo XXI. En *La parentalidad interrogada* (Ponencia presentada en los ciclos de conferencias del CACI, 2011–2012). Asociación Psicoanalítica de Madrid. Recuperado de <https://apmadrid.org/Documents/LibrosApm/La%20parentalidad%20interrogada/La%20parentalidad%20interrogada.pdf>

- Etchegoyen, R. H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30.
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. En *Obras completas* (T. IV). Madrid: Espasa-Calpe. (Trabajo original publicado en 1932).
- Fernando, J. (2001). On the connection between physical defects and the character type of the “exception”. *Psychoanalytic Quarterly*, 70, 549–578.
- Freud, A. (1964). *Psicoanálisis del niño* (Obra original publicada en 1927). Buenos Aires: Hormé.
- Freud, S. (1976). *Obras completas* (Vols. 1–23). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajos originales publicados entre 1886 y 1950).
- Freud, S. (1900/2013). *La interpretación de los sueños* (A. Brotons Muñoz, Trad.). Madrid: Akal.
- Freud, S. (1905/1976). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910/1976). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. En *Obras completas* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913/1976). Tótem y tabú: Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En *Obras completas* (Vol. XIII). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915/1976). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1916–1917/2001). *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Partes I–III). En *Obras completas* (Vols. XV–XVI). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923/2012). *El yo y el ello y otros ensayos de metapsicología*. Madrid: Alianza Editorial.

Freud, S. (1940/1976). Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas* (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1950/1976a). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original de 1895).

Freud, S. (1950/1976b). Fragmentos de la correspondencia con W. Fliess (Carta del 21-9-1897). En *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.

Godínez Aldrete, A. (2018). El sentimiento inconsciente de culpa: El éxito de todos los fracasos. *Capitel*. Recuperado de <https://capitel.humanitas.edu.mx/el-sentimiento-inconsciente-de-culpa-el-exito-de-todos-los-fracasos/>

González, M. (2020). El deseo es el deseo del Otro, según Lacan. *Psicoanálisis Lacan Freud*. Recuperado de <https://psicoanalisislacanfreud.com/el-deseo-es-el-deseo-del-otro-segun-lacan/>

Green, A. (1990). *De locuras privadas* (Obra original publicada en 1972). Buenos Aires: Amorrortu.

Iglesias Colillas, I. G. (2013). Notas para pensar el «fin de análisis»: Winnicott y Heidegger, la «capacidad para estar solo» y la «obra de arte». En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-054/29.pdf>

Klein, M. (1989). Principios psicológicos del análisis infantil. En *Obras completas* (T. I, pp. 137–147). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original de 1926).

Lacan, J. (1988). Intervenciones en la Sociedad Psicoanalítica de París (1948). En *Intervenciones y textos I* (pp. 21–22). Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (2012). El atolondradicho (1972). En *Otros escritos* (p. 489). Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis: La seducción originaria* (Obra original publicada en 1987). Buenos Aires: Amorrortu.

López Peñalver, J. L. (2002). Introducción al concepto: Función materna, función paterna. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 38, 9–13.

Loyola, A. (2017, 17 de junio). El espejo del mundo interno. En *Blog de la Sociedad Psicoanalítica de México*. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado de <https://spm.mx/2018/el-espejo-del-mundo-interno/>

Lussier, A. (1980). The physical handicap and the body ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 179–185.

- Middlemcre, M. P. (1941). *The nursing couple*. London: Hamish Hamilton.
- Narro, E. (2017, 2 de agosto). El abandono. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México*. Recuperado de <https://spm.mx/2018/el-abandono/>
- Pereira, R. M. (2020). ¿Qué quiere un adolescente? Los límites del psicoanálisis y los múltiples modos de interpretar a ese sujeto. *Affectio Societatis*, 17, 32–36.
- Pollock, G. H. (1964). Simbiosis y neurosis simbiótica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196406020304.pdf>
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, J. (2007). Hacia una ética de la escucha: La apuesta del psicoanálisis en la educación especial. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 291–299.
- Rardford, P. (1973). Changing techniques in the analysis of a deaf latency boy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 28, 225–248.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Madrid: RAE.
- Real Academia Española. (s. f.). Impasse. En *Diccionario panhispánico de dudas*. RAE / ASALE.
- Riera, R. (s. f.). Reseña al libro *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients* de Howard A. Bacal (comp.). [Reseña de libro inédito].
- Rius i Ruich, M. (2014, 17 de julio). La percepción de uno mismo y la mirada del otro: ¿Cómo soy?, ¿quién soy?, ¿de quién soy? *Temas de Psicoanálisis*. Recuperado de

<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2014/07/17/la-percepcion-de-uno-mismo-y-la-mirada-del-otro-como-soy-quien-soy-de-quien-soy-1/>

Scarano, A. E. M. (2005). Las huellas del Edipo en la elección de pareja. *Bionline International*. Recuperado de <https://www.bioline.org.br/request?va05005>

Trujillo, E. (2021). La somatización. Recuperado de <https://helenatrujillo.es/la-somatizacion/>

Valderrama, R. H. (2006, 6 de febrero). La teoría de Karen Horney. *Psiquiatría.com*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/tratamientos/la-teoria-de-karen-horney/>

Wiener, A. M., & Block, D. (2023, 14 de junio). Esbozo de la supervisión de casos. En *Blog del Centro Eleia. Centro Eleia.* Recuperado de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/sobre-la-supervision-psicoanalitica/>

Wikipedia contributors. (s. f.). Tópica (psicoanálisis). En *Wikipedia, la enciclopedia libre*. Recuperado de [https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%B3pica_\(psicoan%C3%A1lisis\)](https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%B3pica_(psicoan%C3%A1lisis))

Winnicott, D. W. (1969). *Obras completas* (Obras originales publicadas a partir de 1947). París: Payot.

Yorke, C. (1980). Some comments on the psychoanalytic treatment of patients with physical disabilities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 187–193.

Zawady, M. D. (2012). La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4628093.pdf>