

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Manejo transferencial-cotratransferencial de un paciente adolescente con trastornos límite de la personalidad asociado al parricidio

Autor: Gabriela Alejandra López Ochoa

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Arturo Monroy Gutiérrez**

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.





***MANEJO TRANSFERENCIAL - CONTRATRANSFERENCIAL DE
UN PACIENTE ADOLESCENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE
LA PERSONALIDAD ASOCIADO AL PARRICIDIO.***

TESIS

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

PRESENTA:

GABRIELA ALEJANDRA LÓPEZ OCHOA

ASESOR:

DR. ARTURO MONROY GUTIÉRREZ

RVOE: MAES-100512

CLAVE: 16PSU0023Y

MORELIA, MICHOACÁN.

FEBRERO DEL 2012

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada con el afecto más profundo a mi esposo, por su amor y fortaleza.

Y a mi familia, quienes me han apoyado siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo por haber vivido junto a mí este proceso, siendo quien festeja mis éxitos y me da fuerza en momentos de desilusión.

Agradezco a mis padres por el reconocimiento que me han brindado, por su amor incondicional, por acompañarme y brindarme su comprensión y ayuda en todo momento.

A mi hermana por transmitirme su alegría por vivir y compartir conmigo gratas experiencias.

A aquellos que con su amistad me han apoyado a través de los años.

A la Universidad Vasco de Quiroga y a los docentes que hicieron posible mi formación académica con un alto énfasis en el profesionalismo y ética.

A mi supervisor de tesis, el Doctor Arturo Monroy Gutiérrez por ser un excelente guía y transmitirme su claridad y entusiasmo en la realización de este trabajo.

A mi supervisora de casos, la Doctora María de Lourdes Padilla Núñez ya que me ha proporcionado invaluable enseñanzas.

Y finalmente a mi paciente y a su familia por haberme enseñado el valor del compromiso necesario en mi profesión.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	10
ESTADO DEL ARTE	17
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	22
1. Problema de investigación	22
2. Objetivos	22
<i>2.1 Objetivo general</i>	22
<i>2.2 Objetivos particulares</i>	22
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	23
1. El proceso adolescente	23
<i>1.1 La adolescencia</i>	23
<i>1.2 Fases de la adolescencia</i>	25
<i>1.3 Visión intrapsíquica</i>	30
2. Trastorno psicopatológico	49
<i>2.1 Psicopatología en la adolescencia</i>	49
<i>2.2 Trastorno límite de la personalidad</i>	51

3. Evento traumático	61
3.1 <i>Antecedentes del parricidio</i>	61
3.2 <i>Respuesta ante el trauma</i>	66
4. Proceso psicoterapéutico	84
4.1 <i>Alianza de trabajo</i>	84
4.2 <i>Transferencia y contratransferencia</i>	89
4.3 <i>Interpretación</i>	105
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	109
1. Tipo de investigación	109
2. Participante	110
3. Escenario	110
4. Técnica de recolección de datos	111
5. Técnica psicoterapéutica utilizada	113
6. Reporte de las fases del proceso psicoterapéutico	114
7. Análisis de resultados	114
CAPÍTULO III. REPORTE CLÍNICO: análisis de categorías y sesiones terapéuticas.	115
1. Etapa inicial	115
2. Etapa intermedia	148

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS: síntesis del análisis de categorías de la etapa inicial e intermedia.	193
1. Contenido manifiesto	193
2. Contenido latente	193
3. Análisis de las defensas	193
4. Análisis transferencial	193
5. Análisis contratransferencial	193
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y APORTACIONES	203
BIBLIOGRAFÍA	218

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo el análisis del manejo transferencial y contratransferencial de un paciente adolescente con trastorno grave de la personalidad asociado al parricidio.

Es de interés la exposición de este estudio debido a que se han enfrentado dificultades en el análisis del caso clínico presentado, resistencias que solo han podido ser analizadas y elaboradas gracias al manejo de la transferencia y contratransferencia generadas durante el proceso. Ha sido necesaria la supervisión y documentación continúa para comprender el caso, encontrando una carencia de investigaciones realizadas sobre casos clínicos de pacientes que enfrentan eventos traumáticos.

Es un trabajo que sigue un enfoque cualitativo y se desarrolla sobre la base de un estudio de caso clínico. El método psicoterapéutico en que se basa está fundamentado en la teoría psicoanalítica, y la técnica psicoterapéutica utilizada se encuentra basada en el modelo propuesto por Etchegoyen (1988), quien propone la división del análisis en tres etapas: la etapa inicial, etapa intermedia y la etapa final.

Se exhibe el reporte clínico, consistente en la presentación de 15 sesiones de la etapa inicial y 15 sesiones de la etapa intermedia, al finalizar cada una de las sesiones se presenta su análisis de contenido, el análisis de las defensas y el análisis transferencial – contratransferencial. La investigación presentada se ha llevado a cabo durante un periodo de tres años, y cabe señalar que no se presentan sesiones de la etapa final debido a que el proceso psicoterapéutico del paciente continúa a la fecha.

Se confirma que el manejo transferencial – contratransferencial ayuda a determinar el momento adecuado para la interpretación, además de ser indispensable en el manejo de la resistencia, ayuda en la conservación de la apertura emocional del terapeuta, es invaluable en la consolidación de la alianza terapéutica, así mismo es de suma importancia en el avance del proceso y es imperativo para el contacto con la realidad interna del paciente.

Palabras claves: transferencia, contratransferencia, adolescencia, trastorno límite de la personalidad, evento traumático, parricidio.

INTRODUCCIÓN

Los temas base sobre los que se desarrolla la presente investigación son la adolescencia y el trastorno de personalidad, ambos comúnmente abordados en investigaciones psicoanalíticas; sin embargo, en esta ocasión se le da un giro a la perspectiva tomando como columna de la investigación el manejo de la transferencia y la contratransferencia. Esta investigación cuenta con la influencia de un factor único que modifica y dificulta el tratamiento del paciente, la vivencia de un parricidio. Los mencionados temas se abordan a continuación de manera preliminar:

La adolescencia es descrita como aquella edad posterior a la niñez y que se desarrolla a partir de la pubertad hasta llegar al momento en que el organismo se haya desarrollado totalmente, siendo una etapa de importantes cambios físicos y psicológicos que modifican los vínculos sociales mientras se va constituyendo la personalidad.

El tratamiento con adolescentes presenta complicaciones particulares en donde el psicoterapeuta debe enfrentar las resistencias propias a la etapa de desarrollo y es fundamental el realizar un diagnóstico diferencial para distinguir entre la normalidad y la patología, considerando además que la vivencia de un evento traumático incrementa el riesgo del desarrollo de un trastorno de personalidad.

Una herramienta de análisis fundamental en psicoanálisis es la transferencia, la cual es un fenómeno mediante el cual un falso enlace une el pasado con el presente y superpone el objeto original al actual. Asociado a este factor se encuentra la contratransferencia, que es la respuesta emocional del terapeuta a los estímulos que se reciben del paciente, fenómeno que se convierte en un aliado al conocerlo y enfrentarlo.

El parricidio es un fenómeno negado por las culturas y frecuente en contextos específicos, es una de las transgresiones más censuradas por la sociedad, un crimen primitivo que lleva a la superficie las raíces de la agresividad humana. La vivencia de un evento traumático como éste puede provocar una fractura que tiene consecuencias sobre la organización psíquica.

El presente trabajo de investigación está sustentado en la teoría psicoanalítica, la cual constituye un método psicoterapéutico con fundamentos teóricos comprobados en la

INTRODUCCIÓN

práctica misma, el psicoanálisis es, en sí mismo, un método de investigación de los diferentes procesos psíquicos.

En esta investigación se analizan los distintos procesos o mecanismos de acción de la cura psicoanalítica.

Este trabajo pretende contribuir al reconocimiento del manejo de la transferencia y contratransferencia como un instrumento primordial en el análisis del trastorno de personalidad en adolescentes asociado a un evento traumático, específicamente ante el parricidio. Se desarrolla esta exploración con el ideal de que los resultados apoyen la teoría psicoanalítica y su práctica clínica al complementar los estudios sobre el tema indicado anteriormente.

La actual investigación comprende cinco capítulos, dando inicio con el desarrollo del marco teórico, el cual consta de cuatro ejes temáticos que sustentan el estudio: el proceso adolescente, el trastorno psicopatológico, el evento traumático y el proceso psicoterapéutico. A través del segundo capítulo se da a conocer la metodología de la investigación, que engloba la descripción del tipo de investigación, participante, escenario, técnica de recolección de datos, técnica psicoterapéutica utilizada, reporte de fases del proceso psicoterapéutico y análisis de resultados. Enseguida, en el tercer capítulo se desarrolla el reporte clínico, el cual comprende las sesiones y el análisis de categorías respectivas a la etapa inicial e intermedia. Continuando con el desarrollo del cuarto capítulo, concerniente al análisis de resultados, en donde se presenta la síntesis del análisis de categorías de la etapa inicial e intermedia. Finalizando con un quinto capítulo en donde se manifiestan las conclusiones y aportaciones.

JUSTIFICACIÓN

Es de interés la exposición de este estudio debido a que se han enfrentado muchas dificultades en el análisis del caso clínico presentado, resistencias que solo han podido ser vencidas gracias al manejo de la transferencia y contratransferencia generadas durante el proceso. Ha sido necesaria la supervisión y documentación continúa para comprender el caso, encontrando la carencia de investigaciones realizadas sobre casos clínicos de pacientes que enfrentan eventos traumáticos. Por lo cual el propósito de este trabajo es el proporcionar mayor conocimiento para el abordaje psicoterapéutico particular que requiere el caso clínico de un adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado a un evento traumático y, en particular, ante el parricidio. Esta investigación es conveniente debido a que propone una nueva perspectiva de investigación al centrarse en la transferencia y contratransferencia, y complementa la teoría existente sobre los trastornos de personalidad asociados a eventos traumáticos. Con el conocimiento que arroja este trabajo se desea apoyar a los psicoterapeutas que enfrentan el reto de trabajar con este tipo de casos, ya que debido a la situación de inseguridad pública vivida actualmente en el país se ha incrementado el número de crímenes violentos y llegan cada vez más a nuestros consultorios pacientes de todas las edades padeciendo estos problemas, casos que nos enfrentan a situaciones diferentes a las que atendemos cotidianamente.

Es un análisis conveniente ya que tiene como propósito académico la profundización del conocimiento en el área de trastornos de personalidad asociados a eventos traumáticos. Es de suma relevancia social debido a la adaptación que se hace de la técnica psicoanalítica ante la necesidad de enfrentar los problemas que se encuentran presentes en nuestra sociedad actual. Por lo tanto, a manera de argumentación a la investigación es valioso plantear la situación que se vive en la actualidad, internándose al contexto en variados aspectos de la sociedad, tales como la situación sociocultural, salud, legal y de seguridad social:

1. Sociocultural

La familia, en sus numerosas formas, es el núcleo primordial de la sociedad, brinda la protección y formación integral de los individuos que la conforman al preservar la cultura y

JUSTIFICACIÓN

cuidar los derechos fundamentales de las personas. La familia es el ambiente en donde se desarrolla el proceso de socialización primaria de los individuos, es un espacio productor de pautas y prácticas culturales y de inculcación de hábitos, conforma el espacio para la formación de identidades como las relativas al género y su papel asignado socialmente a los hombres y a las mujeres, es dentro de ella que se da origen a una dinámica que se ve reflejada en la manera en que sus integrantes se relacionan con la sociedad, considerando las características culturales, las cuales conllevan diferentes normas (CNDH, 2007).

Desde la perspectiva del cambio cultural, han tenido origen nuevos modelos y relaciones familiares, ya que la familia se modifica en medida que se modifica la sociedad. La modernización ha provocado cambios dentro del núcleo familiar, viéndose modificado el concepto tradicional de la familia en donde la autoridad máxima es la figura paterna; asimismo, actualmente ha mejorado la condición y valoración de la mujer, al buscar la igualdad de condiciones a los hombres, lucha que se ha visto reflejada en su incorporación al ámbito laboral, hecho que provocó el incremento de hogares cuya jefatura recae en una mujer y el cambio de rol respecto quien se encarga de los quehaceres domésticos y del cuidado de los hijos. La igualdad de mujeres y hombres ha sido aceptada como un principio fundamental de los derechos humanos, desde la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas en 1945 (CNDH, 2003).

2. Salud

La salud constituye uno de los derechos humanos universalmente aceptados. El acceso a un buen cuidado de salud durante la niñez es uno de los factores de mayor impacto en el bienestar de un individuo: un estado de salud deficiente durante los primeros años limita el desarrollo físico y cognitivo, y este último se convertirá en los siguientes años en el principal factor que determinará las diferencias en escolaridad y, a su vez, en el bienestar económico.

El Día Mundial de la Salud es el 7 de abril, así lo señala la fundación de la Organización Mundial de la Salud y constituye una oportunidad anual para llamar la atención del mundo hacia un tema de la mayor importancia para la salud mundial. La Federación Mundial de Salud Mental promueve el apoyo al incremento de información popular para convertir la salud mental en una prioridad global, en un esfuerzo por mejorar las políticas de salud

JUSTIFICACIÓN

mental nacionales y el acceso a servicios de salud mental de calidad en todo el mundo. El estigma generalizado que se ha asociado con las enfermedades mentales se ha identificado como el obstáculo principal para el mejor cuidado de la salud mental y mejor calidad de vida para aquellos con la enfermedad, sus familias, comunidades y los profesionales que tratan los desórdenes psiquiátricos ([http:// www.who.int](http://www.who.int)).

Una de las metas anuales del Día Mundial de la Salud Mental, y de la Federación Mundial para la Salud Mental, es favorecer y promover las bases de la reivindicación y acciones para mejorar los servicios para aquellos con desórdenes mentales y de conducta, promover la salud y bienestar mental, y trabajar para la prevención de los desórdenes mentales. La Federación Mundial para la Salud Mental se adhiere a la filosofía de que el bienestar comunitario fluye del bienestar individual ([http:// www.who.int](http://www.who.int)).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es activa en coleccionar, compilar y diseminar los datos sobre los recursos en salud mental y servicios en el mundo como parte del Proyecto Atlas y objetivos de la OMS. El Atlas 2005 de Salud Mental cubre todos los 192 estados miembros de la OMS y 11 miembros asociados, áreas o territorios, representando aproximadamente el 99% de la población mundial. La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), clasifica el funcionamiento, la salud y la discapacidad de las personas a nivel mundial, ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad. En este marco, la Organización Mundial de la Salud, estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. Mientras que los indicadores tradicionales de la salud están basados en las tasas de mortalidad de las poblaciones, la CIF desplaza nuestro interés hacia la vida considerando cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir éstos para que consigan llevar una vida productiva y satisfactoria. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda un mecanismo para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto. Este enfoque neutral coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy

JUSTIFICACIÓN

la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo (<http://www.who.int>).

La salud mental como fenómeno complejo es determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, requiere para su tratamiento y prevención acciones de salud pública. En este sentido, los impactos que la falta de visión integral del ser humano han producido en las estrategias y políticas de acción, se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, y también, en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social y económico del país.

De acuerdo con la Secretaria de Salud de nuestro país, se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padecen en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud (<http://www.who.int>).

3. Legal

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Son universales porque pertenecen a todas las personas, sin importar su sexo, edad, posición social, partido político, creencia religiosa, origen familiar o condición económica. Son incondicionales porque únicamente están supeditados a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos, es decir, hasta donde comienzan los derechos de los demás o los justos intereses de la comunidad. Son inalienables porque no pueden perderse ni transferirse por propia voluntad; son inherentes a la idea de dignidad del hombre (CNDH, 2004).

Partiendo de que todos los integrantes de una sociedad deben regirse por el principio de respeto establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y que deben gozar de esos derechos, es fundamental, específicamente con respecto a las mujeres y a la infancia, hacer hincapié en la importancia del derecho al desarrollo, es decir, el conjunto de

JUSTIFICACIÓN

elementos necesarios para que una persona alcance su mayor potencial, lo que sólo se logrará fomentando el progreso social y elevando el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad. Sin embargo, es necesario reiterar que el objetivo del derecho al desarrollo no sólo es generar las condiciones indispensables para una vida digna, sino que comprende una diversidad de aspectos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos, que deben ser atendidos en la construcción de la democracia (CNDH, 2004).

La familia tiene la obligación de educar a sus hijos en el marco de los derechos humanos y de promover el respeto y la tolerancia para permitir que se cumplan los derechos de los menores de edad. Con el propósito de que los integrantes de la familia puedan tener un desarrollo pleno que impida la violencia familiar y el abuso del poder, se han adecuado las leyes en materia familiar para poder generar un ambiente propicio al interior de la familia para todos sus miembros, en el que estos conozcan sus derechos y obligaciones (CNDH, 2004).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Capítulo I, denominado De los derechos humanos y sus garantías, se establecen los derechos fundamentales de los que goza cualquier persona que se encuentre dentro del territorio nacional, en los párrafos cuarto y sexto del artículo 4o, se encuentra la norma en que se establecen las bases para constituir una vida familiar sin violencia, señalando respectivamente lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar” y “Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”. A pesar de ser la encargada de cuidar que los derechos fundamentales de las personas se cumplan y respeten, en varias familias se encuentran expresiones de violencia en diferentes modos de manifestación e intensidad. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado. Todos estamos obligados a respetar los Derechos Humanos de las demás personas. Sin embargo, según el mandato constitucional, quienes tienen mayor responsabilidad en este sentido son las autoridades gubernamentales, es decir, los hombres y mujeres que ejercen la función de servidores públicos (CNDH, 2004).

La Declaración de los Derechos del Niño fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1959, y la Convención sobre los Derechos del Niño, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el

JUSTIFICACIÓN

20 de noviembre de 1989 y ratificada por México en 1990. La Convención sobre los Derechos del Niño establece los derechos que es preciso convertir en realidad para que los menores de edad desarrollen su pleno potencial y no sufran a causa del hambre, la necesidad, el abandono y los malos tratos. La Convención y su aceptación en tantos países han servido para defender la dignidad humana fundamental de todos los menores de edad y la necesidad urgente de asegurar su bienestar y su desarrollo, deja muy clara la idea de que una calidad básica de vida debe ser el derecho de todos los niños y las niñas y refleja una nueva visión sobre la infancia en donde son titulares de sus propios derechos; asimismo, tiene el propósito de ofrecerles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social adecuado, y establece, a favor de éstos, derechos inalienables, irrenunciables, innatos e imprescindibles para un buen desarrollo de la infancia (UNICEF, 2007).

La Convención sobre los Derechos de los Niños consta básicamente de cuatro principios: 1. No discriminación, lo cual significa que la convención pretende llegar a todos los niños y las niñas, independientemente de su edad, su origen étnico, su sexo o su condición socioeconómica; 2. El mejor interés de la infancia, todas las medidas concernientes a niños y niñas que tomen las autoridades deben considerar primordialmente los derechos de la niñez; 3. Establece como derecho que los niños y las niñas expresen sus puntos de vista, que tengan voz en todo lo que tiene que ver con ellos; 4. Derechos a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, abarca desde la accesibilidad a todos los servicios hasta la justicia distributiva (UNICEF, 2007).

Con el propósito de ofrecer a los menores de edad una infancia feliz que les permita un desarrollo adecuado, México firmó en 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño. Ésta hace jurídicamente responsables de sus actos a los Estados que la aceptan y sirve de guía para diseñar e instaurar marcos jurídicos, política pública y planes nacionales de acción orientados a la sobrevivencia, protección, desarrollo y participación de la niñez, a partir de la cual, la comunidad internacional ha logrado por primera vez aminorar la brecha que históricamente ha separado los derechos civiles y políticos de los derechos económicos, sociales y culturales en el mundo adulto. Es necesario no sólo dar a conocer estos derechos, sino que la sociedad los asuma, los aprenda y, sobre todo, empiece a practicarlos conjuntamente con los respectivos deberes que de ellos emanan. La tarea de proteger los derechos humanos representa para el estado la exigencia de proveer y mantener las

JUSTIFICACIÓN

condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos. El bienestar común supone que el poder público debe hacer todo lo necesario para que, de manera paulatina, sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación (UNICEF, 2007).

4. Seguridad social

La familia y el gobierno comparten la responsabilidad de respetar los derechos de la infancia; sin embargo, es obligación del estado proveer y mantener las condiciones necesarias de justicia, paz y libertad para que los menores de edad puedan gozar de todos sus derechos y tener una vida digna, por lo que es imprescindible que se impulse el progreso en diferentes aspectos: económicos, culturales, científicos, tecnológicos. Respecto a la seguridad a la que tenemos derecho, ahora somos víctimas de actos de violencia ligados a factores culturales y políticos, delincuencia organizada y el terrorismo, y actos de violencia originada en situaciones de marginalidad social como el desempleo, discriminación y la pobreza.

La seguridad pública constituye un aspecto esencial de la seguridad integral del estado, al cual le ha sido otorgado por la sociedad misma un poder de salvaguarda de los intereses de todas las personas que integran dicha comunidad, y que recibe el nombre genérico de poder de policía. La inseguridad pública es violatoria al derecho humano de una vida social pacífica, segura y ordenada. Solo una reforma integral al sistema de seguridad pública local y/o nacional podrá rendir frutos frente a la delincuencia cada vez mejor organizada y más peligrosa. Si el gobierno y la sociedad combaten eficazmente las principales causas de la corrupción y de la injusticia es razonable esperar un ambiente de seguridad, de fortificación de la justicia. Los factores determinantes de la creciente inseguridad que viven los mexicanos son de diversa naturaleza y abarcan el campo de acción de distintas disciplinas. A ello se debe que su conocimiento sistemático se convierta en una necesidad prioritaria para la sociedad mexicana (CNDH, 2007).

ESTADO DEL ARTE

En la búsqueda de fundamentos teóricos para el desarrollo de esta tesis se encuentra a continuación una síntesis de los trabajos que aportan conocimiento al tema de interés de la presente investigación.

A través de internet se tuvo acceso al resumen de un artículo presentado por Gómez de Sister, A. (2006), en el 7º Congreso Virtual de Psiquiatría, titulado *Contratransferencia: su utilidad cuando existe una divergencia entre la buena evolución del proceso terapéutico y la vivencia del analista*. Trabajo que propone reflexionar sobre el uso de la contratransferencia, en el sentido descrito por Freud como...“la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico”, en los casos en donde existe una buena evolución “manifiesta” del tratamiento y los pacientes responden, incluso, a criterios de curación psiquiátricos ([http:// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)).

En el mismo congreso fue presentado el artículo titulado *El niño como víctima* (2006), presentado por Palanca Maresca, I., Presidenta de la Sociedad Española de Victimología. Análisis en el cual se aborda una visión global del niño como víctima, realizando un recorrido por los distintos factores y momentos del proceso de victimización en los que se ponen más de manifiesto estas diferencias con respecto al adulto. Se focalizará más en aquellos aspectos que deben tenerse en cuenta en la relación de cualquier profesional con un niño que ha sufrido una situación traumática, así como en las manifestaciones clínicas más frecuentes que podemos esperar observar en ellos, para terminar con una breve referencia a aquellos aspectos del trauma en la infancia que tienen relevancia para el proceso judicial ([http:// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)).

Por medio de la revista electrónica “Papeles del Psicólogo” es posible conocer el estudio denominado: *La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio* (2003), realizado por Lemos S., en donde se analizan los trastornos psicológicos de la infancia y adolescencia bajo el marco teórico de la psicopatología del desarrollo, y se hacen algunas sugerencias para entender la relación entre las grandes dimensiones psicopatológicas y los síndromes clínicos desde una perspectiva etiológica. Se formulan algunas hipótesis sobre el rol del contexto en la aparición de la psicopatología y,

finalmente, se analiza el riesgo y la vulnerabilidad para algunos trastornos específicos (<http://redalyc.uaemex.mx>).

También a través de la revista electrónica “International Journal Of Psychology And Psychological Therapy”, se encuentra el tema *Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia* (2009) por Del Barrio, V., Carrasco, M. A., Rodríguez, M. A. y Gordillo, R. El estudio pretende crear las bases para la prevención de la agresión de los niños y adolescentes, usando los datos que establecen una clara relación entre los hábitos de crianza y la agresión en los hijos en una muestra de niños y adolescentes españoles (<http://www.ijpsy.com>).

En la Revista Latinoamericana de Psicoanálisis (Vol. 9/2010), Ureta de Caplansky, M. presentó el estudio *Odio en la contratransferencia*, analizando la manera en que se tramitan los afectos a través de la transferencia - contratransferencia y cómo se despliega el susodicho proceso con sus respectivas vicisitudes de avances y retrocesos. Y además, plantea como la contratransferencia representa un instrumento de investigación de los procesos inconscientes del paciente, y que las perturbaciones de los propios sentimientos del analista se debían a un intervalo de tiempo entre la comprensión inconsciente y la comprensión consciente (<http://www.fepal.org>).

En el año 2010 se llevó a cabo el XXVIII Congreso de Federación Psicoanalítica de América Latina, titulado *Transferencia, vínculos y alteridad* (<http://www.fepal.org>), en donde se presentaron, entre otros, los siguientes trabajos:

- Alarcón de Soler, M. “*Secretos, vínculos y contratransferencia*”. Estudio que habla sobre el secreto como prohibición de hablar de las condiciones de la muerte del padre y de la reacción contratransferencial ante dicho secreto. El contenido del secreto se refiere en general a situaciones relativas a la enfermedad, sexualidad y/o muerte, los secretos más graves se refieren a transgresiones de la prohibición del incesto o a situaciones de extrema violencia. Establece que la función del analista es buscar las motivaciones inconscientes para formar el secreto, su función defensiva, manifestaciones en el vínculo, juego de poder, ansiedad de develarlo o mantenerlo y las consecuencias de su develación.
- Ungar, V. *Transferencia, vicisitudes y subjetividad en un adolescente en nuestros tiempos*. Ensayo que habla sobre los hijos como depositarios de conflictos de los padres,

no solo falla la función de continente, sino que los hijos muchas veces se tornan en continentes involuntarios de los aspectos y sentimientos indeseados de los progenitores.

- Finquelievich, G. *El psiquismo del analista y el analizante frente a la transferencia narcisista*. Reflexión sobre las situaciones transferenciales y contratransferenciales de pacientes narcisistas.
- Goldstein, R. M. *Derivaciones de la angustia y la repetición en la entrada en análisis y la instalación de la transferencia*. Estudio sobre los momentos en el análisis en los que se discierne que algo se ha modificado, ya sea en la realidad del paciente o en la forma de abordar los conflictos, habla sobre la angustia desencadenada por el hecho de entrar en análisis y la necesidad de esperar a que se instaure la transferencia antes de interpretar, esta angustia puede tomar diferentes formas y hasta hacer un círculo de repetición que puede ir del pánico al aburrimiento, de la euforia a la depresión o enlazarse con objetos fobígenos.
- Nitsche, P. *La palabra en la cura psicoanalítica, transferencia, contratransferencia, subjetividad y deseo del analista*. Artículo sobre la importancia de la palabra del analista durante la interpretación es la expresión de su propio inconsciente y constituye la parte esencial de su labor, junto al tono de sus intervenciones y a las inflexiones de su voz, podemos destacar también los momentos no verbales. La transferencia, contratransferencia y la subjetividad del analista confrontado con su propio inconsciente, posibilitan el proseguir con el tratamiento y el intento de cura, esto marca la importancia del propio análisis del analista.
- Zuyan, M. *Eros y Thanatos en la Transferencia*. Publicación sobre la función del analista respecto al abordaje del Thanatos y el Eros, por lo que deberá lidiar por ello con los afectos, soportando en transferencia sus avatares, encarnando a veces el blanco, pero quizá también la fuente, a condición de no creérselo. Las resistencias del analista no se deben solo a la mala información, o falta de análisis, sino también, a que a veces se presenta el thanatos en cantidades tales, que se hacen inabordables. Esa presencia thanatica no se puede pensar como la presencia de un real, que pasa desapercibido por el analista, que es también atrapado por la violencia descarnada de una historia, que implica como primera defensa el aburrimiento, como segunda ubicar al paciente como culpable por no querer salvarse.

- Truscello de Manson, M. *La transferencia y la repetición de defensas patógenas exitosas*. Trabajo fundamentado con un caso clínico en donde se presenta la hipótesis de un trauma temprano relacionado con un momento estructural de la paciente y el vínculo desvitalizado con una madre depresiva. Dicho trauma se encadena con un duelo patológico, el despliegue defensivo y su desmoronamiento gradual, dando paso a lo más nuclear de esta paciente y marcando el retorno psíquicamente, como una repetición del trauma originario, de desamparo pulsional expresado a través de manifestaciones psicosomáticas.
- Muzzio, A. N. *Transferencia y vínculo analítico, algunas ideas acerca de la práctica clínica*. Exploración sobre la importancia del vínculo transferencial considerando su valor como herramienta para la comprensión de los aspectos más inmaduros del paciente.
- Olmos de Paz, T. *Una reflexión sobre la transferencia y su interpretación en psicoanálisis con adolescentes*. Búsqueda de ampliación en el conocimiento sobre la interpretación de la transferencia en análisis con adolescentes, nos lleva a repensar el método en ciertos puntos, sobre todo en los primeros tiempos del tratamiento. Nos enfrentamos a estados mentales en plena reestructuración o, en muchos casos, en situaciones de desestructuración, que limitan nuestra tarea interpretativa.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en el Distrito Federal, México, se encuentran las siguientes tesis de licenciatura, asociadas al tema que nos compete, (<http://www.psicologia.unam.mx>):

Cuevas Jiménez, Y. *El parricidio: papel que juega el progenitor que sobrevive*. Investigación que desarrolla la influencia que tiene el padre sobreviviente en el hijo que ha cometido el crimen.

Hernández Garcés, J. A. *Una aproximación al parricidio desde el punto de vista freudiano: una presentación de caso*. Tesis que presenta un recorrido amplio a través de la teoría de Freud, S. al respecto y su aplicación a un caso clínico.

En la Universidad Vasco de Quiroga se localiza la tesis para grado de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia: Vallejo Castro, R. (2004). *Deseo parricida en una paciente con trastorno narcisista*. El objetivo central del trabajo consiste en mostrar la etiología del trastorno narcisista y sus características principales en una

ESTADO DEL ARTE

paciente adolescente tardía con este trastorno, para posteriormente sustentar como los mismos elementos que conforman la personalidad narcisista contribuyen a que se forme el deseo parricida y permanezca en la estructura mental en forma consciente e inconsciente; por otra parte, pretende mostrar como un deseo parricida le antecede uno filicida.

También en la Universidad Vasco de Quiroga se desarrolló la investigación para grado de la maestría mencionada: González Camargo, M.C. (2011). *La pulsión de muerte en el caso de una adolescente tardía con estructura límite de la personalidad*. Dicho trabajo tiene por objetivo dar cuenta del impacto que ejerce la pulsión de muerte en el establecimiento de las relaciones objetales en una adolescente tardía con estructura limítrofe, de los beneficios que aporta el tratamiento psicoterapéutico y del predominio de transferencia y contratransferencia que se presenta en dicho caso.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Problema de investigación

Conocer la importancia del manejo trasferencial y contratransferencial de un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Análisis del manejo transferencial y contratransferencial de un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio.

2.2 Objetivos particulares

1. Identificar los elementos transferenciales y contratransferenciales al abordar el fenómeno de parricidio en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio.
2. Conocer la manifestación y expresión de síntomas psicodinámicos en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad, durante las fases de tratamiento, asociado al parricidio.
3. Identificar los avances por la pérdida de su padre, en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio.
4. Facilitar la articulación en el manejo transferencial y contratransferencial de la etapa inicial e intermedia, caracterizadas por los aspectos primitivos: pulsión de muerte, del paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. El proceso adolescente

“La adolescencia no es una enfermedad, es una etapa entre los sueños de la niñez y las realizaciones del adulto, etapa durante la cual el adolescente descubre lo que hubo de fracasado en la generación que lo precedió”
(Philippe Petry, 1984, citado en Mannoni, O. 1984 /2001, p.59).

1.1 La adolescencia

Al iniciar este apartado es primordial hacer una revisión de las diversas conceptualizaciones de la adolescencia, dadas tanto por teóricos como por organizaciones que han abordado este tema desde enfoques variados, para así profundizar en una definición integral de la adolescencia y las principales características que se observan durante esta etapa del desarrollo humano.

Para dar inicio al abordaje de este tema, se exponen las definiciones breves que establecen las organizaciones siguientes:

La Real Academia Española define a la adolescencia como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (<http://www.rae.es>).

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos, así como de una profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales (<http://www.who.int>).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), establece que la adolescencia es, esencialmente, una época de cambios que trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto (<http://www.unicef.org>).

Así, en la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Para tener mayor comprensión de lo que acontece durante esta etapa y su aplicación al caso clínico que se analiza en el presente trabajo de investigación, es esencial la presentación de definiciones psicoanalíticas, motivo por el cual se hace referencia a continuación a las definiciones establecidas por teóricos especializados:

Peter Blos (1962) plantea: “Las necesidades emocionales significativas y los conflictos de la temprana niñez deben ser recapitulados antes de que puedan encontrarse nuevas soluciones con metas instintivas cualitativamente diferentes e intereses yoicos”. (p. 29).

Es importante añadir las ideas que Anna Freud (1965/1997) establece, señalando como etapa en la línea del desarrollo:

“La lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles, defendiéndose contra los impulsos pregenitales y, finalmente, estableciendo la supremacía genital con la catexis libidinal transferida a los objetos del sexo opuesto, fuera del círculo familiar” (p. 57).

Una interesante definición es la que presenta Ajuriaguerra (1977/2004), en donde propone que:

“Un determinado número de modificaciones llegan inesperadamente durante la adolescencia, unas de ellas morfológicas, como la transformación corporal, las otras instintivas, tales como el despertar de las necesidades sexuales, preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas...unidas a una fragilidad en la orientación sexual, una labilidad de carácter con rebeldía contra los padres, rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive; duda y afirmación del Yo, narcisismo y necesidad de estimación, certeza e incertidumbre, timidez y búsqueda de originalidad” (p.82).

La adolescencia es una etapa decisiva del proceso de desprendimiento que comenzó desde el nacimiento, en donde los cambios psicológicos llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo, gracias a la elaboración del duelo por el cuerpo de niño, la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury, 1990).

Como se aprecia de las definiciones expuestas, éstas presentan diferentes enfoques del tema, razón por la cual en la búsqueda de establecer una definición amplia de la

adolescencia se presenta la integración siguiente: la adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que se encuentra ubicada después de la latencia y antes de la edad adulta, caracterizada por modificaciones corporales, psicológicas y sociales que van acompañadas inevitablemente de un proceso de duelo por el cuerpo, identidad y padres de la infancia, durante dicho proceso se reviven conflictos infantiles que provocan cambios emocionales, los cuales tienen por objetivo último el total desarrollo emocional del organismo, al buscar la consolidación de una nueva identidad, por lo que se presenta una transformación en las interacciones del individuo respecto a la familia y a la sociedad; sin embargo, lucha con una ambivalencia entre la independencia buscada y el respaldo aun necesario.

1.2 Fases de la adolescencia

Las diferentes fases del desarrollo de la adolescencia están caracterizadas por la obtención de metas en la vida psicológica. A continuación se exponen dichas metas junto con los procesos fundamentales de cada fase, a través de la clasificación propuesta por Peter Blos en 1962:

1.2.1 La latencia

El período de latencia sexual de la infancia, es un proceso caracterizado por la circunstancia de que las fuerzas instintivas sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia otros distintos, aunque frecuentemente escapa a la sublimación un fragmento de la vida sexual, y se conserva a través de todo el período hasta el surgimiento del instinto sexual en la pubertad (Freud, S., 1905, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

A través de la siguiente cita nos adentramos en las características propias de esta fase, consistentes en: la disminución de la dependencia hacia los padres, aunado a la introyección de los principios observados en su mundo exterior al superyó es aliado al yo para la lucha contra los procesos instintivos.

El periodo de latencia se inicia con una decadencia de la fuerza instintiva, condicionada fisiológicamente y caracterizada por una tregua en la guerra defensiva dirigida por el yo. Ha llegado el tiempo de dedicarse a otras tareas, en las que adquiere nuevos contenidos,

conocimientos y capacidades. Simultáneamente, se fortifica en relación al mundo exterior, se siente frente a él menos desamparado y sometido y ya no lo concibe tan poderoso como antes. Paulatinamente, supera la situación edípica, todas sus actitudes frente a los objetos del mundo exterior cambian... (Freud, A., 1961/2000, p. 159).

Los factores principales que preceden a la latencia son: el yo como mediador entre el mundo interno y externo adopta medidas defensivas en contra de los estímulos dolorosos de adentro y de afuera, permitiendo tolerar grandes cantidades de tensión; las crecientes funciones del intelecto y del juicio ayudan al niño a postergar las gratificaciones y a bloquear una descarga directa de los impulsos; el yo tiene que observar no solamente las demandas de los impulsos instintivos y del mundo externo, sino también, las demandas provenientes del superyó, es decir logra un proceso de integrar ambas instancias (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

De acuerdo a Bertha Bornstein (1951), la resolución del complejo de Edipo y el establecimiento del superyó se establecen como inicio del periodo de latencia. El niño está cerca del periodo en donde su mente es dominada principalmente por el principio del placer y sus contenidos conscientes e inconscientes no están todavía estrictamente separados. Divide la latencia en dos etapas, cuya característica común es la rigidez del superyó en su evaluación de sus deseos incestuosos, expresada en la lucha contra la masturbación. Durante la primera etapa internaliza la defensa contra los impulsos genitales y contra los impulsos pregenitales, la formación reactiva se desarrolla como defensa contra ellos y marca el primer cambio de carácter en la latencia temprana. Durante la segunda etapa el yo está expuesto a conflictos menos severos, las demandas sexuales tienen menor influencia y el superyó se ha vuelto menos rígido. El niño está más sólo en el proceso de consolidación de las defensas del yo que en la latencia temprana, además de estar más orientado a los problemas de la realidad externa (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El periodo de latencia es muy importante para el inicio y desarrollo de la adolescencia, debido a los logros esenciales que se obtienen durante éste.

La inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica, la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben de haber adquirido una estabilidad considerable, la estatura física debe permitir

independencia y control del ambiente, las funciones del yo deben de haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana, la capacidad sintética del yo debe de ser efectiva y compleja, y finalmente, el yo debe de ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo. Estos logros en la latencia deben dar paso al aumento puberal en la energía instintiva (Blos, P., 1962, p.88).

Se puede sintetizar que la latencia es una etapa del desarrollo humano en donde se vive angustia ante los deseos incestuosos que provocan el inicio de un proceso mediante el cual las fuerzas instintivas sexuales son canalizadas hacia diferentes destinos, lo que dirige al niño hacia la resolución del complejo de Edipo, teniendo por resultado el establecimiento del superyó. A raíz de que el yo debe actuar como mediador entre el mundo interno, externo y las demandas del superyó, éste consolida sus defensas y funciones al adquirir resistencia a la regresión y a la desintegración. Durante esta etapa también se llega a la diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a la mayor atención a los problemas de la realidad externa.

1.2.2 Preadolescencia

La terminación de la latencia y el comienzo de la preadolescencia se dan ante el surgimiento de los primeros cambios físicos y el aumento cuantitativo de los impulsos. Los cambios físicos son enfrentados mediante un proceso de ajuste a una nueva representación del cuerpo y el aumento cuantitativo de impulsos lleva al resurgimiento de la pregenitalidad y a la reactivación del complejo de Edipo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante este periodo es imposible definir cuál será el nuevo objeto de amor o la nueva meta instintiva, ya que los conflictos se centran, ante todo, en los impulsos regresivos hacia los padres y las defensas utilizadas ante dichas regresiones (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la fase preadolescente un aumento cuantitativo de la presión instintiva conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida. No se puede distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva. Cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual -incluso aquellos pensamientos, fantasías y

actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias- (Blos, P., 1962, p.89).

Los procesos fundamentales que se presentan en el transcurso de la preadolescencia son el cambio de objeto de los padres a los objetos fuera de casa y la desidealización de los padres como objetos edípicos para desligarse de ellos. Estos procesos buscan alcanzar las metas de desarrollo de este periodo, que pueden resumirse en el dominio de los cambios fisiológicos, la adaptación a los cambios en la representación del self y las diferentes relaciones familiares y de pares desarrolladas (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

1.2.3 Adolescencia temprana

Durante la adolescencia temprana la vida emocional está dirigida a crecer en la búsqueda de la autodefinición. El problema central de este periodo y el que le sigue son las complicaciones respecto a las relaciones de objeto. Esta lucha refleja el conflicto en el que se encuentra al enfrentar la modificación de los impulsos, lo que provoca fluctuaciones en el estado de ánimo y en la conducta, que es la característica más significativa de la adolescencia (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Lo que define al periodo de la adolescencia temprana es la falta de catexis sobre los objetos de amor incestuoso y, como consecuencia a esto, encontramos que la libido se encuentra flotando libremente y necesita acomodarse (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El retiro de la catexis de objeto y la ampliación de la distancia entre el yo y el superyó dan como resultado un empobrecimiento del yo. El adolescente lo experimenta como un sentimiento de vacío, situación evolutiva pasajera en la que encuentra alivio compensatorio en los amigos, pues el grupo de pares sustituye a la familia del adolescente, ya que ahí hallan estímulo, sentido de pertenencia, lealtad, devoción, empatía y resonancia (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante este periodo se da como proceso el cambio en la organización jerárquica de los impulsos al abandonar la posición regresiva preadolescente y hacer de lado a la pregenitalidad, influyendo en el desarrollo del yo. El yo elabora en su estructura una organización jerárquica en sus funciones y en sus pautas defensivas. Al final de esta etapa,

el carácter, que se venía desarrollando a partir de los logros alcanzados durante la latencia, se consolida como una estructura firme (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente como tal, los impulsos cambian hacia la genitalidad, los objetos libidinales cambian de preedípicos y edípicos a objetos heterosexuales no incestuosos. El yo salvaguarda su integridad por medio de operaciones defensivas; algunas de éstas son de carácter restrictivo para el yo y requieren de una energía catéctica para su mantenimiento, mientras que otras muestran ser de carácter adaptativo para permitir la descarga de impulsos inhibidos (sublimación); éstas llegan a ser los reguladores permanentes de la autoestimación (Blos, P., 1962, p.114).

1.2.4 Adolescencia propiamente como tal

Esta fase tiene como temas principales el revivir del complejo de Edipo y la desconexión de los primeros objetos de amor. De igual manera, se presenta que el yo salvaguarda su integridad por medio de operaciones defensivas como lo son la intelectualización y la sublimación (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El retiro de la catexis de objeto lleva a una sobrevaloración del ser, a un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad, a una sensibilidad extraordinaria, a una autoabsorción general, a un gran engrandecimiento. En el adolescente el retiro de la catexis de los objetos del mundo externo puede llevar a un retiro narcisista y a una pérdida de contacto con la realidad (Blos, P., 1962, p.35).

Durante este periodo se da una expresión máxima del narcisismo, después de la cual debe haber una declinación, ya que de no ser así se elige un objeto narcisista, es decir, homosexual. El problema principal está en la naturaleza de los cambios catécticos relacionados a los objetos internos y al ser, el retiro de la catexis hacia los padres, o más bien, de la representación de los objetos en el yo, produce una disminución de la energía catéctica en el ser. El abandono de las posiciones bisexual y narcisista hacen posible el hallazgo de un objeto heterosexual, lo cual caracteriza el desarrollo psicológico de la adolescencia. Aparece una afirmación gradual del impulso sexual adecuado que gana ascendencia y produce una angustia conflictiva en el yo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Podríamos condensar las necesidades exteriorizadas por los adolescentes de la manera siguiente:

La necesidad de evitar soluciones falsas.

La necesidad de sentirse reales o de tolerar la ausencia de todo sentimiento.

La necesidad de desafiar dentro de un marco en el que existe y debe existir también dependencia.

La necesidad de provocar repetidamente a la sociedad, de modo que el antagonismo de ésta se ponga en evidencia y sea posible enfrentarlo también con antagonismo (Winnicott, D.W., 1995, p.113).

1.3 Visión intrapsíquica

En este apartado se presentan los principales puntos de interés de la psicología del desarrollo en las áreas: psicosexual, las relaciones de objeto, el superyó, la identidad de género y el yo.

1.3.1 Desarrollo psicosexual

Sigmund Freud (1905), presenta los principales elementos de la teoría de la libido y del desarrollo psicosexual, observando una secuencia de maduración, según sea la zona que constituya la fuente de mayor placer en diversos momentos a lo largo de la niñez (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La hipótesis más sencilla y próxima sobre la naturaleza de los instintos sería la de que no poseen por sí cualidad alguna, debiendo ser considerados tan solo como cantidades de exigencia de trabajo para la vida psíquica, lo que diferencia a un instinto de otro y le da sus cualidades específicas, en su relación con sus fuentes somáticas y sus fines. La fuente del instinto es un proceso excitante en un órgano, y su fin más próximo está en hacer cesar la excitación de dicho órgano (Freud, S., 1905/1996, p. 1191).

En el ensayo de 1920, Freud, S., amplió su teoría postulando la existencia de un conflicto que dura toda la vida entre el instinto de muerte y el instinto de vida (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Ambos instintos se conducen en una forma estrictamente conservadora, tendiendo a la reconstitución de un estado perturbado por la génesis de la vida, génesis que sería la causa tanto de la continuación de la vida como de la tendencia a la muerte. A su vez, la vida sería un combate y una transacción entre ambas tendencias (Freud, S., 1923/1996, p. 2717).

A continuación se desarrollan las etapas del desarrollo psicosexual, las cuales son la fase oral, fase anal, fase fálica, latencia y fase genital, esta última marcando el inicio de la pubertad y la adolescencia:

La fase oral, es la primera fase de la evolución libidinosa, en donde el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación. Por tal razón, la actividad de nutrición proporciona los elementos mediante los cuales se expresa y se organiza la relación de objeto (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La fase anal, es caracterizada por la evolución libidinal, que puede situarse aproximadamente entre los dos y cuatro años y se matiza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal. La relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas a la función de la defecación y al valor simbólico de las heces (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La fase fálica, es definida como la fase de organización infantil de la libido caracterizada por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales. Esta fase corresponde al momento culminante y a la declinación del complejo de Edipo, predominando en ella el complejo de castración (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La latencia es conceptualizada como el periodo que se encuentra comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad, y representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Durante este periodo se observa una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el periodo de latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión, una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones. El equilibrio relativo característico del periodo de latencia

es interrumpido por los cambios biológicos de la pubertad, durante la cual los impulsos sexuales genitales se intensifican y las zonas erógenas se subordinan más aun a la primicia de los genitales, la preadolescencia y la adolescencia hacen referencia a las complejas facetas psicológicas y del desarrollo propias del periodo que transcurre aproximadamente entre los 11 o 12 años y los 19 o 20 años (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La fase genital, es definida como la etapa del desarrollo psicosexual caracterizada por la organización de las pulsiones parciales bajo la primacía de las zonas genitales (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

En términos del desarrollo psicosexual, el principal cambio que ocurre en la adolescencia es la primicia de la zona genital. Los cambios biológicos tienen una profunda influencia en el desarrollo psíquico. Al mismo tiempo, se despiertan conflictos desde los niveles más tempranos del desarrollo, trastornando el equilibrio alcanzado durante la latencia entre el yo y el superyó, y entre los impulsos y las defensas. También se reavivan deseos preedípicos y edípicos incestuosos y los conflictos asociados a ellos. Las tareas principales de la adolescencia consisten en adaptarse a la sexualidad, incluyendo el cuerpo sexualmente maduro, y alcanzar un nuevo equilibrio entre los impulsos, el yo, el superyó y los objetos tanto del pasado como de presente (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

1.3.2 Las relaciones de objeto

La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes (Kernberg, O.F., 1977/1998).

La relación de objeto hace referencia al modo de relación que tiene el sujeto con su mundo, ésta siendo resultado de la organización de personalidad, de la aprehensión de los objetos y de los tipos de defensa que predominan. El concepto de objeto se considera en psicoanálisis bajo dos aspectos principales: el primero, como correspondiente de la pulsión, siendo aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. El segundo, como correlato del amor o del odio, tratándose entonces de

la relación de la persona total, o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La estructuración de las relaciones objetales internalizadas constituye uno de los determinantes principales de las estructuras generales de la mente. La más precoz experiencia intrapsíquica integra afecto y cognición en el contexto de las primeras unidades de relaciones objetales internalizadas (Kernberg, O.F., 1977/1998).

Las relaciones objetales internalizadas son los primeros orientadores u organizadores generales que canalizan los patrones innatos de conducta en sistemas instintivos centrados en representaciones del sí mismo y del objeto. Este punto de vista es compatible con la proposición de Hartmann (1948) en el sentido de que, para el ser humano, el sexo y la agresión no están directamente al servicio de la autoconservación y de la conservación de la especie, sino que forman parte de estructuras, sobre todo del yo, que tienen funciones de autoconservación y adaptación (Kernberg, O.F., 1977/1998, p. 93)

En su presentación de 1923, Freud, S. muestra el modelo topográfico, enfatizando el impacto patológico que tienen las experiencias traumáticas con el objeto durante el desarrollo, y habla de que los deseos y fantasías inconscientes modifican las experiencias que se tienen con el objeto, pudiendo convertirlas en experiencias traumáticas. Al proponer la teoría estructural, hace énfasis en la experiencia no traumática del individuo con los objetos y cómo éstos constituyen una interface con los impulsos, el yo y el superyó (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

“El carácter del yo es un precipitado de catexias objetales abandonadas...y contiene un registro de pasadas elecciones objetales...Los efectos de las primeras identificaciones de la temprana infancia serán profundos y duraderos” (Freud, S. 1923, citado en Kernberg, O.F., 1977/1998, p. 95).

Klein, M. demostró la importancia de las relaciones de objeto preedípicas tempranas para la aparición y desarrollo de la psicopatología. Uno de sus principios básicos es que todo conflicto se basa en la lucha entre los instintos de vida y muerte. Este conflicto es innato y opera a partir del nacimiento (1957, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000). La teoría kleiniana se estructura sobre los conceptos de posición esquizoparanoide, que combate ilusoria pero violentamente toda pérdida, y la posición depresiva, que toma

verdadera nota de ésta. Klein, M. (1920) destacó la importancia que tienen las más tempranas relaciones objetales internalizadas en la determinación de las vicisitudes del conflicto intrapsíquico y las estructuras psíquicas. Subrayó la importancia de la agresión pregenital, sobre todo el sadismo oral, para determinar los primitivos objetos internos fantaseados y la estructura básica del superyó. Vinculó la teoría psicoanalítica de los instintos con las relaciones objetales tempranas y las constelaciones de maniobras defensivas tempranas, estas constelaciones constituyeron la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva (Kernberg, O.F., 1977/1998).

Fairbairn (1952), consideró que el principal objetivo del incipiente aparato psíquico es el esclarecimiento de vínculos con otros seres humanos, originalmente con la figura materna. En su opinión, el yo procura ante todo encontrar objetos y no gratificar los instintos (Kernberg, O.F., 1977/1998).

John Bowlby, contribuyó significativamente a la teoría de la relación madre-niño. Consideraba que lo principal para el infante es la necesidad de un vínculo inquebrantable con la madre. Propone que la propensión hacia el apego es un sistema de respuestas instintivas e innatas con raíces biológicas, y un motivador de la conducta infantil tan o más importante para la satisfacción de impulso oral. (1958, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000). Bowlby, J. (1969) llega a la conclusión de que la tendencia a aferrarse por parte del bebé, su sonrisa, su llanto, etc., son componentes instintivos que se integran en una pauta instintiva general de apego. Pone el acento en los patrones de conducta y de interacción interpersonal, dejando de lado casi por completo la constitución intrapsíquica de las estructuras que reflejan los problemas interpersonales (Kernberg, O.F., 1977/1998).

Anna Freud (1965, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), con el objetivo de encontrar un contexto en el cual evaluar la personalidad del niño, sugirió que el desarrollo está caracterizado por una serie de líneas predecibles que se despliegan, entrelazan y superponen, su congruencia o incongruencia constituye un indicador de normalidad o patología. Describió que el bebé es gobernado por sensaciones de necesidad durante los primeros meses de vida, siendo el rol principal de la madre satisfacer estas necesidades. Sin embargo, notó que los bebés separados de sus madres, aún en esta etapa temprana, mostraban signos de trastornos, algunos de los cuales podían ser atribuidos a la alteración de la rutina, y otros, al cambio en la relación de intimidad con la madre.

Por otra parte, la escuela británica cuenta dentro de sus miembros a:

Balint (1968, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), enfatizó la importancia de la relación diádica preedípica, afirmando que las características y psicopatología posteriores derivaban de interrupciones de la relación temprana entre la madre y el niño.

Winnicott (1960, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), hacía hincapié en que las consideraciones sobre el apego infantil deben ser balanceadas con consideraciones acerca de la investidura emocional de la madre suficientemente buena en su hijo. Sus conceptos de verdadero self y falso self reflejan su convicción de que el infante está intensamente relacionado con el objeto desde su nacimiento y que resulta inevitable que la madre común, suficientemente buena y dedicada, le falle a su hijo.

René Spitz (1965, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), estaba profundamente interesado en los orígenes tempranos de la psicopatología y en la psique como totalidad. En su observación, misma que se limitó a los dos primeros años de vida del individuo, subrayó que los nuevos comportamientos están acompañados por nuevas conductas y nuevas expresiones afectivas, tales como la sonrisa social, la desazón frente a los extraños y el ademán de negación. Postuló que estas nuevas expresiones afectivas pueden ser utilizadas como un indicador o señal de que se ha alcanzado un nuevo nivel en la organización de la estructura psíquica y las denominó organizadores psíquicos. También prestó especial atención al despliegue de las relaciones de objeto en las etapas tempranas y a los ingredientes necesarios para el establecimiento del objeto libidinal, logrado cuando el bebé tiene claro que prefiere a la madre por encima de los demás objetos.

Para el neonato, el medio circundante consiste, por decirlo así, en un solo individuo, la madre o quien la sustituye. Pero incluso este individuo único no es percibido por el recién nacido como una entidad distinta a él, sino que es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción. Evidentemente, esta situación cambia en transcurso del primer año de vida. No obstante, durante todo este periodo el infante criado normalmente y el medio que le rodea forman lo que podríamos denominar un sistema cerrado, que consta solo de dos componentes, a saber: la madre y el hijo. Por eso una exploración psiquiátrica de la primera infancia tiene que investigar los patrones de la dinámica y de la textura de este sistema cerrado (Spitz, R.A., 1965/2001, p.23).

En otra escuela importante que señala la importancia de las relaciones de objeto, se encuentran:

Kohut (1971, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), afirma que así como la supervivencia fisiológica depende de un ambiente físico específico que incluye oxígeno, alimento y una temperatura mínima, la supervivencia psicológica depende de los componentes particulares del medio psicológico, incluyendo objetos del self sensibles y empáticos. Otorga gran importancia al rol patogénico de los padres, que implica que su personalidad patogénica y los rasgos patogénicos del ambiente son los que explicarían la patología del self.

Mahler asumió que las representaciones mentales del objeto y del self son básicas para la formación y funcionamiento del yo y del superyó. Planteó como hipótesis que estas representaciones mentales del objeto y del self se construyen gradualmente a partir de los pasos progresivos en el desarrollo de las relaciones de objeto. También describió las implicancias para el funcionamiento patológico del yo cuando existe un desorden en la relación madre-niño, hizo explícito que la disponibilidad emocional apropiada de la persona encargada del cuidado del niño y el intercambio afectivo entre la madre y el niño, son rasgos sumamente importantes para promover la formación de las estructuras psíquicas que facilitarían el funcionamiento emocional independiente. Se concentró en la dimensión intrapsíquica: la representación mental de la madre y la manera en que ésta funciona (1977, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000). A partir de fines de la década de 1950, Mahler y sus colaboradores describieron el llamado proceso de separación-individuación del desarrollo infantil (Kernberg, O.F., 1977/1998).

El proceso normal de separación-individuación, que sigue a un periodo simbiótico evolutivamente normal, incluye el logro por parte del niño de un funcionamiento separado en presencia de la madre y con la disponibilidad emocional de ésta (Mahler, 1963); el niño se enfrenta continuamente con amenazas mínimas de pérdida de objeto (que cada paso del proceso de maduración parece traer consigo). Sin embargo, en contraste con situaciones de separación traumática, este proceso normal de separación-individuación ocurre en el ámbito de una disposición evolutiva para el funcionamiento independiente y de una complacencia en tal actividad (Mahler, M., 1977/ 2002, p.10).

Otto Kernberg (1976, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), propone una teoría del desarrollo en la que los afectos constituyen el sistema de motivación primario del infante, los afectos se organizan en impulsos libidinales y agresivos, siempre en relación a las interacciones con el objeto humano, que es más que un vehículo para la satisfacción del impulso. El yo, superyó y ello derivan de las representaciones de objeto y del self que se han internalizado bajo la influencia de estados afectivos diversos.

La teoría de las relaciones objetales aborda determinadas pautas de salud mental y normalidad, como lo son: la profundidad y la estabilidad de las relaciones con los otros; la tolerancia de la ambivalencia respecto de los objetos amados; la capacidad de tolerar la culpa y la separación u la capacidad de elaboración en las crisis depresivas; el grado de integración del concepto del sí mismo y el grado de correspondencia entre los patrones de conducta y el concepto del sí mismo (Kernberg, O.F., 1977/1998).

La teoría de las relaciones objetales pone énfasis en la singularidad del individuo; estudia el desarrollo de una personalidad altamente individualizada, de una persona consciente de sí misma y de otros seres humanos y el desarrollo en profundidad de las relaciones interpersonales como requisito principal para la satisfacción de las necesidades psíquicas personales (Kernberg, O.F., 1977/1998, p. 107).

En sus formulaciones sobre la identidad del yo, Erikson (1950) desarrolló los aspectos subjetivos del yo como lo más importante de la estructura psíquica. Definió la identidad del yo incluyendo el sentido de mismidad o continuidad, tanto respecto al propio individuo como respecto de los significados que éste tiene para otras personas. Para él, la identidad del yo se desarrolla a partir de la integración de introyecciones e identificaciones, aunque trascendiéndolas. Destacó la importancia de los roles sociales como parte de la identidad del yo y la búsqueda inconsciente de continuidad en el carácter del individuo y en la solidaridad interna con los ideales grupales y la identidad grupal que incorpora. Erikson describe la identidad del yo como una configuración que evoluciona concomitantemente con los momentos cruciales del desarrollo y bajo la influencia de ellos (Kernberg, O.F., 1977/1998). Erikson (1950, citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), quien fue uno de los primeros en sugerir que el desarrollo es un proceso que dura toda la vida y extendió la teoría psicosexual de Freud, S. para incluir tres etapas adultas, que caracterizó por el logro de la capacidad de intimidad, de generatividad y de integridad del yo. Para él, un

sentido de identidad incluye una conciencia tanto de continuidad de los métodos de síntesis del yo, como de elementos en común con el grupo cultural al que pertenece.

Dejando atrás la revisión concisa de autores que han desarrollado la teoría de la relación de objeto, se explica a continuación como se manifiesta esta vinculación durante el periodo de la latencia y la adolescencia:

En el periodo de latencia, se observa que en las mujeres hay miedo intensificado a perder su objeto amado y que ya no las quieran, significando esto una angustia básica que las lleva a tener conductas conflictivas con la madre. En los hombres la angustia básica que se presenta gira en torno a la castración, la cual se manifiesta en conductas competitivas para obtener el triunfo y una preocupación por la forma y tamaño de su pene. En ambos géneros se origina un cambio en la relación sostenida hasta ese momento con los padres, esto debido a la renuncia de los esfuerzos inconscientes por establecer una relación incestuosa. A partir de este momento, las relaciones que se establecen con los padres pueden ser cariñosas y el niño se vuelve más independiente, particularmente en la evaluación que hace de lo que es bueno y lo que es malo, resultado de la consolidación del superyó. Se vive una desilusión de los objetos principales, pero al final del periodo de latencia se observa un cambio significativo manifestado en el establecimiento de nuevas relaciones sociales (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000, p.105).

En la mayoría de las culturas, al llegar el niño a la etapa del desarrollo en que es capaz de apreciar en un mismo instante la existencia de tres personas -su self y el de otras dos-, cuenta con un medio familiar que le ha sido provisto. Dentro de la familia, el niño puede avanzar paso a paso de la relación triangular a otras relaciones de todos los grados de complejidad. Es el triangulo simple el que presenta las dificultades y la plena riqueza de la experiencia humana. En el medio familiar, los padres pueden asimismo ofrecerle continuidad en el tiempo, tal vez desde la concepción misma del niño hasta el final de la dependencia que caracteriza el término de la adolescencia (Winnicott, D.W., 1988/1996, p. 65).

Durante la adolescencia, las principales tareas de las relaciones de objeto son descritas por Blos, P. (1962), como un proceso de segunda individuación que está constituida por dos procesos consistentes en separarse y renunciar a los padres como objetos de amor y

encontrar sus sustitutos afuera del marco familiar. Para que esto sea posible es necesario enfrentarse a una desidealización de las representaciones de los objetos paternos formadas durante la primera infancia, esta lucha provoca que el adolescente tenga una sensación de vacío al vivir la pérdida simbólica del sostén interno, sentimiento que lo lleva a buscar en sus pares el alivio y sostén a su autoestima a medida que avanza hacia una necesaria independencia psíquica. En el transcurso de la fase de desidealización del segundo proceso de individuación, suele entablarse una lucha intrapsíquica entre la imagen idealizada del progenitor y su propia imagen del self imperfecta, y en la medida en que el adolescente sea capaz de diferenciar las representaciones de objeto omnipotentes e idealizadas de sus padres, que provienen de su infancia, será capaz de establecer relaciones amistosas y respetuosas con ellos, pero también de sentirse independiente respecto de éstos. Posteriormente, se da una reaproximación en donde el adolescente trata de resolver los conflictos de su niñez, reavivando regresivamente las relaciones de objeto infantiles que provocan una ambivalencia y que llevan al adolescente a contradicciones en los afectos, impulsos, pensamientos y comportamiento. El proceso de individuación puede durar hasta el comienzo de la etapa adulta, terminando en el establecimiento de una relación más satisfactoria con los padres y de relaciones amorosas extrafamiliares estables. Es en la adolescencia propiamente como tal que se busca la resolución del complejo de Edipo para poder establecer un objeto heterosexual, la idealización de un objeto de amor heterosexual ayuda a elaborar la previa bisexualidad y deja atrás el objeto de amor narcisista. Siendo indispensable la previa identificación con el padre del mismo sexo para que pueda existir el amor heterosexual, y es una labor propia de esta etapa la elaboración de la feminidad y la masculinidad (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El cierre de la adolescencia, de acuerdo con Blos, P. (1962), depende de la medida en que los conflictos respecto a las relaciones de objeto puedan reconciliarse e integrarse con las demandas de la realidad.

1.3.3 El superyó

Se define al superyó como una de las instancias psíquicas descritas por Freud, S. en su segunda teoría del aparato psíquico propuesta en 1923, en donde establece que su función es comparable a la de un juez con respecto al yo, es la autoobservación y la formación de ideales, se forma a partir de la interiorización de las exigencias y prohibiciones de los padres, resultado de las identificaciones con el padre para evitar la castración y resolver los conflictos edípicos. Es por esto que el superyó es descrito como el heredero del complejo de Edipo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

De este modo, podemos admitir como resultado general de la fase sexual, dominada por el complejo de Edipo, la presencia en el yo de un residuo, consistente en el establecimiento de estas dos identificaciones enlazadas entre sí. Esta modificación del yo conserva su significación especial y se opone al contenido restante del yo en calidad ideal del yo o superyó (Freud, S., 1923/1996, p.2713).

El superyó tiene diversas funciones como lo son: el mantener la armonía intrapsíquica e interpersonal, la adaptación a la sociedad, la autoobservación y la autoevaluación que llevan hacia la aprobación, recompensa, censura, crítica y castigo orientados hacia sí mismo. Freud, S. (1923), subrayó que la consolidación del superyó es una importante función que cumple el superyó, ya que en relación al equilibrio narcisista provee una fuente de bienestar, ya que permite al niño depender cada vez menos de las fuerzas externas para el abastecimiento narcisista, y abre un camino para evitar la decepción y frustración, estimulándolo a cumplir con los estándares e ideales internalizados (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Observando el desarrollo del superyó a través de la latencia, encontramos que al comienzo de este periodo su funcionamiento tiende a ser severo, primitivo, rígido, inconsciente y con facilidad exteriorizado. La detección y el control de los impulsos por parte del superyó es particularmente importante para el niño que se encuentra en esta etapa, y las restricciones estrictas son necesarias debido a la necesidad de reprimir los deseos edípicos incestuosos asociados (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Es durante la segunda mitad de la latencia que el niño posee una estructura defensiva mejor integrada para evitar los impulsos sexuales intrusivos, el superyó es menos primitivo, la masturbación y las fantasías asociados a ésta ahora son mas encubiertas y al haber sido

desplazadas de los deseos y objetos edípicos originales, parece menos peligrosa. Durante la latencia se tiene la tarea de relajar las severas políticas de castigo del superyó a la vez de revisar y consolidar los códigos morales, siendo indispensables para lograrla la integración de las funciones del yo, funciones cognitivas y del superyó, dando paso a un superyó autónomo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la adolescencia se observa un superyó autónomo al lograr la identificación de las reglas y estándares internos, con independencia a la autoridad externa, si el adolescente no logra esta meta esperará que el medio externo sea el que se adecue a sus deseos. El primer paso en el proceso de reorganización del superyó del adolescente comienza con la externalización de la autoridad interna, proyectándola hacia los padres, situación que se refleja en que a pesar de confiar en ellos para proveerle estabilidad, el adolescente lucha contra la imposición de sus estándares. Renuncia a los padres como objetos libidinales y como objetos de autoridad, lo cual lo lleva a sentirse solitario, infeliz y aislado, para manejar estos sentimientos, desplaza sus lazos emocionales al igual que las funciones del superyó hacia el grupo y reemplaza las identificaciones con los padres por identificaciones con un líder grupal fuerte e idealizado. Es hacia el final de la adolescencia cuando se hace una reevaluación de la visión idealizada de los padres del pasado ahora bajo una imagen más realista de los padres del presente, al hacerlo el adolescente modifica las representaciones ideales del objeto y del self para adaptarse a la realidad externa. Como parte de este resultado, el superyó contiene más ideales y estándares morales realistas y funciona con mayor compasión en sus dimensiones de orientación, evaluación, crítica y castigo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Una vez que la voz de autoridad está ubicada nuevamente en forma segura dentro de la mente, la estructura del superyó gana individualidad, flexibilidad y estabilidad, y se convierte en un sistema de funcionamiento psíquico maduro, autónomo, coherente y consistente. La armonización de los ideales al interior del ideal del yo es otra de las tareas del desarrollo particularmente importante en la adolescencia. La conciliación definitiva con los estándares e ideales conflictivos, que resulta un equilibrio narcisista más estable, es un logro que solo se alcanza hacia el final de la adolescencia (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

1.3.4 La identidad de género

Identidad de género es el concepto a través del cual se busca marcar la diferencia entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en cada individuo. A su formación contribuyen las fuerzas biológicas, psicológicas, las relaciones de objeto, las funciones del yo y las capacidades cognitivas. La identidad de género nuclear está determinada desde la asignación del sexo al momento del nacimiento, las hormonas sexuales, así como por las fantasías de los padres y recibe significativas contribuciones gracias a los funcionamientos perceptivo, motor y cognitivo a partir de los cuales se forma el primer sentido del self que está basado en la imagen corporal (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El papel del padre es esencial en la formación de género, ya que es quien minimiza la angustia temprana de castración que vive el niño y estabiliza la identidad de género nuclear. Esto lo logra mediando la sobreprotección de la madre y facilitando la resolución del conflicto de reaproximación. El rol de género masculino se establece una vez que se da la idealización e identificación del niño con el padre, comenzando este proceso cuando el niño es consciente de ser varón y busca el acercamiento a su padre, esto en la búsqueda de la estabilidad de sentido de masculinidad y de su imagen corporal. El proceso de identificación con el padre continúa durante toda la fase genital infantil. Para que se de esta identificación masculina es necesario que el padre tenga apertura y le brinde un espacio de convivencia en las diversas actividades que realiza. Para que se origine la investidura narcisista del niño sobre su masculinidad es importante la relación entre los padres, ya que si está cargada de ambivalencia, de falta de confianza hacia el padre, de devaluación de parte de la madre, entonces se provoca que el niño varón también se sienta como objeto de desconfianza y devaluación (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El niño pequeño forma un vínculo tan estrecho con su padre durante el proceso de idealización e identificación que pueden aparecer deseos edípicos negativos, esto generalmente se atribuye a la angustia de castración. El temor a la castración y a la culpa proporciona una poderosa motivación para que el niño renuncie a los deseos libidinales hacia su madre y se identifique con el introyecto de los padres. Al hacerlo, conserva la relación afectuosa con ambos padres y pospone cualquier otra resolución del complejo de Edipo. La resolución edípica se da una vez que el niño toma a su padre como ideal del yo y

se identifica con dicho ideal como parte del proceso del superyó. En ese momento, el desarrollo cognitivo del niño hace posible que tome en cuenta con mayor frecuencia a la otra persona y a sus deseos, es decir, que piense menos egocéntricamente. De este modo, el niño es cada vez más capaz de ser empático con los deseos de su padre y de reconocer que éste posee reglas no sólo para él sino también para sí mismo. Las normas y los estándares morales del padre son idealizados e internalizados a medida que el superyó se vuelve más elaborado y complejo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Al llegar a la latencia, el niño ingresa a un periodo de integración y consolidación psíquica, en donde está comprendida la identidad de género. Al tener mayor diversidad de contactos sociales el niño tiene la oportunidad de practicar muchos roles masculinos y, de este modo, los roles de las relaciones intrapsíquicas establecidos con anterioridad durante su desarrollo son elaborados por las influencias sociales y culturales, dando como resultado un sentido más amplio del rol de género (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

En la preadolescencia y la adolescencia se viven cambios biológicos y aumentan las presiones de los impulsos, motivo por el cual se reviven los conflictos de las etapas del desarrollo anteriores. Se reviven las identificaciones femeninas tempranas y se despierta la angustia de castración, dándose con esto la reactivación de los deseos edípicos negativos que son observables a través de la conducta del adolescente al buscar la compañía masculina pero con el temor a las actividades sexuales que llega a establecer con otros adolescentes del mismo sexo. En la orientación homosexual se encuentran muchos factores involucrados, sus raíces se encuentran en etapas anteriores a la adolescencia pero la orientación final será determinada por los acontecimientos que ocurran durante la adolescencia. La reorganización exitosa del ideal del yo es central para la resolución de las ansiedades y los conflictos relativos a la identidad de género del adolescente varón (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la etapa intermedia y tardía de la adolescencia el joven experimenta sexualmente y estas relaciones pueden ser la prueba y fundamento para la consolidación de relaciones heterosexuales que sean recíprocas y maduras, dando como resultado la consolidación de la identidad de género (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Cuando llega a la etapa adulta posee un sentido bastante estable de su identidad de género. Idealmente, ha integrado una cierta mezcla de masculinidad y femineidad, su

posición respecto a sus preferencias sexuales está establecida, pues ahora tiene una idea clara del sexo del objeto de amor deseado y su identidad respecto a los roles de género frente a ese objeto de amor está más o menos consolidada (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

1.3.5 El yo

El yo, es conceptualizado por Freud, S. (1923), como una instancia psíquica diferente al ello y al superyó. Desde el punto de vista tópico, el yo es dependiente al ello, al superyó y a la realidad, aunque se presenta como mediador su autonomía es relativa. Desde el punto de vista dinámico, en el conflicto neurótico el yo representa el polo defensivo de la personalidad, poniendo en marcha a los mecanismos de defensa al percibir un afecto displacentero. Desde el punto de vista económico, el yo es un factor que liga los procesos psíquicos, pero refiriéndose a las operaciones defensivas, los intentos por ligar la energía pulsional se ven contaminados por los caracteres que definen el proceso primario, es decir, adquirir un matiz compulsivo, repetitivo y fuera de la realidad (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Para comprender fácilmente como es que se desarrolla el yo, nos es de suma utilidad basarnos en el postulado propuesto por Spitz, R. (1965), según el cual la aparición de expresiones afectivas y de comportamientos nuevos en el bebé son indicadores de los cambios progresivos en la organización del yo. El repertorio innato de conductas está relacionado con la sincronización de su mundo interno, la cual provee la base fisiológica para la emergencia del yo sintetizador, siendo facilitada por un clima afectivo de reciprocidad entre la madre y su bebé. Cuando el niño adquiere cierto grado de constancia del objeto libidinal muestra que se ha dado un paso importante para el desarrollo del yo, ya que esto implica que las funciones de la madre son ahora internalizadas por el yo (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La función del yo, descrita por Freud, S. (1923), es principalmente la adaptación a las demandas de la realidad interna y externa apoyándose en el superyó y desarrollando los mecanismos de defensa que evolucionan y ayudan a controlar la satisfacción instintiva. En el trabajo psicoterapéutico con adolescentes es de suma importancia el conocimiento de las funciones yoicas, las cuales son las siguientes: la prueba de realidad, el juicio, el sentido de

realidad, la regulación y el control de impulsos y afectos, las relaciones de objeto, el proceso de pensamiento, la regresión adaptativa al servicio del yo, el funcionamiento defensivo, la barrera de estímulos, el funcionamiento autónomo, la función sintética–integrativa y la relación dominio–competencia (citado en Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la latencia, el yo tiene por tarea principal el acostumbrarse al superyó, ya que debido a la fuerza de los impulsos es sumamente severo y estricto en los inicios de esta etapa. El funcionamiento del yo se vuelve menos vulnerable a la regresión, alcanzando una mayor independencia respecto a los impulsos y los objetos paternos (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Blos, P. (1962), plantea:

Los logros esenciales del yo del periodo de latencia son los siguientes: 1) el aumento en la catexis de los objetos internos con la resultante automatización de algunas funciones del yo; 2) una resistencia creciente de las funciones del yo a la regresión con una expansión consecuente de la esfera no conflictiva del yo; 3) la formación de un yo autocritico que complementa en forma creciente las funciones del superyó para que la regulación de la autoestima llegue a un grado de independencia del ambiente; 4) una reducción del uso expresivo de todo el cuerpo y un aumento de la capacidad de expresión verbal aislada de la actividad motora; 5) un control del ambiente a través del aprendizaje de actitudes y del uso del pensamiento en los procesos secundarios como un medio para reducir la tensión. El principio de realidad estabiliza el uso de la posposición y anticipación en la búsqueda del placer (p. 252).

Estos logros de la latencia son necesarios para el desarrollo del adolescente, de no ser alcanzados se presenta inmadurez yoica, no se genera un yo autoobservador, y se ven deformados el juicio de realidad y de las relaciones objetales. Como consecuencia a esto también se vive la imposibilidad de obtener el dominio autónomo de las tensiones internas desequilibrantes y de adaptarse al entorno social (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Durante la adolescencia, el yo enfrenta el resurgimiento de las energías sexuales, lo que lo obliga a dominar antiguos conflictos para integrarlos a las funciones de la personalidad adulta, motivo por el cual la función de regulación y control de impulsos y afectos ocupa el primer plano en el adolescente. Los rápidos y continuos cambios corporales requieren una

revisión constante de la imagen corporal y de la representación del self. En esta etapa, el yo busca restaurar el equilibrio psíquico para que surja una identidad única, individualizada y autónoma, así como una estructura de personalidad integrada y estable (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El yo en la adolescencia tiene la tarea de contrarrestar la influencia destructora del trauma infantil mediante la solución patológica; esto lo logra gracias al empleo de mecanismos estabilizadores y, finalmente, por procesos de diferenciación, estratificación e integración, que son las marcas de contraste psicológicas de una personalidad cohesiva. La individualidad es determinada por el conjunto específico de temas conflictivos que se han vuelto aspectos del yo permanentes e integrados. Su solución está destinada a ser la tarea de toda una vida (Blos, P., 1962, p.276).

Es en la adolescencia donde se desarrolla el segundo proceso de individuación, propuesto por Blos, P. (1962), en donde se establece que el self abandona sus vínculos de dependencia infantil que ya se encuentran interiorizados. El yo aún no tiene suficiente autonomía interna y depende mucho de los impulsos internos. El proceso de individuación del adolescente, está integrado por la revisión de las relaciones de objeto y por un cambio en la relación entre el yo y el superyó. El funcionamiento de adaptación del adolescente necesita que éste acepte la propiedad de su propio cuerpo y de su sexualidad, al igual que debe hacerse responsable de sí mismo y sus acciones. Esto implica la desidealización de los ideales infantiles y la supremacía del yo sobre los introyectos e ideales tempranos; de esta manera, el adolescente podrá realizar nuevas identificaciones con los padres que son sexualmente activos y que se garantice el disfrute de sus actividades sexuales y se haga responsable de ellas. El proceso es facilitado por la maduración de las capacidades cognitivas que apoyan la orientación hacia la realidad y permiten alejarse del dominio de la culpa, la vergüenza y la autoridad de los ideales y los introyectos tempranos.

De forma gradual el yo del adolescente se ve menos dirigido por el superyó y pasa a estar más a cargo de sí mismo, teniendo esto por resultado que el adolescente adquiera un sentimiento de libertad instintiva, para elegir al objeto, es mas autónomo, independiente de las influencias externas y de las presiones del ello y del superyó (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

Varios mecanismos de defensa tienen presencia en la adolescencia debido al empobrecimiento del yo y a la ansiedad instintiva despertada al desplazarse la libido hacia la heterosexualidad, mecanismos que posteriormente son desechados una vez que el yo se fortalece, entre éstos se encuentran: la represión; el ascetismo, el cual prohíbe la expresión del instinto; la intelectualización, que favorece el conocimiento activo y permite la descarga de agresión de una forma desplazada; el uniformismo, que es la tendencia del adolescente de recurrir a aceptar un código de comportamiento, dentro de este mecanismo de defensa se ven comprendidos la identificación, la negación y el aislamiento (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El yo, durante la adolescencia en sí, inicia medidas defensivas, procesos restitutivos y acomodaciones adaptativas... anuncia su influencia selectiva, definitiva en la formación del carácter... los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos, el reinado del principio de la realidad se inicia... durante el final de la adolescencia emerge una claridad de propósitos autoevidente y un conocimiento del ser que se describe mejor con las palabras “este soy yo” (Blos, P., 1962, p.189).

El proceso de consolidación de la identidad que se da en la adolescencia, se suscita cuando el individuo cuenta al fin con un cuerpo físico maduro y la capacidad madura para el pensamiento lógico. Se establece un carácter propio al haberse consolidado el yo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

La meta última de la adolescencia como un todo es el dotar al individuo de un arreglo estable de intereses del yo, una diferenciación sexual y una polarización como núcleo del sentido de identidad. Ambos logros tienen que ser ejercitados y refinados en interacción con el mundo exterior (Blos, P., 1962, p. 257).

Una de las metas de mayor importancia durante la adolescencia es el dar al individuo la estabilidad en los intereses del yo y una diferenciación sexual. Al final de la adolescencia el yo tiene una función integrativa y adaptativa y se acentúa el proceso de consolidación y formación del self, las funciones del yo adquieren estabilidad de una estructura jerárquica y la prueba de realidad durante la adolescencia se ve dañada ante el retiro de la catexis del objeto y su desviación hacia el self, lo cual conduce a un aumento en el narcisismo secundario (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

El alejamiento del mundo externo ante el fenómeno mencionado puede precipitar estados mentales psicóticos, que son transitorios y disminuyen cuando la libido objetal es dirigida hacia fuera en los nuevos objetos del mundo exterior. Al final de la adolescencia la formación del self permite la persecución de los intereses yoicos y la seguridad de una descarga tensional dirigida hacia los objetos (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

2. Trastorno psicopatológico

“Para hablar de psicopatología es imprescindible mencionar que una situación traumática puede provocar una incapacidad del Yo para integrar u organizar los estímulos provenientes del Yo, de los impulsos o de lo reprimido, al igual que del ambiente externo”
(González Núñez, J., 2001, Prologo VIII).

2.1 Psicopatología en la adolescencia

En el presente apartado se desarrollan las características de personalidad patológicas que se esperan durante la etapa de la adolescencia y el desafío que esto implica para el psicoanalista.

Por lo que Anna Freud (1992) expone que se dan complicaciones particulares, las cuales se despliegan durante todo tratamiento psicoanalítico con los adolescentes, en donde el psicoanalista se ve desafiado por una gran variedad de resistencias y requiere del diagnóstico para distinguir entre la normalidad y la patología en estos casos.

Sin embargo, la crisis de la adolescencia tiene en general un desarrollo favorable y la ausencia de la misma es lo que generaría preocupación (citado en Mannoni O., 1984/2001).

La adolescencia constituye por definición una interrupción del crecimiento imperturbado, y se asemeja a otros trastornos emocionales y desequilibrios estructurales. Las manifestaciones adolescentes son similares en la formación de síntomas de tipo neurótico, psicótico o asocial y se confunde con trastornos fronterizos y con las formas iniciales, frustradas o completas de casi todas las enfermedades mentales, hasta hacerse prácticamente indistinguibles de estas (Freud A., 1992, p. 176).

Asimismo es durante la adolescencia que se da la búsqueda de la identidad, momento en el cual aparecen características que pueden interpretarse como un cuadro patológico, se presentan defensas como lo son: la mala fe, impostura, identificación proyectiva, doble personalidad y la despersonalización, mismas que son pasajeras si se elaboran los duelos propios de esta etapa, es decir el duelo por el cuerpo infantil, por la identidad y el rol infantil y por los padres de la infancia (Aberastury A. y Knobel M., 1970/2000).

Ginnette Michaud, (citado en Mannoni O., 1984/2001, p. 49) sostiene que:

La noción de la adolescencia es crítica en sí misma, pero otro problema es el desciframiento de la crisis de la adolescencia como etapa de ajuste a la propia identificación sexual, con su repudio de los ideales parentales, con su busca de nuevas

identificaciones, con la reactivación de la omnipotencia infantil en pugna con la aceptación de la omnipotencia masculino o femenino... Este colapso en el desarrollo puede desarrollar en el adolescente mecanismos de defensa psicótica (que yo llamaría normal) con regresión a la imagen del cuerpo parcelado y no disociado, imagen sostenida por la fantasía de que el cuerpo no es ni masculino ni femenino. Ese momento sería normal, a veces infinitamente breve; otras, muy largo. En ese momento aparecerían mecanismos de defensa en el primer plano de la escena clínica. Cuando esos mecanismos son descifrados en el único sentido de una evolución psicopatológica hacia la psicosis por una mirada nosografía estrecha, por un tratamiento inadecuado, el adolescente corre el gran peligro de que la dialéctica de los mecanismos de defensa quede bloqueada y se petrifique en una estructura de tipo fronterizo o prepsicótico.

Peter Blos (1979/2003), señala que se presenta al psicoterapeuta el reto de diferenciar entre la normalidad y la patología de los fenómenos regresivos del adolescente, ya que la conducta irracional del adolescente se manifiesta principalmente durante el proceso de individuación, en donde busca rescatar su estructura psíquica de la disolución regresiva.

Las perturbaciones yoicas, evidentes en el acting out, en las dificultades para el aprendizaje, en la falta de objetivos, en la conducta dilatoria, temperamental y negativista, son con frecuencia los signos sintomáticos de un fracaso en la desvinculación respecto de los objetos infantiles y, en consecuencia, representan un descarrilamiento del proceso de individuación en sí (Blos P. 1979/2003, p. 122).

Fenichel (1945, citado en Blos P. 1979/2003), enuncia que el individuo tiene predisposición a la actuación, debido a que vive de forma externa al adversario y a la fuente de su poder estabilizador, a su impetuosidad y urgencia, a la intensa necesidad narcisista, a la intolerancia a la tensión y a los traumas tempranos.

En opinión de Otto Kernberg (1987, citado en González Núñez, J., 2001, p. 144): “La crisis de identidad propia de la adolescencia que se manifiesta por indefinición y el apego a ideologías, grupos sociales u objetos, también se parece a lo que es un grave síndrome de difusión de identidad, característico del trastorno fronterizo.”

2.2 Trastorno límite de la personalidad

En el tratamiento psicoanalítico con pacientes adolescentes es indispensable el diagnóstico diferencial con el trastorno límite de la personalidad, por lo cual en el presente apartado se desarrolla una explicación del mismo.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial del trastorno límite con las características propias de la etapa adolescente, a través de la evaluación de la prueba de realidad, que lo distingue de la psicosis, el funcionamiento del yo, y las representaciones del objeto. En los pacientes límite es importante la experiencia de vacío crónico, las autopercepciones contradictorias y la carencia en el establecimiento de la empatía (González Núñez, J., 2001).

La realización de un diagnóstico diferencial se complica en el análisis de adolescentes, debido a que se presentan fenómenos que pueden confundirse entre un comportamiento esperado en la etapa y una característica de la organización límite, como lo son: la alteración en la adaptación dentro de diversas esferas sociales debido a la ansiedad y depresión; la tendencia a la crisis de identidad; los conflictos con padres y figuras de autoridad que reflejan necesidades de dependencia y rebeldía; la presencia de defensas primitivas como el control omnipotente, identificación proyectiva y devaluación; la conducta antisocial; las reacciones narcisistas e infantiles; además del surgimiento de tendencias sexuales perversas múltiples (Kernberg, O., 1984/1999).

Del mismo modo habla de estos síntomas transitorios, Paulina Kernberg:

El desafío para un diagnóstico diferencial consiste en diferenciar síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave extensa en un paciente límite. Específicamente durante la adolescencia, las crisis de depresión, angustia e identidad (con sus inesperados giros de identificación con ideologías o con ciertos grupos sociales), conflictos neuróticos con la autoridad, e incluso la activación de algunas operaciones primitivas de defensas, como el comportamiento antisocial ocasional y las relaciones objetales infantiles narcisistas, no tienen ni la gravedad ni la cronicidad en un joven adolescente normal que sí se observan en uno límite. Lo mismo es válido para niños menores (2002, p.120).

Para aproximarnos al tema se presenta una exploración de los conceptos psicoanalíticos del trastorno límite de la personalidad:

Freud, S. (1923, citado en González Núñez, J., 2001), trabajó en la opción de análisis de las neurosis graves.

Fenichel (1957, citado en González Núñez, J., 2001), describió a las siguientes características del trastorno:

a) emociones inadecuadas, narcisismo, defensas narcisistas; b) ocasional pérdida de contacto objetal; c) su sello característico es que la conducta de estos sujetos le parece extravagante al observador; d) desbordantes de emoción; e) establecen un pseudocontacto emocional con los otros, actúan como si tuvieran relaciones afectivas con la gente, pueden estar rodeados de muchas personas y entregarse a numerosas actividades, pero no tienen verdaderos amigos; f) no tienen posibilidad de un desahogo emocional adecuado, lo que provoca una extrema tirantez interna que se traduce en hipermotilidad o rigidez, ocultas tras una máscara de tranquilidad (p. 137).

Margaret Mahler (1977, citado en González Núñez, J., 2001), fue la primera investigadora que designó este trastorno con el término psicosis benigna. Manifiesta que los adolescentes con trastorno límite de la personalidad muestran defensas primitivas, fundamentalmente la escisión, misma relacionada con la identificación proyectiva, negación, control omnipotente y la devaluación. Considera que la relación objetal es un factor importante para evaluar la salud mental y expresa que el evento desencadenante del trastorno límite de la personalidad se da en la fase de separación individuación, ya que se asocia a que la madre contradictoriamente rechaza la creciente autonomía del niño pero tampoco tolera su cercanía emocional.

Greenson (1989, citado en González Núñez, J., 2001), afirma que debido a que la patología se encuentra en las funciones del Yo, los adolescentes límite son impulsivos y autodestructivos, no pueden posponer la descarga de impulsos y tienen actuaciones como: actos autodestructivos, actos destructivos hacia otros, conducta antisocial y abuso de drogas y/o alcohol.

Masterson (1971, citado en González Núñez, J., 2001, p. 144), ubica la causa del trastorno límite de la personalidad en la etapa de separación-individuación, señala que:

La madre envía mensajes contradictorios, que empujan hacia la autonomía primero, para luego verse abruptamente censurados ante la amenaza de ruptura simbiótica. Así, la disociación del Yo se da por la creación de dos aspectos dentro del niño; uno en el que se concentran las experiencias gratificadoras de apoyo y amor incondicional, y otro en el que se graba la frustración por la amenaza de pérdida del cariño y la protección. Por tanto, el niño se relaciona con la madre sólo en forma parcial pues tiene representaciones buenas y malas no integradas de ella. La imposibilidad de lograr la separación-individual da lugar a un empobrecimiento de la constancia del sí mismo y del objeto sin llegar a un estado simbiótico verdadero. De ahí que los pacientes fronterizos oscilen constantemente entre el deseo y el temor de fundirse en la simbiosis con el otro.

Otto Kernberg, es la figura central en estudio de la patología limítrofe, ya que en 1976 delimito los elementos esenciales para el diagnóstico del adolescente con la mencionada estructura (Paz, C.A. y Olmos, T., 1991).

Kernberg, O. (1975, citado en Kernberg, O., 1984/1999, p. 8) expone que los síntomas descriptivos de los pacientes límite son:

1. Ansiedad: los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa y libre y flotante.
2. Neurosis polisintomática: muchos pacientes presentan varios síntomas neuróticos, pero aquí solo considero aquellos que tienden a presentar dos o más de los siguientes:
 - a. Fobias múltiples, en especial aquellas que imponen restricciones graves a la vida diaria del paciente.
 - b. Síntomas obsesivos-compulsivos que han adquirido sintonicidad secundaria del yo y por lo tanto una calidad de pensamiento y acción sobrevalorados.
 - c. Síntomas múltiples de conversión, elaborados o raros, especialmente si son crónicos.
 - d. Reacciones disociativas, en especial estados de ensoñación histéricos y fugas, y amnesia acompañada de trastornos de conciencia.
 - e. Hipocondriasis
 - f. Tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática.
3. Tendencias sexuales perversas polimorfas: me refiero aquí a pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas...

4. Estructuras de personalidad prepsicótica “clásica”: incluyen:
 - a. Personalidad paranoide
 - b. Personalidad esquizoide
 - c. Personalidad hipomaniaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaniacas.
5. Neurosis y adicciones por impulso: me refiero aquí a aquellas formas de patología grave del carácter en las que la erupción repetitiva crónica de un impulso gratifica necesidades instintivas en una forma que es egodistónica aparte de los episodios empujados por el impulso, pero es egosintónica y en realidad muy agradable durante el episodio mismo. El alcoholismo, drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son ejemplos típicos.
6. Trastornos del carácter de “menor nivel”: aquí se incluye la patología grave del carácter, típicamente representada por el caótico e impulsivo, en contraste con los tipos clásicos de reacción formación de estructura del mismo y los caracteres más apacibles tipo evitación.

Paulina Kernberg, comparte los criterios de O. Kernberg y sostiene que el adolescente límite es inhábil para integrar experiencias debido a la intensidad de la escisión y a defensas asociadas (Paz, C.A. y Olmos, T., 1991).

En la organización límite de la personalidad, el individuo mantiene una relación consigo mismo contradictoria, mostrando en ocasiones una representación del sí mismo completamente positiva y en otras, negativa en su totalidad. Asimismo tiende a describirse de acuerdo a como lo perciben los demás. Respecto a la reflexividad del sí mismo, el paciente con estructura límite de la personalidad no suele observar su comportamiento, únicamente cuando se le pide y parece no poder aplicar lo aprendido a través de esta experiencia (Kernberg P., 2002).

En los individuos límites se presenta la difusión de identidad, misma que se manifiesta a través de una sensación de vacío crónico, percepción contradictoria de sí mismo, una conducta incongruente y la percepción débil de los demás. La difusión de la identidad proviene de la falla en la integración de la representación del sí mismo y de las representaciones de objetos, que permanecen como representaciones múltiples y contradictorias. Esta falta de integración del aspecto bueno y malo tiene su origen en la

predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes (Kernberg, O., 1984/1999).

Existen alteraciones en el sentido del sí mismo que se manifiestan desde la niñez, estas hacen que se sienta diferente, que no muestre satisfacción en sus actividades, carecen de una autoestima realista y del dominio de sus habilidades, su afecto está marcado por apatía y minusvalía, y se presenta una depresión que se expresa en el rechazo a los padres y compañeros. Los menores con personalidad límite no tienen la capacidad para internalizar la gratificación debido a que no han logrado la constancia objetal, pero si existe un sentido alterado del sí mismo, matizado por desconfianza y miedo a la desintegración. Tienen dificultad en el proceso de separación/individuación, los temores y deseos de fusión mantienen la distinción entre las imágenes del sí mismo y del objeto (Kernberg P., 2002).

El trastorno límite de la personalidad esta caracterizado por la falta de cohesión del Yo, la falta de tolerancia a la frustración, la ansiedad difusa y la falla en el control de impulsos. Y lo que caracteriza a los adolescentes fronterizos es la difusión de la identidad, definida como la falta de integración del concepto del sí mismo y de cómo lo perciben las demás. En la organización limite los elementos edípicos y superyoicos carecen de una función organizadora y la represión no funciona, debido a la inmadurez del Yo y a las perturbadas experiencias edípicas (González Núñez, J., 2001).

La fijación patológica en la etapa de desarrollo en donde se lleva a cabo la diferenciación entre las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales determina la organización de la personalidad de tipo fronterizo (Kernberg, O.F., 1977/1998).

Kernberg, O. (1984/1999), señala que en la organización límite de la personalidad se ven alteradas las características de las relaciones objetales: la estabilidad y profundidad de sus relaciones; la empatía y entendimiento; la capacidad de conservar la relación ante un conflicto; la continuidad temporal, al tener la experiencia sobre nosotros mismos y los demás, a través del tiempo bajo circunstancias cambiantes.

Respecto a sus representaciones objetales, visualizan a las personas en términos de sus necesidades individuales, es decir que las describen de acuerdo a la función que cumplen para ellos. El sujeto puede mostrar una empatía notoria en ocasiones pero en otras

manifestar una ausencia de la misma, sin embargo las manifestaciones de empatía son limitadas y aisladas (Kernberg P., 2002).

La relación objetal que el niño con estructura límite de la personalidad establece con su madre está marcada por una idealización primitiva en donde la percibe con bondad o con maldad, viéndola invasiva y controladora. El niño establece una relación con uno de sus padres excluyendo al otro, debido a que no tiene la capacidad de relacionarse con ambos como pareja por un fuerte sentimiento de envidia y rivalidad que también se manifiesta en la relación con sus hermanos. Las alteraciones en las relaciones objetales también se despliegan con las amistades y compañeros, a quienes usa para proyectarse, controlar, idealizar o devaluar (Kernberg P., 2002).

Los mecanismos de defensa que se presentan en esta estructura son primitivos, fundamentalmente la escisión, estos protegen al yo de conflictos mediante la disociación de las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes (Kernberg, O., 1984/1999).

Debido a la baja tolerancia a la frustración y a la depresión y el uso de defensas primitivas, las personas límite pueden experimentar episodios psicóticos breves que están relacionados con el estrés y manifestados como síntomas paranoides, desapego a la realidad, e intentos suicidas (Kernberg P., 2002).

Se presenta además una falta de integración del superyó. Constituyendo esto y la calidad en las relaciones objetales los dos criterios diagnósticos esenciales para estructura límite de la personalidad (Kernberg, O., 1984/1999).

Debido a las defensas primitivas, se presenta un problema para asumir su responsabilidad y se presenta un nivel fluctuante del funcionamiento del superyó (Kernberg P., 2002).

Por la persistencia de los mecanismos de defensa primitivos con los efectos de un Yo debilitado, el paciente tiene incapacidad para integrar la experiencia de relaciones parciales y distorsionadas con los objetos externos. La inestabilidad crónica de los componentes de un superyó no integrado, priva al paciente de pautas para la evaluación del sí mismo y de los otros y, por tanto, de un sentido de identidad estable. Por la ausencia de circunstancias positivas de la vida, no es capaz de aprender de la experiencia: el tiempo se detiene para el paciente (Kernberg P., 2002, p.125).

En la organización límite de la personalidad se mantiene la prueba de realidad, la cual se conceptualiza como: “capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias” (Kernberg, O., 1984/1999, p. 15).

En el paciente menor de edad con estructura límite de la personalidad la angustia es aguda y flotante, es una angustia de pérdida total, desastre y aniquilación; los afectos fluctúan de forma repentina y extrema; hay una evidente ausencia de culpa, preocupación, valoración y compromiso; además se presentan cualidades afectivas como ira intensa, exigencia, conducta de explotación y falta de tacto social; asimismo se halla una frecuente depresión, sentimiento de minusvalía e impotencia que se junta con la dificultad para convivir con los demás (Kernberg P., 2002).

Respecto a las funciones yoicas no específicas, Paulina Kernberg (2002), nos dice que:

La inestabilidad permanente del nivel de integración del niño y del adolescente hace que estos jóvenes parezcan bien integrados en un momento dado, y se vengán abajo al siguiente. Asimismo, pueden parecer dispuestos a atenerse a las reglas, solo para descalificarlas de manera impulsiva en cualquier instante. Por tanto, su sentido de consciencia también es frágil. Algunos déficit yoicos no específicos, característicos de la personalidad limítrofe, son la falta de control de impulsos, poca tolerancia a la frustración, bajo nivel de tolerancia a la angustia y, también, baja tolerancia a la depresión. También existe una debilidad en la capacidad sublimatoria, de tal forma que los niños con trastorno limítrofe de la personalidad por lo general funcionan por debajo de su potencial académico, aun en ausencia de problemas de aprendizaje (p. 133).

Los conflictos instintivos que se presentan en la organización límite de la personalidad son genitales y pregenitales, haciendo énfasis en la agresión pregenital (Kernberg, O., 1975, citado en Kernberg, O., 1984/1999).

Las características del conflicto instintivo son: una gran formación agresiva en el complejo de Edipo que hace que la imagen del rival se vea de forma aterradora; como defensa a la rabia primitiva se dan idealizaciones exageradas y frágiles de los objetos de amor; se genera la existencia de imágenes de naturaleza padre – madre condensadas que reflejan la condensación de aspectos parciales de las relaciones con ambos padres; la

existencia de una excesiva formación agresiva en todas las funciones pregenitales; una edipización prematura de sus complejos y relaciones preedípicas que se refleja en la pronta edipización de la transferencia (Kernberg, O., 1984/1999).

Otto Kernberg (1984/1999), plantea lo siguiente:

En ambos sexos, el desplazamiento de las necesidades frustradas de dependencia, de la madre hacia el padre, matiza la relación edípica positiva de la niña, y la relación edípica negativa del niño. El desplazamiento de conflictos agresivos orales de la madre hacia el padre aumenta la ansiedad por la castración y la rivalidad edípica en los niños, y la envidia del pene y distorsiones del carácter relacionadas, en las niñas. En ellas, la grave agresión pregenital hacia la madre refuerza las tendencias masoquistas en su relación con los hombres, graves prohibiciones del superyó contra genitalidad en general, y la relación edípica negativa hacia la madre como una idealización defensiva y una formación reactiva contra la agresión. La proyección de conflictos primitivos de agresión en la relación sexual entre los padres aumenta las versiones distorsionadas y temibles de la escena primaria, lo que puede tener extensiones de odio hacia todo el amor mutuo ofrecido por los demás. Más generalmente, el desplazamiento defensivo de los impulsos y conflictos de un padre al otro, fomenta el desarrollo de fantásticas combinaciones, confusas de imágenes paternas bisexuales, condensadas bajo la influencia de un impulso particular proyectado (p. 20).

El paciente menor de edad con estructura límite de la personalidad vive el escenario edípico de la siguiente manera:

Experimenta situaciones edípicas que se distorsionan por el peso de las dificultades no resueltas en las etapas de separación/individuación – temas de independencia *versus* diferenciación *versus* fusión y autonomía *versus* control impositivo. La etapa fálica es poco estable. A medida que la incapacidad para separarse de la madre destaca los vínculos incestuosos, el niño tiene problemas crecientes de desidentificación con la madre y queda predispuesto a una alteración sexual. En el niño o el adolescente limítrofe, el miedo a la aniquilación por el abandono materno aumenta la dificultad de la separación que se experimenta con los demás. El individuo no ha alcanzado la autonomía proporcionada por la constancia del sí mismo y la constancia objetal. De ahí la ocurrencia de estar solo, que se evidencia en problemas con los compañeros y en las

relaciones adolescentes heterosexuales caracterizadas por formas extremas de control sádico de la pareja, por la sumisión altruista o la persecución (Kernberg P., 2002, p. 145).

Es importante analizar la historia del desarrollo del paciente para evaluar antecedentes de la organización límite de la personalidad, como el acontecer de sucesos traumáticos, negligencia de los padres, relaciones agresivas o de explotación hacia compañeros, hipersensibilidad, devaluación, entre otros (Kernberg P., 2002).

La psicodinámica familiar del paciente con estructura límite de la personalidad muestra interacciones patológicas, hay ansiedad para apoyar la autoridad del menor y una negación a su dependencia, los padres en ocasiones usan al hijo con fines narcisistas y existen relaciones diádicas entre el hijo y cada padre. Los padres sienten la búsqueda de independencia como un rechazo y buscan a través de su exigencia la satisfacción de sus propias necesidades (Kernberg P., 2002).

Se han descrito otras formas de comunicación patológicas entre los miembros de la familia, incluyendo la utilización narcisista del niño, la inconsistencia, el comportamiento intrusivo y dominante, y la despersonalización del niño, quién es tratado como un objeto que calma las ansiedades de la madre y no como un sujeto con su propio derecho. La madre ejerce tanto control sobre el niño que se somete al objeto cruel con la esperanza de que triunfe finalmente y obtenga así amor. Pueden darse estilos extremos de entrega masoquista a una madre idealizada a partir de este mecanismo, los cuales interfieren con la expresión de la agresión y mantienen la escisión, fomentando así la formación de la organización limítrofe de la personalidad. El patrón generalizado es el de una patología grave, con madres que ejercen un control intrusivo, padres distantes u hostiles, y relaciones maritales conflictivas. Un patrón observado con frecuencia en las relaciones padre-hijo o madre-hija. Se le suma otra constelación dado, que la madre está en el rol de uno de los padres, mientras que el lugar del padre es el de un hijo más entre los niños (Kernberg P., 2002, p. 140).

En los padres del paciente limítrofe, tiene énfasis la falta de empatía y sus exigencias son incongruentes, debido a lo cual, no logra constituirse un superyó integrado y una adecuada función yoica que le permita luchar hacia la contradicción e incertidumbre. La madre del paciente limítrofe suele ser seductora, psicótica, alcohólica, dominante,

castigadora, con rasgos paranoides, rechazante y agresiva; son mujeres demandantes de afecto, exigentes y controladoras que alternan entre protección y descuido; mantienen un vínculo simbiótico con su hijo para defenderse de sus propios sentimientos de abandono. Mientras que el padre por lo general es una figura ausente, pasivo, dependiente a su mujer, irresponsable, adicto, débil, inútil, punitivo, distante, severo y no desempeña su rol paterno (Kernberg, O., 1984/1999).

3. Evento traumático

*Es difícil separar el acto en sí del deseo de matar, mucho más extendido.
El niño desea matar, muy especialmente a sus padres, a sus hermanos y hermanas.
(De Ajuriaguerra, J., 1991, p. 424).*

3.1 Antecedentes del parricidio

Pulsión de muerte

En su obra Pulsiones y destinos de pulsión (1915), Freud, S. define la naturaleza de la pulsión como una fuerza constante de origen somático, que representa una excitación para lo psíquico, y expone como sus características: que es una fuente corporal; su empuje es la expresión de la energía pulsional misma; el objeto es aquello que permita la satisfacción pulsional y su fin hace referencia a que el organismo alcance la descarga pulsional (Chemama R., 2002).

Freud, S. (1915) nombra dos tipos de pulsiones: las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, entendiendo por pulsiones de vida lo siguiente: “Las pulsiones de vida, que se designan también con el término <<Eros>>, abarcan no solo las pulsiones sexuales propiamente dichas, sino también las pulsiones de autoconservación” (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008, p. 342). El concepto de pulsión de muerte, introducido por Freud, S. en Más allá del principio de placer (1920) indica que la pulsión de muerte proviene de la animación de la materia inanimada y pugna por regresar al estado inicial (muerte); la pulsión de muerte está ligada a la compulsión de repetición. “Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva” (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008, p. 336).

La teoría de Melanie Klein tiene como base al instinto de muerte, postula que la polaridad e interacción de los instintos de vida y muerte tienen una gran importancia en la dinámica de los procesos psíquicos. De acuerdo a su teoría la plenitud sexual del niño gracias a la necesidad de que el instinto de vida luche con otras fuerzas en las primeras etapas de desarrollo, para de este modo mantenerse frente al instinto de muerte (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

El yo inmaduro del bebe está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos – el conflicto inmediato entre instinto de vida e instinto de muerte. ..Cuando se ve enfrentado con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el yo lo deflexiona. Esta deflexión del instinto de muerte, descrita por Freud, consiste, según Melanie Klein, en parte en una proyección, en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión...El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho...Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal. Así se proyecta fuera el instinto de muerte, para evitar la ansiedad de contenerlo, así también se proyecta la libido, a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instinto del yo a conservar la vida (Segal, H., 1985, p.30).

Lebovici expone que las manifestaciones de agresividad en los niños son una reacción a condiciones externas y objetivas del ambiente, así como imágenes poco internalizadas constituidas sobre la historia individual de la relación objetal, además manifiesta que para el niño la ansiedad es una forma de asumir su agresividad, de este modo la conducta agresiva está determinada por la respuesta dada por los padres ante ella, constituyéndose una situación delicada cuando la relación con ellos solo es posible a través de la misma agresividad. Bandura, A. mostro que en los niños se da una imitación de la conducta agresiva de sus padres (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

El carácter universal de la agresividad y un sistema anatómico cuya puesta en marcha produce reacciones agresivas, organización que podrá ponerse en funcionamiento con cambios bioquímicos u hormonales. Hemos visto igualmente que la sociedad puede modificar u orientar la agresividad, y sabemos que en el plano individual la agresividad puede sublimarse y tornarse productiva (Ajuriaguerra, J., 1977/2004, p. 419).

Bender, L. expone que la agresividad se origina ante las carencias afectivas, en donde el niño vive toda frustración como un ataque hostil del ambiente, además considera otros factores de la agresividad, como lo es el contexto sociocultural, la identificación masculina, y los cuadros orgánicos (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

Es difícil separar el acto en si del deseo de matar, mucho más extendido. El niño desea matar, muy especialmente a sus padres, a sus hermanos y hermanas. Generalmente inconscientes, dichos deseos no tienen – en opinión de L. Bender—idéntico significado

en el adulto que en el niño, que tiene su propia idea de la muerte (Ajuriaguerra, J., 1977/2004, p. 424).

Este deseo de matar en el niño emerge ante determinados factores, como lo pueden ser cuando hay una intensa rivalidad, al no poder superar las tendencias agresivas en la familia, ante factores orgánicos y/o dificultades escolares que le hacen sentir inferior, si los padres tienen una actitud agresiva generando así que el niño se defienda del mismo modo (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

Parricidio

Freud (1913) asegura que en el inconsciente no tenemos la posibilidad de representar nuestra propia muerte y sitúa en “Tótem y Tabú” la necesidad imperiosa del hombre por reflexionar sobre ella por el conflicto afectivo que la muerte crea en los sobrevivientes.

El festín totémico es la representación ritual del asesinato del padre primordial y la acción de devorarlo.

Un tótem se refiere a un animal comestible, ora inofensivo, ora peligroso y temido, y más raramente una planta o una fuerza natural (lluvia, agua) que se hallan en una relación particular con la totalidad del grupo. El tótem es, en primer lugar, el antepasado del clan, y en segundo, su espíritu protector y su bienhechor, que envía oráculos a sus hijos y los conoce y protege aún en aquellos casos en los que resulta peligroso. Los individuos que poseen el mismo tótem se hallan, por tanto, sometidos a la sagrada obligación, cuya violación trae consigo un castigo automático de respetar su vida y abstenerse de comer su carne o aprovecharse de él en cualquier otra forma...En casi todos aquellos lugares en los que este sistema se halla en vigor comporta la ley según la cual los miembros de un único y mismo tótem no deben entrar en relaciones sexuales y, por tanto, no deben casarse entre sí. Es esta la ley de la exogamia, inseparable del sistema totémico (Freud, S., 1913/1996, p. 1748).

Nos dice Freud, S. que las prohibiciones tabúes más antiguas son las del totemismo: no matar al animal totémico y evitar las relaciones sexuales con las mujeres del mismo tótem, es decir, la función de estas prohibiciones eran inhibir el deseo incestuoso y la agresión:

La hipótesis darwiniana sobre la horda primitiva muestra un padre celoso, violento y cruel que posee a todas las mujeres de la tribu y expulsa a los hijos varones cuando estos

han crecido, para asegurarse de esta manera de continuar en el poder. Se presupone que los hermanos expulsados, se confabularon en contra del padre para matarlo y tras asesinarlo lo devoraron para poner fin a la horda paterna. El padre primordial era el arquetipo envidiado por poseer a las mujeres pero a la vez temido por cada uno de sus hermanos. El canibalismo que precedía al asesinato, fue interpretado por Freud como el intento de identificarse con el padre a partir de la ingesta. El banquete totémico dice Freud, "... sería la repetición y celebración recordatoria de aquella hazaña memorable y criminal con la cual tuvieron comienzo tantas cosas: las organizaciones sociales, las limitaciones éticas y la religión...". Por lo tanto, además del odio inconsciente hacia este padre punitivo, existía la veneración y el amor a su figura, para después de perderlo tratar de introyectarlo física y psíquicamente para que de esta manera se incorporara y se internalizar. Sin embargo tras derrocar al padre malo, que les imponía un sentimiento de odio y recelo contra él, resurgían los sentimientos opuestos, mostrando admiración y cariño. Aquí surge el arrepentimiento que no es otra cosa que la conciencia de culpa...El padre ahora muerto, cobrara más fuerza que la que pudo tener de vida, lo que antes él había impedido en vida, ellos mismo se lo prohibían...por lo tanto, es a partir del sentimiento de culpa que surgieron los dos tabúes principales del totemismo: el parricidio y el incesto (Freud, S., 1913, citado en Vallejo, R., 2004, p. 30).

Se entiende por parricidio a la muerte dada a un pariente próximo, en especial al padre o a la madre (www.rae.es).

El parricidio es el crimen más antiguo de la humanidad, primitivo y principal causa de culpa, reprobado por la sociedad al evidenciar la agresividad entre padres e hijos. Suele darse ante una constitución prepsicótica o psicótica asociada a una rigidez psíquica o a una emotividad impulsiva, se describe como una experiencia delirante y se da mayormente en una familia con organización patógena. Marrec, J. desarrolla las causas del mismo, siendo estas el robo, odio, vergüenza, temor al castigo o brutalidad, defensa a sí mismo y de otros miembros de la familia. Según Bender, L. los factores que desencadenan que el niño mate son la impulsividad, la irritación, así como el medio para llevarlo a cabo (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

El tema del parricidio se ha abordado en obras literarias, encontrándose entre las más conocidas: Edipo Rey de Sófocles y Los hermanos Karamazov de Dostoievski.

Para Freud, S. (1928), la relación del niño varón con su padre es intrínsecamente ambivalente, afirma en su obra “Dostoyevski y el Parricidio”: en el complejo de Edipo, conviven el odio que se le tiene al padre al visualizarlo como rival, con el cariño que se le tiene, lo cual lleva a la identificación con el mismo, el sujeto quisiera tomar su lugar y parecerse ya que lo admira, pero también quiere suprimirlo. Este proceso se topa con la comprensión de que esta rivalidad tendrá por castigo la castración, y por miedo a esta, abandona el deseo de suprimir al padre para poseer a la madre. La permanencia de este deseo provoca culpa. Una complicación se presenta cuando ante la amenaza a la castración, se intensifica la búsqueda de la feminidad como salida, de este modo se sitúa en el lugar del padre y toma el papel de objeto erótico para el padre, la persona comprende que también deberá someterse a la castración, las dos opciones sucumben a la represión. De los dos factores que reprimen el odio al padre, el primero, el miedo directo al castigo y a la castración, puede ser calificado de normal, mientras que la intensificación patógena parece ser aportada por el otro factor, el miedo a la actitud femenina (Freud, S., 1928/1996).

Si el padre fue severo, violento y cruel, el super-yo toma de él estas condiciones, y en su relación con el yo se restablece aquella pasividad que precisamente había de ser reprimida. El super-yo se ha hecho sádico, y el yo se hace masoquista; esto es, femeninamente pasivo en el fondo. Formándose en el yo una magna necesidad de castigo, que permanece, en parte como tal a disposición del destino y encuentra, en parte, satisfacción en el maltrato por el super-yo (sentimiento de culpabilidad) (Freud, S., 1928/1996, p.3009).

No tiene importancia quien da muerte al padre, sino quien festeja ante ella, factor que lo hace igualmente culpable.

Hallamos algo en extremo singular: en el aura del acceso el sujeto vive un instante de máxima felicidad, fijado acaso por el sentimiento de triunfo y de liberación emergentes al recibir la noticia de la muerte, al que sigue en el acto el castigo, tanto más cruel. Una tal sensación de triunfo y duelo, alegría festiva y duelo la hallamos también repetida entre los hermanos de la horda primordial, que, después de matar al padre, lo vuelven a hallar en la ceremonia de la comida totémica (Freud, S., 1928/1996, p.3009).

Ochonisky, A. manifiesta que frecuentemente se encuentra en los casos de parricidio que el padre violenta a la madre, o bien el padre es débil y le permite a la madre dominar al hijo

y vincularse tanto a él que le capacita para el asesinato, de este modo la madre tiene una personalidad frustradora y favorece la dependencia. La naturaleza del parricida está impregnada por inmadurez afectiva; actitudes obsesivas, pasionales y narcisistas; tiene ambivalencia de sentimientos; un desajuste para identificarse con sus progenitores; la experiencia de tempranas frustraciones aunadas a relaciones objetales patológicas; así como la falta de sentido de realidad. En el momento de cometer el crimen se encuentra fuera de la realidad e incluso se presenta una despersonalización, incluso se pueden presentar antes del homicidio ideas suicidas y consumarse después de dar muerte al padre (Ajuriaguerra, J., 1977/2004).

La muerte del otro pierde su carácter de terrible realidad y no es sino la realización mágica del ansia de muerte. En general el parricida no guarda exacta memoria del acto asesino y le es difícil contarlo. Para él, matar a otra persona no es simplemente matarlo sino destruirlo, hacerlo desaparecer, aniquilarlo, borrarlo mágicamente del mundo de los objeto. Con tales antecedentes, matarlo es simplemente darse el derecho a existir, al mismo tiempo, la existencia de la otra persona se hace indispensable para la propia existencia, la muerte ajena pone en juego la propia vida. Destruir al otro equivale a destruirse (Ajuriaguerra, J., 1977/2004, p. 427).

3.2 Respuesta ante el trauma

Consecuencia inmediata

Cuando se presenta un evento cuya intensidad es catastrófica en la vida de una persona debe considerarse su experiencia de vida previa, ya que esto determinara el significado que le otorgue, asimismo se deberá comprender su impacto dentro de la situación vital del paciente. Es necesario que el terapeuta proporcione el espacio adecuado para que el analizado reviva el suceso y así brindarle la oportunidad de expresar sus sentimientos, como lo son la tristeza, ira y culpa. Esta elaboración es necesaria para el paciente, ya que si la evita se producirán perturbaciones crónicas. Es indispensable la adaptación ante los cambios que se enfrentan después de la pérdida de un ser querido, además se debe conciliar los sentimientos hacia el fallecido, ya que estos pueden ser ambivalentes lo cual produce

culpa, es inevitable cierta ira hacia el fallecido porque abandona y deja problemas que enfrentar (Bellak, L., 1983/2000).

A consecuencia de su experiencia como víctima, el individuo pasa por un “ciclo de respuesta y recuperación del trauma”, un proceso que permite proteger al yo durante y después de un acontecimiento traumático muy intenso (este ciclo de respuesta y recuperación es, en esencia, similar a la “respuesta de duelo” identificada y descrita por Lindemann (1944)) (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000, p. 217).

Ante un crimen violento se presenta la necesidad de encontrar una explicación racional a lo ocurrido, ya que la exposición a esta conducta hace que la persona se sienta vulnerable e impotente. Lamentablemente tales racionalizaciones son utilizadas para responsabilizarse. De igual manera la víctima tiene miedo a otro ataque, incluyendo de personas conocidas, por lo que es importante que se rodee de individuos con autocontrol que le protejan (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).

La intensidad del trauma psicológico depende de diversos factores: es mayor cuando ha habido una penetración corporal como en el caso de violaciones, disparos o acuchillamientos; el grado de miedo de morir; la relación con el atacante; y el lugar en donde ocurre. (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).

Después del ataque, la persona puede entrar en un estado de choque que le permite aislarse, caracterizado por el aplanamiento afectivo, después de esta etapa muchas víctimas entran en un estado de depresión, con cambios intensos de estado de ánimo y ansiedad por su equilibrio mental, enseguida se manifiesta una fase de ira activa, que puede ser desplazada a un objeto más seguro como un ser amado. Posteriormente entra a una etapa de reflexión en donde el paciente analiza el acontecimiento y su significado. Finalmente la persona acepta que su vida ha cambiado (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).

La respuesta y solución a una crisis está determinada por la gravedad de la misma, así como por los recursos personales y sociales de la persona. “Un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis” (Caplan, 1964, citado en Slaike, K. A., 1984/2000, p. 7).

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaiké, K. A., 1984/2000, p. 16).

Las crisis circunstanciales tienen por como características: el evento no tiene relación con la etapa de vida, aparece repentinamente, de forma imprevista, con calidad de urgencia y representa peligro para la persona (Slaiké, K. A., 1984/2000).

Las reacciones emocionales ante la muerte repentina de un ser querido se dividen en tres etapas: la primera es la respuesta de aturdimiento, negación de los sentimientos y alejamiento emocional; en la segunda los sentimientos comienzan a emerger, caracteriza por trastorno emocional y desorganización, ruptura de las rutinas acostumbradas, y una incapacidad general para el funcionamiento; la tercera fase se caracteriza por una aceptación gradual de la realidad de la pérdida y la ruptura de lazos con el difunto (Slaiké, K. A., 1984/2000).

Duelo

El duelo es una palabra que etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: “*Dolus*, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción, y *Duellum*, variante fonética arcaica de *bellum*, que significa de duelo para los usos corriente de la lengua” (Bauab de Dreizen, A., 2001, p.13).

El término duelo fue introducido al psicoanálisis en la obra *Duelo y Melancolía* de Freud, S., en donde se incluye una variedad de reacciones ante la pérdida y se utiliza para una lista de procesos psicológicos activados ante la pérdida de una persona amada (Bowlby, J., 1993).

El duelo intenso, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior – en cuanto no recuerda a la persona fallecida -, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso – lo que equivaldría a sustituir al desaparecido – y al apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. Comprendemos que esta inhibición y restricción el yo es la expresión de su entrega total al duelo que no deja nada para otros propósitos e intereses (Freud, S., 1915/1996, p. 2092)

El modelo de Sigmund Freud sobre el duelo propone que este es un proceso intrapsíquico que tiene por objetivo final el restaurar el equilibrio psíquico del aparato, además respecto a la metapsicología del duelo aborda lo siguiente: en su aspecto económico se refiere a la energía psíquica que se tramita por la pérdida de un objeto libidinal; en el aspecto dinámico existe un conflicto entre las fuerzas que aceptan la pérdida y las que se resisten negando la realidad, esto dependerá del carácter normal o patológico del duelo; y es el inconsciente el lugar tópico en donde se lleva a cabo el proceso (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima...Esta oposición puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria. Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y solo es realizado de modo paulatino, con gasto de tiempo y de energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido...Al final de la labor del duelo vuelve a quedar el yo libre y exento de toda inhibición (Freud, S., 1915/1996, p. 2092).

Freud, S. enfatizo que el tipo de elección y la magnitud de ambivalencia hacia el objeto determinan el desarrollo de un duelo patológico. La melancolía y la manía son cuadros patológicos que pueden derivarse tras la pérdida del objeto. En su obra *Duelo y Melancolía* (1917), Freud, S. nos dice que en la melancolía: “se disciernen los autoreproches como reproches contra un objeto de amor, que desde éste han rebotado sobre el yo propio” (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

De acuerdo a la teoría propuesta por Klein, M. el primer duelo es el de la posición depresiva, enseguida se interioriza el pecho bueno en forma de función psíquica, lo que se denomina objeto interno. Melanie Klein (1940) propone que ante la pérdida actual, la persona vivirá en su fantasía que su mundo interno ha sido destruido y que tendrá que volver a introyectar al objeto bueno: “en el duelo de un sujeto, la pena por la pérdida real de

la persona amada está generalmente aumentada, según pienso, por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos buenos internos” (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 27).

El psiquismo tiene defensas que se oponen a la elaboración de duelos como son las defensas maniacas (control, triunfo, desprecio), las obsesivas (racionalización, negación, formación reactiva) o las esquizo-paranoides (escisión e identificación proyectiva). Klein, M., plantea que la melancolía está relacionada con cambios en la relación del sujeto con el objeto, que también implican una nueva constitución del yo introyectante. Y opina que en la manía el yo busca un refugio de la melancolía y a una situación paranoica incontrolable, en donde se combinan la dependencia a los objetos y la necesidad de liberarse de ellos. Para esta autora, en el duelo patológico la persona no fue capaz en su temprana infancia de establecer objetos internos que le hagan sentir seguridad en su mundo interno. En cambio en el duelo normal, la posición depresiva se vence con métodos similares a los empleados durante la infancia. Un duelo bien elaborado termina en la adquisición de funciones mentales superiores como lo es la reparación y la creatividad (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

El trabajo de duelo tomado en su sentido analítico significa para nosotros el esfuerzo que hace el individuo para aceptar en hecho ocurrido en el mundo exterior (la pérdida del objeto catectizado) y para llevar a cabo cambios correspondientes en el mundo interior (retiro de la libido del objeto perdido, identificación con el objeto perdido) (Freud, A., 1960, citado en Bowlby, J., 1993, p. 40).

Bowlby, J. (1977) propone que en un duelo debe tomarse en cuenta: la identidad y rol de persona perdida; las causas y circunstancias de la pérdida; la edad, el sexo, circunstancias sociales, psicológicas, así como la personalidad de la persona que sufrió la pérdida (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Hay personalidades propensas a duelos patológicos, en relación con el modelo de apego infantil que opera en su psiquismo. Las variedades patológicas de duelo más frecuentes son: duelo crónico, euforia y duelo inhibido con crisis de postración o sin ésta. El duelo crónico esta caracterizado por respuestas emocionales intensas, con manifestaciones de cólera y autoreproches, incapacidad para planificar su vida y permanece en un estado de desorganización. Los factores que pueden predecirle son: la muerte súbita, cólera y

resentimiento permanentes, respuesta demorada de aflicción, pesadillas, riñas, intentos de escapar al escenario, tendencia a dejar intactas las pertenencias del fallecido, ideas o tentativas suicidas, anterior niñez inestable y educación que frena la expresión de sentimientos. Bowlby llamó euforia al tipo de respuesta atípica frente a la pérdida, cuyas características pueden considerarse equivalentes a la entidad clínica del estado maniaco. Existen al menos dos formas de respuesta eufórica: la primera asociada con una rotunda negativa a creer que la muerte ocurrió, y otra en donde no se reconoce la muerte, sino que se percibe que la atrajo. El duelo inhibido se caracteriza por responder ante la pérdida con una ausencia prolongada de aflicción o euforia. Bowlby mencionó algunos factores que pueden precipitar la crisis de postración: un aniversario luctuoso, una pérdida menor, llegar a la misma edad que tenía la persona cuando falleció, una pérdida sufrida por una persona que es objeto de cuidados compulsivos y con cuya experiencia pueden estar identificándose la persona que los brinda (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Hugo Bleichmar (1997) propone que el análisis debe enfocarse a la función que cumplía el objeto para el psiquismo de la persona, pudiendo ser una función sexual, narcisizante, de apego y transformacional. El objetivo de la psicoterapia debe ser que el paciente comprenda que aunque tuvo una pérdida externa no perdió las funciones que el objeto tenía para su psiquismo, buscando así la salida patológica del duelo (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Psicoanalistas contemporáneos identificados con la teoría del apego de Baker (2001), Marrone (2001) y Fonagy (2001), hicieron hincapié en que un final favorable del duelo no implica el desprendimiento total del objeto perdido y la sustitución de éste por un objeto nuevo.

Desde una perspectiva contemporánea el duelo es un conjunto de respuestas psicológicas ante la pérdida de algo significativo; implica la transformación de afectos hacia la persona perdida y significado de la relación; su objetivo es permitir la supervivencia y asegurar experiencias de continuidad en la relación con lo perdido; involucra un compromiso social del entorno y “un aspecto importante del duelo es la experiencia disruptiva en la “organización del *self*”, por lo que todo duelo implica la reorganización de la percepción de uno mismo y el entorno” (Velasco, R., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 36).

El inconsciente es incapaz de distinguir entre el deseo de matar a alguien y realmente hacerlo, esta misma confusión pasa con los niños, y en caso de que la persona fallezca, el menor vivirá miedo a morir como castigo a su deseo (Kübler-Ross, E., 1969/2000).

Durante la elaboración del duelo se presentan dolor, angustia, tristeza, desesperanza, autodevaluación y culpabilidad, hay una devastación y el yo tiende a replegarse sobre si e identificarse con el objeto perdido de forma total o parcial y regresivamente (Delgado, C. M., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Otra forma con la cual los niños buscan sobrellevar la pérdida de un ser querido es a través de la conducta antisocial, estudiada por Winnicott en 1958.

Se ha producido la pérdida de algo bueno que ha sido positivo en la experiencia del niño hasta cierta fecha y que luego ha sido retirado; la retirada se ha extendido a lo largo de un período de tiempo superior al que el chico es capaz de mantener vivo el recuerdo de la experiencia. He aquí el planteamiento exhaustivo de la desposesión... incluyendo tanto lo precoz como lo avanzado, el trauma aislado y la condición traumática sostenida, lo casi normal y lo claramente anormal (Delgado, C. M., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 121).

Las consecuencias emocionales y físicas que se presentan en el niño dependerán de la posibilidad que tiene para llevar a cabo el duelo, lo cual es determinado por el medio ambiente en el cual se encuentra, si es facilitador o no. Existen ciertas manifestaciones que indican cuando el duelo en un niño se está complicando, como la presencia de insomnio, inhibición psicomotora, tendencia a enfermarse, tristeza, autodevaluación, ideas suicidas, conducta antisocial, hipersexualidad y/o conductas autodestructivas, a las que A. Aberastury (1973) denomino microsuidios:

Cuando el adulto se niega a establecer verbalmente la muerte, dificulta el primer momento de elaboración del duelo, que consiste en aceptar el que pueda desaparecer para siempre... Ante el silencio del adulto, el niño deja de hablar y puede perder la esperanza y así buscar... seguir el destino del objeto (citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 128).

Es importante permitirle al niño permanecer en casa e incluirlo en las conversaciones en torno a una muerte, esto lo hará sentir seguro y le ayuda a madurar. Así como hablar con él sobre lo ocurrido, tomando en cuenta que tienen un concepto diferente para la muerte y de

este modo comprender su reacción, ya que es hasta los nueve años que manifiestan un entendimiento a la muerte como un proceso biológico permanente. Los niños reaccionan de diversas maneras ante la muerte de uno de sus padres, puede ser con silencio y aislamiento, con llanto, pueden sentir remordimiento, culpa, responsabilidad y temer un castigo. En el caso de los adolescentes la crisis se suma a la propia de su etapa de vida, motivo por el cual es apropiado que los adultos se interesen en escuchar y permitirles manifestar sus sentimientos, para evitar enfermedades físicas y psíquicas (Kübler-Ross, E., 1969/2000).

El trabajo de duelo tiene funciones en todas las dimensiones de nuestra vida, ya que cambiamos de forma emocional, psicológica, conductual, física, social, intelectual y espiritualmente (Aresti, L., 2010, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Durante el duelo se presentan procesos psicológicos como la identificación con el objeto perdido a manera de compensación y el enfrentamiento al carácter doloroso del duelo, este generado ante la persistencia del anhelo por la figura perdida y a modo de resultado de un sentimiento de culpa y temor a una represalia (Bowlby, J., 1993).

La pérdida de un progenitor ocasiona el surgimiento de ansiedad de separación y aflicción, acompañados de un proceso de duelo marcadamente agresivo. En 1927 Freud, S. presenta el análisis de dos casos clínicos en donde se produce la escisión del yo ante la muerte del padre:

En el análisis de dos jóvenes, me enteré de que ambos se habían negado a aceptar la muerte del padre... a pesar de lo cual ninguno de ellos había desarrollado una psicosis. Así, un fragmento muy importante de la realidad había sido negado por el yo... (Pero) sólo una de las corrientes de sus procesos mentales no había reconocido la muerte del padre, mientras que otra tenía plena conciencia de ese hecho: la que era coherente en la realidad, coexistía con la otra que respondía a un deseo (citado en Bowlby, J., 1993, p.56).

El duelo en adultos se lleva a cabo en cuatro fases: 1. Embotamiento de la sensibilidad, en la cual hay aturdimiento e incapacidad para aceptar la realidad, se presentan episodios de emoción intensa como ataques de pánico y enojo; 2. Anhelo y búsqueda de la figura perdida, se alterna entre estados de ánimo en donde se acepta la muerte como real y se vive dolor y anhelo y por otro lado se vive incredulidad con esperanza de solución y búsqueda de la persona perdida, se manifiesta ira enfocada hacia quienes se cree responsables de la

pérdida o bien transformada en irritabilidad, está permanente para no aceptar la pérdida como permanente y conservar la esperanza, durante esta fase se presenta la búsqueda, esperanza, desengaño, llanto, rabia, acusaciones e ingratitud que coexisten con la tristeza originada ante el reconocimiento de la pérdida; 3. Desorganización y desesperanza, durante la cual el individuo se da cuenta que sus patrones de conducta ya no son apropiados y debe modificarlos, al descartarlos puede caer en depresión y apatía; 4. Mayor o menor grado de reorganización, finalmente la persona examina la nueva situación y considera formas para hacerle frente lo cual lo lleva a una nueva definición de sí mismo, desempeña nuevos papeles y adquiere habilidades, confianza e independencia (Bowlby, J., 1993).

Al pasar de un año de la pérdida aproximadamente, la persona hace una valoración sobre los patrones de conducta y sentimientos que conservara, siendo apropiado descartar aquellos que solo aplicaban ante la presencia del fallecido y conservando los valores y metas vinculadas a la persona perdida. Se pueden desarrollar algunos síntomas que indican perturbación en el duelo como: la compulsión a imitar a la persona fallecida, desarrollar su enfermedad, así como ubicar su presencia en otra persona, animal u objeto. Esta sensación de la presencia del muerto es determinante para diferenciar entre un duelo sano y uno patológico (Bowlby, J., 1993).

Durante el proceso del duelo hay un menoscabo a la salud, manifestado a través de dolores de cabeza, insomnio, ansiedad, tensión y fatiga. Asimismo se experimenta una sensación de soledad emocional profunda y persistente. Como variedades patológicas se da el deterioro de la capacidad para entablar relaciones amorosas y desorganización en el resto de la vida y su planificación (Bowlby, J., 1993).

Como variables de un duelo patológico se encuentra la manifestación de cólera y autoreproches pero una marcada ausencia de aflicción, lo cual le permite conservar la organización en su vida, no obstante manifiesta dolencias psicológicas y fisiológicas y de forma repentina aparecerá un estado de depresión aguda. Otra variable se muestra con depresión combinada con angustia, hipocondría y/o alcoholismo la cual puede llamarse duelo crónico. Por último puede manifestarse euforia, con posibilidad a desarrollarse un episodio maniaco, la respuesta eufórica está asociada a la respuesta negativa a creer que la muerte ocurrió, combinada a la sensación que la persona fallecida continua presente y en

otros casos está relacionada a creer que la muerte ocurrió en beneficio propio (Bowlby, J., 1993).

La falta de la aflicción consciente puede considerarse como una extensión patológicamente prolongada de la fase de embotamiento de la sensibilidad, en tanto que las varias formas de duelo crónico pueden considerarse como versiones extendidas y deformadas de las fases de anhelo y búsqueda, de desorganización y de desesperanza (Bowlby, J., 1993, p. 152).

Durante un duelo crónico el grado de expresión del afecto no es una guía objetiva para evaluar la respuesta ante la situación, ya que puede ser utilizado para distraer de la situación aflictiva, este tipo de duelo está caracterizado por la presencia de autoreproches. En un duelo normal, al reconocer la situación y prestarle atención, la expresión de afecto puede ser reducida y en lugar de manifestar ansiedad, agitación y desesperanza se muestran tristeza y anhelo aunado a recuerdos de cariño (Bowlby, J., 1993).

Se evalúan respuestas patológicas en la persona cuando al pasar de los años muestra: anhelo intenso, desesperación, amargura, cólera, culpa y autoreproches. Estas características de un duelo crónico pueden predecirse si persisten la cólera y el resentimiento después de las primeras semanas posteriores a la pérdida, ante una muerte súbita, una respuesta demorada, pesadillas, riñas, intentos por escapar, una historia infantil inestable con educación que limita la expresión de los sentimientos, la sensación de inutilidad de las personas cercanas en la elaboración de su duelo (Bowlby, J., 1993).

Las personas que no manifiestan aflicción generalmente son autosuficientes, independientes, con rechazo a la expresión de los sentimientos, conservan la organización de su vida después de la pérdida y aparentan desenvoltura, sin embargo están tensos y no hacen referencia a ella, evitando su recuerdo y hacer alusión a la misma, también pueden sufrir de malestares físicos (Bowlby, J., 1993).

Las circunstancias que dificultan la forma de sobrellevar la pérdida son la manera en cómo se recibió la información al respecto, la relación previa y reciente con el fallecido y a quien se responsabiliza. También se toman en cuenta: las condiciones de vida de la persona que sufrió la pérdida, con quien vive y si tiene a su cargo el cuidado de menores de edad, la situación socioeconómica, las creencias y prácticas culturales, así como la presencia de personas allegadas que pueden facilitar o impedir el duelo sano (Bowlby, J., 1993).

Si la pérdida se da durante la niñez es probable que se desarrolle una respuesta patológica, debido a la poca madurez para enfrentar el trabajo de duelo. Al respecto de la vivencia del duelo por parte de los niños, es indispensable que se le informe de la muerte lo antes posible, cuando se trata de uno de los padres será el sobreviviente a quien le corresponde hacerlo, brindando como información fundamental el hecho de que la persona fallecida no regresara y que su cuerpo se encuentra sepultado o cremado. Esta notificación es difícil de llevar a cabo, pero si el progenitor sobreviviente teme expresar sus sentimientos provocara que el niño oculte los suyos, por el contrario al brindar información completa y verdadera aunada al apoyo necesario se fomentara una buena aceptación. Las ideas religiosas o filosóficas pueden ser benéficas para el niño. El duelo en los niños se caracteriza por anhelo y tristeza que se manifiesta en particular en reuniones familiares o aniversarios. También se muestran ansiedad, al creer que puede sufrir otra pérdida importante lo que lo hará sensible a la separación, además de cólera y autoreproches. Al no haber recibido información clara y verdadera sobre las causas de la muerte, el niño puede tener miedo a morir también (Bowlby, J., 1993).

Las dificultades que experimentan los niños después de una pérdida de un padre son resultado de diversos factores como: las causas y consecuencias de la pérdida; la información que reciben de parte de los adultos; están expuestos a la falta de empatía a su pena; tienen menos comprensión de la muerte que un adulto, lo que orilla a interpretaciones erróneas respecto a lo ocurrido; así como la relación previa entre los padres y cada hijo. El padre sobreviviente cambia su modo de tratar a los hijos debido a su aflicción y a la responsabilidad que se le suma, lo cual lleva a una carente comprensión del estado por el cual pasa su hijo, también puede darse que el sobreviviente busque que uno de sus hijos tome el papel del fallecido, cuida obsesivamente su salud física y disciplina cambiante entre la forma estricta y laxa (Bowlby, J., 1993).

Las circunstancias de una pérdida vivida durante la infancia y las consecuencias posteriores determinan el desarrollo de trastornos neuróticos como la conducta antisocial y alcoholismo, así como de trastornos psiquiátricos. Suelen manifestar ideas suicidas, sobredependencia y afecciones depresivas graves (Bowlby, J., 1993).

Existen ciertos fenómenos que se presentan ante la pérdida de un padre: se teme perder al otro ya sea por muerte o por abandono, temor agravado al no proporcionar la

información necesaria sobre la pérdida vivida o bien al responsabilizar al hijo por esta; igualmente se teme a la propia muerte y se puede conservar la esperanza de que el fallecido regrese o bien la fantasía de reunirse a él; se da una persistencia de culparse por la pérdida; conducta hiperactiva, agresiva y destructora; preocupación intensa por la tristeza de otros e impulso por ayudarlos y sostenerlos; propensión a accidentes que incluso pueden guardar relación con la enfermedad o muerte del padre a modo de identificación y que significan el deseo de reunirse con él; y respuestas eufóricas que pueden tener experiencias de despersonalización:

Mitchell (1966) observa con razón que la característica más típica y también la más aterradora de un animal muerto o de una persona muerta es su inmovilidad. Es pues, muy natural que un niño que teme morir se mantenga en continuo movimiento. Las ideas de mantener con vida a los otros miembros de la familia y hasta de devolver la vida a los muertos pueden también contribuir a estas respuestas (citado en Bowlby, J., 1993, p. 378).

Miedo a morir

De Tavira (1994) señala que en el momento de la relación simbiótica madre – hijo se transmiten impulsos tanáticos y demuestra que los deseos filicidas de la madre pasan al hijo como un potencial de destructividad y muerte que marcan la pauta en el proceso vital:

...Se puede observar que la ideación filicida, más o menos encubierta, y originada por la desilusión de los padres hacia el niño en sus representaciones, se muestra más claramente en los trastornos borderline. Las aspiraciones y deseos insatisfechos de los padres determinados durante su propio desarrollo del ideal del yo, son proyectados hacia el hijo con el contenido representacional de que el hijo tampoco satisfecerá las demandas impuestas por el ideal del yo, ya que este deviene carenciado desde sus progenitores (De Tavira, 1994, citada en Vallejo, R. 2004, p. 35).

Dorothy Bloch (1994), autora que manifiesta que en el miedo infantil, tienen su origen confusiones de la vida adulta, este miedo es enfocado al temor a ser muertos a manos de sus propios padres y el hecho de que la sobrevivencia esta en razón de ganarnos su amor, este miedo nace en la vulnerabilidad propia de la niñez, para protegerse el niño recurre al

autoengaño y a la fantasía, el terror y enojo son desplazados a criaturas imaginarias, conservando de este modo la creencia de que los padres son cariñosos.

... el miedo al infanticidio que normalmente da lugar a las fantasías del niño, se había visto intensificado por el persistente abuso de la violencia en un medio falto de cariño, el cual suscitaba no solo el deseo sino también el impulso de matar... la inhibición de la fantasía, que sirve como defensa contra los malos tratos persistentes en un medio hostil, puede sugerir por lo tanto una predisposición a cometer asesinatos... (Bloch, 1994, citada en Vallejo, R. 2004, p. 38).

El niño activara defensas para protegerse, pero si el acto violento es prevaleciente, el niño terminara por dar una respuesta violenta a los sentimientos y deseos violentos (conscientes o inconsciente) de sus padres; por lo tanto, el miedo del niño al infanticidio es el factor determinante de su necesidad de defensa y la función de las fantasías infantiles que el niño crea son un medio de supervivencia contra su miedo a ser asesinado que si se intensifica se puede volver un impulso a cometer asesinatos (Bloch, 1994, Vallejo, R., 2004, p. 40).

Ideación suicida

Nuestros seres queridos, dirá Freud, S. en “De guerra y muerte” (1915) son propiedad interior, componentes de nuestro yo propio, pero por otro lado, son extraños y enemigos, también plantea que cualquier amor lleva vinculada hostilidad que puede provocar el deseo inconsciente de muerte.

Como al hombre primitivo, también a nuestro inconsciente se le presenta un caso en el que las dos actitudes opuestas ante la muerte, chocan y entran en conflicto, la que la reconoce como aniquilamiento de la vida y la que la niega como irreal. Y este caso es el mismo que en la época primitiva: la muerte o el peligro de muerte de una persona amada, el padre o la madre, el esposo o la esposa, un hermano, un hijo o un amigo querido. Estas personas son para nosotros, por un lado, un patrimonio íntimo, partes de nuestro propio yo; pero también son, por otro lado, parcialmente, extraños o incluso enemigos. Todos nuestros cariños, hasta los más íntimos y tiernos, entrañan, salvo en contadísimas situaciones, un adarme de hostilidad que puede estimular al deseo inconsciente de muerte (Freud, S., 1915/1996, p.2116).

Carlos Mogueillansky define al suicidio como: “un acto decidido en el que participa cierta confusión y que tiene el propósito y la certeza de matarse” (2006, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 162).

Recorre todos los actos y patologías posibles pudiendo ser un acto de corte psicótico, perverso, impulsivo, entre otros; la persona decide quitarse la vida, sin embargo es un momento en el cual la persona tiene una pérdida momentánea de la realidad, que puede ser producto de varios mecanismos psíquicos como la psicosis, estados de emoción súbitos, delirios; en ella hay confusión, en donde la persona no siente que ella misma vaya a morir, como si el cuerpo que ataca no fuera propio, existe una prehistoria del suicidio conformada por angustia, dolor psíquico, impotencia y desesperación, y que tiene que ver con factores intrapsíquicos y procesos psicodinámicos. “El desenlace suicida nos habla de toda una cadena de elementos intrapsíquicos, relaciones objetales, luchas pulsionales, posiblemente elementos neuroquímicos, experiencias de vida del sujeto y, finalmente, factores desencadenantes agudos del acto suicida” (Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 162).

El impulso suicida puede ser provocado por la culpa originada en deseos homicidas, especialmente por aquellos orientados a los padres, ante los cuales actúa a manera de castigo, asimismo puede aparecer por la identificación con padre suicida, además de por la pérdida de la gratificación libidinal y la incapacidad para aceptarla, también es a veces un acto de venganza, otras un escape a la humillación, así como una forma de comunicación para pedir ayuda (Freud, S. 1910, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

El narcisismo, la culpa, los autocastigos y autoreproches, el odio y los deseos homicidas, el sadismo y masoquismo, los procesos identificatorios del yo con objetos amados perdidos y las pulsiones autodestructivas y de muerte son algunos elementos que Freud identificó como parte del problema del suicidio (Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 167).

El suicidio tiene por objetivo enviar un mensaje a una persona, quien se espera lo reciba y cuyo contenido es el enojo. Esta persona deberá ver, entender y responder a lo que ocurrió, es por esto que la representación simbólica del suicidio es la muerte en vida del sobreviviente. La paradoja de talión se resuelve de esta forma: “un suicida llega a la conclusión de que, matándose, podrá lograr mejor, por medios simbólicos, el asesinato de X” (Sullivan, D. y Everstine, L., 1983/2000, p. 262).

En un solo acto se comenten dos muertes, la que se da de forma real y la simbólica. El acto suicida inicia con un deseo de muerte a la otra persona, que se topa con un impedimento para llevarlo a cabo, por lo cual se mata al sobreviviente al matarse, ya que le obliga a vivir contemplando la tragedia y cargando con la responsabilidad (Sullivan, D. y Everstine, L., 1983/2000).

Karl A. Menninger, propone que el suicidio no sólo es un asesinato del yo, sino también un asesinato llevado a cabo por el yo mismo. Propone, entonces, que el suicidio es un acto en el cual el asesinato y la víctima están combinados en una misma persona:

Se debe considerar al suicidio entonces, como un peculiar tipo de muerte que conlleva tres elementos: el elemento de morir, el elemento de matar, y el elemento de ser asesinado. Cada uno es un acto que cuenta con sus motivos propios, conscientes e inconscientes. Los motivos conscientes son usualmente bastante evidentes. Los motivos inconscientes son los de mayor importancia (1933, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 168).

El fuerte deseo de matar va unida una erotización de los elementos sádicos percibida como satisfacción erótica que provoca el fortalecimiento del deseo asesino e inviste al objeto atacado con lastima y simpatía. Esto se origina debido al mecanismo de identificación. Vinculado al deseo de matar se encuentra la agresión indirecta, la cual consiste en atacar a la persona que se ama y odia a la vez a través de la destrucción de algo importante para ella, lo cual logra al quitarse la vida. El deseo de ser asesinado es el deseo de ser castigado, ya que la culpa es el resultado de la indulgencia ante el odio, venganza y envidia. El deseo de morir, implica una paradoja en donde en realidad no quiere morir (Menninger, K. A., 1933, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Es prácticamente un axioma en psicoanálisis, que un objeto de amor o de odio, el cual es perdido o escapa más allá del alcance del yo, puede ser recuperado por medio del proceso de introyección, con el desplazamiento de los afectos propios del objeto original, depositados en el objeto introyectado, o sea, la persona dentro de la persona. De aquí que una persona inconscientemente odiada pueda ser destruida, identificándose uno mismo con esa persona, o de manera más precisa, identificando a esa persona con el yo, y destruyendo el yo (Menninger, K. A., 1933, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 169).

Durante la adolescencia el suicidio es una manera de escapar a un estado afectivo que es intolerable, como la ira, enojo, desesperación, desesperanza y culpa. Por lo que representa el desenlace a la lucha con los impulsos homicidas conscientes originados en las experiencias tempranas violentas. Los adolescentes se encuentran preocupados por el sentimiento de descontrol ante los impulsos de enojo y homicidas y ante sus consecuencias, esta sensación amenaza su funcionamiento, a lo cual: “El suicidio puede ser una forma de control llevado a cabo por personas que se sienten desbordadas por la ira y la violencia” (Hendin, 1991, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 173).

Resulta valioso comparar las ideas adolescentes con las de la niñez. Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de asesinato. Aunque el crecimiento en el periodo de la pubertad progrese sin grandes crisis, puede que resulte necesario hacer frente a agudos problemas de manejo, dado que crecer significa ocupar el lugar del padre. Y lo significa de veras. En la fantasía inconsciente, el crecimiento es intrínsecamente un acto agresivo...En la fantasía inconsciente total correspondiente al crecimiento de la pubertad y la adolescencia existe la muerte de alguien. Mucho puede lograrse en el juego y con los desplazamientos, y sobre la base de las identificaciones cruzadas; pero en la psicoterapia del adolescente la muerte y el triunfo personal aparecen como algo intrínseco al proceso de maduración y de la adquisición de la categoría del adulto. Esto plantea grandes dificultades a padres y tutores. Es claro que también las presenta a los propios adolescentes, que llegan con timidez al asesinato y el triunfo correspondientes a la maduración en esta etapa crucial. El tema inconsciente puede hacerse manifiesto como la experiencia de un impulso suicida, o como un suicidio real. Los padres están en condiciones de ofrecer muy escasa ayuda; lo mejor que pueden hacer es sobrevivir, mantenerse intactos y sin cambiar de color, sin abandonar ningún principio importante. Esto no quiere decir que no puedan crecer ellos mismos (Winnicott, D.W., 1971/1999, p. 187).

El significado del suicidio de adolescentes abarca la muerte como: un renacimiento, reunión, abandono retaliatorio, venganza, castigo o expiación. “Al parecer, la muerte se vuelve un elemento crucial para adaptarse a la vida. Un aspecto crítico de esta adaptación es el uso real o fantaseando de su propia muerte, en un esfuerzo para controlar a otros o

mantener un control ilusorio sobre su vida” (Hendin, 1991, citado en Iglesias, A. y Barranco, J., 2010, p. 176).

Al visualizar la muerte como un renacimiento o reunión la persona siente que es la oportunidad de renacer espiritualmente o reunirse con un objeto perdido, ante una muerte que tiene por significado el abandono retaliatorio la persona tiene la sensación de control total sobre la vida y la muerte, al ser una venganza el odio es desplazado del objeto original a la representación del objeto internalizado, y puede ser aniquilado a través de la destrucción del yo, de este modo el suicidio es entonces un homicidio, finalmente el suicidio como autocastigo o expiación es originado ante la culpa originada de sentimientos de odio y hostilidad hacia un objeto introyectado, de este modo al destruir al yo se logra autocastigarse y expiar la culpa por haber dañado al objeto (Iglesias, A. y Barranco, J., 2010).

Durante el análisis se debe trabajar el odio dirigido hacia la otra persona y la falta de medios para expresarlo. La amenaza de suicidio puede ser una prueba para medir la sensibilidad e interés de parte del terapeuta y nos indica disposición para crecer y enfrentar sus sentimientos (Sullivan, D. y Everstine, L., 1983/2000).

El riesgo de suicidio está relacionado con la depresión y la angustia. Se debe de evaluar el concepto de muerte que tiene el paciente, ya que en personalidades orales y durante la adolescencia aparece la idea de que es una forma de sueño, una especie de reposo del que se despertara sin problemas. Es necesario que el analista fomente que el paciente exprese el contenido, precisión y primitivismo de sus fantasías y planes, ya que esto puede tener un efecto catártico y facilitar la prueba de realidad, hay que tomar en cuenta que entre más específicos sean estos planes mayor será el riesgo. Igualmente importante es conocer si se cuenta con una historia familiar en donde hay un alto nivel de agresión y deficiente control de impulsos (Bellak, L., 1983/2000).

“Consideramos el intento de suicidio en la adolescencia como una actuación auto-agresiva, resultante del fracaso en la elaboración de la conflictiva edípica y especialmente de las pulsiones agresivas” (Tubert, S., 1982, p.99). Tubert, S., (1982) plantea que existen dos tipos de intento suicida: el benigno, que es un acto compulsivo que consta de poca peligrosidad y que constituye una reacción a situaciones difíciles que se desarrollan dentro de un ambiente depresivo, su significado depende de la personalidad, historia y patología

individual, representa la búsqueda de entablar nuevos vínculos con la realidad y nuevos objetos, es la expresión de una crisis familiar, social o de identidad familiar, en la persona existe previamente el reconocimiento de la realidad y el control de impulsos, sin embargo se encuentra que en la familia hay indiferenciación e indiscriminación entre sus miembros vinculada a la ausencia o fracaso de la función paterna; y el maligno, un acto compulsivo de mayor peligrosidad, que está asociado a una personalidad psicopatológica y no se encuentran factores desencadenantes, representa la ruptura del vínculo con la realidad y los objetos externos y un retraimiento al mundo narcisista.

El intento de suicidio, a mi juicio, representa un acto mágico, tal como sucede con el ritual de iniciación, mediante el cual lo que se busca no es la muerte (a la que, por el contrario, se pretende controlar), sino la supervivencia. La resurrección asegura al joven, en ambos casos, contra la muerte real, que es la temida. Al mismo tiempo representa la castración simbólica, la limitación a la posición narcisista infantil (Tubert, S., 1982, p.101).

Las familias de adolescentes que han intentado suicidarse, presentan un desequilibrio en su estructura, ya que son incapaces de tolerar la expresión de la agresión debido a que no pueden elaborarla, asociado a la falla en la función paterna y con un predominio de la función materna (Tubert, S., 1982).

4. Proceso psicoterapéutico

“La evaluación conjunta de la motivación, estructura psíquica y cambios terapéuticos del paciente proporciona información importante acerca de los orígenes, funciones y mecanismos de estos cambios en pacientes con trastornos de la personalidad.”
(Kernberg, O.F., 2005, p. 5).

4.1 Alianza de trabajo

Anna Freud, define a la alianza de trabajo como la consecuencia al deseo del niño por colaborar y su disposición para recibir la ayuda del analista para enfrentar las dificultades y resistencias (1936, citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Asimismo Greenson (1965), define la alianza de trabajo como:

El rapport relativamente racional y no neurótico que tiene el paciente con su analista. La alianza de trabajo es la relación relativamente racional y no neurótica entre paciente y analista que hace posible para el paciente trabajar con determinación en la situación analítica (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999, p.220).

La forma como opera la alianza terapéutica o de trabajo se explica de la siguiente manera:

La alianza de trabajo está sujeta entre la parte real de la relación entre el paciente y el terapeuta, de esta manera tiene mayor proporción cuando se basa en la relación real y racional entre ambos. La susceptibilidad a la alianza terapéutica está en función de la capacidad del paciente para conservar el contacto con la realidad en la situación analítica y depende de su habilidad para regresar a su mundo de fantasía (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Sterba (1932), explica la alianza terapéutica a partir de la disociación terapéutica del yo, la cual se debe a la identificación con el analista, originado a partir de experimentar el análisis, en donde el psicoterapeuta tiene una actitud de observación y reflexión, y cuando el paciente se identifica con esta actitud adquiere las mismas habilidades. La alianza se forma, entre el yo racional del paciente y el yo racional del analista, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del analista, que el paciente vivencia de primera mano en la sesión (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

La alianza de trabajo está inscrita en las funciones autónomas del yo, pero se le remite a las primeras relaciones de objeto del niño con la madre, es pregenital y diádica. El paciente

establece un vínculo racional con el analista, a partir de sus componentes instintivos neutralizados; por su parte el analista contribuye a la alianza de trabajo por su esfuerzo en comprender y superar la resistencia, por su interés, por su empatía y aceptación del paciente, así como por el ambiente analítico y humanitario; y el encuadre facilita la alianza de trabajo al establecer la frecuencia, duración, y forma del tratamiento (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Greenson (1969), en el XXVI Congreso Internacional, da un paso decisivo en su investigación:

Divide la relación analítica en trasferencial y no trasferencial. Quedan en pie las dos partes de siempre, la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo; pero esta última se segrega conceptualmente de aquella. La alianza de trabajo queda por fin definida como una interacción real, que puede requerir por parte del analista intervenciones distintas que la interpretación (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999, p.221).

Etchegoyen (1986/1999), también separa la alianza terapéutica de la transferencia; pero de ambas visualiza su origen en las relaciones tempranas de objeto, de la relación del niño con el pecho.

En la psicoterapia con adolescentes se requiere determinadas aportaciones de parte del paciente y del analista. El paciente que se encuentra en la adolescencia aporta a la alianza terapéutica de la situación analítica diversos factores, tales como: su deseo de colaborar con el psicoterapeuta; su disposición a aceptar la ayuda; su aceptación de la necesidad de tratar sus problemas; su decisión de hablar con sinceridad; contribuye con una confianza básica; la fe en el psicoanalista y su método psicoterapéutico; coopera con sus deseos de mejorar; y finalmente ayuda con la capacidad de formar la neurosis de transferencia (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Igualmente es de suma importancia las aportaciones que realiza el analista a la alianza terapéutica realizada con adolescentes, la cual requiere que el profesional se encuentre especializado en la psicoterapia con este universo, contribuyendo con: su constancia en la labor diaria con el paciente; el no faltar nunca a las sesiones; la búsqueda constante de la introspección; la atención a las necesidades del paciente con un carácter humanitario demostrado a través de la compasión, el interés y la intención terapéuticas para con el

paciente; asimismo ayuda con la defensa de los derechos del paciente (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).

De este modo Wolberg (1977), sostiene que algunas de las aportaciones del analista son: “comunica un entendimiento del problema, manifiesta interés, muestra tolerancia y aceptación, da muestras de objetividad, muestra empatía, analiza las resistencias relacionadas con la alianza de trabajo” (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006, p.126).

El psicoterapeuta debe controlar a través del manejo de la transferencia la ambivalencia de dependencia e independencia que el adolescente busca establecer respecto a la madre y que se ve reflejado en el mismo tratamiento. De igual modo debe tomar en cuenta las crisis de identidad que los adolescentes enfrentan. Para establecer una alianza psicoterapéutica apropiada se deben atender todos los aspectos del desarrollo, además de la psicopatología particular del paciente (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).

La alianza terapéutica una vez que se ha establecido de forma adecuada, puede observarse a través de determinadas manifestaciones. Las manifestaciones clínicas de la alianza terapéutica según Greenson (1976), son: “la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del psicoanálisis y su capacidad de trabajar analíticamente con los insights dolorosos y regresivos que se generan” (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006, p.130).

Debido a la naturaleza de la etapa de la adolescencia, se presentan dificultades para establecer la alianza terapéutica, aunadas al cuidado que de manera conjunta se debe tener hacia la alianza establecida con los padres del paciente. La alianza de trabajo adecuada se manifiesta clínicamente cuando aquellos pacientes adolescentes que han sido llevados inicialmente a tratamiento, manifiestan ahora interés en la sesión y solicitan la ayuda. Un indicador importante a través del cual se puede observar que la alianza terapéutica se ha consolidado es la cooperación de parte del paciente, manifestada a través de su regular asistencia, su puntualidad, su apertura para comunicarse y escuchar, así como un esfuerzo por cambiar y superar sus problemas (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).

De este modo González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., (2006), presentan:

En las últimas etapas de la adolescencia se incrementa la aparición de la asociación libre durante el análisis. Pero sin duda alguna, la manifestación más clara de que se ha establecido una adecuada alianza de trabajo con el adolescente es que éste ha logrado trabajar en su psicoterapia a pesar de sus resistencias. Las manifestaciones clínicas que muestran el establecimiento de una adecuada alianza de trabajo son también observables en los padres del paciente adolescente (p.130).

También se presentan resistencias que dificultan el establecimiento adecuado de la alianza terapéutica, así como la progresión en el análisis. El tratamiento se dificulta ante las defensas propias de la personalidad del paciente adolescente y frente a las resistencias generadas durante el propio proceso psicoterapéutico. Se puede llegar a generar una pseudoalianza de trabajo en donde se observa colaboración de parte del paciente sin embargo no presenta un cambio significativo (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).

Para Greenson (1976), la resistencia consiste en:

Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr asimilar insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006, p.140).

La resistencia en el adolescente incluye a las fuerzas interiores que se oponen al proceso psicoterapéutico, y que obstaculizan el insight, operando contra su yo razonable y el deseo que tiene de cambiar. Esta resistencia tiene su origen en la angustia propia de la etapa. Con mayor frecuencia se observa a la transferencia y al acting out actuando como resistencia en el proceso psicoterapéutico de los adolescentes (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

La resistencia se puede manifestar clínicamente a través de cualquier comportamiento y puede adoptar formas tales como: el silencio del paciente; el paciente no desea hablar; cuando el afecto está ausente en la comunicación del paciente; se observa también en la postura y movimiento del paciente; cuando hay una fijación en el tiempo es decir que el paciente solo puede referirse al presente o al pasado excluyendo al otro tiempo; si menciona

acontecimientos de menor importancia y durante un tiempo prolongado; al evadir temas importantes; si manifiesta rigidez al establecer rutinas que se dan durante la sesión; al utilizar un lenguaje de evitación compuesto por frases hechas, términos técnicos, entre otros; el retraso, la inasistencia y olvido de pago; la ausencia o abuso excesivo de los sueños; el aburrimento; cuando con el silencio el paciente se rehúsa a decir algo manteniéndolo en secreto; el acting out, esta es la forma de resistencia más importante sobre todo en los pacientes adolescentes; la alegría frecuente que oculta una depresión; al no cambiar la conducta del paciente; cuando algún material importante es suprimido o reprimido mientras el paciente toma la fuerza que le permita manejar la ansiedad que le produce hablar al respecto; la intensificación de los síntomas que han mantenido al paciente alejado de la ansiedad; la autodevaluación en la cual el paciente se niega a aceptar sus oportunidades; al forzar la salud convenciéndose a sí mismo que ya se encuentra bien; al enfrentarse a inhibiciones intelectuales; el insight como resistencia al aparentar comprender lo analizado sin embargo no se producen cambios significativos en su conducta; el desprecio a la normalidad; la renuncia de experiencias agradables durante su sesión; y finalmente las resistencias más comunes son las que toman la forma de transferencia, el paciente mostrara sus defensas para retirar y controlar al psicoterapeuta, ya que la relación con este moviliza impulsos y sentimientos que amenazan a las fuerzas represivas y provoca ansiedad (Greenson, 1976, citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavera y Noriega, F., 2006).

Según su origen, Freud, S. (1926) distinguió cinco tipos de resistencias:

Profundizando más hallamos, en efecto, que se nos oponen cinco clases de resistencias, procedentes de tres distintos orígenes, esto es, del *yo*, del *ello* y del *super-yo*. Revelándose el *yo* como fuente de tres de tales resistencias diferenciables por formas distintas en su dinamismo. La primera de estas tres resistencias del *yo* es la *resistencia de la represión*, sobre la cual poco nuevo puede ya decirse. De ella se distingue la *resistencia de la transferencia*, de la misma naturaleza, pero que hace en el análisis apariciones distintas y más claras, pues ha conseguido establecer una relación con la situación analítica o con la persona del analista, reanimando con ello una represión que solo hubiera sido recordada. También es una resistencia del *yo*, pero de naturaleza completamente distinta, la que parte de la *ventaja de la enfermedad* y se basa en la

incorporación del síntoma al *yo*. Esta resistencia corresponde a la rebelión contra la renuncia a una satisfacción o un alivio. La cuarta clase de resistencia, la del *ello*, ha sido a la que como hemos visto anteriormente necesita la *elaboración*. La quinta – la del *super-yo* -, últimamente descubierta, es la más oscura, aunque no siempre la más débil, y parece provenir de la conciencia de culpa o necesidad de castigo. Esta resistencia desafía todo movimiento hacia el éxito y, por tanto, toda curación por medio del análisis (Freud, S., 1926/1996, p. 2875).

Finalmente cabe abordar como se establece la alianza terapéutica de forma específica en los pacientes límite, ya que esta puede ser una experiencia correctiva trascendental, debido a que la relación que el paciente establece con el psicoterapeuta puede llevarlo a experimentar funciones paternas que no ha vivido previamente y se busca la reconciliación con las frustraciones del pasado y el entendimiento de las defensas y reacciones patológicas utilizadas ante las circunstancias iniciales tempranas (Kernberg, O. F., 1984/1999).

4.2 Transferencia y contratransferencia

La transferencia

La transferencia es un fenómeno universal y espontáneo, que consiste en empalmar el pasado con el presente a través de una falsa unión que sobrepone el objeto original con el actual. La diferenciación del pasado con el presente y la transferencia de la persona, se intensifican ante una mayor influencia de los impulsos reprimidos. El establecimiento de este lazo afectivo intenso es automático, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. Freud, S. (1905, citado en Chemama R., 2002), nos dice que son ediciones nuevas que surgen en el análisis y rempazan a una persona por el psicoterapeuta.

Recordemos, ante todo, que la acción conjunta de la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles determina, en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que el sujeto habrá de exigir en ella y los instintos que en ella habrá de satisfacer. Resulta, así, un clisé (o una serie de ellos), repetido, o reproducido luego regularmente, a través de toda la vida, en cuanto lo permiten las circunstancias exteriores y la naturaleza de los

objetos eróticos asequibles, pero susceptible también de alguna modificación bajo la acción de las impresiones recientes (Freud, S. ,1912/1996, p. 1648).

De esta manera, la transferencia se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008).

Las reacciones transferenciales se caracterizan por su intensidad, pueden ser reacciones impropias de amor, odio, envidia, celos o competencia hacia el analista y también son ambivalentes, caprichosas y tenaces. Greenson (1978), manifiesta que la transferencia consiste en:

Pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona que no le convienen, sino que son la repetición de reacciones formadas con respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Las dos características sobresalientes de la transferencia son la repetición y la impropiedad (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Távira Y Noriega, F., 2006, p. 154).

Etchegoyen R.H. (1986/1999), habla sobre que el origen de la transferencia ha de buscarse en ciertos modelos, estereotipos o clisés, que todos tenemos y que surgen como resultante de la disposición innata y de las experiencias de los primeros años. Solo una porción de los impulsos que alimentan estos estereotipos alcanza un desarrollo psíquico completo: es la parte consciente, que se dirige a la realidad y está a disposición de la persona. Otros impulsos, detenidos en el curso del desarrollo, aportados de la conciencia y de la realidad, impedidos de toda expansión fuera de la fantasía, han permanecido en lo inconsciente.

La transferencia se convierte en el mejor instrumento para la cura psicoanalítica, una vez que se analiza para con ello transformar la repetición en memoria, ya que solo cuando la transferencia ha sido resuelta el paciente tendrá la convicción real de las construcciones que se le hicieron y se dará cuenta que a través de ella repite las pautas de su pasado. Freud, S. (1912), postula que la transferencia se convierte un gran auxiliar para el psicoanálisis al corregirla y traducirla al paciente (Citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

La transferencia se divide en positiva y negativa, y a su vez la transferencia positiva se subdivide en erótica, la cual se compone de sentimientos amistosos y tiernos conscientes, y de otros cuyas prolongaciones se encuentran en el inconsciente y que manifiestan tener un fondo erótico, la cual actúa como resistencia; asimismo se subdivide en sublimada, la cual siempre está presente en el análisis y ayuda al éxito psicoterapéutico ya que a través del establecimiento de la confianza por parte del paciente, le permite hablar con más facilidad de cosas difícilmente abordables en otro contexto.; y finalmente la transferencia negativa concierne a la agresividad hacia el analista, a la desconfianza y actúa también como resistencia. Para Freud, S. (1912), la transferencia sobre el analista es una resistencia cuando es de carácter negativo o bien positiva con elementos eróticos reprimidos (Citado en Chemama R., 2002).

La transferencia puede aparecer en el proceso psicoterapéutico como una resistencia, debido a que las fuerzas que provocaron la enfermedad ahora se dirigen hacia el psicoterapeuta para protegerse contra el cambio. Freud, S. (1926) en su obra Inhibición, síntoma y angustia, dice que la emergencia de un recuerdo angustioso pone en marcha una resistencia de represión que lo transforma en un fenómeno vincular, que se convierte inmediatamente en la resistencia de transferencia (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

La terapia analítica se centra en el análisis de la neurosis de transferencia. La diferencia de las opiniones teóricas con respecto a la dinámica de la transferencia – muy importante por su influencia sobre la práctica – puede resolverse con una síntesis de los distintos enfoques de Freud, que puede formularse así: la transferencia es resistencia y es lo resistido, o sea, el analizado repite defensas infantiles (que son las “resistencias de transferencia”) para no hacer consciente situaciones infantiles de angustia y dolor que esta por revivir en la transferencia (Racker, H., 1991, p.81)

La resistencia de transferencia es de la misma naturaleza que la resistencia de represión, pero tiene efectos especiales en el proceso analítico, desde que logra reanimar una represión que solamente debiera haber sido recordada. Una parte de la libido se ha desarrollado plenamente y está al alcance de la conciencia, mientras otra ha sido reprimida. Por este doble mecanismo, esta libido sufre un proceso de introversión. Esta libido inconsciente, sustraída a la realidad, es la que provoca fundamentalmente el fenómeno de transferencia. Al ser más intensa la introversión de la libido, la persona podrá transferir con mayor facilidad,

y a menor introversión, será mayor su adaptación a las relaciones eróticas (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Freud, S. (1926) sostiene que:

Nada es más difícil en el análisis que vencer las resistencias, pero no olvidemos que estos fenómenos, justamente, nos brindan el servicio más precioso al permitirnos traer a la luz a las mociones amorosas secretas y olvidadas de los pacientes, y al conferirles a estas mociones un carácter de actualidad, ya que, en definitiva, nadie puede ser muerto *in absentia o in affigie* (citado en Chemama R., 2002, p. 439).

Cuanto más grande es la resistencia a recordar, mas se impone la compulsión a la repetición. A través del manejo de la transferencia, esta compulsión a la repetición va a transformarse poco a poco en una razón para acordarse, y así permitirá progresivamente al paciente reapropiarse de su historia.

Freud, S. (1920) en su obra Más allá del principio de placer, afirma que:

La transferencia está motivada por la compulsión a la repetición, y que el yo la reprime al servicio del placer. La transferencia aparece ahora cabalmente al servicio del instinto de muerte, esa fuerza elemental y ciega que busca un estado de inmovilización, una situación constante, que no crea nuevos vínculos ni nuevas relaciones, que lleva, en fin, a un estado de estancamiento. Regida por la repetición y el instinto de muerte, la transferencia pasa a ser entonces lo resistido; y el yo, que se opone a la repetición, reprime la transferencia, porque la repetición es para el yo lo aniquilante y destructivo, lo amenazante (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999, p. 115).

Ante lo anterior, el paciente podrá resistirse a la tendencia a la repetición gracias al principio de placer, a la libido.

El enfermo puede no recordar todo lo en él reprimido, puede no recordar precisamente lo más importante y de este modo no llegar a convencerse de la exactitud de la construcción que se le comunica, quedando obligado a repetir lo reprimido, como un suceso actual, en vez de – según el médico desearía – recordarlo cual un trozo del pasado. Esta reproducción que aparece con fidelidad indeseada, entraña siempre como contenido un fragmento de la vida sexual infantil y, por tanto, del complejo de Edipo y de sus ramificaciones y tiene lugar siempre dentro de la transferencia; esto es, de la relación con el médico (Freud, S., 1920/1996, p.2514).

Anna Freud (1936), en su obra “El yo y los mecanismos de defensa”, nos dice que no sólo hay transferencia de impulsos positivos y negativos, de amor y de odio, de instintos y afectos, sino también transferencia de defensas. Mientras la transferencia de impulsos o tendencias corresponde a irrupciones del ello y es sentida como extraña a su personalidad por el analizado, la transferencia de defensas repite en la actualidad del análisis los viejos modelos infantiles del funcionamiento del yo (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Hay dos formas de transferencia: la neurosis de transferencia y la transferencia temprana.

Al inicio de todo análisis, se presenta la neurosis de transferencia, fenómeno que consiste en la disminución de los síntomas, lo cual manifiesta una trasposición del fenómeno patológico, que comienza a reflejarse directamente sobre el tratamiento psicoterapéutico y el analista. La neurosis de transferencia corresponde a la etapa edípica, en donde la resolución del complejo de Edipo representa la maduración al resolver los problemas con sus padres y poder establecer relaciones con ambos simultáneamente (Etchegoyen R.H., 1986/1999).

Freud, S. (1914) en “Recordar, repetir y reelaborar” define la neurosis de transferencia como: “Un concepto técnico, en cuanto señala una modalidad especial del desarrollo del tratamiento psicoanalítico, según la cual la enfermedad originaria se transforma en una nueva que se canaliza hacia el terapeuta y la terapia” (Citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999, p. 144).

Como es natural, nos interesa, en primer término, la relación de esta repetición obsesiva con la transferencia y la resistencia. No tardamos en advertir que la transferencia no es por sí misma mas que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no solo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente (Freud, S., 1914/1996, p.1685).

La transferencia temprana, es propia del desarrollo sin componentes patógenos y sobre ella han reflexionado los siguientes autores:

Melanie Klein (1951), en su artículo “Los orígenes de la transferencia” asevera que las etapas tempranas del desarrollo aparecen en la transferencia y podemos captarlas, así como reconstruirlas. Marca la transferencia como un instrumento para reconstruir el pasado temprano. La tesis central de este trabajo es que la transferencia arranca de las angustias

persecutorias y depresivas que inician el desarrollo. La transferencia tiene que ver con mecanismos introyectivos y proyectivos, se origina en los mismos procesos que determinan la relación de objeto en los estadios más tempranos del desarrollo (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

En la transferencia temprana, de acuerdo con Winnicott (1960), el presente se ha transformado en el pasado, el fenómeno transferencial tiene una realidad inmediata, y esto obliga al analista a enfrentarlo con actitudes, ya no con interpretaciones. Postula que el desarrollo emocional primario se desarrolla a lo largo de los seis primeros meses de vida, etapa caracterizada por el narcisismo primario, en donde no se encuentra todavía la relación de objeto, ni la estructura psíquica. En base a esto fundamenta la necesidad de un ambiente adecuado ya que el desarrollo emocional primario se desarrolla de acuerdo a los cuidados recibidos de la madre, y su objetivo es llegar hasta la relación de objeto. Este autor desarrolla la teoría del falso self, el cual se origina cuando el bebé no obtiene lo que necesita de su madre, porque está en vez de responder a sus necesidades las interfiere, entonces se ve obligado a un desarrollo diferente que origina un patrón de conducta especial nombrado como falso self, mismo que suple las deficiencias. El falso self es un aspecto del verdadero self, al que protege y oculta ante las fallas ambientales, de la deficiencia en los cuidados maternos. Winnicott (1960) sostiene que el análisis da al paciente la oportunidad de regresar y comenzar de nuevo. El psicoterapeuta le da al paciente la oportunidad de reparar las fallas que obstaculizaron al desarrollo emocional primario (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

A la larga, el self falso se entrega al analista. Éste es un momento de gran dependencia y de verdadero riesgo y el paciente, como es natural, se halla en un profundo estado de regresión...Una de las características de las transferencia en esta fase es la forma en que debemos tener en cuenta la presencia del pasado del paciente...mientras en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea es más acertado decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y es el pasado (Winnicott, D.W., 1958/1999, p. 394).

Existe la transferencia erótica y la transferencia erotizada, formas de transferencia del amor desde una estructura neurótica y psicótica respectivamente. Para distinguirlos clínicamente, la primera forma se manifiesta cuando el psicoterapeuta es visto como si

fuera la madre, en la segunda forma es la madre. En algunos casos se presenta la perversión de la transferencia, se manifiesta la relación narcisista del objeto al erotizar el vínculo analítico, tratando de crear la ilusión de la unión sujeto-objeto, utiliza la palabra y el silencio para provocar la excitación o la impaciencia en el analista, este fenómeno lleva a la esterilidad y provoca que el analista actúe en su contratransferencia a través de pseudointerpretaciones (Meltzer, 1973, citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

La transferencia se manifiesta de forma particular en los niños, ya que en el análisis con ellos es difícil determinar si la conducta manifestada es producto de respuestas reales hacia la persona del terapeuta o bien si es el establecimiento de la transferencia (Pearson, G., 1972).

Anna Freud (1927), en su obra “Introducción a la técnica del análisis del niño”, habla sobre la transferencia en el análisis de los niños, y manifiesta que el paciente establece relaciones de objeto directamente con la persona del terapeuta (citado en Pearson, G., 1972).

Encontrándose el niño en un periodo de prelatencia, el estado psíquico de éste dificulta el desarrollo de la neurosis de transferencia, y muestra hacia el analista una expresión de relaciones objetales directas. Cuando el niño se encuentra en el periodo de latencia manifiesta una curiosidad natural hacia la vida privada del terapeuta. Debido a esto es difícil para el psicoterapeuta de niños mantener la neutralidad estricta, la cual tendrá que verse comprometida para establecer y mantener una adecuada relación durante el tratamiento. La represión y las defensas del niño, no están aun consolidadas, motivo por el cual es difícil que sea objetivo y reconozca el fenómeno de la transferencia, como lo hace un adulto. Si el niño se encuentra en una situación en donde vive las fantasías edípicas con sus padres, entonces su capacidad para establecer la neurosis de transferencia será menor. Al entrar a la preadolescencia, hay mayor posibilidad de una relación exclusiva con el analista, ya que hay mayor independencia en los padres y busca vincularse con objetos externos a la familia, en esta etapa el niño trata de evadir a través de la actividad motriz, la ansiedad originada de la expresión de sus pensamientos transferenciales. Es hasta que se encuentra en la etapa de la adolescencia, cuando el niño tiene mayor capacidad para desarrollar la neurosis de transferencia (Pearson, G., 1972).

A motivo del análisis transferencial en adolescentes, se menciona que los cambios constantes en la personalidad del adolescente dificultan observar sus reacciones transferenciales y el psicoterapeuta es para ellos una persona real y a la vez un objeto transferencial. La transferencia de pacientes adolescentes está caracterizada por ser intensa, confusa, versátil y rápida. Es necesario deslindar la reacción del adolescente hacia la persona real del psicoterapeuta y la reacción transferencial, ya que de no hacerlo se pueden presentar resistencias transferenciales intensas. Y la relación transferencial con un adolescente se ve influenciada por los padres, debido a que comparte aún mucho tiempo con ellos (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F. 2006).

Kernberg, O.F. (1976), estudia la transferencia y contratransferencia en el tratamiento del paciente con trastorno límite de la personalidad. La meta estratégica de su terapia, consiste en ir transformando la transferencia primitiva en reacciones transferenciales integradas (citado en Kernberg, O. F., 1984/1999).

Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y de hecho determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí y ahora. La reconstrucción genética deberá intentarse sólo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales. En ese punto, las transferencias se acercan a las experiencias más realista de la niñez que se prestan a tales reconstrucciones (Kernberg, O. F., 1984/1999, p. 88).

En los pacientes límite, las operaciones defensivas se convierten en vehículo de las resistencias de la transferencia. En la transferencia, la identificación proyectiva se manifiesta típicamente como una intensa desconfianza y temor al terapeuta. La experiencia que se tiene del terapeuta es como si atacara al paciente, mientras que el paciente mismo siente empatía con esta agresión intensa proyectada y trata de controlar al terapeuta en una forma sádica y abrumadora (Kernberg, O. F., 1984/1999).

Es necesaria la neutralidad en la técnica para poder interpretar la transferencia de este tipo de pacientes, ya que el psicoterapeuta podría quedar atrapado en la reactivación de las relaciones objetales primitivas y patológicas de paciente límite. El tratamiento y la

actuación de las transferencias primitivas, llegan con facilidad a reemplazar la vida del paciente, por lo cual la interpretación de la transferencia debe determinarse por tres grupos de factores: los conflictos que predominan en la realidad inmediata; las metas globales específicas del tratamiento; así como la diferenciación consistente de las metas vitales de los objetivos del tratamiento y qué es lo que prevalece inmediatamente en la transferencia. La neutralidad técnica, la interpretación de la transferencia, la explotación introspectiva del terapeuta de su contratransferencia, y la atención sobre las percepciones del paciente en la sesión, son herramientas técnicas íntimamente ligadas (Kernberg, O. F., 1984/1999).

La interpretación de la transferencia es de suma importancia en el tratamiento propuesto por Kernberg, O.F., en donde sugiere que la transferencia negativa deberá ser interpretada en el aquí y ahora, ya que debido a que la falta de integración del autoconcepto y la diferenciación e individuación de los objetos, se obstaculizan la capacidad del paciente para distinguir entre las relaciones de objeto que se dan en el presente y en el pasado, por lo que la interpretación de la transferencia negativa reforzara la alianza terapéutica. Así que es necesario el establecimiento de los límites para bloquear al acting out de la transferencia. Por otro lado, la transferencia positiva no deberá interpretarse, ya que al respetar estos aspectos se propicia al desarrollo de la alianza terapéutica. La interpretación deberá centrarse en las idealizaciones primitivas y se tendrá por objetivo aclarar las percepciones del paciente sobre las intervenciones del psicoterapeuta y sobre la realidad actual (Kernberg, O. F., 1984/1999).

Las transferencias primitivas expresan las relaciones de objeto parciales, es decir aspectos escindidos del concepto de sí mismo en relación con aspectos escindidos de representaciones objetales, y las transferencias avanzadas expresan representaciones integradas del sí mismo y de los objetos. La integración de las representaciones objetales y del sí mismo y así de la totalidad de relaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad, por lo que la interpretación de la transferencia puede realizarse a través de los siguientes pasos: primero, reconstruir la naturaleza de la relación primitiva que se ha activado en la transferencia; segundo, el psicoterapeuta evalúa esta relación objetal que se muestra en la transferencia a través de la representación del sí mismo y representación objetal; tercero, la relación objetal parcial particular activada en la transferencia tiene que

integrarse con otras relaciones objetales parciales, reflejando otras relaciones objetales parciales relacionadas y contradictorias, disociadas defensivamente, hasta que el sí mismo real de paciente y su concepción interna de los objetos puedan integrarse y consolidarse (Kernberg, O. F., 1984/1999).

La estrategia general que subyace a la elaboración de los fenómenos transferenciales de los pacientes fronterizos está dirigida a la resolución de esas primitivas representaciones disociadas de sí mismos y objetales, con el fin de que las transferencias primitivas, se transformen en reacciones transferenciales de un nivel superior o en relaciones objetales internalizadas mas integradas y realistas, vinculadas con experiencias reales de la infancia (Kernberg, O.F., 1977/1998, p.136).

La contratransferencia

La contratransferencia es el conjunto de las reacciones afectivas conscientes e inconscientes del analista hacia su paciente. La contratransferencia constituirá lo que, del lado del analista, podría venir a perturbar la cura. En su obra “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” Freud, S. (1912) dice que el analista no puede ir más allá de lo que se lo permitan sus complejos y resistencias, debido a esto es necesario que los conozca (citado en Chemama R., 2002).

La contratransferencia, es el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008).

La contratransferencia también es conceptualizada como la proyección hacia el paciente de sentimientos que el psicoterapeuta tuvo hacia otras personas en su pasado (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavira Y Noriega, F., 2006).

Kernberg, O. (1975), define a la contratransferencia como la reacción inconsciente que tiene el analista hacia su paciente y hacia la transferencia del mismo. Y amplía el concepto a las reacciones totales conscientes e inconscientes, incluyendo las respuestas emocionales apropiadas del psicoterapeuta hacia la transferencia y a la realidad del paciente, así como los efectos emocionales que se presentan en la situación del tratamiento, los cuales se determinan en base a la realidad propia del psicoterapeuta en cuanto a que está puede ser afectada por el paciente. En un concepto más amplio, es también la reacción específica

habitual de cualquier analista a determinado tipo de paciente, disposiciones y manifestaciones de la contratransferencia; y rasgos de la personalidad cuya función es la defensa o la adaptación, y que pueden activarse en determinadas situaciones del tratamiento como respuesta a los ataques violentos en la transferencia del paciente (citado en Kernberg, O. F., 1984/1999).

Racker (1948), dice que la contratransferencia opera como un obstáculo, como instrumento y como campo en el cual el paciente puede tener una experiencia diferente a la original. Y la clasifica en dos clases según su forma de identificación: la concordante, en donde el yo del analista se identifica con el yo del analizado; y la complementaria, en donde el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado (citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

En cuanto aceptamos que la relación del analizado con el analista es, desde el punto de vista técnico, lo esencial, tenemos que adjudicar significado central también a la contratransferencia, por varios motivos, pero ante todo porque es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace en relación al analista y lo que siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista (Racker, H., 1991, p. 96).

Como instrumento terapéutico, la contratransferencia representa la posibilidad de dar retroalimentación al paciente sobre su problema. Para que esto sea posible de forma óptima el psicoterapeuta debe identificar que rasgos de su personalidad podrían dificultar la captación del paciente en su proceso psicoterapéutico, esta captación a través de la transferencia es importante para interpretar, y es por esto que la contratransferencia es un proceso de diagnóstico útil para el análisis (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavira Y Noriega, F., 2006).

Winnicott (1960), clasifica los fenómenos contratransferenciales como: los sentimientos contratransferenciales anormales que deben considerarse como una prueba de que el analista necesita más análisis; los sentimientos contratransferenciales que tienen que ver con la experiencia y el desarrollo personal del analista y de los que depende el trabajo de cada analista; la contratransferencia verdaderamente objetiva del analista, es decir el amor y el odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente, y que se basa en una observación objetiva (citado en Etchegoyen R.H., 1986/1999).

El analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponible puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente. Cabe que exista un largo periodo inicial en el cual sea imposible que el paciente (incluso inconscientemente) aprecie el punto de vista del analista. No se puede esperar reconocimiento debido a que, en la raíz primitiva del paciente, no hay capacidad para la identificación con el analista; y ciertamente el paciente no puede ver que el odio del analista frecuentemente es engendrado precisamente por las cosas que el paciente hace en su cruda manera de amar (Winnicott, D.W., 1958/1999, p. 274).

Menninger y Holzman (1974), sostienen que la contratransferencia se manifiesta clínicamente, a través de: la imposibilidad para que el psicoterapeuta comprenda información específica ya que está despierta problemas personales en él; la sensación de depresión y/o incomodidad antes, durante o después de la sesión con el paciente determinado; negligencia del contrato terapéutico al romper especificaciones establecidas; manifestación de somnolencia; preocupación excesiva o nula por el estado económico del paciente; sentimientos eróticos o afectivos hacia el paciente; fomentar la resistencia a través de la actuación del paciente; narcisismo manifestado en el deseo de impresionar al paciente o bien a colegas con respecto a la importancia del caso clínico; fomentar la dependencia excesiva de parte del paciente; generación de historias profesionales respecto al caso clínico; ironía sádica al hacer interpretaciones; el deseo de la cura del paciente para obtener prestigio profesional; miedo a la pérdida del paciente; obtener satisfacción de los halagos y afecto de parte del paciente; alterarse ante los reclamos del paciente; al entablar discusiones con el paciente; al ayudar al paciente en su vida fuera de su tratamiento; al obsesionarse en remarcar ciertos aspectos del tratamiento; la tendencia a pedir favores de forma frecuente al analizado; así como en el incremento o decremento del interés hacia determinado caso clínico (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavira Y Noriega, F., 2006).

Respecto a la psicoterapia con niños, el terapeuta debe enfrentar las manifestaciones instintivas de forma directa a través del acting out del paciente y se encuentra presionado

por el niño y sus padres, situación que es un reto y el psicoterapeuta deberá manejar que sus propias fijaciones inconsciente intervengan (Pearson, G., 1972).

Referente a la psicoterapia con adolescentes, González Núñez (1981), afirma que:

El adolescente espera que el psicoterapeuta le brinde toda la ayuda posible para lograr la transferencia, pero al mismo tiempo se niega a aceptarla; por su parte, el psicoterapeuta está acostumbrado a dar tan sólo lo que el paciente necesita, por lo que se desconcierta, sufre y se angustia, tan ambivalente pero tan realista para el adolescente. Esta angustia le hace dudar de si responde como un objeto modelo (analista) o como una persona común y corriente. La angustia pone en crisis la identidad del psicoterapeuta y lo regresa controladamente a su propia adolescencia, causándole más ansiedad y angustia. Cualquier paciente, independientemente de su edad, su sexo o su patología, puede provocar angustia contratransferencial como objeto de trabajo. Sin embargo, dadas las características propias del proceso en que se encuentran los adolescentes hacen que la angustia ante ellos como objetos de trabajo sea más intensa contratransferencialmente. Si a todos los fenómenos normales que ocurren durante la adolescencia les añadimos la posible psicopatología en gestación, encontramos una dificultad real para establecer el diagnóstico y la estrategia a seguir en el plan terapéutico. Esta dificultad produce en el psicoanalista una angustia contratransferencial (citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavira Y Noriega, F., 2006, p. 160).

La contratransferencia normal, es cuando el psicoterapeuta toma un rol parental, asume esta actitud contratransferencial a raíz de la experiencia inconsciente de sentirse el padre o madre del paciente. El psicoterapeuta asume el papel del padre, el cual es proyectado por el niño; y, por otra parte, comprende el papel del niño gracias a la identificación proyectiva de su yo infantil en el paciente. Esto último, requiere especial cuidado del analista ya que podría proyectar en el paciente un aspecto infantil propio que no puede tolerar (Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

La contratransferencia toma el carácter de la psicopatología del paciente, a lo que comenta Kernberg, O.F. (1965), la fijación contratransferencial crónica, la cual es un caso particular de posiciones contratransferenciales en donde la participación del psicoterapeuta es mayor y tiene que ver con la grave patología del paciente, se da debido a que la patología

del paciente reactiva los patrones neuróticos arcaicos en el psicoterapeuta y provoca la complementación mutua (citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

La contraidentificación proyectiva brinda al psicoterapeuta la posibilidad de experimentar las emociones del paciente y es por lo mismo, un instrumento técnico para contactar con el nivel más profundos del paciente, por lo cual hay que recibirla y comprenderla (Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

Grinberg (1974), plantea el concepto de contraidentificación proyectiva, a través del cual habla de los efectos reales que se producen en el objeto, por el curso de la identificación proyectiva que tiene su origen en las personalidades regresivas. Postula que hay una gran diferencia entre la contratransferencia complementaria y la contraidentificación proyectiva, en la primera el analista responde identificándose con los objetos del paciente, y en la segunda, que se produce como resultado de una identificación proyectiva excesiva de parte del paciente, el analista se ve forzado a desempeñar el papel que le obligan los conflictos inconscientes del paciente. Es debido a la neurosis de contratransferencia que el psicoterapeuta se deja controlar por está, sin embargo, puede ser capaz de identificarla y responder adecuadamente (citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

Durante la psicoterapia el paciente podría intentar que el analista repita de forma contratransferencial lo que le demanda, quienes han sufrido abandonos, principalmente del padre, siente mucho enojo que desplazan hacia los demás y hacia el psicoterapeuta, al provocar que sea incapaz de ayudarlo, al igual que paso con sus padres. Motivo por el cual el psicoterapeuta debe cuidar su contratransferencia y no responder con agresión al paciente (Racker, 1969, citado en González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavera Y Noriega, F., 2006).

El psicoterapeuta debe cuidar mantener una posición de firmeza y serenidad al interpretar el acting out del paciente y el desarrollo de la transferencia, lo cual logra al realizar una evaluación diagnóstica del paciente. La calidad humana del psicoterapeuta, se hará evidente en el trato y manejo de las dificultades de la transferencia, así como en la actitud neutral ante las demandas primitivas del paciente, como lo son las sexuales, agresivas y de dependencia. La neutralidad técnica del psicoterapeuta es necesaria para que el paciente no reconozca su personalidad real y se ve amenazada ante la patología de carácter en el analista, ya se podría provocar una reacción de transferencia que la erosione.

La contratransferencia es observarle cuando el psicoterapeuta no puede distinguir entre las percepciones realistas y no realista del paciente respecto de él (Kernberg, O. F., 1984/1999).

Con base en el tiempo pueden distinguirse tres tipos de reacciones de contratransferencia. Primero, están las agudas o efímeras, que, según como se define la contratransferencia, pueden determinarse sólo por la transferencia del paciente o por la interacción total paciente/analista. En seguida están las distorsiones de larga duración de la transferencia: distorsiones sutiles, graduales y en expansión insidiosa de la actitud del analista hacia el paciente después de un largo periodo. Por último, una reacción todavía más extendida de la contratransferencia es la “contratransferencia permanente” descrita por Reich (1951), la que ella cree (y yo convengo) refleja la patología de carácter del analista (Kernberg, O. F., 1984/1999, p. 240).

La activación de la relación objetal primaria interiorizada en la que el paciente y el psicoterapeuta pueden intercambiar papeles, tiene un gran valor diagnóstico y terapéutico, sin embargo el analista debe cuidar el acting out del paciente y conservar su capacidad de observación (Kernberg, O. F., 1984/1999)

El analista debe también separar en forma continua este material proyectado de sus propias disposiciones de contratransferencia (en un sentido restringido) transformar su introspección en interpretaciones de transferencia que preserven una cualidad atemporal hasta que el material confirmatorio permita su ubicación genética. En otras palabras, la tolerancia del analista a las distorsiones de su experiencia intrapsíquica bajo el impacto de la regresión de transferencia en el paciente puede volverse empatía con lo que el paciente no puede tolerar dentro de él mismo. La empatía puede en forma eventual generar conocimiento crucial para interpretaciones de la transferencia (Kernberg, O. F., 1984/1999, p. 242).

Al respecto de la reacción del analista en momentos de acting out que se presenta de forma violenta y agresiva a través de una transferencia negativa del paciente, se vuelve una labor complicada que le hace vulnerable y reta su interés tanto como su apertura emocional, ya que debe conservar el respeto y visión de los elementos amables del analizado a pesar de estar siendo embestido con su agresión. La actitud de escrutinio de parte del paciente, así como la ironía y las bromas, hacia las interpretaciones del terapeuta tiene como

consecuencia un efecto paralizante en el mismo, que refleja la necesidad de control del analizado. De igual modo al no presentarse avances en la transferencia puede presentarse en el analista la pérdida de la espontaneidad, la sensación de parálisis y desaliento, así como una complicidad con las resistencias del paciente (Kernberg, O. F., 1984/1999).

Es importante observar la respuesta del paciente ante las interpretaciones con el objeto de dar solución a la resistencia en la transferencia, puede presentarse que el analizado desarrolle hipótesis sobre cómo es que el psicoterapeuta responde acertadamente, mismas que hay que aclarar para que comprenda que el objetivo es ayudarlo y no controlarlo como puede llegar a pensar (Kernberg, O. F., 1984/1999).

Con mucha frecuencia, la atención sobre la identificación inconsciente del paciente con un objeto persecutorio, frustrante, sádico, de un pasado, que lo hace desconfiar tanto del analista como de su propio mundo interior (en el fondo, un introyecto maternal agresivo y rechazante que niega las necesidades de dependencia del paciente junto con su vida emocional en general), puede clarificar y resolver este patrón en el contexto del análisis de las identificaciones componentes del sí mismo grandioso. Aquí, la autoidealización del paciente que niega su necesidad de los demás está condensada con la identificación con un agresor (que no ha llegado todavía a ser desenmascarado como un agresor hacia el sí mismo dependiente, infantil, normal del paciente). Un desarrollo interesante en pacientes que están comenzando a trabajar elaborativamente este tipo de transferencia es la tenencia a retroceder a la negación de cualquier relación emocional hacia el analista, cada vez que se ha logrado algún nuevo entendimiento. En estos pacientes, el desarrollo de disposiciones de transferencia gravemente regresivas e intensas reacciones emocionales –aun si son fuertemente paranoides- indican movimiento en comparación con la resistencia a la transferencia previamente estable. El pronóstico para pacientes que nunca se vuelven capaces de ni siquiera entender la naturaleza de esta incapacidad para depender del analista, es mucho más pobre. Diferenciar estos dos tipos de pacientes lleva tiempo. La aceptación intelectual de la interpretación del analista respecto a la incapacidad del paciente para depender de él tiene que diferenciarse de la comprensión emocional, que en forma eventual se traduce en cambios en la transferencia (Kernberg, O. F., 1984/1999, p. 248).

4.3 Interpretación

La interpretación es la intervención del psicoterapeuta, con objetivo de provocar un nuevo significado al contenido que se manifiesta sobre un sueño, un acting out, o una parte de su discurso. Pueden interpretarse todas las formaciones del inconsciente en sus diversas manifestaciones, ya que existe un sentido latente en estas (Chemama R., 2002).

La interpretación, es la deducción del sentido latente que existe entre las manifestaciones verbales y el comportamiento del paciente. A través de ella emerge el conflicto defensivo y es la comunicación hecha al paciente para hacerle accesible a la consciencia el sentido latente (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008).

Freud, S. (1915), “Es la conciencia del paciente a donde se dirige la interpretación del psicoanalista, haciendo que aquel “atienda” al funcionamiento de su propia realidad psíquica” (citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999, p. 302).

En la obra de Freud, S. (1900) la interpretación se define básicamente como el camino que recorre la comprensión del analista para ir desde el contenido manifiesto a las ideas latentes. Para Freud, S. la interpretación es, ante todo, el acto de dar sentido al material. La expresión contenido manifiesto y latente, fue introducida por Freud, S. (1900), en su obra “Interpretación de los sueños”. El contenido latente, es el conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente y el contenido manifiesto, es la expresión con la cual se designa el sueño antes de haber sido sometido a la investigación analítica, tal como se presenta al sujeto soñador que efectúa la narración del mismo. Por extensión se habla del contenido manifiesto de toda producción verbalizada que se intenta interpretar por el método analítico (citado en Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008).

Naturalmente, no es posible indicar norma alguna para llevar a cabo una tal interpretación simbólica. Esta depende tan solo del ingenio y de la inmediata intuición del interpretador; razón por la cual pudo elevarse la interpretación por medio de símbolos a la categoría de arte, para el que se precisaba una especial aptitud (Freud, S., 1900/1996, p. 407).

La interpretación siempre es referente a algo perteneciente al paciente o a su ambiente, pero sin embargo puede no percatarse de esto, consiste en una información que se le da al paciente y que pertenece a él mismo con el objetivo de provocar el insight. Es de igual

manera operativa al buscar generar un cambio. Es así mismo una conexión de significado ya que el psicoterapeuta produce una síntesis de las asociaciones libres del paciente para generar un significado distinto a su experiencia. Además es desinteresada, no descalifica, es también una hipótesis que puede ser justificada o refutada, que informa y da al analizado la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento y de cambiar de punto de vista (Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

No hay en esta actitud para nada desinterés afectivo, porque la información se da con afecto, con el deseo y por su cuenta reajuste, reacomode o replantee su conducta. La modificación de la conducta no está incluida en nuestra intención al informar, y esta es, tal vez, la esencia del trabajo analítico (Etchegoyen, R.H., 1986/1999, p. 292).

Didier Anzieu (1972, citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999, p. 300), manifiesta que la interpretación expresa al proceso secundario del analista infiltrado de proceso primario, puesto que “la interpretación no podría alcanzar el inconsciente si le fuera radicalmente extraña.” Este autor piensa que el psicoanalista es un intérprete vivo y humano que traduce el “idioma” del inconsciente para otro ser humano. Por lo tanto la interpretación surge de lo que siente el analista y de lo que en él resuena del paciente.

Fenichel (1935, citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999) piensa, que la interpretación siempre se inicia en lo que está en la superficie psíquica: las actitudes defensivas del yo siempre son más superficiales que las pulsiones instintivas del ello. En esto reposa la fórmula freudiana de que la interpretación de la resistencia tiene que ir siempre antes que la interpretación del contenido, esto es, el punto de vista dinámico-estructural. La interpretación opera desde el punto de vista topográfico, económico y dinámico.

Hartmann (1951 citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999), distingue dos tipos de interpretaciones, según atiendan al conflicto que es: intersistémico, con las otras instancias, ello y superyó o bien intrasistémico, con partes de sí. Las interpretaciones que se dirigen a los mecanismos de adaptación intersistémico son preferentemente de tipo dinámico-económico; pero las que responden a los conflictos intrasistémicos son por esencia de naturaleza estructural.

Yorke, C. (1965 citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999), sostiene que la interpretación opera en las dos fases de represión, es decir, en el límite entre los sistemas preconscious – consciente y preconscious - inconsciente. El analista trabaja primeramente en el límite

entre el preconscious y el consciente haciendo que el analizado tome contacto con la representación de palabra, hasta que pueda por fin acercarse al representante instintivo que sufrió el proceso de represión primaria, una vez que se ha acercado suficientemente al sistema preconscious.

El trabajo de Klein, M. (1921, citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999), se distingue por dirigirse hacia la angustia, tomar en cuenta la transferencia y vincularla con los síntomas y el conflicto. Esta autora muestra como en el niño la interpretación tiene un efecto instantáneo a través de la calidad y contenido de su juego y que al levantar las represiones promueve un cambio económico que se refleja en la manera como disfruta del juego. Manifiesta que a través de símbolos se representan en el juego del niño sus fantasías, deseos y experiencias. Su postulado básico del efecto de la interpretación es que sólo a partir del alivio de la angustia en los niveles profundos de la mente se pueda analizar válidamente el yo del niño y su relación con la realidad. La situación analítica correcta está constituida por interpretaciones adecuadas, resolución gradual de las resistencias, y persistente descubrimiento por la transferencia de situaciones anteriores.

La interpretación se puede dividir en histórica y actual, y a su vez en transferencial y extratransferencial. La interpretación histórica, también llamada construcción, intenta recuperar acontecimientos olvidados, ya que si estos eventos fueron reprimidos de la memoria es porque se encontraban cargados pulsiones y los deseos. La interpretación actual constituye el análisis de la transferencia sobre el entorno del paciente, ya que se debe estar atento a lo que ocurre en la vida del paciente fuera de la situación analítica. La interpretación transferencial, permite al yo percibir su experiencia emocional y hacerla consciente en contacto directo con el objeto, aplicable a la transferencia positiva y negativa tiene por objeto hacer consciente al analizado de sus fantasías inconscientes. La interpretación extratransferencial es la que opera sobre el conflicto actual o el conflicto infantil, el riesgo de esta es que el paciente la puede recibir desde la transferencia no visualizando al analista como tal sino como el objeto proyectado en él. Para que una interpretación sea completa deben estar integrados todos los niveles que se presentan, es decir, el conflicto infantil, el conflicto actual y el conflicto transferencial (Paula Heimann, 1956, citado en Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

Hago interpretaciones por dos razones:

- (1) Si no interpreto, el paciente tiene la impresión de que lo comprendo todo. En otras palabras, al interpretar logro conservar una cierta cualidad externa por no dar totalmente en el blanco, o incluso por equivocarme.
- (2) La verbalización en el momento oportuno moviliza las fuerzas intelectuales. (Winnicott, D.W., 1965/1993, p. 218).

En la interpretación se empalman tres fenómenos: epistemológicamente, ofrece un tipo de conocimiento que constituye una hipótesis disponible para ser aceptada o rechazada; semióticamente, al entender los significados que el material ofrece; y de forma instrumental, ya que es una acción que tiene como finalidad generar una modificación en el paciente (Etchegoyen, R.H., 1986/1999).

En el trabajo con paciente limítrofe la difusión de identidad interfiere precisamente con la función integradora que el terapeuta puede brindar, por lo que la interpretación de la necesidad inconsciente del paciente de rechazar o destruir esta función del analista puede ser un factor de relevancia del trabajo de interpretación dentro de una posición esencialmente de neutralidad técnica (Kernberg, O. F., 1984/1999).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo de investigación

La presente investigación fue realizada bajo un enfoque cualitativo, a través del cual se trata de identificar la naturaleza de las realidades a profundidad, al igual que su estructura dinámica, misma que da explicación a su comportamiento y manifestaciones. El enfoque cualitativo tiene por objetivo la comprensión, descubrimiento e interpretación de los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas que están implicadas y busca comprender las interrelaciones que se dan en la realidad. “La investigación cualitativa busca la subjetividad, y explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales” (Álvarez, J.L. y Jurgenson, G., 2003, p. 41). Esta investigación se desarrolla sobre la base de un estudio de caso clínico, en esta forma de investigación se centra el análisis en un caso único que se convierte en el objeto de estudio, y se busca explorar, descubrir, evaluar y transformar el conocimiento que se tiene sobre éste, al realizar el estudio de su estructura y evolución de forma paralela.

Se recurre a la hermenéutica y fenomenología como marcos referenciales interpretativos:

La hermenéutica se define como la teoría y la práctica de la interpretación, y tiene un largo desarrollo histórico...Como disciplina moderna de la interpretación de textos, la hermenéutica se formaliza en los siglos XVIII Y XIX; al final de este último, el filósofo Wilhelm Dilthey propone la hermenéutica textual como una metodología de las ciencias sociales. En el siglo XX, esta teoría sufre transformaciones en su campo y en su metodología, y se convierte en la base de un enfoque filosófico para el análisis de la comprensión y la conducta humanas (Álvarez, J.L. y Jurgenson, G., 2003, página 80).

La fenomenología...se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales...Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones (Álvarez, J.L. y Jurgenson, G., 2003, p. 85).

El método psicoterapéutico en que se basa la presente investigación está fundamentado en la teoría psicoanalítica: método original inventado por Sigmund Freud para facilitar la verbalización de lo que es inaccesible para el sujeto en tanto esta reprimido (Chemama R., 2002). El psicoanálisis es entonces un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias del individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. Es también un método psicoterapéutico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. Y finalmente es un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008).

2. Participante

La presente investigación se desarrolla a través del estudio de caso de un adolescente del género masculino que tiene una edad de 13 años, mide 1.75 metros de estatura, su complexión es media, delgado y atlético, con una tez morena media, su cabello es ondulado, de color castaño oscuro y la mayor parte del tiempo lo trae con un largo de aproximadamente tres centímetros peinándolo de forma desaliñada. La forma de su cabeza es ligeramente alargada, tiene una frente estrecha, sus ojos son pequeños, al igual que su nariz, su boca tiene un tamaño mediano proporcional a su cara, sus labios son delgados, sus dientes están un poco chuecos y tiene cejas gruesas y oscuras.

3. Escenario

La investigación presentada se ha llevado a cabo durante un periodo de tres años, comprendidos por una etapa inicial que tuvo una duración de dos años, durante los cuales se tuvo dos sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos cada una, y una etapa intermedia que ha durado un año y en la que se ha tenido una sesión semanal también de cuarenta y cinco minutos, siendo suspendidas únicamente ante asuetos marcados por ley, las vacaciones relativas a las festividades de la semana santa y vacaciones de fin de año.

El consultorio en el cual se ha realizado la psicoterapia se localiza en un centro de psicología y salud, el cual está ubicado en una colonia de clase alta con una ubicación de fácil acceso, rodeada por vialidades importantes. Es una casa de dos pisos color amarillo claro que tiene en su fachada principal una reja blanca y un pequeño jardín. Al entrar se encuentra la recepción y enseguida una sala de espera, está integrado por un total de cuatro consultorios en donde ejercen profesionales de la psicología, medicina y nutrición.

El consultorio de psicoterapia se encuentra ubicado en el primer piso del centro, es un consultorio privado que brinda un ambiente agradable y cálido, sus paredes están pintadas de color blanco y es muy amplio, tiene dos ventanas que dan a la calle, ambas cubiertas con persianas color beige, encontrándose siempre cerrada la ventana y la persiana que se encuentra a espaldas del sillón individual, la otra ventana siempre está abierta dejando entrar suficiente aire, pero sin comprometer la privacidad de la sesión; el consultorio está amueblado por un sillón individual y un sillón de dos plazas color café oscuro de piel, para mayor comodidad del paciente en los sillones hay cojines; a los costados del sillón se encuentran dos mesas laterales sobre las cuales se encuentran lámparas, velas y flores; sobre la mesa central hay pañuelos y un dulcero, el sillón de dos plazas queda de frente a la vista de un closet de madera con puertas blancas en donde están guardados los juguetes para la psicoterapia infantil. En una de las paredes se encuentra un cuadro grande de flores y, en otra, un cuadro pequeño de una calle empedrada rodeada por casas cubiertas por flores; también está colgado un reloj, el título de licenciatura en psicología y la constancia de la maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y adolescencia.

4. Técnica de recolección de datos

Entrevista semiestructurada:

Es una técnica de recolección de datos en la investigación cualitativa consistente en la conversación libre del protagonista en donde el investigador muestra una escucha receptiva y tiene por objetivo obtener información a través de preguntas abiertas, orientadas hacia las categorías de interés para investigación.

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros de manera personal y directa entre el investigador y los informantes, estos encuentros están dirigidos

hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor, S. J. y Bogdan, R., 1995).

La entrevista psicoanalítica es una tarea con objetivos y técnica determinados, que se propone orientar al entrevistado en cuanto a su salud mental y al tratamiento que mejor pueda convenirle, su objetivo es hacer un diagnóstico psicológico y evaluar la psique del entrevistado facilitando la libre expresión de los procesos mentales.

Observación:

Es otra técnica para investigación cualitativa primordial, que permite la recolección de datos a través de explorar, describir y comprender el fenómeno que es observado, se convierte en observación participativa ya que el investigador se involucra activamente al observar de forma concreta y propiciar el cambio.

Las ciencias se inician con observaciones individuales, a partir de las cuales se plantean generalizaciones cuyo contenido rebasa los hechos observados en un principio. Las generalizaciones permiten hacer predicciones cuya confirmación refuerza y cuyo fracaso debilita tales predicciones, y puede obligar a modificarlas o hasta rechazarlas. El método inductivo- deductivo acepta la existencia de una realidad externa y postula la capacidad del ser humano para percibirla por medio de sus sentidos y entenderla por medio de su inteligencia (Álvarez, J.L. y Jurgenson, G., 2003, p. 14).

Historia clínica:

La historia clínica es un documento en donde se acogen los datos obtenidos durante las entrevistas realizadas con orientación psicoanalítica, tiene por objetivo el esclarecimiento de conflictos psíquicos presentes y pasados que perturban la salud emocional del paciente. En ella se desarrollan básicamente la descripción del paciente, la descripción general del problema, la historia familiar y la historia del desarrollo del paciente.

Reporte de sesiones:

El reporte de sesiones es un informe en donde se plasma de forma estructurada lo ocurrido durante cada sesión, con el objetivo de realizar el análisis de resultados que son objeto de estudio de la presente investigación.

5. Técnica psicoterapéutica utilizada

La técnica psicoterapéutica utilizada se encuentra fundamentada en el modelo propuesto por Etchegoyen (1988), quien propone la división del análisis en tres etapas: la etapa inicial, etapa intermedia y la etapa final. División a través de la cual se busca demostrar que el proceso psicoanalítico evoluciona en diferentes momentos que tienen una dinámica especial.

La etapa inicial consiste en la apertura del análisis, momento que inicia desde la primera sesión y generalmente cuenta con una duración limitada que oscila entre dos o tres meses en el análisis de los casos típicos, viéndose afectada en casos de mayor perturbación. Consiste en una relación diádica entre el paciente y el psicoterapeuta, siendo este último quien responde a las necesidades iniciales del paciente, presentándose la contratransferencia como respuesta a éstas. Al comienzo de la psicoterapia se dan reacciones transferenciales de parte del paciente, por lo cual el primer objetivo que se tiene es orientar al paciente hacia el rapport, el cual es la condición necesaria para que pueda llevarse a cabo el análisis y, gracias a éste, las reacciones transferenciales se transforman en la neurosis de transferencia y el rapport se transforma en alianza terapéutica.

La etapa intermedia comienza una vez que el paciente comprende cómo funciona la psicoterapia, cuando entiende que la relación analítica es diferente a las que establece cotidianamente. Durante esta etapa se desarrolla la neurosis de transferencia y la contratransferencia, es una etapa de larga duración, inclusive se prolonga durante años, ya que su evolución está influenciada por el grado de la enfermedad, la colaboración del paciente y la calidad de participación entre el paciente y el psicoterapeuta.

La etapa final consiste en la terminación de la psicoterapia, es un momento en el cual se encuentran de forma ambivalente la tristeza de finalizar el tratamiento y la alegría de

haberlo terminarlo. Primero es necesario determinar los criterios de curación frente al problema que se enfrenta y después se tendrán que encontrar los signos que permiten afirmar que el paciente se encuentra en la etapa final. Una vez que el paciente percibe que su tratamiento se encuentra en esta etapa es labor del psicoterapeuta confirmarlo para entrar a esta última fase, la cual puede prolongarse hasta por más de dos años durante los cuales se presentarán signos de avance y de retroceso. Sin embargo, es hasta una etapa de posanálisis cuando el tratamiento psicoanalítico verdaderamente concluye.

6. Reporte de las fases del proceso psicoterapéutico

Se presentan en el capítulo III el reporte clínico, consistente en la presentación de un total de 30 sesiones psicoterapéuticas, conformadas por 15 sesiones de la etapa inicial y 15 sesiones de la etapa intermedia, al finalizar cada una de las sesiones se presenta su análisis de contenido, el análisis de las defensas y el análisis transferencial – contratransferencial. Se concluye tanto la etapa inicial como la etapa intermedia con la integración de cada categoría.

7. Análisis de resultados

Se presenta la síntesis del análisis de categorías de la etapa inicial e intermedia: el contenido manifiesto, contenido latente, análisis de las defensas, análisis transferencial y análisis contratransferencial.

CAPÍTULO III. REPORTE CLÍNICO

1. Etapa inicial

Historia clínica

En diciembre del 2008, a los 10 años de edad, A es llevado por E -su madre- a psicoterapia. La preocupación de E se basa en las consecuencias emocionales que considera A pueda presentar, tras haber tenido la experiencia, recientemente, de ver a H -su hermano mayor-, de 17 años de edad, enfrentar a la justicia después de haber dado muerte a HP –padre de ambos, de A y H-.

La madre relata el evento traumático ocurrido:

Su hijo primogénito, H privó de la vida a su propio padre HP, de 41 años de edad, al llegar este último a casa esa noche en estado de ebriedad después de haber estado en una fiesta, E y HP comenzaron a discutir debido a que HP no tuvo un manejo cuidadoso de un objeto propiedad de E, específicamente, una computadora portátil, la cual H.P. llevaba en el auto. En ese momento H se encontraba tomando en la azotea de la vivienda acompañado por algunos amigos, él y sus acompañantes escucharon la discusión que sostenían E y HP; posteriormente, HP subió a la azotea a regañar H, lo que realizó frente a los amigos de este último. Por tal razón, H se molestó gravemente, así que en cuanto el padre se retiró de la azotea, H les preguntó a sus amigos que ¿por qué no se mataban todos juntos?, que eso haría reaccionar a sus padres y que llamaría la atención de la opinión pública. Minutos más tarde, H bajó, llegó hasta donde estaba su padre recostado y delante de sus amigos lo comenzó a cortar con una espada de samurái que el joven coleccionaba, después tomó las llaves del auto de E, y se dio a la fuga. Es importante agregar que después de la discusión que E sostuvo con su esposo, se retiró a dormir a otro cuarto y se tomó las pastillas para dormir, siendo este el motivo por el cual no escuchó lo que ocurría hasta que se dio cuenta de que a su hijo mayor, H, se encontraba

saliendo de la casa huyendo y llevándose su automóvil. Mientras tanto A se encontraba en su habitación. Una vez que E se dio cuenta de lo ocurrido pidió el auxilio de las autoridades, llegaron al lugar paramédicos, los cuales al revisar a HP informaron que se encontraba sin vida. H se entregó a la policía horas después de lo ocurrido.

Motivo de consulta:

La madre manifiesta que el motivo de consulta es su preocupación por la respuesta de su hijo menor, A, ante la muerte de su padre. A ha manifestado desde entonces una actitud agresiva y desafiante, no quiere obedecer en actividades como bañarse, asear su habitación o asistir a la iglesia.

Descripción física de A:

A, es un niño más alto a la estatura promedio correspondiente a las personas de su edad, por lo que aparenta ser aproximadamente tres años mayor, su complexión es delgada, de tez morena, cabello castaño, ojos café oscuro. Usa pantalón de mezclilla y playera de algodón, calza tenis, su ropa está limpia y cuidada. En la primera sesión él huele mal, la madre me informa que tiene tres días sin bañarse y no quiere hacerlo, que solía hacerlo diariamente pero ahora se niega, por lo que ella tiene que estarle insistiendo, él se baña sólo, pero ella está pendiente de revisar que se bañe bien al recordarle todo lo que debe de lavar y darle indicaciones, asimismo al salir de bañarse huele su cabello para verificar que lo haya lavado bien. La actitud del niño es desafiante, esto es notorio al analizar su mirada y en su manera de jugar.

El contexto familiar del paciente:

A, proviene de una familia compuesta por madre y dos hijos. La familia es de posición socioeconómica media venida a menos debido al desempleo prolongado del padre. Cabe señalar que el padre y la madre estaban ausentes la mayor parte del día, a pesar de que él se encontraba desempleado.

La madre, E, tiene 39 años de edad y estudió ingeniera agrónoma, tiene un cargo de jefatura en una dependencia del Gobierno del Estado de Michoacán. El padre, HP, tenía 41 años de edad y también era ingeniero agrónomo, trabajaba en una dependencia de gobierno desde los últimos dos meses, previamente había estado 1 año desempleado, durante este año normalmente se encontraba enojado, ingería bebidas alcohólicas con mayor frecuencia, no estaba en casa, tenía una vida social nocturna fuera de casa todos los días y dejó de asistir a comer con sus hijos.

Al momento del evento traumático, el hermano mayor H de 17 años, estudiaba el segundo año de preparatoria en una escuela particular. Es un excelente estudiante, y había obtenido una beca del 40% para una prestigiosa preparatoria privada, entro el primer año y perdió la beca al no poder conservar el promedio requerido, a pesar de esto el padre insistió en continuar con el pago de la colegiatura, finalmente no pudieron sostenerla más y tuvo que salir, él solicitó estar en otra preparatoria privada de menor costo, sus padres se lo otorgaron y fue aquí en donde conoció a sus amigos y comenzó a vestir como ellos, de negro con impresiones de calaveras en las playeras. Actualmente estudia la preparatoria abierta.

A, es el hijo menor, con una edad de 10 años al llegar a psicoterapia, cursaba el quinto año de primaria en una escuela pública. Actualmente tiene 13 años y estudia el segundo año a nivel secundaria en una institución privada.

Entre los datos más significativos obtenidos de su historia clínica se encuentran los siguientes:

Estado somático actual y pasado:

A, se enfermó gravemente de gripa durante diciembre del 2008, pero actualmente se encuentra recuperado, su estado de salud actual es bueno.

Después del nacimiento de A, E no produjo leche, razón por la cual no pudo amamantarlo. E recuerda que cuando A era bebé sufría frecuentemente de elevación de su temperatura corporal y solía sufrir de diarrea, debido a que padecía intolerancia a la lactosa.

A los 5 años de edad, uno de los testículos de A se llenó de líquido y tuvieron que intervenirlos quirúrgicamente, el motivo de esto fue, supuestamente, una complicación cuando al ser bebé bajaron sus testículos y la bolsa de descenso no se cerró de manera adecuada.

Hábitos de salud y dieta:

A, solía bañarse diariamente, sin embargo, desde que su padre falleció se rehúsa a bañarse y tarda hasta 3 días en acceder a hacerlo.

Su alimentación no se ha alterado, se alimenta apropiadamente.

Antecedentes de trastornos psíquicos:

Una hermana del abuelo de A, sufría de ataques de nervios, le fue diagnosticada epilepsia, estaba sometida a tratamiento con medicamentos.

Otro hermano del abuelo sufría convulsiones y murió de un golpe al caer durante uno de estos episodios, sin embargo, no sabe cuál era su diagnóstico ni que medicamento tomaba.

Antecedentes escolares:

A, realizó su educación preescolar en una institución pública, la madre lo dejaba hasta las 4:30 p.m., que era cuando la madre salía de trabajar. La primaria también la cursó en escuela pública. Actualmente, a sus 13 años, cursa la secundaria en escuela particular religiosa.

Área cognitiva:

La madre describe la forma de ser de A como la de una persona tranquila, callada, no le gusta saludar, no es afecto a conversar con otras personas y se molesta cuando éstas le realizan preguntas, es muy reservado, igual que como era padre, pero después de la

tragedia se ha vuelto más introvertido de lo que solía ser. Sus virtudes son que es un buen niño, disciplinado, honesto, no es peleonero, sus defectos son el acostumbrar ver televisión durante mucho tiempo y tener mala caligrafía. E tiene como proyectos de vida para A el que éste sea un gran chef, justo como el dijo que quería, y que tenga su propio restaurant. Pero refiere que A ya no ha manifestado querer ser un chef, recientemente el niño dijo, citado por la madre: *“Quiero ser un astronauta, ir a la luna y haya morirme”*, a lo que ella contesto: *“No te vayas tan lejos”*.

La madre no observó en A ningún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar durante su desarrollo.

La madre refiere que A nunca tuvo ningún miedo específico, sin embargo, recién ocurrido el evento traumático, A manifestó con referencia al miedo a morir. Posterior a la tragedia, la madre decidió mudarse temporalmente a casa de los abuelos paternos, en donde A y E dormían en la misma habitación y en una misma cama individual. Refiere E que en una ocasión, antes de dormir, A pregunto a su madre *“¿me vas a matar?”*. Durante un periodo breve durmieron juntos, E admite que fue ella quién no quería estar sola e insistió en dormir con su hijo, justifico esta conducta en su preocupación porque A viera la televisión, debido a que ella cree que su hijo mayor mató a su padre por lo que veía en la televisión y en los videojuegos. Actualmente, ya en casa, cada quien duerme en su cuarto.

Al ausentarse el padre de casa por cuestiones laborales, A buscaba quedarse con E a dormir, y ella misma dice: *“él se quería ir a meter a mi cama, me acompañaba cuando estaba sola”*.

El fin de año del 2008, a unos días de haber ocurrido el parricidio, lo pasaron en Tirindaro, Michoacán, con familia del padre, la mamá decidió desplazarse a visitar a la virgen a Pátzcuaro, Michoacán, y llevó consigo a A y a una sobrina; sin embargo, no les informó a donde iban, en el camino A le dijo a su prima en voz baja *“mi mamá no nos dijo a donde nos llevaba, ¿nos irá a matar?”*.

Área afectiva:

La madre describe el carácter del menor en la actualidad como de temperamento inestable, berrinchudo, malhumorado y muy reservado. No sabe identificar qué cosas le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza a su hijo; A no es cariñoso y no le gusta que lo mimen. Tiene por mascota un perro pastor alemán y le gusta mucho jugar a los videojuegos, al igual que acostumbraba el hermano mayor, actualmente A tiene prohibido volver a jugar con videojuegos.

Ante cualquier persona A está siempre muy silencioso, prácticamente los ignora y no saluda. Su estado de ánimo actual más frecuente es de enojo y refiere tener miedo a morir, le irrita que su mamá le insista para cumplir responsabilidades del hogar y que cuestione lo que hace en la escuela. Su enojo lo expresa siendo apático, criticón e indiferente.

Argumenta la madre que no tiene hábitos como chuparse el dedo, morderse las uñas, mojar la cama u otros.

A, gusta mucho de realizar como actividad extracurricular ir a los boy Scouts los fines de semana.

Área somática:

Respecto a su salud, a inicios del año 2009 A desarrolló un pequeño absceso en un pie, lo revisó un tío Médico Traumatólogo, quien le dijo que podía ser un tumor y que sería necesario operar, sin consultar a fondo el origen y naturaleza de ese tumor se llevó a cabo la operación inmediatamente.

Refiere la madre, que A no tiene problemas de sueño, ni ha manifestado tener pesadillas, su alimentación no ha cambiado, hace sus tres comidas diarias pero se niega a comer vegetales, tampoco ha tenido problemas del control de esfínter.

Área interpersonal:

A, se llevaba mejor con su papá, aunque él casi no estaba en casa. Refiere E que A se parece más a HP en su forma de ser, con su mamá tampoco pasa mucho tiempo y siempre es renuente a sus cuidados y la crítica sobre su edad o manera de vestir. Con su hermano mayor se llevan mal y pelean mucho, había indicado con anterioridad a sus padres que su hermano mayor lo golpeaba. Con familiares cercanos A casi no habla y está muy distanciado, tiene amigos en la escuela y en los boy Scouts, sin embargo, no platica de ello, no obedece las indicaciones de sus maestros y tampoco de los líderes del grupo de boy Scouts.

A, pertenece al grupo de los boy Scouts desde hace años, le gusta mucho ir porque salen a excursiones, le gusta ganar los concursos que realizan y en los cuales únicamente obtiene el reconocimiento, a pesar de esto, suele evadir las indicaciones de sus líderes, a faltar a eventos y no llevar el material necesario que le piden para la realización de las actividades que llevan a cabo. Participa en actividades religiosas planeadas por los mismos boy Scouts, cabe mencionar que E es la encargada de coordinar dichas actividades. A era monaguillo de su iglesia en el momento de llegar a consulta, sin embargo, posteriormente lo dejó, refiere que siempre ha sido obligado a participar en estos eventos en contra de su voluntad y los realizaba a disgusto.

Área conductual:

La madre refiere que le desagrada mucho que A no tenga hábitos de estudio y, por esto, sus calificaciones académicas no son buenas, tampoco quiere llevar a cabo las tareas escolares y es desobediente en sus labores domésticas. Cuando amerita, E lo regaña y castiga, prohibiéndole mirar programas televisivos. Normalmente, solía jugar ajedrez con su padre, ver televisión, escuchar música, navegar en internet o jugar videojuegos; sin embargo, actualmente ya nadie ha jugado ajedrez con él, su madre determinó cancelar el contrato que tenía con la empresa de servicio de televisión por cable, internet y prohibir el uso de videojuegos violentos y música rock, ya que

considera que estos elementos son la causa por la cual H, el hermano mayor de A, cometió el parricidio.

Sesiones

A continuación se presentan las sesiones más significativas de la etapa inicial, se enumeran con el fin de facilitar el análisis de los resultados:

1. Sesión 19 Diciembre del 2008

Inicia la primera sesión únicamente con el menor, debido a la necesidad urgente manifestada por la madre vía telefónica al programar la sesión, momento en el cual me informó brevemente sobre el evento traumático que acababa de acontecer.

Me presento con A y le pregunto cuántos años tiene y a qué escuela asiste, después le muestro los juguetes con los que cuento en el consultorio, de los cuales pide jugar ajedrez. Comenzamos a jugar y observo que A sabe acomodar las piezas del juego en posición respectiva en el tablero y conoce la forma en que se pueden desplazar en el juego, por lo cual le pregunto quién le enseñó, me responde que fue su papá, manifiesta que en el pasado le gustaba mucho jugar ajedrez, pero sin embargo, ya tenía mucho tiempo que no lo hacía, al cuestionarle cual era la razón por la cual no lo había jugado desde hace tiempo me contesta que es debido a que su papa había muerto; al preguntarle qué fue lo que ocurrió con su padre, respondió: *“solo sé que ya no está, desde el día que mi hermano hizo su fiestecita”*, esto lo dice con un tono enojado y, del mismo modo, me comenta que no sabe qué fue lo que ocurrió y desconoce en donde se encuentra su hermano actualmente.

Respecto al juego, lo ejecutó concentrándose mucho, se molestó mucho cuando yo ganaba una de sus piezas y manifestaba abierta alegría al ganar; finalmente, vence el juego haciéndome jaque mate al organizar una jugada en donde me deja sin salida.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: A informa que desconoce que es lo que ha ocurrido a su padre y el motivo de su muerte, así como del paradero de su hermano mayor.

Contenido latente: negación de una realidad traumática e inicia el duelo patológico.

Análisis de las defensas:

Se observan durante esta sesión la negación, debido a que posteriormente la madre hace de mi conocimiento que A vio a su padre muerto y debió escuchar los gritos, ya que se encontraba en la habitación contigua. Hay escisión, ya que al ver esta escena, A regresó a dormir a su cuarto. Se encuentra la regresión al recurrir a un juego que realizaba con su padre. Y también aislamiento al no mostrar sentimientos de tristeza ante el fallecimiento de éste. También se encuentra desplazamiento al competir conmigo como lo hacía con su papá y hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: A muestra una evidente actitud defensiva y de enojo al no haber sido informado del evento que cambió la estructura de su familia y su propia vida; de igual manera, no es informado respecto al motivo por el cuál es llevado a psicoterapia, factor presente durante las primeras sesiones que constituye una resistencia para establecer una adecuada alianza de trabajo. Transferencia negativa.

Conatransferencia: me siento consternada por el evento, causa en mi mucha confusión la urgencia con la cual se programa la sesión, debo hacer notar que es fin de año y estoy a unos días de tomar vacaciones, por lo cual vivo resistencia a atender el caso. A huele muy mal porque no se ha bañado en varios días, alejándome de él, y su madre, E, tiene una mirada perdida que traspasa, lo cual me produce un poco de miedo. En mi hay un sentimiento ambivalente de compromiso y rechazo a atender este caso.

2. Sesión 8 Enero del 2009

Durante sesión pasada con la madre, se obtiene la información presentada en la historia clínica e informa que viven provisionalmente en casa de los abuelos paternos, duermen en la misma cama, esta vivienda se encuentra solamente a unas cuerdas de su casa; sin embargo, A insiste en regresar a su casa lo antes posible. Durante la mencionada sesión E responde favorablemente cuando planteo el encuadre de la

psicoterapia y le informo que la misma será prolongada, así como que requerirá de su compromiso constante.

Sesión que gira en torno a A y en la cual se juega Serpientes y Escaleras. A se encuentra muy callado, y contesta con monosílabos y una actitud de indiferencia, únicamente comenta al preguntarle a que le gusta jugar, que le gustan los videojuegos; sin embargo, su mamá no le ha permitido jugar videojuegos después de lo ocurrido, y él no comprende la razón de esta decisión.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: reclamo a su madre por la prohibición de videojuegos.

Contenido latente: solicitud de ayuda para contener a la madre del desplazamiento que hace al prohibirle a A los videojuegos. Es él quien recibe un castigo que está dirigido hacia H.

Análisis de las defensas:

Aislamiento de sus sentimientos de la crisis que atraviesa.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: es difícil establecer la alianza de trabajo con A debido a que pone distancia entre nosotros con su actitud, no desea que me acerque, está enojado y tiene miedo; sin embargo, hay un avance en el establecimiento de la alianza terapéutica al hablarme sobre su molestia ante la actitud de su mamá. Transferencia positiva.

Contratransferencia: me provoca preocupación y molestia hacia E por la prohibición que hace a A, a pesar de comprender el miedo que origina esta decisión. Me alegra que A deposite confianza en mí.

3. Sesión 15 Enero del 2009

En sesión previa con la madre, me informa que fueron a visitar a su hijo mayor, H, al tutelar de menores en donde se encuentra recluso. Unos días antes de su vista al tutelar,

el abuelo paterno le platicó a A la manera como su padre había fallecido, esto es lo primero que A le preguntara a H: *¿también a mi me vas a matar?*. También me informa que ha encontrado mucho apoyo en la iglesia a la cual asiste desde hace años, y ya regresó a trabajar, pero manifiesta que olvida todo con facilidad.

Sesión durante la cual A juega a la memoria y a los palitos chinos. A, continua con una actitud de indiferencia y casi no habla, le pregunto sobre su visita a su hermano y sobre lo que le platicó su abuelo paterno; sin embargo, solo confirma que así ocurrió y no aporta ningún comentario ni reconocimiento de sus sentimientos.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: confirmación de lo narrado por la madre.

Contenido latente: miedo a morir a manos del hermano y represión del evento traumático.

Análisis de las defensas:

Se presentan durante esta sesión el aislamiento de sentimientos y la represión del evento.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: me rechaza y mantiene a distancia nuevamente, retrocede en el pequeño avance alcanzado en la sesión pasada sobre la alianza terapéutica. Transferencia negativa.

Contratransferencia: provoca en mí un sentimiento de impotencia al no poder acercarme para ganar su confianza o conocerlo. Me da la impresión de que A estuviera ausente, ya que no manifiesta sentimientos y no asocia libremente, lo cual provoca mi desesperación.

4. Sesión 22 Enero del 2009

Anterior a esta consulta, E acudió a sesión acompañada por el abogado penalista de H., en búsqueda de orientación para poder disminuir la sentencia de H. al argumentar que sus actos fueron ocasionados por un trastorno psicológico, le brindo los datos de contacto de un especialista en peritajes psicológicos. En esta ocasión E reconoce que siente odio por su hijo H y le agobia el preguntarse qué fue lo que ocurrió y sus motivos, sintiéndose responsable del evento al atribuirlo a una carencia en su cuidado como madre. Le sugiero asista a psicoterapia.

Durante esta sesión A juega a los palitos chinos, serpientes y escaleras y ajedrez, en los tres juegos, que se realizan de una manera muy rápida y prácticamente en silencio, ya que A continúa con una actitud de distancia y no responde a mis preguntas ni asocia libremente, le gano en el ajedrez, a lo que responde que él siempre gana, pero que en esta ocasión ha hecho una excepción a la regla.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: competitividad en los juegos.

Contenido latente: miedo a morir que representa a través de un juego con el cual se identifica con el padre, por medio de la competitividad demuestra su virilidad y la angustia de castración.

Análisis de las defensas:

Negación de los sentimientos al no demostrar aun tristeza por la pérdida de su padre, desplazamiento del miedo y desconfianza hacia la figura del terapeuta.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se mantiene distante, a forma de protección y desconfianza. Me mantiene a distancia probablemente por temor a hablar de lo doloroso, por miedo a establecer la alianza y perderme como ha pasado con su padre, probable resistencia por haber visto a su madre y al abogado recientemente, preocupados notoriamente por el

futuro de H, lo cual da origen a la fantasía de desprotección hacia él. A pesar de su distancia no manifiesta molestia, lo cual interpreto con un pequeño avance en la alianza de trabajo. Transferencia positiva.

Contratransferencia: me siento frustrada y desesperada por no hacer hablar a A, pues me bloquea y limita totalmente. En este momento, solo necesita que esté presente y demostrarle mi paciencia hasta que él se encuentre listo para confiar y abrirse, con lo cual evalúa si lo respaldo ante su propia madre.

5. Sesión 5 Marzo del 2009

En sesión previa con E, está se queja respecto a la disciplina de A, menciona que no la obedece y solo quiere hacer actividades recreativas. Y al ordenarle realizar alguna labor doméstica o escolar él ha llegado a contestarle que no la quiere. E asegura que ha evitado gritar en casa y se esfuerza en conservar la calma; sin embargo, con tan solo alzar un poco la voz o hablar con firmeza ocasiona que A se sienta regañado. A se ha comportado de una forma agresiva hacia su mamá, haciéndole críticas respecto a su aspecto, edad, arreglo personal y a su manejo del duelo por la muerte de su esposo, le reclama que llora demasiado y dice que por esto él no quiere parecerse a ella, le dice que es débil y marca con esto diferencia a la personalidad de su padre HP, quien A considera era un hombre fuerte. E refiere que A se parece mucho a HP en su comportamiento y negatividad para expresar sus sentimientos. También me informa que como cada domingo A y E visitaron a H en el tutelar de menores, A no se mostró entusiasmado de asistir e incluso pidió quedarse en casa de los abuelos, pero su mamá no se lo permitió. Durante la última visita E se disculpó con H pidiéndole el perdón porque siente ha sido una madre irresponsable al no percatarse de que algo afectaba a su hijo, H le respondió que estuviera tranquila y que le pusiera mucha atención a A, en seguida, H abrazó a A, quien había estado presente y en silencio durante la conversación, lo sentó en su pierna y E los cubrió a ambos con un rebozo diciéndole a H “*siénteme, siente mi amor para que te alivie y cure*”.

Al saludar a A, este evade el saludo en la mejilla y se hace hacia atrás, E refiere que lo hace con todas las personas. Como la mayoría de las ocasiones lo hace, A llega muy serio a la sesión, entra al consultorio y al preguntarle cómo ha estado contesta cortante que bien y no da respuesta sobre el motivo por el cual no saluda a las personas. Durante el último mes la actitud de A ha oscilado entre la indiferencia y el enojo, evade la plática a través del juego y contesta lo necesario sin asociar libremente. Interpreto: *“estoy enojado porque no quiero estar aquí, porque no quiero hablar, porque no entiendo que pasó, porque mi hermano está preso, porque mi papa murió”*. No responde verbalmente pero actúa dirigiéndose al armario de donde toma los juegos de mesa, y pide jugar a la lotería, gana en dos ocasiones y muestra alegría pero no platica nada.

Después escoge un juego de mesa llamado el Coyote, en donde un coyote intenta robarse a las gallinas de una granja mientras éstas se esfuerzan a llegar a su corral en donde estarán a salvo del coyote. En el primer juego A pide ser el coyote y yo las gallinas, roba menos gallinas que las que yo puedo salvar, por lo que pierde en esta ocasión. En el segundo juego cambiamos personajes y su estrategia consiste en tomar una sola gallina e intentar llegar pero no lo logra porque le cierro constantemente el paso, su gallina regresa y sin soltar a la misma lo vuelve a intentar y recorre diferentes caminos, y evita ser atrapado por el coyote, logra llegar al corral hasta que sacrifica a una gallina para distraer al coyote y pasar a otra de las gallinas por un camino diferente. Interpreto: *“¿como paso en tu familia, una gallina tuvo que ser sacrificada para que la otra se salvara?”*. No responde pero lleva a una de sus gallinas a una situación de acorralamiento y dice *“ya me mataste”*.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: competitividad en el juego.

Contenido latente: búsqueda de salvación del indefenso ante una situación persecutoria y demostración de virilidad ante la angustia de castración.

Análisis de las defensas:

Represión del evento traumático, identificación con el agresor al pedir al inicio del juego ser el coyote, figura simbólica que representa al agresor en el evento traumático, vuelta del instinto contra el yo cuando durante el juego lleva a la gallina que se encontraba representándolo a una situación de acorralamiento.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: permite mayor accesibilidad a través de juego, en donde mostró una actitud menos cerrada al sonreír, marca el establecimiento lento y cauteloso de la alianza terapéutica. No puede verbalizar respuesta ante interpretaciones pero responde de forma no verbal, cambio actitud o forma del juego. Se da una transferencia inicialmente negativa que cambia a positiva en el transcurso de la sesión.

Contratransferencia: al inicio de la sesión me hace sentir desesperada y molesta ante su silencio, pero durante el juego hay mayor interacción, por lo cual, me siento tranquila respecto al avance. Dudé respecto a que mis intervenciones fueran muy severas, sin embargo, A reaccionó bien a ellas.

6. Sesión 19 Marzo del 2009

Sorprendentemente A llega a esta sesión con una actitud de mayor apertura y sonriente, llega y toma el ajedrez, saca una de las piezas y simula ir a tirarla al baño, regresa riéndose y dice que únicamente se detuvo porque había papel en el inodoro.

Pregunta si hay juegos de preguntas, contesto que no pero podemos inventar uno e indago que le interesa, dice que las capitales, así que comenzamos a hacer preguntas sobre el tema, contesta acertadamente a todas las preguntas y muestra orgullo, cuando ignoro la respuesta a una de sus preguntas, él responde emocionado. Termina el juego y decide cambiar a adivinanzas a través de dibujos, toma una hoja blanca y dibuja un trazo lineal, me pide que adivine que es y me parece un palo de golf, parece molesto a mi respuesta y dice que es un sable, después de esto ya no quiere jugar más a las adivinanzas.

Toma el ajedrez que sacó al llegar a la consulta y jugamos, no habla y juega sin pensar en los movimientos ni tener una estrategia, sugiero no jugar más al ajedrez debido al retraimiento que manifiesta durante éste, sin embargo A, responde con una negativa enérgica.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: A manifiesta creatividad y muestra su capacidad intelectual.

Contenido latente: búsqueda de yo auxiliar para verbalizar lo ocurrido. También muestra agresión sublimada en bromas, seducción en el juego de adivinanzas, apertura para hablar sobre el evento traumático a través del dibujo realizado, enojo ante incompreensión.

Análisis de las defensas:

Sublimación de agresión y deseo con bromas y creatividad, identificación proyectiva al provocar mi enojo.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: A muestra mayor alianza terapéutica al intentar seducir y confiar, al exponer un elemento del evento traumático al análisis, sin embargo se molesta ante la incompreensión de su dibujo, lo cual produce un ataque, es decir un cambio de la transferencia inicialmente positiva en esta sesión a una transferencia negativa.

Contratransferencia: me siento satisfecha porque al fin se muestra claramente una alianza terapéutica con mayor fortaleza. Detecto resistencia en mí a recordar algunos detalles del evento, ya que no asocié en el momento de la sesión que el crimen fue cometido con una espada samurái, lo cual era lo representado en el dibujo de A. Él se molesta ante el hecho de que yo no haya podido interpretar su dibujo. Durante su juego de ajedrez se despierta en mí mucho aburrimiento, un sentimiento de vacío que me hace enojar también y llegar a condicionarlo a no jugar más ajedrez. Me resisto a manejar abiertamente su enojo como si le tuviera miedo, evito la confrontación, me es un caso

muy difícil de manejar con alta responsabilidad. Al ser empática con A y ponerme en su lugar siento caos, confusión, dudas, desesperación, y mucha tristeza. Este sentir es mi mejor herramienta, porque puedo comprender a mi paciente, sin embargo, he sufrido bloqueos debido a que yo misma estoy enojada y triste por la tragedia.

7. Sesión 2 Abril del 2009

A llega a sesión con un nuevo corte de cabello y un peinado moderno, dice que le gusta mucho y que fue a una estética cercana al consultorio.

En esta ocasión le prohíbo jugar al ajedrez y le explico que siempre lo jugamos y él no platica al estar muy concentrado, así que toma el juego de serpientes y escaleras. Mientras jugamos, le pregunto cómo está, responde que bien, su piel se ve muy bronceada así que le pregunto a dónde fue, dice que al balneario con unos primos y tíos que vinieron a la ciudad de visita, motivo por el cual llegaron 15 minutos tarde a su sesión, después con una expresión facial de molestia y actitud defensiva me dice que le da flojera platicarme, pregunto por qué está tan molesto, dice que es porque no sabe por qué va a la psicoterapia, le recuerdo que lo hemos hablado ya y le pregunto cuáles cree que son los motivos, dice: *“pues es que yo no estoy loco”*. Lo hago reflexionar sobre que asisten a consulta personas con problemas cotidianos y le recuerdo que su mamá y su hermano también están en psicoterapia, responde que su mamá no está loca pero su hermano sí, por lo que hizo, un segundo después corrige y afirma que no está loco, que mató a su papá por un conjunto de factores. Le pregunto si la razón por la cual se muestra tan enojado es debido a que está enojado con su hermano, dice no estar enojado, pero se ríe de forma nerviosa. Finalmente, al preguntarle si está enojado porque su papá ya no está con él, dice *¡No, ya!*.

Se levanta y toma los palillos chinos, jugamos y me gana, al terminar la sesión enfatiza que ganó el juego.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: habla sobre su sentir hacia acudir a la psicoterapia. Continúa enfatizando su necesidad de mantener el control y ganar los juegos.

Contenido latente: necesidad de diferenciación a su madre y su hermano y manifiesta enojo hacia H y búsqueda de comprensión a sus actos. Demostración de virilidad y canalización de su angustia de castración.

Análisis de las defensas:

Aislamiento al no manifestar su tristeza, represión al no mostrar abiertamente enojo hacia su madre y hermano. Proyección de la característica de la locura hacia pacientes asistentes hacia psicoterapia para evitar la confrontación con la psicopatología de los miembros de su familia. Desplazamiento de percibir psicopatología en su hermano y temor de verla en él mismo. Racionalización al buscar justificar a su hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: negativa a la psicoterapia, ya que la considera una consecuencia injusta.

Contratransferencia: me enoja que la madre sabotea la alianza terapéutica con A al hacerlo salir de actividades que él disfruta, habiendo podido programarlas en un día diferente a la sesión, o bien, con tiempo pedir un cambio de día para la misma, me siento tranquila durante esta sesión a pesar que en inicio actúa agresivo hacia el tratamiento, por primera vez comparte su sentir hacia su hermano.

8. Sesión 16 Abril del 2009

En sesión anterior con su madre, E me informa que A ha estado muy callado últimamente y no quiere hablar de nada, incluso enojándose cuando ella le pregunta. Manifiesta esta misma conducta con todas las personas, lo cual pudo observar ya que al estar A de vacaciones escolares ha estado acompañándola a su oficina, en donde tiene que esperar durante 8 horas, entreteniéndose únicamente en dibujar, y representa en sus

dibujos a personas con espadas. También me informa que durante las visitas dominicales a su hermano H, la conducta de A es de retraimiento y silencio, no plática nada a H y únicamente le hace preguntas sobre las capitales, a lo que H le aconseja que estudie mucho. A, ocasionalmente quiere sentarse sobre las piernas de su mamá, pero H lo regaña diciéndole que no lo haga porque la cansa, y lo invita a sentarse sobre las piernas de él. H acude a orientación psicológica dentro del tutelar.

Con buena actitud y sonriente llega A a su consulta, en esta ocasión decide jugar al billar, se interesa en el juego al preguntar las reglas del mismo y las respeta, pero justifica que perdió un tiro debido a que el cartón del juego está doblado así que encuentra solución al voltearlo y dejarlo de mi lado para que afecte mis tiros y no los suyos; finalmente, el juego culmina en un empate, pero en esta ocasión a diferencia de juegos anteriores, no se molesta.

Posteriormente jugamos Serpientes y Escaleras, juego durante el cual está muy atento a que yo no haga trampa al contar las casillas.

Al terminar la sesión sale rápidamente del consultorio sin despedirse.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: competencia en los juegos.

Contenido latente: durante esta sesión realiza una evaluación sobre mi confianza, pero también pone a prueba mi paciencia cuando me perjudica en el juego, a través de su competitividad continua demostrando su virilidad y angustia a la castración.

Análisis de las defensas:

Desplazamiento de consecuencia negativa en él hacia mí. Proyección de deseo de engañar durante el juego que lo lleva a vigilarme.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se muestra más competitivo pero justo, evaluándome como una contrincante confiable. Muestra mayor reconocimiento de mis derechos y obligaciones

como jugadora, lo cual se interpreta como un avance en la alianza terapéutica y el predominio de una transferencia positiva.

Contratransferencia: me da risa que haga el cambio del billar, no me siento agredida sino interesada en su inteligencia y búsqueda de la justicia durante los juegos realizados en esta sesión. Al evadir saludar y despedirse parece cada sesión como una continuación de la anterior, no tiene puntos que marquen su inicio y final. Durante esta sesión se realizó un juego nuevo, todas las sesiones anteriores habían sido muy repetitivas.

9. Sesión 27 Abril del 2009

En esta ocasión viene acompañado por su mamá y su abuelo materno, quien se encuentra de visita en la ciudad, vino desde Zacatecas a visitarlos. Mientras A esperaba unos minutos para entrar a su sesión, A hizo un dibujo con el cual pasa a la sesión y me lo muestra, es la figura de un muñeco de género masculino, con una cabeza sumamente grande, al preguntarle sobre su significado dice que solo lo dibujó para entretenerse y no significa nada, hace un avioncito con él.

Toma el futbolito y comienza a jugar con entusiasmo y buena actitud. Intenta hacer trampa al toman mis jugadores por el otro extremo, mientras se ríe. Aprovecho esta apertura y le pregunto si a su papá le gustaban los deportes, dice que sí y jugaba futbol americano cuando estaba en la universidad, pero últimamente ya no lo practicaba porque se había puesto muy gordo, también platica que su mama juega básquetbol y que a él no le gustan los deportes, aunque su mamá le insiste mucho en que los practique.

Durante los últimos minutos de la sesión toma una raqueta y una pelota pequeña retándome a que gana quien logre hacer mayor cantidad de rebotes, le gano y en esta ocasión lo toma con buena actitud son molestarse.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: interés deportivo de la familia.

Contenido latente: devaluación del padre y necesidad de diferenciación de la madre.

Análisis de las defensas:

Racionalización representada en el dibujo en donde enfatiza la cabeza. Identificación con el padre al no querer realizar deporte.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al traerme un dibujo como regalo y al bromear durante el juego, habla de que buena alianza terapéutica ya está establecida. De igual modo, esta buena alianza terapéutica es observada al compartir información sobre su familia.

Contratransferencia: inicialmente me siento desesperada por su falta de accesibilidad respecto al dibujo. Lo percibo un poco hiperactivo y de buen ánimo, es agradable advertir que acepta la derrota durante el juego tolerando su frustración.

10. Sesión 25 Mayo del 2009

En sesión antecedente a esta, E me informa que recientemente acudieron a una sesión de asesoría psicológica familiar, organizada por el Tutelar de Menores del Estado de Michoacán, lugar en el que se encuentra recluso H. En esa sesión A confrontó a su hermano mayor, al decirle que siente que no lo quiere. De igual modo me platica que se realizó la primera comunión de A, según la religión católica, y asistió el abuelo materno que radica en Zacatecas, E manifiesta sentir fortaleza cuando se encuentra acompañada de su padre, por lo cual decidió regresar a su casa. A regresó a su recamara y E durmió en la recamara de H, a lo cual menciona que le gusta porque es más amplia.

Por primera ocasión A toma las plastilinas para jugar y forma una cabeza sin cuerpo. No da explicación de a quién representa o porque la ha creado.

Juega ajedrez y evade hablar, pero me platica que su mamá lo regaña mucho por no hacer sus tareas y le ha pegado por esto, se queja: “*mi mamá se está volviendo loca, todo se le olvida*”.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: juego con plastilina y queja sobre los regaños de la madre.

Contenido latente: énfasis en los pensamientos y búsqueda de mi contención al enojo de la madre.

Análisis de las defensas:

Escisión de cuerpo y mente representada con la realización de una cabeza. Aislamiento de sentimientos de A, al evadir hablar durante la sesión a pesar de que se encuentra enojado por el trato actual que recibe de la madre, represión de parte de E al evento traumático que afecta su memoria.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se comunica de forma no verbal y simbólicamente a través del juego como lo ha hecho en otras ocasiones a través de los dibujos, no encuentra palabras para expresar sus sentimientos. Transferencia positiva al confiarme algo que lo está preocupando.

Contratransferencia: desarrollo la hipótesis de que el padre fue herido en su cabeza o cuello, hipótesis posteriormente refutada por la madre al informarme que las heridas fueron en el tórax; sin embargo, es ella quien asocia que puede estar relacionado con que fue la cabeza de su esposo lo visible en el ataúd. Sentimiento de preocupación porque A sea víctima de violencia en casa y preocupación por la gravedad de las consecuencias que se están manifestando en E.

11. Sesión 18 Junio del 2009

En esta sesión A acude con un reloj que le queda grande, le pregunto sobre él y me platica que era de su papá, su mamá lo encontró a acomodar su cuarto y decidió regalárselo, es un reloj metálico en color plata, A se lo quita y me lo da para que lo vea, me percató que tiene sangre seca en las hendiduras del extensible y le pregunto a A si sabe el motivo, me dice que es debido a que fue el reloj que su padre usaba el día que murió, había quedado bañado en sangre y su mamá lo limpio antes de entregárselo. Por primera vez A tiene la apertura para hablar sobre lo ocurrido, me narra que esa noche su

hermano estaba tomando en la azotea con dos de sus amigos, era noche y se fue a dormir, despertó cuando escucho los gritos de su papá y fue al cuarto a ver qué ocurría, su papá estaba tirado en el piso a un lado de la cama cubierto en sangre, al igual que la cama y las paredes del cuarto, no estaba nadie más, así que sin hacer ruido regreso a su cuarto para continuar dormido y declara no haber escuchado a la unidad de paramédicos y policiaca cuando llegaron a su casa.

A nunca vio a su hermano cometer el crimen, ya que este huyo antes de que A entrara al cuarto, su mamá despertó hasta escuchar que H salía de la casa llevándose su carro y se percató de lo ocurrido después de A. Incluso E, descubre días después que A si había estado en el cuarto y visto a su padre fallecido, conclusión a la que llega al encontrar llenos de sangre los calcetines con los que A había dormido ese día. Sin embargo E no le explica a A lo ocurrido, y se entera por su abuelo paterno.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: recuerdo y confrontación del evento traumático.

Contenido latente: elaboración de lo ocurrido, descuido de la madre al no explicarle a A lo que paso.

Análisis de las defensas:

Aislamiento y escisión de sus sentimientos ya que no muestra aflicción.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al mostrar gran apertura.

Contratransferencia: genera en mi sentimiento de tristeza, miedo y enojo.

12. Sesión 9 Julio del 2009

A plática sobre su nueva mascota, un cachorro pastor alemán, con el cual es muy cariñoso; sin embargo, A dice que cuando el perrito se queda dormido A le tapa la nariz para que se despierte al no poder respirar y seguir jugando. Dice “*lo muerdo a veces, me*

da furia y lo pateo, pero no le digas a mi mamá”. Indago sobre el origen de esta furia y le interpreto que él hace lo mismo con el cachorro que lo que H le hacía a él, golpearlo y mantenerlo en secreto. Recuerda que él le decía a sus papás y ellos no hacían nada para corregir la situación, no se sentía protegido.

Afirma que le gustan mucho los perros y le encanta que su mascota sea tan juguetón, también le molesta que su mamá no lo quiere acariciar porque a ella no le gusta. Asocia haber tenido mascotas anteriormente pero el primer perrito que tuvo fue regalado por su abuela paterna y el segundo era tan travieso que un día su papá le pido a su hermano que se lo llevara a perder.

También me platica que tiene como mascotas a unos langostinos y lo que le gusta de esta mascota tan inusual es que los ve como se comen a los otros peces. Tiene en la misma pecera a un pez pequeño, que probablemente será asesinado por los langostinos, al preguntarle si lo salvara, A no responde.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: experiencia de tener una nueva mascota y el cuidado que le brinda.

Contenido latente: manifestación de su capacidad de vincularse de forma ambivalente, enojo hacia el padre y hermano.

Análisis de las defensas:

Desplazamiento del enojo que tiene hacia su familia se lo deposita a la mascota. Identificación con el agresor al lastimar al cachorro como los miembros de la familia han hecho al abandonar a sus anteriores mascotas. Escisión al mostrar amor-odio hacia la mascota, formación reactiva al decir que disfruta ver como los langostinos matan a los peces pequeños, el langostino representarían a quien le ha hecho daño, su hermano mayor H, y A sería el pequeño pez que espera ser salvado por un espectador que no reacciona, sus padres E y HP, quienes no lo defendieron de las agresiones de su hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al confiar en mí y pedirme guardar un secreto.

Contratransferencia: durante esta sesión siento enojo al saber que A agrede a los animales y lo disfruta. Tristeza por la incomprensión de su familia de la importancia que tienen para A sus mascotas. Compasión al darme cuenta que desea la compañía y atención de su mascota aunque para obtenerla recurra a la agresión.

13. Sesión 15 Marzo del 2010

La mamá de A me ha platicado afuera del consultorio que A abraza tan fuerte a su mascota que lo hace llorar, al entrar a consulta hablamos al respecto y le pregunto si es de este modo que su mamá lo abraza a él, mostrándole afecto y lastimándolo al mismo tiempo, dice que él no lastima al perro y que probablemente a éste le guste porque siempre lo sigue a todos lados. Juega de forma agresiva con la mascota y responde a los rasguños y mordidas del animal mordiéndole una patada o acostándose encima hasta que el perro logra liberarse.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: manera de jugar con su mascota.

Contenido latente: capacidad de vincularse con ambivalencia amor-odio.

Análisis de las defensas:

Desplazamiento de necesidad de afecto de parte del hermano hacia la mascota y del enojo sentido hacia él. Identificación con el agresor al mostrar amor de una forma agresiva. Racionalización al justificar su conducta argumentando que a la mascota le gusta este trato.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al compartir el trato que da a su mascota.

Contratransferencia: tristeza al observar la calidad de afecto que recibe en casa, cargado de ambivalencia.

14. Sesión 22 Marzo del 2010

Durante esta sesión regresa a jugar ajedrez y a su actitud cerrada sin hablar más que lo necesario. Retomo el tema de la última sesión, diciéndole que me llamó la atención la ambivalencia que demostraba con su mascota, una ambivalencia de amor y odio unificados y le pregunto si es así como él se siente con su familia, responde negativamente y después de pensarlo unos segundos cambia su respuesta e indica que así se sentía con su hermano porque éste le pegaba y no lo quería. Recuerdo lo que ocurrió durante la asesoría psicológica familiar en el tutelar y le pregunto a A cómo se siente después de lo que habló con su hermano ese día, dice que no le cree a H que ahora sí lo quiera.

Interrumpe la plática para decirme que tiene hambre porque no ha comido, son las 6:30 de la tarde y no comió porque fueron al trabajo de su mamá, recuerda que se le olvidó dejarle de comer a su perro, interpreto *“igual se le olvida a tu mamá cuidar de ti”*, responde que no y justifica su propia conducta y expresa que habían salido muy temprano y se le olvido dejarle comida a su mascota, no responde ante el comentario sobre el descuido de su mamá.

Observo a A durante unos segundos pensando en lo que me acaba de narrar, él me dice *“no me veas así”*, le pregunto a que se refiere y dice que no sabe, pero que él no ve a nadie a los ojos, dice que él no ve así como yo lo hago, que le da miedo pero no sabe el motivo, le pregunto cómo lo ve su mamá, y dice que no se ha fijado.

Esta conversación se desarrollo mientras jugábamos ajedrez y no terminamos de jugar, al acabar la sesión A se molesta y me reclama que debido a que yo lo distraigo con mis preguntas él se distrae del juego y es mi estrategia para hacerlo perder.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: muestras de cariño ambivalente y hábitos alimenticios.

Contenido latente: en esta sesión A expresa el resentimiento que le guarda a su hermano por el trato que le daba y su percepción de no sentirse querido. También habla sobre el descuido de sus hábitos alimenticios y la falta de atención de su madre ante estos, finalmente proyecta su miedo en mi mirada.

Análisis de las defensas:

Negación de sentimientos ante descuido de la madre. Ascetismo al renunciar a la satisfacción de necesidades fisiológicas. Racionalización al justificar el porqué el mismo no ha cuidado la alimentación de su mascota. Identificación con el agresor al tener la misma conducta de descuido de parte de la madre. Proyección del miedo y desconcierto que provoca la mirada vacía de su madre, proyectado en mi mirada. Cabe señalar que mi mirada en este momento es de preocupación y cariño hacia él, lo cual le parece desconocido y no sabe interpretar.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al confiar recuerdos y hablar de sus necesidades, se manifiesta negativamente al hablar del miedo a mi mirada y el reclamo sobre la interrupción en el juego por la plática.

Conratransferencia: tristeza por rechazo de su hermano y descuido de su madre, sorpresa ante el comentario de la mirada.

15. Sesión 29 Marzo del 2011

Platicamos sobre sus objetivos en diferentes áreas de su vida, me platica que educativamente desea terminar sus estudios y quiere estudiar una licenciatura, porque quiere ganar mucho dinero en un trabajo que le guste. Respecto a su familia dice que le gustaría que su mamá fuera menos anticuada y que no gastara tanto dinero en cosas innecesarias. Respecto al tema de tener pareja dice que él no se casará ni tendrá hijos, pero que sí va a tener novias y serán las más guapas. Con referencia a su salud dice que hará deporte con el siguiente motivo: “*para mantener mi cuerpo sexy*” y se esforzará en

comer bien, pero únicamente para poder equilibrar el daño que hará su cuerpo por las adicciones que tendrá.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: objetivos en diferentes áreas de la vida.

Contenido latente: consolidación y cierre de la fase inicial.

Análisis de las defensas:

Aislamiento de tristeza y enojo en la narración. Formación reactiva al devaluar las relaciones de pareja. Escisión al mostrar incongruencia entre el cuidado y daño a su cuerpo.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: positiva al compartir y bromear con el tema.

Contratransferencia: esperanza al descubrir que el paciente a comenzado a pensar en su futuro y objetivos de vida; molestia al detectar el egoísmo y autoagresión que manifiesta en sus objetivos de vida y tristeza al percatarme de la implicación que tiene para él la idea de tener pareja e hijos, ya que puede representar la repetición de su propia historia.

Análisis de categorías de la etapa inicial.

1. Contenido manifiesto

Respecto al contenido manifiesto en la etapa inicial se comienza con el tema del desconocimiento del paciente respecto a lo ocurrido, lo cual engloba el no saber la razón por la cual el padre fallece y paralelamente la ignorancia respecto al paradero de su hermano, esta incógnita es el pilar sobre el cual gira la primera fase de esta etapa y se extiende la elaboración del duelo hasta la etapa intermedia. Así mismo se manifiesta la inconformidad ante la prohibición de parte de la madre hacia el uso de los videojuegos y las visitas realizadas a su hermano quien se encuentra preso en el tutelar de menores. Además se precipita la competitividad de parte del paciente a través del juego y la muestra de su creatividad e inteligencia. Se marca la transición a la segunda fase cuando el paciente expone su sentir ante la psicoterapia, durante esta fase se abordan cuestiones como el interés deportivo de la familia y lo que siente respecto a la autoridad ejercida por su madre, la relevancia de este momento psicoterapéutico está marcado porque el paciente afronta el recuerdo del evento traumático lo cual permite la evolución a la tercera y última fase, comprendida por asuntos relacionados al cuidado de su mascota, la forma de mostrar su cariño, al igual que el cuidado que tiene respecto a sus hábitos alimenticios y se consuma con el establecimiento de objetivos a través del planteamiento de un proyecto de vida.

2. Contenido latente

Acerca del contenido latente se comienza en una primera fase, con la negación de la realidad traumática y el inicio de un duelo que se emprende de forma patológica, mientras tanto se presenta la situación que el paciente es depositario del enojo que su madre le desplaza y se descubre la angustia de castración que se encuentra de fondo en las demostraciones de virilidad, asimismo está ligado el miedo a morir a manos de su hermano, mismo escenario que le lleva a continuar en represión el evento traumático,

además de una notoria búsqueda de sobrevivencia ante el sentimiento persecutorio, comienza a desplegarse la necesidad de verbalizar lo ocurrido y manifestar la agresión, seducción y enojo que contiene, constituye este el momento en el cual se avanza hacia una segunda fase caracterizada por la aproximación a una diferenciación de la madre y de su hermano, el afrontamiento con el enojo que siente hacia su hermano, así como la búsqueda de comprensión a sus actos, al mismo tiempo hay un acercamiento al evaluar el grado en que puede depositar, lo cual produce el planteamiento de cuestiones relacionadas con la devaluación del padre y el visible proceso de diferenciación de la madre, se presenta una muestra de fragmentación que conlleva a la necesidad de contención y se enfrenta lo ocurrido durante el evento traumático, en conclusión a esta etapa en la tercera fase se muestra la capacidad de vinculación, esta es ambivalente, además de que se precipitan el enojo y resentimiento hacia el padre y el hermano, hallando también un descuido en sus hábitos alimenticios y se encara la proyección de su miedo.

3. Análisis de las defensas

Referente a las defensas que se despliegan durante la etapa inicial del tratamiento, se presenta en una primera fase un repertorio del que forman parte las siguientes: vuelta del instinto contra el yo, aislamiento, desplazamiento, escisión, identificación con el agresor, identificación proyectiva, negación, regresión, represión y la sublimación. Mismas que se enlazan a una segunda fase al continuar en auxilio al paciente, asimismo se muestran la proyección y la racionalización como nuevas defensas empleadas. En la tercera fase se desarrolla la unificación de las defensas previas además de exponer ahora al ascetismo y la formación reactiva, cabe señalar que la racionalización es un escudo utilizado con una perceptible regularidad.

4. Análisis transferencial

Concerniente a la transferencia demostrada a lo largo de esta etapa se topa en la primera fase con una dificultad para establecer la alianza terapéutica asociada a la enérgica presencia de la transferencia negativa, misma que sirve de armadura al paciente a lo largo de su tratamiento, a pesar de esto hay aproximaciones a la transferencia positiva que de forma fluctuante marca avances en la alianza, se presenta con mayor frecuencia a lo largo de la fase y se logra modificar la transferencia negativa en positiva a través de las interpretaciones, sin embargo todavía con fragilidad cambia la transferencia positiva a negativa. En una segunda fase se muestra la conjunción de transferencia negativa y positiva continuando la oscilación entre ambas. Y es hasta la tercera fase que se consolida la alianza terapéutica con la notoria permanencia de la transferencia positiva, que tan solo en una sesión cambia a negativa y puede ser revertida al final de la misma.

5. Análisis contratransferencial

En relación a la contratransferencia se descubre una serie de respuestas que en su mayoría tienen un tinte negativo, las presentadas durante la primera fase son las siguientes: aburrimiento, ambivalencia, confusión, consternación, desagrado, evaluación, frustración, impotencia, injusticia, limitación, preocupación y tristeza, además de localizar de forma reiterada al siguiente catálogo: bloqueo, desesperación, enojo, miedo, molestia y resistencia. Igualmente se manifiestan aisladamente respuestas positivas: alegría, avance, confianza, empatía, paciencia, satisfacción y tranquilidad, teniendo esta última mayor énfasis y marcando con ello la transición a la segunda fase. En la siguiente fase se luce un registro de respuestas negativas como la repetición y la tristeza, encontrando la reproducción continua de desesperación, duda, enojo, miedo y preocupación, también se manifiestan respuestas positivas como la alegría, el interés, la satisfacción y la sorpresa. Durante la tercera fase hay una aparente tendencia a las

respuestas positivas marcadas por la compasión, esperanza y sorpresa, sin embargo se encuentran unidas a una sensación palpable de tristeza.

2. Etapa intermedia

Sesiones

A continuación se presentan las sesiones más significativas de la etapa intermedia, se enumeran con el fin de facilitar el análisis de los resultados:

1. Sesión 17 Junio del 2011

En la sesión pasada con la madre, E me comenta que A se muestra resistente a acudir a la psicoterapia que está programada los días viernes, debido a que sus amigos se organizan para salir a pasear en la tarde. Al tomar en cuenta que recientemente A se ha vuelto más sociable y tiene muchos amigos e incluso novia, considero adecuado cambiar el día programado de la consulta para evitar la resistencia del paciente. E también menciona que está preocupada respecto a la identificación sexual de A, ya que esté tomo sin permiso su corrector de ojeras para utilizarlo en una exposición en la escuela, en donde represento a un homosexual.

Durante la sesión, A muestra una actitud de apertura, y comenzamos hablamos sobre el cambio de día para su psicoterapia, responde favorablemente al sonreír e inmediatamente después se disculpa por haber llegado 10 minutos tarde a sesión, y argumenta que fue debido al tráfico. Acude vestido con pantalón de mezclilla azul entubado, playera morada de algodón y calza tenis blancos, reconozco que se ve muy moderno, comentario que origina que me platique que el escogió la ropa, a diferencia de antes que su mamá lo hacía por él, dice que E le da el dinero y él va a comprarse la ropa, por lo cual ahora E tiene que respetar sus decisiones, sin embargo recuerda dos ocasiones en las cuales ella le hizo tirar playeras recién compradas, ya que estas eran de un grupo de rock llamado Lacrimosa, mismo que era el favorito de H. Describe esta música a través de un canto basado en gritos de los cuales no se entiende su contenido y finaliza al aclarar que no comparte este gusto con su hermano.

Me platica que se cambio al cuarto de H porque esté es el cuarto principal que da hacia la calle, es más fresco y amplio, a lo cual interprete el deseo de parecerse a su hermano, sin recibir respuesta de su parte. Indago que es lo que cree que podría pasar cuando H salga del Tutelar de Menores y regrese a casa y a su habitación, A contesto que H se puede quedar en donde era el cuarto de A.

Al investigar sobre la exposición escolar a la cual se refirió su mamá, A molesto responde que E es una exagerada, refiere fue un trabajo escolar y todos tenían un papel gracioso, a él le salía bien representar a un naco o a un homosexual y decidió este ultimo rol porque le resulto divertido, tomo el corrector de su mamá sin permiso por qué sabia que E no se lo prestaría y solo lo quería para cubrir sus espinillas porque le es vergonzoso que sus amigos las vean. Se ha hablado en sesiones pasadas sobre el cuidado de su piel y la necesidad de acudir a un dermatólogo.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: la sesión gira en torno al tema de su selección de ropa, gustos en música y designación de cuartos. También se habla sobre problemas cutáneos propios de la adolescencia.

Contenido latente: búsqueda de independencia de la madre al exigir ser él quien escoge su atuendo. Identificación con H a través de los gustos musicales, así como agresión hacia la madre al saber que le molesta que haga referencia a este tipo de música. Confrontación a H al invadir su territorio y desplazarlo a un cuarto pequeño, evento que también constituye el desafío de A hacia H por ocupar el lugar principal a un lado de su madre. Exigencia a E para el apoyo en el cuidado a su piel, al no recibirla ante previa petición verbal, ahora toma de ella una forma de ocultar el problema, sin embargo no constituye esto una solución al mismo, este mismo acontecimiento además simboliza la identificación que A establece hacia E respecto a la negación de una realidad dolorosa y al privarla del maquillaje existe la demanda que ella enfrente a los problemas.

Análisis de las defensas:

Se encuentra la identificación con la agresor, manifestada al comprar playeras de grupo de rock favorito de su hermano, música a la cual E atribuye la agresividad de H. Hallando también a la formación reactiva misma que expresada al mencionar que a A no le gusta dicha música. Racionalización al justificar porque ha realizado el cambio de cuarto. Se muestra por ultimo la identificación con E.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se fomenta la alianza de trabajo al acordar un día para la psicoterapia tomando en cuenta la necesidad de adaptación social del paciente, obteniendo así una mayor apertura y confianza de parte del mismo. Se manifiesta una transferencia positiva al recibir por primera ocasión una disculpa de parte del paciente con motivo de su arribo tarde a la sesión, favorable en la búsqueda de reparación de las relaciones objetales.

Contratransferencia: durante esta sesión me siento orgullosa de la búsqueda de independencia por la cual ha luchado A, misma que se había trabajado durante la etapa inicial del tratamiento, y en sentimiento opuesto me preocupa la identificación realizada hacia H, pero reconozco un factor positivo ya que el enfrentamiento que hace hacia su hermano representa la elaboración del miedo que le tiene.

2. Sesión 27 Junio del 2011

El paciente entra a sesión y observo que sus dedos tienen una coloración rojiza, le pregunto el motivo y me dice que es porque acaba de comer unas frituras de este color, llama mi atención hacia sus uñas y me percató de que se ha estado mordiendo, se quita la cutícula con los dientes hasta hacerse sangrar y consecuencia a esto ahora le duelen los dedos con toda presión como tomar un lápiz para escribir, expresa que es una conducta previa al evento traumático. Menciona que no se percató de en qué momento lo hace, pero que no le agrada porque sus dedos se ven mal y parecen dedos de albañil, asocia que sus dedos se parecen a los de su mamá porque son delgados y largos y los dedos de su papá y su hermano son cortos y gordos.

Gira la conversación en torno a la mascota de A, un perro pastor alemán de aproximadamente 2 años de edad. A se queja de que su mamá lo consiente mucho y que ahora no obedece, a pesar de que a los 6 meses de edad se le envió a un entrenamiento canino. El paciente no pasa tiempo con el perro y justifica no tener tiempo debido a sus actividades escolares y deportivas.

En el consultorio hay un pequeño cuadro frente al sillón de pacientes en donde está representada una calle empedrada rodeada de casas que están cubiertas por flores. Por primera vez A hace un comentario al respecto, a pesar de que el cuadro lleva aproximadamente 1 año expuesto, y dice que parece la casa de una abuelita y que le produce aburrimiento.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: esta sesión inicia con la observación que A se lastima al morderse la cutícula de sus uñas, y se aborda además el cuidado a su mascota. Análisis de cuadro decorativo.

Contenido latente: búsqueda de diferenciación de la madre al atacar la parte de su cuerpo con la cual se identifica a ella. Demanda de límites y autoridad desplazando su propia necesidad hacia la conducta de la mascota. Recuerdo significativo provocado a través del análisis de un cuadro decorativo.

Análisis de las defensas:

Vuelta del instinto contra el yo al lastimarse los dedos, se presenta una notoria racionalización al buscar motivos para no responsabilizarse del cuidado de su mascota. Desplazamiento de su necesidad de límites ejemplificado con la conducta desobediente de su mascota. Formación reactiva al criticar el cuadro y manifestar aburrimiento, contradictoriamente a la fluidez presentada durante la sesión. Regresión que exhibe a través del análisis realizado del cuadro decorativo.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: transferencia positiva al desarrollarse la plática de una forma fluida y al buscar mi atención hacia sus lesiones y preocupación por el cuidado de las mismas, al manifestar su inconformidad ante el cuidado que hace su mamá de la mascota demanda la necesidad de límites de parte de su madre y también al interior de su psicoterapia. Al final de la sesión se muestra agresivo al realizar una crítica hacia el cuadro, sin embargo da pie a información significativa que se aborda en la siguiente sesión. Transfiere sentimiento de aburrimiento al cuadro y al consultorio, mismo que ha manifestado a través del análisis del cuadro decorativo y de la iluminación.

Contratransferencia: durante esta sesión me percibo alarmada por la agresión que A se está provocando, pero en conjunto entusiasmada por su búsqueda de cuidado, me percato por igual de una sensación de expectativa favorable cuando manifiesta la necesidad de límites y desarrollo de su superyó, sin embargo al finalizar la sesión me disgusta la crítica hacia el cuadro.

3. Sesión 5 Julio del 2011

El paciente llega 10 minutos atrasado a su sesión y saluda de la forma acostumbrada, poniendo la mejilla para ser saludado sin responder al beso, así que le interpreto que siempre espera recibir y no dar, a lo que contesta que de esta forma saluda a todos, incluyendo a compañeras y amigas, quienes le han reclamado, pero él manifiesta no querer cambiar al respecto.

Me platica que reprobó dos materias, biología y matemáticas, y deberá presentar exámenes extraordinarios, intenta justificarse diciendo que los maestros son muy estrictos y que son varios los compañeros que reprobaron. A pesar de que el examen extraordinario será al día siguiente a la sesión, A no ha estudiado y dice que no lo hará porque no lo acostumbra y menciona que si reprueba esta evaluación aún tendrá la oportunidad de presentar una prueba adicional, aunque esto implicaría que tendría que darse de baja de la escuela por políticas de la misma. Al preguntarle si es esto lo que desea, responde negativamente pero recuerda que él no había escogido entrar a esta

escuela sino que su mamá se lo había impuesto, sin embargo ahora no quiere salir porque le daría flojera volver a iniciar en otra escuela secundaria.

Asimismo platica sobre los maestros de las materias reprobadas y dice que su maestra de biología le da miedo ya que es muy estricta, recuerda que antes esta maestra lo apreciaba, porque él le llevaba manzanas y le decía que la quería, sin embargo reconoce que solo lo decía para manipularla y que este no es su sentir hacia ella. Menciona que también se siente atemorizado ante el prefecto, porque éste pone una cara de enojo al entrar a los salones y lo ha regañado por quedarse al interior del salón a platicar con sus amigos.

Al igual que en la sesión pasada vuelve a ver el cuadro del pueblo ubicado frente a él, pero en esta ocasión dice que le provoca miedo y lo atribuye a que en él hay muchas plantas y que no le gustan debido a que su mamá tiene muchas en casa y las cuida demasiado, posteriormente se refiere a E como una loca por esta conducta, también dice que el cuadro le recuerda a la casa de su abuela materna, y lo describe como una casa anticuada y aburrida. Su abuela materna falleció antes del nacimiento de A y la casa se encuentra ubicada en Zacatecas, en ella habita su abuelo materno, al cual visitan tan solo una vez cada año.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: da inicio la sesión con el tema de su forma de saludar, continúa con su rendimiento académico, relación con los maestros y finaliza con la crítica del cuadro decorativo.

Contenido latente: a través de su forma de saludar pone una barrera al contacto físico y emocional con la cual se aísla y protege de las personas, continua la necesidad de independencia de la madre a través del reclamo hacia ella por haber decidido la escuela en la cual cursaría su secundaria, manifestación de miedo ante figuras de autoridad y búsqueda de control sobre las mismas. A través del análisis del cuadro decorativo nombra sentir miedo, este es hacia su madre, manifiesta también un reclamo hacia ella

por la atención que pone a las plantas y no a él, y las características de la casa, anticuada y aburrida, es la forma como A ha definido la personalidad de E, en sesiones pasadas.

Análisis de las defensas:

Formación reactiva identificada al manifestar que no le interesan los reclamos respecto a su forma de saludar aunque provengan de personas significativas para él. Racionalización al justificar el motivo por el cual reprobó dos materias. Muestra rasgos de omnipotencia al decidir no estudiar. Formación reactiva al poner en riesgo su estancia en la escuela y sin embargo ha manifestado en otras ocasiones su conformidad con la misma. Realiza un desplazamiento al temer a las figuras de autoridad de su escuela, en lugar de a sus padres. El análisis del cuadro representa la proyección del miedo, reclamo y crítica que hace hacia la madre.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se manifiesta resistencia al llegar tarde a la sesión, y transferencia negativa cuando saluda de una forma distante y manifestar que no le interesa el cambio. La distancia que aun pone hacia mí, es debido a que como su psicoterapeuta represento una figura de autoridad y le provocho igualmente miedo, en sesiones previas ha manifestado conductas seductoras propias a su edad, pero que sin embargo también constituyen una forma de control que le brinda seguridad. Retoma un tema de la sesión pasada al volver a analizar el cuadro decorativo, esto marca una transferencia positiva ya que está brindando elementos de análisis.

Contratransferencia: su manera de saludar me hace sentir una barrera hacia él, me intriga el motivo por el cual A no ha podido sentir confianza para saludar adecuadamente. Mientras me platica sobre las materias que va reprobando me molesta su falta de compromiso hacia la escuela y preocupa los rasgos de omnipotencia manifestado, percibo cierto reclamo hacia mí, debido a que sabe que estuve de acuerdo con la decisión de su mamá respecto a la escuela secundaria seleccionada. En esta

ocasión su análisis sobre el cuadro me produce interés debido a que A asocia libremente y con estos datos puedo aclarar el desplazamiento que está formando.

4. Sesión 11 Julio del 2011

Entra A al consultorio, se sienta y se percata de que hay dos objetos decorativos nuevos, un porta velas y un porta incienso, este último tiene forma de flor y es de color blanco, lo toma de la mesa central en donde se encuentra ubicado y lo inspecciona preguntándome cual es su función, dice que le parece un chocolate blanco y después de decir que parece de azúcar lo lame en tres ocasiones.

Al preguntarle cómo se encuentra, permanece callado y toma un pañuelo, mismo que comienza a despedazar. Da inicio a una plática respecto a su alimentación, dice que come mucho y desea controlar su apetito porque no quiere subir de peso, refiere que no tiene establecida una hora para sus comidas, y come cuando le da hambre, alimentándose con lo que tiene a su alcance, normalmente no desayuna y compra en la escuela, al llegar a casa después de sus clases, le da flojera calentar y servirse a pesar de haber comida en el refrigerador, y es hasta que su mamá llega de trabajar, aproximadamente a las 6:00 p.m., que ella le sirve. A menciona que su mamá casi no cocina, así que normalmente comen alimentos preparados que E compra camino a casa.

El paciente recuerda que cuando era pequeño trabajaba en su casa una empleada domestica que se encargaba de la limpieza, comida y también cumplía la función de niñera. Refiere que esta empleada no le caía bien, porque: “*ella era fea*”, a pesar de que lo trataba bien, él la hacía enojar al tratarla con una actitud despectiva criticando su peso, apariencia, tez y su falta de educación. Hubo varias empleadas domesticas en el transcurso de su infancia, pero al momento del evento traumático no había ninguna persona contratada, A cree que esto es debido a que su papá había estado desempleado y la situación económica familiar no era favorable en el momento. Indago sobre el tema y A plática que el desempleo de HP duro aproximadamente un año, periodo durante el cual su padre estaba ausente de casa y a pesar de esta distancia entre ellos era con él con quien tenían una mejor relación, tanto A como su hermano. Menciona que ni su papá ni

si hermano tomaban la responsabilidad de cuidarlo o brindarle sus alimentos, y aunque el hermano estaba más tiempo en casa que sus padres, no convivían y cada uno la pasaba en su cuarto. Después de esto, molesto dice que ya no quiere hablar más sobre el tema. Intento que continúe pero se niega, así que le hago ver que constantemente cambia de tema y únicamente habla de forma superficial, lo reconoce y menciona que se comporta de esta forma incluso con sus amigos. Le pregunto si es igual con su novia, y dice que sí, pero que ya no sale con ella porque ahora tiene un novio, con una sonrisa burlona dice que ahora es moda ser bisexual.

Cambiamos de tema a sus exámenes extraordinarios y me informa que ya los paso. Lo felicito y comienza a reírse a manera de burla, así que lo confronto con la agresividad que ha mostrado a lo largo de la sesión, responde que su objetivo es llamar mi atención, después se tapa la cara con las manos y dice “¿Sabes que sirve para manipular a las personas?, fingir que estas triste y que tuviste la culpa”, comienza a hacer un ruido con su mano, generado al juntar sus dedos y mover rápidamente su muñeca, menciona que nunca lo había hecho durante la sesión, pero que lo ha estado haciendo en la escuela y que ahora muchos de sus compañeros quieren imitarlo.

Mientras anoto su próxima sesión, sube los pies a la mesa central, le pido que los baje, lo hace y después me observa detenidamente, me dice que me ve diferente, que ahora me maquille y me veo mejor, pero que me hizo falta maquillaje en la frente. Le confronto que siempre me maquillo y que la diferencia es que ahora la relación terapéutica es la que ha cambiado al permitirme conocerlo más. Comienza a reírse de forma burlona e imita mi postura y sonrisa.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: la presente sesión tiene por temas principales la alimentación y el cuidado que A recibía de parte de todos los miembros de su familia.

Contenido latente: seducción y agresión durante la inspección de los objetos decorativos; descuido en su alimentación que refleja autoagresión y reclamo hacia la

madre; descuido familiar hacia a A desde corta edad; búsqueda de mi atención a través de agresión.

Análisis de las defensas:

Se muestra represión al canalizar seducción a través de objetos decorativos, vuelta del instinto contra el yo al no cuidar su alimentación, desplazamiento en la búsqueda de alimentos en el consultorio, formación reactiva manifestada en el mal trato de la empleada domestica que lo cuidaba, regresión al recordar la dinámica familiar sobre los cuidados que le brindaban.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: esta transfiriendo hacia la figura del terapeuta la seducción que realiza con su madre, con esta conducta también desafía mi autocontrol buscando lo mismo en la madre, al continuar la plática este evento se enlaza con la petición de cuidado respecto a su alimentación, manifiesta la necesidad de control sobre las personas, necesidad que de igual modo busca cumplir conmigo y cierra la sesión con un comentario ambivalente de seducción y agresión, se presenta una transferencia negativa debido a la agresión marcada durante la sesión.

Conratransferencia: me percato que me molesta y agredida, percibo que A tiene precisamente este objetivo, por lo cual evito mi respuesta defensiva hacia a él. Me hace sentir molestia el descuido de su madre ante su alimentación y preocupación porque esté realizando comidas poco nutritivas, genera en mi un instinto de protección maternal, me siento triste al saber la desatención que había en su familia y el descuido de todos sus miembros en el cuidado de A, genera mi preocupación y molestia al volver a manifestar la necesidad de control sobre las personas, el sonido que genera con sus manos produce una barrera auditiva entre nosotros y finalmente me siento confundida al recibir agresión y seducción en una conducta ambivalente. Cabe señalar que durante la sesión me siento desesperada ya que A no se expresa de forma clara y continuamente cambia el tema, lo

cual me obliga a preguntar de forma directiva provocando que A se distancie, durante esta sesión me sentí enojada y criticada.

5. Sesión 18 Julio del 2011

En esta ocasión A trae puesta una sudadera de color negro que le queda muy grande, me la muestra diciendo que le gusta porque parece de cholo y que de esta forma podría asistir a una fiesta y al ponerse borracho se desnudaría y cubría con ella, representa como abriría su sudadera para mostrarle a los demás que está desnudo. Menciona que esta sudadera es suya y la escogió porque se parece a las usadas por su hermano.

Retomo su conducta agresiva de la sesión previa y le pregunto el motivo, dice que no fue agresivo, por lo que le interpreto que actúa como los niños pequeños que molestan a las niñas para llamar su atención, se ríe penosamente y lo reconoce.

Se queja de haberse aburrido mucho durante estas vacaciones, ya que se queda solo en casa y no tiene cable ni internet, su mamá no le permite jugar videojuegos ni escuchar música de rock, y ya no le interesa jugar con su mascota, así que solo come o sale a caminar. En una ocasión fue a una plaza comercial sin avisarle a su mamá y regreso después de ella, por lo cual E se enoja mucho.

Al estar en casa se alimenta solamente con golosinas y justifica que a pesar de haber comida en el refrigerador no come porque le gustaría que alguien le sirviera. Interpreto que su necesidad es la compañía y tiene un sentimiento de abandono que intenta llenar con comida. No responde.

Narra que el fin de semana acudió al grupo de boy scouts, y realizaron una competencia en donde se raspo la mano izquierda, y no se percató en el momento, me muestra la herida y me platica que el dirigente de su grupo la lavo con agua oxigenada y que su mamá no le ha puesto nada para curar la lesión, comienza a arrancarse los pellejitos, sonrío y dice que no le duele. Interpreto que niega el dolor físico al igual que el emocional.

Con el grupo de boy scouts también acude a misa, dice gustarle porque están todos sus amigos, pero que él no cree en Dios, porque es una idea creada por el hombre para

obtener tranquilidad y se queja respecto a la cercanía que tiene su mamá con la iglesia, recuerda que fue monaguillo porque E lo dispuso así, pero nunca le gusto y fue hasta que se enojo con ella que pudo dejar de cumplir esta función. Señala que cada quien es su propio Dios, porque todos tenemos el poder de decidir sobre nuestro destino y controlar lo que nos pasa. A continuación dice que él es el Dios de la Luz, ya que este dios hace a los otros sus propios dioses, anota su nombre en una hoja y lo dibuja, su nombre es Baphomet y está representado por el dibujo de una entidad con cabeza de cabra y cuernos, entre los cuales se encuentra un pentagrama y una antorcha, su cuerpo tiene pechos femeninos y tiene el brazo derecho señalando hacia arriba y el izquierdo hacia abajo. Posteriormente me platica que este dibujo es utilizado por bandas de rock como Cradle of Filth, banda cuya canción favorita es Nymphetamine, misma que se encuentra en inglés y que refiere desconocer su contenido. Indica que a su hermano le gusta el rock y solía poner canciones en casa, ahora su madre atribuye a la música y a los videojuegos la agresividad mostrada por H, así que desde el evento traumático ha prohibido a A poner este tipo de música, motivo por el cual él la toca a escondidas, y busca utilizar los videojuegos, cable e internet en casa de sus amigos.

Siguiendo la apertura mostrada para hablar de su hermano, le pregunto cómo se encuentra, a lo que contesta “*mal, se escapo, lo atraparon y le dieron otros 10 años de prisión*”, se burla, dándome a entender que la respuesta a mi pregunta es obvia, le interpreto “*eso es lo que deseas, que tu hermano permanezca más tiempo preso*”, responde negativamente y se molesta.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se desarrollan los siguientes temas: su forma de vestir, el aburrimiento vivido durante las vacaciones, su forma de alimentación, la lesión en la mano sufrida durante una excursión con los scouts, y con mayor énfasis se abordan sus ideas religiosas y sus gustos musicales.

Contenido latente: se encuentra en esta sesión agresión a través de conducta exhibicionista, reclamo hacia descuido de parte de la madre, riesgo al salir a pasear sin

avisar, sentimiento de abandono de su madre manifestado en la necesidad de su compañía para alimentarse adecuadamente, necesidad de cuidado de parte de la madre, búsqueda de diferenciación de la madre manifestada por las creencias religiosas opuestas a ella, identificación con H a través de los gustos musicales.

Análisis de las defensas:

Identificación con el agresor al utilizar una sudadera parecida a las utilizadas por su hermano, vuelta del instinto contra el yo manifestada al salir lejos de casa sin aviso, negación del dolor físico y aislamiento de las emociones ya que no reconoce la tristeza que le provoca el no haber recibido la atención esperada para su cuidado en alimentación y curación de herida por parte de su madre, omnipotencia al decir que él es su propio Dios, identificación con el agresor mostrada a través de sus gustos musicales, utiliza el sarcasmo como mecanismo de defensa, mismo es manifestación de una adaptación de su agresión.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: de índole negativa al continuar su agresión a través de conducta exhibicionista, busca cuidado de mi parte nuevamente hacia su forma de alimentación y la atención a su herida, en el transcurso de la sesión se muestra una transferencia positiva al fluir su plática sobre sus creencias religiosas y gustos musicales.

Conratransferencia: me siento irritada con su conducta exhibicionista, y alarmada porque sé que A se está identificando con H, posteriormente me perturba la lesión en su mano y cuando se quita piel muerta, en un segundo momento de la sesión donde se muestra una transferencia positiva, y me siento interesada así como con mayor atención y comprensión hacia A, finalmente me siento fastidiada ante su sarcasmo.

6. Sesión 15 Agosto del 2011

El paciente y su madre fueron a Zacatecas a visitar a la familia materna, E solicita pasar a sesión para platicarme un evento acontecido durante su estancia, al llegar a

Zacatecas se encontraron con que la familia estaba consternada ante la desaparición de una sobrina, no tenían información sobre su paradero desde hace una semana y solo sabían que unos hombres la habían subido a una camioneta cuando se trasladaba de Zacatecas a una comunidad en donde presta su servicio social como médico. Al día siguiente del arribo, el padre de la joven, hermano de E, recibe la llamada de su hija, misma que le informa que ha logrado escapar de quienes la privaron de su libertad y se encontraba en Morelia, E la orienta para que llegue con una vecina quien le brinda apoyo mientras regresaban a la ciudad en compañía del padre de la joven. Al llegar se dan cuenta que la joven se encuentra en buen estado de salud y no está lesionada, ella narra su escape, mismo que fue posible ya que tenía acceso a un bisturí, con el cual mató al hombre que la vigilaba, la habían obligado a practicar abortos a menores de edad que forzaban a prostituirse. Sin dar aviso a las autoridades, la joven y su padre regresaron a Zacatecas.

Entra A a sesión con una actitud resistente y se niega a hablar sobre lo acontecido, a lo cual insisto y responde con indiferencia que él solo supo que su prima no regresaba a casa por lo cual todos estaban muy preocupados y su mamá había llorado mucho. Reconoce no haber sentido tristeza por sus familiares y se justifica con la lejanía de la relación y menciona que al ver a su prima y a su tío consternados no sintió miedo, tristeza, ni enojo, pero sí alegría por regresar a Morelia antes de lo esperado ya que se estaba aburriendo en Zacatecas.

Su madre utilizó la siguiente expresión *“mi sobrina tuvo que matar para sobrevivir”*, se la repitió a A y preguntó qué opina, no contesta. Intervengo y pregunté si esto le ocurrió a su hermano, a lo que responde con tranquilidad negativamente y argumenta que su hermano no tenía de qué defenderse, porque su papá no les pegaba y rara vez se alcoholizaba. Dice recordar que su hermano no solía ser agresivo. Lo confronté al respecto, ya que anteriormente me había afirmado que si lo era, H le pegaba, a lo que A responde que había exagerado y su hermano solo estaba jugando, pero él no lo comprendía y se enojaba.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: sesión cuyo tema gira en torno a las vacaciones en Zacatecas y a la privación ilegal de la libertad de la prima de A.

Contenido latente: es visible el aislamiento de A ante privación ilegal de la libertad de prima.

Análisis de las defensas:

Negación de lo ocurrido al no querer hablar del tema, aislamiento de sus emociones al no ser empático ni ser sensible ante el dolor de la familia, racionalización sobre el motivo por el cual no está consternado, formación reactiva al decir que se alegró al volver a casa, regresión para protegerse en donde también niega el alcoholismo de su padre y la agresividad de su hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: de carácter negativo al no desear hablar sobre lo acontecido, muestra resistencia.

Contratransferencia: me consterna que se repite un patrón que se dio durante el homicidio de su padre, en donde nadie se acercó a explicarle que era lo que estaba ocurriendo ni se interesa por sus sentimientos, lo único que sabe al respecto es lo que escucha de las pláticas que sostienen sus familiares. Me siento impotente ante la negación de A hacia sus sentimientos y recuerdos del evento traumático que vivió su propia familia.

7. Sesión 22 Agosto del 2011

El paciente llega a sesión vestido con un pantalón de mezclilla entubado de color rojo y una playera amarilla, llama mi atención por el color intenso y se lo hago saber, responde con una sonrisa y me dice que le agrada como se ve, se queja de su mamá, quien le dice que no le gusta que use pantalones entubados porque se ve como “*jotito*”, lo cual le molesta a A y se justifica diciendo que es una moda y todos sus compañeros

usan este tipo de pantalones. Recuerda que su mamá solía escoger su ropa, e imagina que si aún se lo permitiera ella lo vestiría con pantalones rectos, sweaters y lo peinaría de lado. Actualmente A escoge su ropa pero teniendo que negociar primero con E.

Retomo el tema de la sesión pasada y le pido que hablemos de su prima, A se niega y dice que eso ya quedo en el pasado y a él no le importa. Se muestra apático y su atención está muy dispersa, habla poco y no profundiza.

Me pide que le ayude a que su mamá contrate internet para su casa, ya que la ocupa para realizar sus tareas y también le gustaría poder utilizar videojuegos, así como comunicarse con sus amigos a través de las redes sociales. Debido a que E prohíbe estas actividades en casa, A a recurrido a buscar acceso en casa de sus amigos.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: ropa llamativa, privación de la libertad de su prima, necesidad de videojuegos e internet en casa.

Contenido latente: búsqueda de independencia de la madre, resistencia a hablar sobre la privación de la libertad sufrida por su prima, negociación de apoyo para llegar a un acuerdo con la madre.

Análisis de las defensas:

Represión del parricidio, al asociarlo con el evento acontecido actualmente, negación de la privación de la libertad de la prima, aislamiento de los sentimientos originados ante lo anterior, sublimación al buscar el uso de videojuegos e internet para el contacto social.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: de carácter positivo, misma que se desarrollo al inicio de la sesión ante comentario halagador sobre su apariencia, y también cuando manifiesta la búsqueda de apoyo en negociación con la madre.

Contratransferencia: durante la sesión me provoca confusión y aburrimiento, salto de temas con facilidad al esforzarme en hacerlo hablar lo que manifiesta superficialidad, me produce desesperación cuando se niega a abordar el tema de la privación de la libertad, pero finalmente me alegro y lo apoyo en su solicitud.

8. Sesión 29 Agosto del 2011

Durante esta sesión, A me dice que está interesado en aprender a tocar el piano, le llamó la atención a partir de que fue a una presentación que realizó su hermano, quien está aprendiendo a tocar este instrumento en la Casa de la Cultura. Me platica que actualmente su hermano puede salir del Tutelar de Menores durante todo el día a estudiar, regresa a las 5:00 p.m. a firmar asistencia y puede volver a salir, teniendo que regresar a las 9:00 p.m. También me informa que lo ha visto en ocasiones entre semana y han ido a comer o bien H va de visita a su casa. A menciona no sentir nada al respecto, sin embargo A y E habían ocultado esta información. Confronto a A preguntándole porque no me informa de estos eventos tan importantes, se queda callado y se compromete a platicarlos a partir de este día.

En sesión pasada con la madre, ella me informa que ha sido dada de alta de su propia psicoterapia, proceso que duro aproximadamente 2 años, le pregunto a A su sentir ante lo anterior, a lo que responde que no le importar. En el transcurso de esta sesión continua su forma de comunicarse, superficial y cambiante, sin comprometerse a profundizar en ningún tema.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: interés por el piano, convivencia con su hermano afuera del tutelar de menores.

Contenido latente: identificación con su hermano a través de un instrumento musical, esconde información respecto a la convivencia con su hermano afuera del tutelar de menores.

Análisis de las defensas:

Sublimación al manifestar interés por aprender a tocar un instrumento musical, identificación con el agresor al interesarse por el piano al igual que su hermano, escisión al omitir información sobre la convivencia con el hermano que se ha llevado a cabo desde hace meses fuera del Tutelar de Menores, aislamiento de sus sentimientos al mencionar no tener ninguno respecto a ver a su hermano fuera de esta institución.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: con connotación negativa al ocultar información valiosa.

Conratransferencia: me entusiasma que se interese por aprender a tocar un instrumento musical, sin embargo este evento también provoca en mi inquietud por la identificación que está realizando con su hermano, de igual modo me percato de que siento enojo al descubrir que información importante ha sido ocultada o minimizada por parte de E y A.

9. Sesión 5 Septiembre del 2011

Espero la llegada de A a sesión durante 15 minutos y recibo su llamada a mi celular para informarme que ya está en camino, llega con un retraso de 25 minutos, y al preguntarle el motivo del mismo, responde que había mucho tráfico con actitud defensiva, le pregunto si me está diciendo el verdadero motivo y reconoce que fue porque se quedo dormido debido a que el fin de semana se enfermó de gripa y el día de la sesión había tenido temperatura, en ese momento comienza a frotarse el ojo derecho por lo que le pregunto que le ocurre, dice que tiene comezón y me muestra su ojo, mismo que está irritado y cuyo parpado superior está inflamado. Le pregunto cómo se ha cuidado y se queja sobre el cuidado que le ha dado su mamá, ella no le ha puesto nada para aliviarlo y el fin de semana que estuvieron juntos lo regañaba “*me dice que soy un pendejo y que no hago nada*”, le pregunto cómo le gustaría que lo tratara, dice que prefiere quedarse solo, que él no siente soledad y que él sabe que únicamente no está

acompañado. Esta muy molesto y no quiere platicar nada, le recuerdo que acordamos me comentaría más sobre su vida, pero de forma cortante responde que no ha pasado nada.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se habla respecto al retraso para llegar a consulta y a su salud física y cuidado ante ella.

Contenido latente: manifestación de resistencia al llegar tarde y demanda de cuidado a su salud física de parte de su madre.

Análisis de las defensas:

Desplazamiento del enojo hacia la madre por no satisfacer sus necesidades de cuidado físico, mismo que muestra al actuar su resistencia a acudir a sesión y permanecer con una actitud molesta y cortante. Vuelta del instinto contra el yo al no responsabilizarse de su propio cuidado físico.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: de carácter negativo manifestada al llegar tarde a consulta y continuar con una actitud molesta y cortante.

Conratransferencia: me siento molesta respecto a su llegada tarde y mentira al respecto, pero me da consuelo que reconoce cual fue el verdadero motivo, me intranquiliza que se enferma con frecuencia, además me irrita la falta de cuidado de parte de su mama, así como el hecho de que A aun no se responsabiliza de su propio cuidado. Del mismo modo siento desanimo al escuchar que prefiere estar solo y finalmente me percato de una sensación de impotencia al no lograr que A platique mas durante esta sesión.

10. Sesión 12 Septiembre del 2011

Saludo a A y le pregunto cómo ha estado, responde cortantemente, actitud acostumbrada en él, dice estar bien y me platica que en la semana ha entreno atletismo

diariamente. A informa que hace mucho ejercicio, toma la clase de educación física dos veces por semana, karate un día a la semana, atletismo lo practica todos los días y los fines de semana sale a excursiones con los boy Scouts. Le pregunto cómo es que tolera tanto desgaste físico si no come bien, responde que no lo sabe, y menciono que su mamá da mucha importancia al ejercicio, le obligaba anteriormente a practicar básquet al igual que ella, lo cual le molestaba mucho. Menciona que el básquet y el fútbol son deportes que se le dificultan, sin embargo es muy bueno en el atletismo y le gusta porque suda y se cansa más que en la práctica de otros deportes, le reconozco que es un ejercicio que requiere una alta condición física y continuo indagando, narra que son aproximadamente cincuenta jóvenes de su escuela quienes pertenecen al equipo de atletismo, de los cuales tan solo forman parte 4 alumnos de segundo grado de secundaria, grado académico que actualmente cursa A. Se muestra orgulloso y manifiesta que son pocas personas quienes deciden integrarse debido a la intensidad del deporte. Interpreto que probablemente el motivo por el cual destaca en atletismo es porque es un deporte individual y en básquet requiere trabajo en equipo, responde que no le importa esto, le pregunto cómo se siente al trabajar en equipo en su grupo de boy Scouts, parece molestarle que le recuerde sus actividades en este grupo y dice que está muy atrasado ya que no ha hecho los trabajos que le dejaron de tarea debido a que tiene flojera, platica que le dejan estas asignaturas que se evalúan en conjunto con las actividades físicas para poder darles insignias como reconocimiento a su labor, recientemente no ha ido y no sabe cuál fue la última tarea, pregunto qué consecuencia tendría que no acuda y no entregue las tareas dadas, dice que podrían sacarlo del grupo pero no le importa porque se puede integrar a otros grupos y que recientemente ya no le gusta ir porque los jefes del grupo no le simpatizan. Dice que el motivo por el cual no ha trabajado es por falta de tiempo ya que sale muy tarde de la escuela y acude a prácticas deportivas todos los días.

Cambia de tema y menciona que ese día solo ha comido granola y jugo, argumenta que es porque quiere adelgazar y se ríe burlescamente, dice que está gordo y señala su abdomen, indica no querer engordar porque no quiere verse más feo, dice sentirse así pero saber que es sexy, no quiere entrar a mayor detalle y le da pena hablar sobre el

tema. Le recuerdo que anteriormente siempre decía lo guapo que era, dice que ahora cambio porque ya ha madurado al cumplir los 13 años de edad, dice ya ser grande porque toma café, le pregunto qué otro producto consume que lo haga sentir mayor, dice que el cigarro, pero no fuma tanto y argumenta que sus compañeros de los boy scouts consumen marihuana pero él no ha aceptado hacerlo porque considera que es para gente fea y naca. Menciona que solo compra cigarrillos sueltos y no cajetillas, le recuerdo la ocasión cuando dejó una cajetilla a fácil vista en su cuarto, constándole que su mamá la vio y sin embargo no le menciono nada al respecto, dice que ahora tiene cuidado y no hay nada malo que su mamá pueda encontrar en su cuarto, se queda pensativo y menciona que tal vez podría enojarse de que tiene guardadas navajas que eran de su papá, se las daban en su trabajo y ahora A las toma para las actividades de los boy scouts, menciona que su padre no les dio uso. A ha perdido ya un total de 3 navajas e ignora que fue lo que paso con ellas y reconoce que también descompuso la de mayor calidad, estas navajas normalmente están guardadas en un cajón ubicado en el cuarto de sus padres, A las toma sin permiso y no las regresa conservándolas en su cuarto, menciona que las toma sin permiso porque su mamá no se las quiere prestar y le grita, pero que ahora a él no le importan sus gritos porque ya se dio cuenta que estos no le hacen nada, lo hago razonar el motivo por el cual su mamá no quiere prestárselas, dice que porque son filosas, y lo confronto diciendo que es debido al evento traumático ocurrido en su familia, A lo reconoce así. Le digo que estas navajas deberían de tener más significado para él ya que representan el recuerdo de su padre y las está perdiendo, además que ignora la autoridad de su mamá. Se molesta y dice que no tiene importancia, interpreto que está desapareciendo las armas blancas de su casa por su propia seguridad, lo niega. Le pregunto cómo se siente respecto a que su hermano este visitándolos en casa y sepa en donde se encuentran ubicadas las navajas, se molesta y dice que soy muy dramática, comienza a hacer ruido con sus manos y reconoce que si lo había pensado. Insiste en dejar de hablar del tema, le recuerdo que habíamos acordado que me platicaría este tipo de información, y le interpreto que la está ocultando porque le provoca resistencia, y le pregunto cuál es el objetivo de que asista a psicoterapia, dice que es porque está loco, se

ponen nervioso y comienza a jugar con el cierre de su pantalón, le pido que deje de hacerlo, se detiene y toma el porta velas que se encontraba sobre la mesa central, aun tiene la etiqueta debajo, se lo pido para quitársela y me pregunta porque no me había dado cuenta, contesto que es debido a que él es el único paciente que toma los adornos, me pregunta cuál es el motivo por el cual acuden el resto de mis pacientes a psicoterapia, le digo que por motivos diferentes pero todos van a analizar la situación que viven, me dice que todos mis pacientes van para decir mentiras y a darme el avión, le pregunto si es esto lo que él hace. Cambia el tema y recuerda que vio una película de cine de arte que lo traumo porque había escenas de sexo homosexual, dice que no le afecta las escenas sexuales, sino el que fueran hombres musculosos que usaban mascararas de cerdo y garras para lastimar a una mujer, dice que hacían cosas feas pero no quiere describirlas. Dice que me lo platica porque en la película tocan canciones de Lacrimosa, platica sobre los álbumes del grupo y menciona que el primero se llamo Soledad, el segundo Miedo y otro se llama Gótica, menciona que no le gustan tanto los más recientes porque es música más comercial, y le gustan los primeros porque lo hacen sentir como si estuviera drogado, es música depresiva pero él solo se deprime en ocasiones y otras se relaja, dice: *“se siente genial, como un trenecito en el cielo”*, y que por sentirse drogado se refiere a que los tonos de las canciones son muy intensos, menciona que principalmente se siente así con las primeras canciones, mismas de hace 20 años grabadas en alemán, y que no encontraba las canciones debido a que el nombre de las mismas estaban en alemán, él las recordaba de cuando era niño ya que su hermano las ponía en casa, menciona que su hermano tiene estas canciones en su celular, mismo que puede utilizar durante todo el día al salir del tutelar, su mamá se lo compro y es un celular de los más nuevos y costosos, un celular cuya función principal son los videojuegos, le pregunto como lo hace sentir que su mamá se lo haya regalado a H, dice molestarle porque él también lo quiere. Le confronto la incongruencia de que su mamá le compro un celular con videojuegos a H, mientras que a A no le permite jugar en casa. Dice que no le interesa.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: en esta sesión se abordan temas como las actividades deportivas que A práctica, su actual inasistencia al grupo de los boy scouts el fin de semana, el apoderamiento de navajas que fueron pertenencia de su padre, finalmente se retoma el tema de sus gustos musicales.

Contenido latente: se manifiesta autoagresión a través de practicar diversas actividades deportivas de forma excesiva, además de una marcada necesidad de reconocimiento a sus logros deportivos, mismos que marcan para él la diferenciación a su hermano, también se expone el desafío a la autoridad representada por los boy scouts, la identificación con su padre a través del apoderamiento de navajas que le pertenecieron y autoprotección al eliminar armas blancas de su hogar, y finalmente se retoma el tema de la identificación con su hermano a través de sus gustos musicales.

Análisis de las defensas:

Vuelta del instinto contra el yo manifestada en las actividades deportivas que realiza de forma excesiva, también se agrede al no alimentarse adecuadamente, formación reactiva al manifestar que no le importaría ser expulsado de los boy scouts ante sus inasistencias y que tampoco le interesa recibir las insignias, racionalización al justificar su inasistencia al grupo, desplazamiento al comenzar a agredirme después de interpretación acertada sobre de autoprotección de su hermano, identificación con el agresor manifestada en sus gustos musicales. Negación del enojo al decir que no le importa que su mamá le prohíba jugar videojuegos mientras le compra un celular específico para esta actividad a su hermano. Escisión mostrada ante los cambios constantes de actitud y transferencia, así como la ambivalencia entre amor y odio, identificación y desidentificación hacia sus padres y hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: negativa al llegar demostrada con actitud cortante, sin embargo se modifica a positiva cuando comienza a platicar fluidamente de sus actividades

deportivas. Busca el reconocimiento a sus logros deportivos de mi parte y su madre ya que esta da mucha importancia a la práctica deportiva y constituye también una diferenciación a su hermano quien no practica ningún deporte.

Contratransferencia: me siento orgullosa de sus logros deportivos, y molesta debido a que no procura su descanso y alimentación, me irrita que no asista ni respete la autoridad del grupo de los scouts. Me da esperanza la búsqueda de diferenciación de su hermano y expectativas favorables ante la conducta de autoprotección al eliminar las armas blancas de su casa, sin embargo finalmente vuelve a impacientarme su identificación con el hermano manifestada a través de sus gustos musicales, dicha identificación es promovida por las consideraciones que su hermano continua teniendo de parte de su madre. Cabe señalar que se genera en mi confusión al notar en una misma sesión la ambivalencia respecto a diferenciarse e identificarse con su hermano.

11. Sesión 19 Septiembre del 2011

Durante esta sesión comienza hablando muy bajito y casi no lo escucho, toma un dulce y avienta la envoltura al bote, no le atina y la deja en el suelo, tengo que pedirle que la recoja. Llego 15 minutos tarde porque se quedo dormido, dice que estaba muy cansado por el entrenamiento y que después se metió a bañar para poder asistir a la psicoterapia. Su actitud es muy introvertida, le pregunto qué pasa y dice que nada, le pido que me platique libremente, me platica que salió con su mamá a visitar Tequisquiapan, Peña de Bernal y Querétaro, fueron acompañados de una familia que conocen de los scouts, solo dice que estuvo padre y no manifiesta entusiasmo. Platica que comió mucho durante el viaje, y todo le gusto mucho, principalmente los chilaquiles. Me muestra una pulsera que compro en el viaje y dice que adquirió muchas cosas como playeras, accesorios para el celular y piedras magnéticas.

Le pregunto si extraña el salir de la ciudad con frecuencia como solían hacerlo con su papá, responde únicamente que así es. Le pregunto por qué no me había comentado que iba a salir de viaje en la sesión pasada, dice que él no sabía si iba a ir porque quería ir a una fiesta, pero un día antes decidió hacerlo, su mamá iba a ir independientemente a la

decisión que A tomara, le digo que es muy bueno que su mamá le haya dado la posibilidad de elegir. Dice que él cree que ella hubiera preferido que él no fuera porque tuvo que gastar más.

Durante toda la sesión A ha estado muy reservado, le digo que la sesión pasada estuvo muy platicador y está no y que esta conducta es cíclica, reconoce que mi observación es acertada.

Le pregunto cómo se sintió de compartir tanto tiempo con su mamá, dice que no hay diferencia y que no se molestaron por nada. Sin embargo dice que no desea que su mamá pase más tiempo con él porque sería un nerd. Le digo que es diferente la convivencia entre su mamá y él, incluso en los viajes porque antes los hacían con su papá y hermano. Permanece en silencio. Le pregunto cómo fue la convivencia con la otra familia, a lo cual no contesta, por lo que indago sobre la convivencia de la familia con la que viajo, específicamente respecto a la forma de tratar los padres a sus hijas, A menciona que en ocasiones las regañaron. Cuestiono si extraña la función de su papá en donde lo cuidaba y lo regañaba, dice que no lo extraña, así que le pregunto si al no tener a su papá para ser la autoridad en casa, entonces él sabe cuáles son las reglas, dice que sí. Le digo que lo más importante de razonar cuando una persona ya no está más con nosotros es pensar en lo que deja con nosotros como sus enseñanzas. Le recuerdo la película del Rey León, comenzamos a platicar al respecto y le narro la historia, haciendo énfasis en la parte de la historia en donde el chamán del pueblo lleva a Simba a ver su reflejo sobre el agua y le dice que ahí está su papá, simbolizando que su papá se encuentra en él mismo, a través de su parecido físico y en valores. A escucha toda la historia atentamente y en silencio, cuando le pregunto qué opina, dice que a él no le importa, le pregunto si como cree que se parece esta historia a su vivencia, dice que en haber perdido a un papá, le pregunto si él se sintió responsable de la muerte de su papá, si le han dado ganas de huir como lo hizo Simba, a lo que responde que no es así. Al preguntarle que recuerda de su papá, se queda en silencio y dice que no sabe.

Le digo que es muy ambivalente al ser un día amable y abierto y al otro día grosero y cerrado, dice que todos se lo dicen y eso no tiene nada de malo, le digo que si es malo

porque la gente no sabe cómo tratarlo, le pregunto si su mamá también es así de ambivalente con él, a lo que contesta: “*chance*”.

Retomo la pregunta de qué fue lo que le dejó su padre de legado, dice que le dejó todo lo que tiene, está siendo sarcástico y evade la pregunta, se enoja y dice: “*¡ya, eso!*”. Le pregunto qué piensa de la parte de la historia de Simba en donde deja de huir y enfrenta sus problemas al regresa a su reino y enfrentar a su tío, no responde, así que le digo que él también huye de sus problemas, a lo que responde que él no tiene problemas, interpreto que parece querer permanecer en su selva mágica en donde no hay problemas, y dice que eso no tiene nada malo, le digo que si porque está creciendo y hay gente que lo necesita, explica que nadie lo necesita, le comento que su mamá, sus amigos y su familia. Expresa que él no está evadiendo nada, así que lo confronto con que el hecho de no haber llorado y no querer hablar respecto a su enojo y tristeza es una conducta para evadir los problemas. Expone que el si habla, y le digo que entonces porque siempre tengo que preguntarle todo, señala que conmigo es con la única adulta que habla, solo habla con jóvenes de su edad. Se lo reconozco porque se que es muy serio e incluso no saluda a mayores, le pregunto por qué lo hace, dice que no sabe y siempre fue así pero hasta ahora se da cuenta, que no le salen las palabras con mayores de 20 años, que tampoco hablaba con sus papás, ni lo hace con su mamá, con su hermano tampoco habla aunque sea joven.

Comienza a hacer un ruido con los dedos, los truena e intenta distraerme, retomo el tema de su sentir hacia los adultos, pero dice que no sabe qué le pasa, permanece en silencio y finalmente dice que es por desconfianza. Desvía el tema preguntándome si tengo la prueba de Rorschach, le digo que no, y lo confronto con que distrae mi atención cuando hablamos de temas importantes.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se expone su experiencia durante un viaje a Querétaro, y la elaboración del duelo por su padre.

Contenido latente: se expone la búsqueda de independencia de la madre y manifestación de enojo hacia ella y la elaboración del duelo del padre.

Análisis de las defensas:

Regresión oral al tener un dulce en la boca y narrar que comió mucho durante el viaje, aislamiento al no manifestar sentimientos ante la pérdida de su padre, represión de los recuerdos positivos de su padre, racionalización al explicar que conmigo si habla a diferencia de con otros adultos.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: negativa en un inicio al mantener su distancia hablando con una voz con bajo volumen, agresión al tirar al suelo la envoltura de un dulce y llegar tarde a consulta, la transferencia se modifica a positiva una vez que comienza a narrar el viaje a Querétaro, manifestó ambivalencia durante toda la sesión respecto a su actitud, misma con la cual se desarrolla en sus relaciones objetales y también es manifestada por la madre. También hay transferencia positiva cuando me expone que soy la única persona mayor con quien habla y en quien confía.

Contratransferencia: me siento molesta en un inicio de la sesión porque A continua ocultando información valiosa, enseguida me encuentro satisfecha en el abordaje realizado sobre la elaboración del duelo del padre y finalmente agradecida por la confianza depositada en mí.

12. Sesión 26 Septiembre del 2011

En esta ocasión su actitud es positiva y su plática fluye libremente desde el inicio de la sesión, trae su pantalón desabrochado, se lo digo y lo sube sin mostrarse apenado. Me pregunta si conozco el juego de facebook llamado “Imperio y Aliados”, se trata sobre una ciudad en guerra, en donde el jugador se tiene que preparar para la misma y puede jugar de forma individual o en línea con sus amigos, a quienes puede ayudar o invadir, A

va en la batalla numero ciento dieciséis y ha invertido horas para llegar a esta. Siempre le han gustado los videojuegos que tratan de invadir y ganan batallas.

Cambia de tema y dice que se siente estresado porque tiene mucha tarea para el día siguiente, debido a que dejó juntar la tarea del día con la de la semana pasada. Observa sus dedos, están amarillos porque acaba de comer frituras, nuevamente los tiene lastimados porque se muerde la cutícula, cuando lo confronto sobre que se esta agrediendo a si mismo desvía el tema al platicar que le gusta comer churros con mucha salsa que venden frente a su escuela, a pesar de que le provocan gastritis y bromea diciendo que morirá de este padecimiento.

Nuevamente menciona que él es un Dios, y recuerda a Baphomet pero reconoce que no es real, dice que duda sobre la existencia de Dios, le pregunto cómo ha experimentado la vivencia de estar en una escuela católica, dice que es difícil ya que tiene una clase de religión y que en la escuela son muy estrictos y no hablan sobre la sexualidad, pero él ya lo sabe todo, le digo que ha de ser difícil no tener a su papá para que lo oriente al respecto, le pregunto si tiene deseos sexuales y no quiere hablar al respecto, menciona que por el momento no tiene novia y que está enamorado de doce mujeres de la escuela, le pregunto qué significa para él estar enamorado y responde: “*amor, traición, celos*”, que significa lo mismo que es para mí y que es muy complicado para definirlo, agrega que le gustan aproximadamente cincuenta niñas pero está enamorado tan solo de doce, a una de ellas le pidió ser su novia hace cuatro años, y ella le dijo que no, le gustan de mayor edad a él, pero que también busca que sean bobas y las pueda engañar, se ríe y me bromea explicándome una historia de la concepción con elefantes, historia que ya había utilizado anteriormente para evadir responder, dice que le gustan las mas bobas porque así puede estar enamorado de todas, y que este es uno de los motivos por los cuales es un Dios, al preguntarle sobre la utilidad de estar enamorado de todas al mismo tiempo, concluye que el estar enamorado significa para él únicamente la atracción física, y en realidad no ha querido a nadie, que nunca lo va a hacer, a lo cual interpreto que esta dinámica de que le gusten tantas sin querer a nadie es una protección para él. Cambia el tema, y menciona que perdió el dije que traía en su pulsera, mismo

que tenía forma de tenis y que compro en Querétaro, se sorprende que yo lo recuerde. Dice que ya fue demasiado por este día y comienza a bostezar, distrae mi atención al hablar sobre la iluminación del consultorio, me pregunta si leo los libros que tengo y si tengo juegos nuevos. Finalmente menciona que siente que se le ha inflamado sus mejillas y me pregunta si me siento igual que él, ya que lo atribuye a los dulces del consultorio.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se habla de su videojuego favorito, sus creencias religiosas y el concepto que tiene de estar enamorado.

Contenido latente: sesión que representa lo que un videojuego simboliza para el paciente, es decir la competencia que vive con su hermano respecto a quien posee el lugar junto a la madre y la necesidad de vencer al enemigo cuidando su bienestar, de igual modo durante esta sesión se despliega su necesidad de mantener el control para sentirse seguro a través de declaraciones omnipotentes y finalmente el concepto que ha desarrollado sobre las relaciones de pareja y la ambivalencia amor – odio dentro de las mismas.

Análisis de las defensas:

Se muestra represión al reaccionar favorablemente ante mi llamado de atención a su pantalón desabrochado, así como desplazamiento, de la competencia hacia el hermano manifestada ahora a través de su selección de videojuegos, sublimación de impulsos agresivos a través de la creación de un escenario ficticio existente en el videojuego, sublimación manifestada en la preocupación por realizar su tarea, vuelta del instinto contra el yo que expone en sus lesiones en los dedos y su falta de cuidado hacia la gastritis, omnipotencia en sus declaraciones sobre sus creencia religiosas, proyección de su agresión y ambivalencia al evaluar su concepto de enamoramiento, proyección al preguntar si me siento igual que él al final de la sesión.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: se presenta la transferencia positiva ya que llega a sesión con una actitud abierta y su plática fluye libremente, tiene conducta de seducción al llegar con pantalón desabrochado. Ha manifestado conductas que pueden significar su reclamo de territorio sobre el consultorio y sobre mi persona, transfiriéndome el rol materno, estas conductas pueden ser el hecho que intenta dejar basura tirada, lame los objetos decorativos, sube los pies a la mesa central dejando sucio, y a través de su conducta seductora, percibo que busca en mí nuevamente la preocupación por su bienestar físico, percibe las relaciones objetales de forma ambivalente mezclando amor – odio en las mismas, situación que nos brinda una explicación satisfactoria al motivo por el cual su trato en cada sesión es cambiante y con este la transferencia manifestada.

Contratransferencia: me siento tranquila al escuchar su plática fluida y su interés por los videojuegos en donde manifiesta el deseo de enfrentar a sus enemigos, pero también de protegerse, me alegra que se preocupe por sus tareas y me desanima que no cuide su salud física, me alivia su manifestación de realidad sobre la existencia de Baphomet, me indigna su concepto del enamoramiento y su trato hacia las mujeres, me satisface la alianza establecida manifestada en la necesidad de comprensión e identificación ante sus sensaciones.

13. Sesión 10 Octubre del 2011

A está preocupado porque tiene mucha tarea y menciona que no quería acudir a la sesión para quedarse en casa a hacerla, sin embargo esta de buena actitud y platica fluidamente. Le digo que me da gusto que se preocupe por hacer sus tareas, contesta que solo lo hace porque ya va reprobando dos materias, matemáticas y física, nunca le han gustado estas materias. Le dejan las tareas complicadas con mucho tiempo de anticipación pero él las hace un día antes, por lo cual se le juntan con las tareas sencillas que le han dejado el día anterior a clase. Le pregunto si existe alguna persona de quien si cumpla las reglas, impulsivamente contesta que de nadie, pero reflexiona y corrige, dice que solo del director de su escuela, porque le da miedo ya que él puede expulsarlo.

También me dice que en los boy Scouts si respeta las reglas pero no lleva el uniforme como lo piden porque no le gusta llevar el short tan corto ni estar fajado, y en este grupo no tiene miedo a ser echado porque sabe que puede integrarse a otro grupo.

También platica sobre sus prácticas de atletismo y que recientemente mientras estaba corriendo se le metió una mosca en el ojo, sintió el golpe y se frotó el ojo pero dejó de sentir la incomodidad, fue hasta el día siguiente que descubrió que aun tenía la mosca muerta alojada en el párpado inferior.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se aborda el tema de la realización de sus tareas, el cumplimiento de las reglas tanto en la escuela como en los boy Scouts y finalmente un acontecimiento significativo durante sus prácticas de atletismo.

Contenido latente: en la sesión se manifestó la canalización de sus pulsiones a conductas productivas, diferenciación del hermano al buscar un desempeño académico deficiente a diferencia de H quien siempre ha tenido un rendimiento de excelencia, el respeto hacia las figuras de autoridad masculinas y la desatención hacia el cuidado de su salud física.

Análisis de las defensas:

Sublimación ante la preocupación por realizar sus tareas, negación de la inteligencia similar a la de su hermano, vuelta del instinto contra el yo al sabotear su desempeño académico, desplazamiento de miedo hacia las figuras de autoridad masculinas, negación del malestar físico.

Análisis transferenceal - contratransferenceal:

Transferenceal: transferencia positiva al tener buena actitud y entablar libremente la conversación.

Conatransferenceal: me molesta que no se prepara adecuadamente para sus clases y sabotea su desempeño académico, me irrita el reto que hace hacia la autoridad, me

preocupa su sentimiento de miedo hacia las figuras de autoridad masculina pero este dato amplía mi perspectiva respecto a su sentir hacia su padre, y me alarma la negación que hace hacia su malestar fisiológico.

14. Sesión 17 Octubre del 2011

A llega a sesión puntual, se sienta y toma un dulce de mantequilla del dulcero, dice que no le gusta y lo tira a la basura. Le pregunto qué ha hecho, a lo que contesta que nada, después hago la observación de que lleva nuevos tenis, se molesta porque un mes con ellos, ya los había llevado a la sesión y sin embargo yo no los había notado. Tiene los ojos pequeños y dice tener mucho sueño. Se quedo dormido antes de acudir a terapia y no tuvo tiempo para comer. Le pregunto que hizo en su semana, platica que entreno atletismo porque compitió a nivel estatal entre varias secundarias, la competencia se llevo a cabo en la avenida madero, hubo mucha gente pero su mamá no pudo ir debido al trabajo, compitieron 10 niños de su colegio, le digo que debe ser muy bueno ya que fue seleccionado para competir, parece alegrarle este comentario ya que después de este platica fluidamente, me dice que quedo en decimo lugar de la competencia, lo felicito y le digo que es todo un orgullo y se lo merece por todo el tiempo que practica, también reconozco que tiene un cuerpo atlético que le ayudo en este deporte, le pregunto cómo se siente al haber ganado, solo contesta que bien y le indico que es muy poco efusivo, dice que nadie lo felicito, la competencia es una vez al año y es la primera vez que participa, le pido que me platique más, se ríe y platica de forma automática y cortante que primero llevo y calentó, que se llevo a cabo teniendo su salida de la Catedral y llegando hasta San Diego, y después se fue a comer con su novia y en seguida a casa de ella, posteriormente a su propia casa. Le pregunto quién es su novia, contesta “una mujer”, me hace reír, dice que está enamorado.

Cambia de tema y menciona que tiene ganas de comer algo salado porque todo el día solo ha comido dulce, dice que si hay comida en su casa, pero no alcanzo a llegar porque se quedo platicando en la escuela, se quedo conquistando a una compañera, así que le cuestiono que le parece a su novia que él haga eso, dice que no le importa y que ella se

tiene que aguantar porque él la puede engañar si quiere, le digo que a él no le importan los sentimientos de ella, y le confronto que él si quiere importarle a los demás pero no es reciproco, dice que no es para tanto.

Se levanta al closet a ver los juguetes, toma una pelota amarilla pequeña y comienza a platicar que hoy lo regañaron en la escuela muy feo porque estaba haciendo mucho relajó, comienza a botar la pelota y narra que estaba jugando en la clase de computación, en donde le quito la silla a un chico, provocando que esté se cayera y jalara la computadora, afortunadamente nadie salió lastimado, A se disculpo con él y la computadora no se descompuso, sin embargo el asesor lo regañó, es el profesor más estricto de la escuela, este regañó le pareció injusto porque cree fue muy fuerte y se sintió ofendido. Se justifica diciendo que había dos grupos en un mismo salón, eran muchos alumnos y este fue el motivo por el cual no había lugares disponibles, A tomo la silla justo antes de que el compañero se sentara y se justifica con que no fue una broma sino que lucho por su lugar.

El viernes también lo regañaron, ya que supuestamente amenazo a una maestra, aunque dice que ya no se acuerda y que es cierto que esa maestra le cae gorda. A, le dijo a la maestra: *“le va a esperar una sorpresita en su casa”*, se justifica con que otros niños le dijeron cosas peores, ella le cae mal porque le deja muchos trabajos, es exigente, y agrega que esta fea y por eso es mala. Le confronto que lo que ocurre es que no le gustan las reglas y no le gusta hacer tareas. Lo reportaron y la asesora le dejo una investigación respecto al tema de acoso escolar.

Me amenaza con lanzar la pelota por la ventana o romper algo del consultorio con ella, a lo cual interpreto que me está agrediendo y hace lo mismo que ha hecho a su maestra, dice que solo bromeaba e intenta cambiar de tema pero lo detengo preguntándole que utilidad cree que tienen sus bromas, responde que ninguna, le interpreto que de esta manera se siente seguro al mantener alejadas a las personas a quienes les produce molestia y hasta miedo. Reconoce que la gente si le tiene miedo. Cambia nuevamente el tema y me dice que lo agregue en facebook, porque quiere que conozca el videojuego que le gusta, mismo en el que juega dos horas diarias.

Lo regreso al tema de provocar el miedo a las personas, lo confronto con que H le hacía lo mismo al amenazarlo y provocarle miedo, dice que no recuerda y que él no se parece a su hermano, molesto intenta terminar la plática minimizando su importancia, le digo: *“Un día a tu hermano, su bromita se le salió de las manos, tal vez solo quería provocarle miedo a tu papá”*. Continúa botando la pelota e interrumpe la conversación haciendo tan ruido que no podemos escucharnos. Le pregunto si se imagina como me ha hecho sentir con su amenaza, se molesta y no quiere responder, solo dice que estaba jugando, intento que se concientice sobre los sentimientos de rechazo que provoca en las personas con quien convive.

Varía nuevamente el rumbo de la conversación y dice que le duele una muela, tiene caries y no le ha dicho a su mamá, se le cayó una amalgama. Recibe un mensaje de su novia en este momento y le pregunto sobre el contenido del mismo, se pone resistente, pero platica que regreso con su primera novia, me pregunta porque quiero saber, dice: *“¿qué tal si soy gay?”*, después menciona que él tiene muchas novias y que va a tener muchas amantes, lleva un mes con su novia y planea terminarla, al preguntarle el motivo cambia el tema y dice: *“me voy a matar”*, voltea a verme, le pregunto porque dijo eso, y dice que tan solo se le ocurrió, me pregunta: *“¿hay un castigo por suicidarse?”*, le contesto que si ante la religión católica, y cuestiono desde cuando ha pensado en esto, dice que todos los días y que es algo normal, dice que no es tan malo, que se quiere morir pero que no le duela, le pregunto qué entonces tal vez no quiere morir sino huir de algo que le duele, dice que le huye a la felicidad, que huye a algo malo que le pasa desde hace mucho tiempo y siempre está ahí, pregunto si fue lo que ocurrió a su familia, dice que no. Me pone un ejemplo y dice que se siente como cuando se está haciendo un trabajo y de repente se borra y cuesta mucho trabajo volver a empezar, dice que así se siente. Clarifico que eso es normal, que es no querer pensar, evadir los problemas y que no es lo mismo que querer morir, se ríe y le pregunto si sabe lo que es morir, a lo que responde afirmativamente. Cambia el tema, lo desvía a que sus bóxer salen de su pantalón, lo regreso al tema y le pregunto cuando ha pensado en suicidarse, responde que todos los días, le pregunto el motivo y manifiesta: *“A: porque si, (silencio), mi*

mama (silencio), T: ¿por tu mama?, A: si, T: ¿porque estas enojado con ella?, A: no. Dice que no se siente así cuando lo regañan en la escuela, ni con su novia, pero que a ellos le dan ganas de matarlos, amplía su respuesta y dice: “les daría una muerte chida”, la cual define que sería con una espada. Dice: “ashh; ahora vas a decir que lo dije porque mi hermano uso una espada, T: tu lo dijiste, A: ¡que no es por eso!, T: ¿pero no te pareces a tu hermano?, A: no, yo soy inteligente, T: pero ambos son agresivos, A: ¿cual agresión pues?, yo solo pego cuando juego con mis amigos, T: ¿tienen alguna espada en tu casa, A: no, ashh me choca mi mamá, T: ¿Por qué?, A: porque ya no están las cosas de mi hermano en la casa, vendió su playstation. T: te está protegiendo, A: pero jugar o vestirme de negro no me hace malo.

Se le va la pelota abajo del sillón y la deja ahí, me molesto y le digo que la saque, me platica que se le perdió su celular y esta ahorrando para comprar otro, de lo que su mamá le da para el gasto, va a guardar una parte y la otra se lo a pagar su mamá, acaba la sesión y le pido que guarde la pelota.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se habla respecto a la competencia de atletismo en la que gano en días pasados, posteriormente se aborda el respeto que hace de sus maestros y su autoridad en el colegio, para finalizar con una intensa platica respecto a la ideación suicida.

Contenido latente: búsqueda de reconocimiento por logro obtenido en la carrera de atletismo, búsqueda de un trato justo por parte de las figuras de autoridad, agresión manifestada en el trato hacia sus maestros, búsqueda de contención respecto a su ideación suicida y manifestación del enojo y sentimiento de injusticia.

Análisis de las defensas:

Desplazamiento hacia mí de su molestia hacia su mamá por no haber acudido a su competencia deportiva ni darle el reconocimiento esperado, formación reactiva al demostrar indiferencia ante la desatención de su mamá al respecto, escisión al mostrarse

tan solo agresivo y machista respecto a la atención de su pareja, desplazamiento de la agresión y la ansiedad en la manipulación de la pelota, racionalización al buscar explicar cuál fue el motivo por el cual tomó la silla, identificación con el agresor al amenazar a una de las maestras, sin embargo nuevamente racionaliza al buscar explicación, identificación proyectiva al sentirme atacada con su amenaza de la misma forma que él se sintió frente a su hermano, vuelta del instinto contra el yo expresada a través de su ideación suicida, identificación con el agresor al desear matar a quien lo hace enojarse con una espada, negación del miedo a morir en manos del hermano y se adelanta deseando morir de una forma tranquila e indolora.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: inicialmente negativa, mostrada al tirar un dulce recién tomado y molestarse ante observación a sus tenis nuevos, niega la falta de atención de su mamá hacia sus actividades deportivas, continua la transferencia negativa cuando se desespera y concluye la plática sobre la competencia de forma automática y cortante, me hace objeto de su agresión a través de una amenaza, al igual que ha venido realizando con sus maestros y amigos, finalmente se presenta la transferencia positiva después de interpretaciones, manifestada durante la plática respecto a su ideación suicida.

Conatransferencia: me siento orgullosa de él por su desempeño en la competencia y el compromiso que ha mostrado con la práctica de este deporte, me indigna el regaño severo de parte del asesor en el incidente de la silla, me siento atacada ante su tendencia a amenazar y al mismo tiempo me entristece que sea para él un mecanismo de protección, me bloquea el ruido que hace con la pelota, me alarma su ideación suicida, así como la agresión desplazada a los amigos y la ideación de su propia muerte y la de los demás.

15. Sesión 24 Octubre del 2011

En esta ocasión llega tarde 15 minutos, le pregunto cuál es el motivo y solo dice: “*porque sí*”, de una forma cortante, se ríe de forma burlona y agrega: “*soy un mamón*”,

comenta que toda la gente le dice que lo es. Le hago recordar sobre otros comentarios que sus amigos le han hecho sobre su forma de ser, concluye que lo que ocurre es que es bipolar, le cuestiono que entiende por el termino y justifica su respuesta diciendo que lo que pasa es que cambia muy fácilmente de humor, de un momento a otro puede pasar de estar muy feliz a estar muy enojado, y se enoja con mucha intensidad y frecuencia. Pregunto cuándo fue el día que ha estado mas enojado, dice que el día de hoy fue un día que se sintió muy enojado pero no me quiere platicar, solo menciona que se enojo en la escuela y que no importa el motivo.

Su expresión facial es de mucha seriedad, se lo hago notar y dice que ya no sonrío porque no quiere arrugas. Menciona que tiene mucha sed, así que pido un vaso de agua para él, la toma en su totalidad en cuestión de segundos. Le pregunto si comió y dice que sí, comió tacos preparados por su mamá, comió en casa estando solo debido a que ella estaba en el trabajo. Le pregunto cómo se siente que su mama lo cuida dejándole comida preparada y contesta diciendo que él cocina mejor, pero no lo hace porque le da flojera.

Me dice que últimamente no se alcanza a bañar antes de llegar a consulta, porque saliendo de clases entrena atletismo o platica con sus amigos. Intento retomar el tema del enojo vivido en la mañana, reacciona molesto y pide cambiar de tema, pero después dice que como yo quiera, que yo soy la psicóloga y que puedo preguntar lo que quiera, después me recomienda que utilice el facebook como herramienta para la psicoterapia, plantea una situación hipotética en donde yo podría descubrir por este medio si uno de mis pacientes está deprimido y desea suicidarse y tal vez lo publique, cuestiono como se sentiría de que yo pueda tener acceso a información que el publique y que si veo información importante se lo cuestionaría durante la sesión, dice que no habría problema, le digo que no tenemos que recurrir a esta herramienta si él personalmente me puede decir que es lo que ocurre.

Retomo el tema del enojo, y se genera la siguiente conversación: “A: *aaaajj, es que mira, estoy loco, soy muy raro, soy un fenómeno, en serio a veces pienso que estoy enfermo mentalmente, porque mira, cuando alguien me hace enojar, yo me enojo mucho, así demasiado, más de lo que te puedas imaginar, y entonces yo ataco a la otra*

persona, y ella se enoja también mucho. Cuando más feliz esta la persona yo mas la ataco, cuando hay muchas personas felices yo me pongo de malas, y después que las ataco yo paso de estar muy enojado a estar muy feliz, así nada más. T: ¿sientes envidia a que ellos sean felices y tu no? , A: Creo que sí, no sé, como que me empalagan, no todas las veces eehh. T: ¿Qué motivos tienes para estar feliz?, A: (silencio prolongado), ee, este, es una pregunta complicada, (silencio), eee, (silencio), no se me ocurre nada. T: ¿Qué te pone feliz respecto a tu escuela, familia, amigos, novia?, A: de mi escuela entrenar, de familia nada, con mis amigos salir, con mi novia pues acá. T: ¿Qué significa acá?”. A se sonroja y no quiere contestar, se molesta y reconoce que se refiere a tocarse mutuamente.

Le cuestiono sobre su sexualidad, dice que no ha tenido relaciones y que no ha fajado con su novia porque es muy pequeña de edad, lo hizo con una chica mayor que conoce de los scouts. Intenta distraerme con temas superficiales como la iluminación del consultorio, regreso al tema y se niega a continua terminado el tema con que solo me va a decir que no ha tenido contacto con otro hombre. Toma mi labial que se encuentra sobre la mesa lateral, pregunta si me puedo infectar los labios si él tirara el labial al bote de la basura, le interpreto que está haciendo lo mismo que con los demás, me agrade cuando me ve tranquila o feliz, lo niega y dice: “A: ves como hablamos, como cuando alguien está hablando en inglés y se traduce al español, ¿soy raro verdad?”, interpreto de forma pausada mientras A permanece en silencio, atento y prácticamente sin moverse en una posición encorvada y mirando hacia el piso: “T: eres un chico normal, que ha pasado por un evento tan difícil que le está costando mucho trabajo enfrentar, y que todo tu enojo y tu agresión viene desde ahí, todavía sigues enojado por haber perdido a tu papá, porque él ya no está, porque lo que hizo tu hermano, por eso te enojas así de fácil. (Silencio prolongado) Te da envidia que a la gente no le ha pasado lo mismo que a ti, eso es lo que te duele, que tú has sufrido mucho más que ellos, claro que eres diferente, porque a muy poca gente en el mundo le ha pasado lo mismo que a ti, muchos han perdido a su papá pero muy pocos de la manera como tú lo hiciste. (Silencio) ¿Qué piensas?, A: no sé, que palabras tan sabias, casi me hiciste llorar, enserio.” Toma

nuevamente mi labial y comienza a presionarlo haciendo ruido, dice que ha llorado aproximadamente tres veces desde el evento traumático, pero nunca lo ha hecho durante una sesión y tampoco me había platicado al respecto, continua haciendo ruido.

Continua la plática en donde me dice que ha pensado en suicidarse, pero lo pospondrá hasta tener más problemas ya que actualmente tiene muchas cosas que hacer, buscaría un método que no le doliera como un sedante para perros, se ríe sarcásticamente diciendo que tan solo se trata la crisis de la adolescencia, indago si ha habido una tentativa suicida y responde negativamente, le pregunto cuando llegan estas ideas a él, dice que es cuando está muy enojado, pero como se contenta fácilmente también las ideas de suicidarse pasan rápido, dice que la gente lo hace enojar frecuentemente pero los perdona inmediatamente, interpreto que igual de rápido fue el perdón otorgado a su hermano, permanece en silencio y comienza a hacer ruidos con el labial. Le pregunto qué es lo que hace cuando las personas lo hacen enojar, dice que los agrede y piensa en no volver a hablarles pero al poco tiempo desiste a su decisión, le indico que a las personas no se les olvida lo que ha pasado tan fácilmente como a él, reconoce que se disculpa en su propio beneficio y no preocupado por los sentimientos de los demás, A: *“lo hago más por mí, porque no puedo estar sin ellas”*, le pregunto si esto lo siente también con su mamá y dice que no, cuestiono que siente ante su reacción de enojo, dice que no lo sabe y que lo va a dejar fluir, le interpreto que esto fue lo que hizo su hermano y no lo pudo controlar, se genera la siguiente conversación: *“T: ¿te preocupa ser capaz de hacer algo como él?, A: pues sí, pero no puedo hacer nada, T: si puedes, A: pero no quiero, yo nunca he sido tan problemático, y si hago algo malo pues no es como si se me hubiera acabado la vida, T: a tu hermano se le acabo su vida, está en la cárcel, A: pero a mí no me van a agarrar, me voy a ir y si me agarran con mi mente me libero, soy un Dios.”*

Comienza a apretarse el dedo gordo del pie derecho, tiene una uña enterrada desde hace dos meses, ya le dijo a su mamá pero ella le respondió que no tiene dinero para ir al médico, lo presiona y lo hace sangrar. Dice que no le importa que su mamá no le pague el médico porque él prefiere que le compre un celular.

Es importante incluir que después de esta sesión E me informa que el Juez le ha propuesto aplicar un recurso legal a través del cual podrían cambiar el régimen bajo el cual se encuentra H preso, y podría salir en libertad condicionada a continuar su apoyo psicológico, E no lo ha comunicado a H, y se lo insinuó en días pasados a A, ella reconoce que siente miedo a quedarse dormida si su hijo H está en casa y también menciona que A le reclamo por haber perdonado a H a pesar de que esté mato a su papá. Le sugiero acudan los tres a psicoterapia familiar.

Análisis de contenido:

Contenido manifiesto: durante esta sesión se presenta el tema de sus constantes cambios en el estado de ánimo, su curiosidad sexual, además de continuar trabajando sobre la elaboración del duelo de su padre y concluyendo con la ideación suicida manifestada recientemente.

Contenido latente: de forma latente en la sesión se muestran las fluctuaciones en el estado de ánimo y que basa su felicidad en la desdicha ajena, el inicio del ejercicio de su sexualidad heterosexual acompañado de la presencia de deseos homosexuales, la continuidad respecto a la elaboración del duelo de su padre, la reciente ideación suicida y su asociación al manejo inadecuado del enojo.

Análisis de las defensas:

Se despliegan como defensas la escisión al manifestar dos facetas opuestas en su personalidad y trato hacia las personas, represión de evento que lo hizo enojar durante el día, identificación proyectiva al brindarle un vaso de agua sin siquiera pedirlo, formación reactiva al criticar la comida de su mamá y no reconocer su esfuerzo por dejarle comida preparada en casa, negación del enojo que manifiesta a través de agresión hacia los demás, desplazamiento de su desdicha a los demás, identificación con el agresor al provocar el malestar en las personas, aislamiento de sus emociones al no permitirse llorar y tan solo verbalizarlo, vuelta del instinto contra el yo en la ideación suicida, identificación con el agresor al dejar libre la manifestación de su enojo,

sublimación en las cosas que dice tener que hacer antes de suicidarse, omnipotencia al manifestar ser un Dios que se dará liberará a si mismo, vuelta del instinto contra el yo cuando se lastima su uña del pie, identificación proyectiva al provocarme una sensación de injusticia respecto al castigo recibido por su hermano.

Análisis transferencial - contratransferencial:

Transferencia: negativa al llegar tarde a sesión sin dar explicación y responder de forma agresiva, gira a transferencia positiva al sugerirme el uso de las redes sociales como material psicoterapéutico, transferencia negativa al manifestar el deseo que me infecte a través de un labial, regresa a ser positiva cuando platica respecto a su ideación suicida.

Contratransferencia: me siento enojada ante la evasión y agresión en sus respuestas, no me sorprende y solo confirmo su ambivalencia cuando me narra cómo lo visualizan las personas, me desconcierta que no brinda reconocimiento a la buena acción de su mamá, causa confusión ante los cambios constantes en la transferencia, me intriga los deseos homosexuales latentes que manifiesta en sus bromas frecuentemente, me satisface el abordaje respecto a la elaboración del duelo, me da esperanza la muestra de insight verbalmente, y me alarma la reiterada manifestación de ideación suicida, finalmente un sentimiento de injusticia sobre su análisis respecto al castigo recibido por su hermano.

Análisis de categorías de la etapa intermedia.

1. Contenido manifiesto

Durante la etapa intermedia se abordan en una primera fase temas relacionados a los gustos por la ropa, la música y los problemas cutáneos propios de la edad, además de toparse con la preferencia por el cuarto del hermano, se encara la lesión autoinflingida en los dedos por parte del paciente, al igual que el cuidado por su mascota, también se manifiestan sus asociaciones a un cuadro decorativo del consultorio, el trasfondo de su forma de saludar, así como su rendimiento académico y la relación que establece con sus maestros, son planteados nuevamente contenidos como descuido a su alimentación, mismos que son asociados a la atención que recibía por parte de todos los miembros de la familia, también expresa sus decisiones respecto a su forma de vestir y el aburrimiento que vive durante las vacaciones, para finalizar esta fase revela una lesión que tiene en la mano y hay una acercamiento a sus ideas religiosas. En una segunda fase se encuentran cuestiones relativas a las vacaciones, su forma de vestir, los videojuegos, internet y sus gustos musicales, la declaración del acontecimiento en donde se priva ilegalmente de la libertad a una prima, incluso se enuncia un nuevo interés por el piano vinculado a la convivencia que ha tenido con su hermano, de igual modo se presenta el interés por actividades deportivas ligadas al cuidado de su salud física, terminando con explicación de los motivos para su inasistencia a los boy scouts y la utilización de las navajas que eran propiedad del padre. En la tercera fase se muestran asuntos referentes a un viaje realizado, se halla la elaboración del duelo por el padre, además del gusto por los videojuegos, se extiende la consolidación de sus creencias religiosas, asimismo se aborda la vivencia del enamoramiento, la realización de tareas así como el respeto por las reglas y hacia figuras de autoridad, la práctica del atletismo y participación en el mismo deporte, igualmente se afronta la ideación suicida asociada a fluctuaciones repentinas en el estado de ánimo y la aproximación a su curiosidad sexual.

2. Contenido latente

Mientras tanto a través del contenido latente pueden analizarse fondos referentes a la búsqueda de diferenciación e independencia de la madre, la manifestación de agresión hacia ella en compaginación a la exigencia de su apoyo y atención, la identificación que tiene con su hermano en unión a la confrontación que le hace, asimismo el paciente presenta rebeldía en reconocimiento a la existencia de límites, exhibe una barrera que pone ante el contacto físico y emocional hacia los otros, y declara el miedo que siente ante las figuras de autoridad, lo cual lo lleva a tener la necesidad de control, también expresa miedo, reclamo y crítica hacia la madre correspondiente a un sentir de abandono durante la infancia, misma situación que lo hace revelar la necesidad de compañía y cuidado, además manifiesta seducción y agresión, así como un visible descuido de su salud ante una deficiente alimentación. En una segunda fase se precipita el aislamiento ante la privación ilegal de la libertad de su prima, se pone a la vista la búsqueda de independencia de la madre, se exterioriza la negociación de apoyo, continua de fondo la identificación de su hermano que avanza hacia la necesidad de diferenciación de este, además de revelarse el ocultamiento de información de relevancia respecto a la convivencia con el hermano vinculado con la resistencia al tratamiento, igualmente se enuncia la demanda hacia el cuidado materno y una clara necesidad de reconocimiento, incluso se demuestra la autoagresión ejercida a través del ejercicio físico excesivo y la búsqueda de protección a sí mismo, y se expresa el desafío a la autoridad y la reconciliación con la identificación hacia su padre. En la tercera fase, se muestran temas relacionados a la independencia de la madre, la elaboración del duelo del padre, la competencia y protección del hermano, se encaran declaraciones de omnipotencia, hallando también ambivalencia en las relaciones de pareja, incluso dándose conductas productivas, es incesante la búsqueda por la diferenciación del hermano, se expanden los asuntos respecto al respeto y desafío a la autoridad, la desatención a su salud física y su necesidad de reconocimiento, finalizando con el acercamiento a la ideación suicida y homicida ligadas a los cambios intensos en su estado de ánimo y se cierra con el abordaje de su sexualidad.

3. Análisis de las defensas

Respecto a las defensas presentadas durante la etapa intermedia se enlistan en la primera fase a las siguientes: vuelta del instinto contra el yo, aislamiento, desplazamiento, formación reactiva, identificación con el agresor, negación, omnipotencia, proyección, racionalización y la regresión. En la segunda fase se retoman las defensas utilizadas en la anterior y se adjuntan a ellas la escisión y el surgimiento de la sublimación. En la tercera fase se suman a las defensas ya manifestadas la identificación proyectiva, la represión y continúa la sublimación reiteradamente.

4. Análisis transferencial

La alianza terapéutica esta consolidada de forma favorable, a pesar de los cambios constantes en la transferencia, la primera fase se comienza de forma positiva conservarla así a lo largo de las sesiones, sin embargo existen ocasiones en las cuales se da inicio con una transferencia negativa que se modifica a positiva tan solo después de interpretar. En la segunda fase se alternan sesiones teñidas en su totalidad por la transferencia negativa y otras por una transferencia positiva, presentándose al final de dicha fase sesiones en las cuales fluctúan en una misma ocasión. Dando cierre a la etapa en una tercera fase la transferencia es muy frágil al comenzar generalmente siendo negativa, enseguida se logra cambiar a positiva, pero esto se puede revertir con suma facilidad.

5. Análisis contratransferencial

Referente a la respuesta contratransferencial se encuentran manifestaciones en una primera fase de: agresión, confusión, crítica, desafío, disgusto, enojo, fastidio, intriga, irritación, perturbación, rechazo, reclamo y tristeza, exhibiéndose de forma reiterada la alarma, molestia y preocupación, de manera positiva se presentan aunadas la búsqueda de aclaración, atención, avance, comprensión, elaboración, entusiasmo, expectativa, orgullo y la preocupación, siendo la respuesta más frecuente una actitud de interés. En la segunda fase se suman respuestas tales como el aburrimiento, la consternación, el

desanimo, la desesperación, la impaciencia, inquietud, intranquilidad y la superficialidad, encontrando reiteradamente a la confusión, enojo, impotencia, irritación y molestia, a pesar de esto también se da la presencia de respuestas favorables como la alegría, apoyo, consuelo y se repite el entusiasmo, expectativa y orgullo. En la tercera fase se despliegan nuevas respuestas desfavorables como: ataque, bloqueo, desconcierto, injusticia, y con mayor énfasis se dan las siguientes: alarma e indignación, asimismo se retoman anteriores, siendo estas: confusión, desanimo, enojo, intriga, irritación, molestia y tristeza, afortunadamente se cierra la fase con la presencia de respuestas positivas como: agradecimiento, alivio, compromiso, esperanza, satisfacción y tranquilidad, volviendo a revelarse la alegría, el orgullo y la preocupación hacia el paciente.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Síntesis del análisis de categorías de la etapa inicial.

SESIÓN	CONTENIDO MANIFIESTO	CONTENIDO LATENTE	ANÁLISIS DE LAS DEFENSAS	ANÁLISIS TRANSFERENCIAL	ANÁLISIS CONTRATRANSFERENCIAL	INTEGRACIÓN
1.	Desconocimiento del motivo de la muerte del padre y del paradero de su hermano.	Negación de una realidad traumática. Inicio de duelo patológico.	Negación. Escisión. Regresión. Aislamiento. Desplazamiento.	Actitud defensiva y de enojo. Dificultad para establecer alianza de trabajo. Transferencia negativa.	Consternación. Resistencia. Desagrado. Miedo. Ambivalencia.	En esta sesión se aborda de forma manifiesta el desconocimiento del motivo de la muerte del padre y del paradero de su hermano lo cual descubre la negación de una realidad traumática y el inicio del duelo patológico; mostrándose además como defensas la negación, escisión, regresión, aislamiento y desplazamiento; mientras es evidente una transferencia negativa acompañada el despliegue contratransferencial de consternación, resistencia, desagrado, miedo y ambivalencia.
2.	Prohibición de la madre sobre el uso de los videojuegos.	Desplazamiento del enojo de parte de la madre hacia A.	Aislamiento.	Actitud defensiva. Avance en alianza de trabajo. Transferencia positiva.	Preocupación. Molestia. Injusticia. Alegría. Confianza.	Se tiene por contenido la prohibición de la madre sobre los videojuegos, que tiene por fondo la búsqueda de contención al enojo de la madre desplazado hacia A; se localiza el aislamiento como defensa; y se emprende una transferencia positiva acompañada por la preocupación, molestia, injusticia, alegría y confianza en la contratransferencia.
3.	Visita al hermano en el tutelar de menores.	Miedo a morir a manos de su hermano. Represión del evento traumático.	Aislamiento. Represión.	Resistencias. Retroceso en alianza de trabajo. Transferencia negativa.	Impotencia. Desesperación.	Se presenta como asunto la visita realizada al hermano en el tutelar de menores que precipita un palpable miedo a morir en manos de este y se reprime el evento traumático; en las defensas empleadas se desarrollan el aislamiento y la represión; y es percibido un retroceso en la alianza terapéutica al ser clara la transferencia negativa que se relaciona con una

						contratransferencia de impotencia y desesperación.
4.	Competitividad en los juegos de mesa.	Miedo a morir. Demostración de virilidad y angustia de castración.	Negación. Desplazamiento.	Se mantiene en silencio y distante, pero no manifiesta molestia. Avance en alianza de trabajo. Transferencia positiva.	Frustración. Desesperación. Bloqueo. Limitación. Paciencia. Evaluación.	Durante esta sesión se halla la competitividad del paciente que simboliza en el juego el miedo a morir, así como una demostración de virilidad ante la angustia de castración; topando en las defensas con la negación y el desplazamiento; se expone una transferencia positiva que marca un nuevo avance en la consolidación de la alianza terapéutica y se muestra una contratransferencia con tintes de frustración, desesperación, bloqueo, limitación, paciencia y evaluación.
5.	Competitividad en el juego.	Búsqueda de sobrevivencia ante miedo persecutorio. Demostración de virilidad y angustia de castración.	Represión. Identificación con el agresor. Vuelta del instinto contra el yo.	Mayor accesibilidad. Avance en alianza de trabajo. Transferencia negativa que cambia a positiva.	Desesperación. Molestia. Tranquilidad. Avance.	Nuevamente se da una aproximación a la competitividad del paciente que implica su búsqueda de sobrevivencia ante un miedo persecutorio, así como la demostración de su virilidad y la angustia a la castración; se incluyen ahora la represión, identificación con el agresor y la vuelta del instinto contra el yo en las defensas; y es notoria una mayor accesibilidad que señala un aparente avance en la alianza terapéutica, la transferencia se modifica de negativa a positiva y la contratransferencia vinculada informa desesperación, molestia, tranquilidad y avance.
6.	Manifestación de creatividad e inteligencia.	Búsqueda de yo auxiliar para verbalizar lo ocurrido. Manifestación de agresión, seducción, apertura, enojo.	Sublimación. Identificación proyectiva.	Mayor alianza terapéutica. Confianza. Molestia. Ataque. Transferencia positiva cambiante a negativa.	Satisfacción. Resistencia. Aburrimiento. Miedo. Empatía. Confusión. Desesperación. Tristeza. Bloqueo. Enojo.	Se plantea la manifestación de creatividad e inteligencia ligada a su búsqueda de un yo auxiliar y que encierra la manifestación de agresión, seducción y enojo; asimismo se topan como defensas a la sublimación y la identificación proyectiva; y se encara una transferencia positiva que se modifica a negativa en el transcurso de la sesión, además de una contratransferencia correspondiente a la satisfacción, resistencia, aburrimiento, miedo, empatía, confusión, desesperación, tristeza, bloqueo y

						enojo.
7.	Sentir ante la psicoterapia.	Diferenciación con la madre y hermano. Enojo hacia el hermano y búsqueda de comprensión a sus actos.	Aislamiento. Represión. Proyección. Desplazamiento. Racionalización.	Dificultad en alianza terapéutica. Transferencia negativa.	Enojo. Tranquilidad.	El paciente afronta su sentir hacia la psicoterapia que engloba la búsqueda de diferenciación con la madre y el hermano, el enojo hacia ellos y la búsqueda de comprensión al evento traumático; se encuentran el aislamiento, represión, proyección, desplazamiento y racionalización en las defensas; y se confronta una transferencia negativa que se extiende a contratransferencia como enojo y tranquilidad.
8.	Competitividad.	Evaluación sobre la confianza que puede depositar en la psicoterapeuta. Demostración de virilidad y angustia de castración.	Desplazamiento. Proyección.	Avance en alianza. Transferencia positiva.	Alegría. Interés. Sorpresa. Repetición.	Luce la competitividad del paciente en donde ahora evalúa la confianza que puede depositar; se manifiesta el desplazamiento y la proyección como defensas; y una transferencia positiva a la que se relaciona la respuesta contratransferencial de alegría, interés, sorpresa y repetición.
9.	Interés deportivo de la familia.	Devaluación del padre. Diferenciación de la madre.	Racionalización. Identificación.	Avance en alianza terapéutica. Transferencia positiva.	Desesperación. Satisfacción.	Se abordan cuestiones referentes al interés deportivo de la familia que simbolizan una devaluación al padre y la necesidad de diferenciación de la madre; se presentan la racionalización y la identificación en las defensas; y una transferencia positiva que se expande a la contratransferencia como desesperación y satisfacción.
10.	Creatividad. Sentir ante autoridad de la madre.	Fragmentación del cuerpo. Búsqueda de contención.	Escisión. Identificación proyectiva. Aislamiento.	Transferencia positiva.	Duda. Desesperación. Preocupación. Miedo.	Se inicia esta sesión con la exposición de su creatividad y habla sobre el sentir ante la autoridad de su madre, mismo que despliega la fragmentación de un cuerpo y la búsqueda de contención; son visibles las defensas de escisión, identificación proyectiva y aislamiento; con una clara transferencia positiva y una contratransferencia que presenta la duda, desesperación, preocupación y miedo.
11.	Evento traumático.	Elaboración del evento traumático.	Aislamiento. Escisión.	Transferencia positiva.	Tristeza. Enojo. Miedo.	Se afronta el evento traumático que marca el desarrollo del duelo; se muestran el aislamiento y la escisión; con una continua transferencia positiva

						que permanece en esta ocasión y una contratransferencia teñida de tristeza, enojo y miedo.
12.	Cuidado de mascota.	Capacidad de vincularse ambivalentemente. Enojo hacia el padre y hermano.	Desplazamiento. Identificación con el agresor. Escisión. Formación reactiva.	Transferencia positiva.	Enojo. Tristeza. Compasión.	Mientras se habla sobre el cuidado brindado a su mascota hay un acercamiento a la capacidad del paciente para vincularse, siendo esta ambivalente; se enlistan en las defensas al desplazamiento, identificación con el agresor, escisión y formación reactiva; y se percibe una transferencia positiva acompañada en la contratransferencia del desarrollo del enojo, la tristeza y la compasión.
13.	Cuidado de mascota.	Capacidad de vincularse. Ambivalencia amor-odio.	Desplazamiento. Identificación con el agresor. Racionalización.	Transferencia positiva.	Tristeza.	Se plantea nuevamente el tema del cuidado de la mascota cuyo fondo es la capacidad de vincularse; se exponen el desplazamiento, la identificación con el agresor y la racionalización en las defensas; y una aparente transferencia positiva que acompaña a la contratransferencia que luce tristeza.
14.	Demostración de cariño. Hábitos alimenticios.	Capacidad para vincularse de forma ambivalente. Resentimiento hacia el hermano. Descuido en hábitos alimenticios. Proyección de miedo.	Negación. Ascetismo. Racionalización. Identificación con el agresor. Proyección. Formación reactiva.	Transferencia positiva que cambia a negativa.	Tristeza. Sorpresa.	Durante esta sesión se comienzan a tocar asuntos relacionados a sus hábitos alimenticios y se retoma su forma de manifestar el cariño; en donde se engloba la capacidad de vinculación de forma ambivalente, y un descuido de su parte y la de su mamá a su forma de alimentación; se localiza un catálogo de defensas como la negación, ascetismo, racionalización, identificación con el agresor, proyección y formación reactiva; dándose un evidente cambio en la transferencia de positiva a negativa ligada a la tristeza y sorpresa en la contratransferencia.
15.	Proyecto de vida.	Consolidación y cierre de la fase inicial.	Aislamiento. Formación reactiva. Escisión.	Transferencia positiva.	Esperanza. Molestia. Tristeza.	Un bordaje a su proyecto de vida implica la consolidación y cierre de la fase inicial; mostrándose el aislamiento, formación reactiva y escisión como defensas; una palpable transferencia positiva y una contratransferencia que comprende la esperanza, molestia y tristeza.

2. Síntesis del análisis de categorías de la etapa intermedia.

SESIÓN	CONTENIDO MANIFIESTO	CONTENIDO LATENTE	ANÁLISIS DE LAS DEFENSAS	ANÁLISIS TRANSFERENCIAL	ANÁLISIS CONTRATRANSFERENCIAL	INTEGRACIÓN
1.	Ropa, música y cuarto. Problemas cutáneos.	Independencia de la madre e identificación con el hermano. Agresión hacia la madre. Confrontación y desplazamiento del hermano. Exigencia de apoyo de parte de la madre.	Identificación con el agresor. Formación reactiva. Racionalización. Identificación.	Alianza de trabajo favorable. Transferencia positiva.	Orgullo. Preocupación. Avance. Elaboración.	Se aborda de forma manifiesta temas relacionados con la ropa, música, cuarto y problemas cutáneos del paciente, mientras es visible de forma latente la independencia de la madre, la identificación con H, la agresión hacia la madre, la confrontación y desplazamiento de H y la exigencia de apoyo de parte de E; se muestran como defensas la identificación con el agresor, formación reactiva, racionalización y la identificación; se expone una alianza de trabajo favorable fundamentada en una transferencia positiva y contratransferencialmente son percibidos sentimientos de orgullo, preocupación, avance y elaboración.
2.	Lesión en las uñas. Cuidado de la mascota. Cuadro decorativo.	Diferenciación de la madre. Demanda de límites	Vuelta del instinto contra el yo. Racionalización. Desplazamiento. Formación reactiva. Regresión.	Transferencia positiva.	Alarma. Entusiasmo. Expectativa. Disgusto.	Se encuentra en la presente sesión contenidos relativos a la lesión en las uñas, el cuidado de la mascota y el cuadro decorativo, y se despliegan de forma latente la diferenciación de la madre y la demanda de límites; se desarrollan mecanismos de defensa tales como la vuelta del instinto contra el yo, racionalización, desplazamiento, formación reactiva y regresión; la respuesta transferencial es positiva y la contratransferencial luce tintes de alarma, entusiasmo, expectativa y disgusto.
3.	Forma de saludar. Rendimiento académico. Relación con los maestros. Crítica de cuadro decorativo.	Barrera al contacto. Búsqueda de independencia. Rebeldía. Miedo ante figuras de autoridad. Necesidad de control.	Formación reactiva. Racionalización. Omnipotencia. Desplazamiento. Proyección.	Transferencia negativa que cambia a positiva.	Intriga. Rechazo. Molestia. Preocupación. Reclamo. Interés. Aclaración.	Se hallan en esta ocasión contenidos referentes a la forma de saludar, rendimiento académico, relación con los maestros y crítica del cuadro decorativo, paralelamente se topan con contenidos latentes respecto a la barrera al contacto, la búsqueda de

		Miedo, reclamo y crítica hacia la madre.				independencia, rebeldía, miedo ante figuras de autoridad, necesidad de control, miedo, reclamo y crítica hacia la madre; se localizan defensas como la formación reactiva, racionalización, omnipotencia, desplazamiento y proyección; es notoria una transferencia negativa que se convierte en positiva en el transcurso de la sesión y una contratransferencia con fondos de intriga, rechazo, molestia, preocupación, reclamo, interés y aclaración.
4.	Alimentación. Cuidado familiar recibido.	Seducción y agresión. Descuido en la alimentación. Abandono en infancia.	Represión. Vuelta del instinto contra el yo. Desplazamiento. Formación reactiva. Regresión,	Transferencia negativa.	Molestia. Agresión. Desafío. Preocupación. Protección. Tristeza. Confusión. Enojo. Crítica.	Se localizan en la sesión cuestiones referentes a la alimentación del paciente y al cuidado familiar recibido, así como de forma latente se tocan la seducción y agresión, el descuido en la alimentación y un abandono durante la infancia; las defensas que se precipitan son la represión, vuelta del instinto contra el yo, desplazamiento, formación reactiva y regresión; se muestra una transferencia negativa y una contratransferencia que encierra sensaciones de molestia, agresión, desafío, preocupación, protección, tristeza, confusión, enojo y crítica.
5.	Forma de vestir. Aburrimiento en vacaciones. Alimentación. Lesión en mano. Ideas religiosas. Gustos musicales.	Agresión. Exhibicionismo. Reclamo. Riesgo. Necesidad de compañía y cuidado. Diferenciación de la madre. Identificación con el hermano.	Identificación con el agresor. Vuelta del instinto contra el yo. Negación. Aislamiento. Omnipotencia.	Transferencia negativa, seguida de transferencia positiva.	Irritación. Alarma. Perturbación. Interés. Atención. Comprensión. Fastidio.	De forma clara se exponen temas como la forma de vestir, el aburrimiento durante las vacaciones, la alimentación, la lesión en la mano, así como las ideas religiosas y los gustos musicales, expandiéndose estos temas a contenidos latentes respecto a la agresión, exhibicionismo, reclamo, riesgo, necesidad de compañía y cuidado, diferenciación de la madre e identificación con el hermano; son evidentes defensas como la identificación con el agresor, la vuelta del instinto contra el yo, negación, aislamiento y omnipotencia; es palpable una transferencia negativa seguida por una transferencia positiva y una contratransferencia con visibles

						sensaciones de irritación, alarma, perturbación, interés, atención, comprensión y fastidio.
6.	Vacaciones. Privación ilegal de la libertad de prima.	Aislamiento de A ante privación de la libertad de prima.	Negación. Aislamiento. Racionalización. Formación reactiva. Regresión.	Transferencia negativa.	Consternación. Impotencia.	Se plantean asuntos correspondientes a las vacaciones y a la privación ilegal de la libertad sufrida por una prima, vinculándose de fondo el aislamiento del paciente ante esta situación; se exhiben defensas como la negación, aislamiento, racionalización, formación reactiva y regresión; se presenta una transferencia negativa y una contratransferencia que presenta consternación e impotencia.
7.	Atuendo. Privación ilegal de la libertad de su prima. Videojuegos e internet.	Independencia de la madre. Resistencia ante privación de la libertad de su prima. Negociación de apoyo.	Represión. Negación. Aislamiento. Sublimación.	Transferencia positiva.	Confusión. Aburrimiento. Superficialidad. Desesperación. Alegría. Apoyo.	Se dan argumentos referentes al atuendo, la privación ilegal de la libertad de la prima y el uso de videojuegos e internet, mismos que comprenden la independencia de la madre, la resistencia ante la privación ilegal de la libertad de la prima y la negociación de un apoyo; se enlistan la represión, negación, aislamiento y sublimación como defensas; se revela una transferencia positiva y se enuncian contratransferencialmente la confusión, aburrimiento, superficialidad, desesperación, alegría y apoyo.
8.	Interés por piano. Convivencia con su hermano.	Identificación con el hermano. Ocultamiento de información sobre la convivencia con el hermano.	Identificación con el agresor. Escisión. Aislamiento.	Transferencia negativa	Entusiasmo. Inquietud. Enojo.	Se emprende una sesión que gira en torno al interés por el piano y la convivencia con su hermano, temas que se encaran con su significado, es decir con la identificación con el hermano y la convivencia con él; afronta defensas como la identificación con el agresor, la escisión y el aislamiento; se enuncia una transferencia negativa y se afrontan al entusiasmo, inquietud y enojo a través de la contratransferencia.
9.	Retraso. Cuidado de la salud física.	Resistencia. Demanda de cuidado materno.	Desplazamiento. Vuelta del instinto contra el yo.	Transferencia negativa.	Molestia. Consuelo. Intranquiliza. Irritación. Desanimo. Impotencia.	Se aproxima a los temas del retraso y el cuidado por su salud física, así como se engloban la resistencia y la demanda del cuidado materno; se expresan el desplazamiento y la vuelta del instinto contra el yo, como defensas; una

						transferencia negativa se declara y una contratransferencia con palpable molestia, consuelo, intranquilidad, irritación, desanimo e impotencia.
10.	Actividades deportivas. Inasistencia a los boyscouts. Las navajas del padre. Gustos musicales.	Autoagresión con ejercicio excesivo. Necesidad de reconocimiento. Diferenciación de su hermano. Desafío a la autoridad. Identificación con el padre. Autoprotección. Identificación con su hermano.	Vuelta del instinto contra el yo. Formación reactiva. Racionalización. Desplazamiento. Negación. Escisión.	Transferencias negativa y positiva fluctuantes.	Orgullo. Molestia. Irritación. Esperanza Expectativa. Impaciencia. Confusión.	Se comienzan temas respecto a actividades deportivas, inasistencia a los boyscouts, las navajas del padre y los gustos musicales, en los cuales se encuentran implícitos de forma latente asuntos referentes a la autoagresión a través del ejercicio excesivo, la necesidad de reconocimiento, la diferenciación de su hermano, el desafío a la autoridad, la identificación con el padre, la autoprotección y la identificación con el hermano; se perciben defensas como la vuelta del instinto contra el yo, formación reactiva, racionalización, desplazamiento, negación y escisión; con una visible fluctuación entre la transferencia positiva y negativa y una contratransferencia en la que se extienden el orgullo, molestia, irritación, esperanza, expectativa, impaciencia y la confusión.
11.	Viaje a Querétaro. Elaboración del duelo del padre.	Independencia de la madre. Elaboración del duelo del padre.	Regresión. Aislamiento. Represión. Racionalización.	Transferencia negativa y finalmente positiva.	Molestia. Satisfacción. Agradecimiento.	Se aborda cuestiones sobre el viaje realizado a Querétaro y la elaboración del duelo del padre, ligados a la independencia de la madre; se despliegan la regresión, aislamiento, represión y racionalización; se da una palpable transferencia negativa que se transforma en positiva y una contratransferencia en la que se desarrollan la molestia, satisfacción y agradecimiento.
12.	Videjuego. Creencias religiosas. Enamoramiento.	Competencia y protección del hermano. Declaraciones de omnipotencia. Ambivalencia en las relaciones de pareja.	Represión. Desplazamiento. Sublimación. Vuelta del instinto contra el yo. Omnipotencia. Proyección.	Transferencia positiva	Tranquilidad. Alegría. Desanimo. Alivio. Indignación. Satisfacción.	Se hallan asuntos respecto al uso de un videojuego, las creencias religiosas y el enamoramiento, que corresponden de forma latente a la competencia y protección del hermano, declaraciones de omnipotencia y a la ambivalencia en las relaciones de pareja; se muestran defensas como la represión,

						desplazamiento, sublimación, vuelta del instinto contra el yo, omnipotencia y proyección; y se luce una transferencia positiva ligada a una contratransferencia de aparente tranquilidad, alegría, desanimo, alivio, indignación y satisfacción.
13.	Tareas. Reglas. Prácticas de atletismo.	Conductas productivas. Diferenciación del hermano. Respeto a la autoridad. Desatención a su salud física.	Sublimación. Negación. Vuelta del instinto contra el yo. Desplazamiento.	Transferencia positiva.	Molestia. Irritación. Preocupación. Alarma.	Se informan cuestiones como las tareas, reglas y las practicas de atletismo que incluyen de forma latente un fondo de conductas productivas, diferenciación del hermano, respeto a la autoridad y desatención a su salud física; se desarrollan defensas como la sublimación, negación, vuelta del instinto contra el yo y el desplazamiento; con una transferencia que se extiende de forma positiva y la contratransferencia que expone molestia, irritación, preocupación y alarma.
14.	Competencia de atletismo. Respeto hacia la autoridad. Ideación suicida.	Reconocimiento por logro deportivo. Respeto y agresión hacia la autoridad. Manifestación de enojo a través de ideación suicida y homicida.	Desplazamiento. Formación reactiva. Escisión. Racionalización. Identificación con el agresor. Identificación proyectiva. Vuelta del instinto contra el yo. Negación.	Transferencia negativa inicial y transferencia positiva final.	Orgullo. Compromiso. Indignación. Ataque. Tristeza. Bloqueo. Alarma.	Se tocan temas como la competencia de atletismo, el respeto a la autoridad y la ideación suicida vinculados con el reconocimiento por un logro deportivo, el respeto y agresión hacia la autoridad y una evidente manifestación de enojo a través de ideación suicida y homicida; se informan defensas como el desplazamiento, formación reactiva, escisión, racionalización, identificación con el agresor, identificación proyectiva, vuelta del instinto contra el yo y negación; así como la precipitación de una transferencia negativa seguida de una clara transferencia positiva que mantienen nexos con la contratransferencia de orgullo, compromiso, indignación, ataque, tristeza, bloqueo y alarma.
15.	Fluctuación del estado de ánimo. Curiosidad sexual. Elaboración del duelo. Ideación suicida.	Fluctuaciones del estado de ánimo. Sexualidad heterosexual. Deseos homosexuales. Elaboración del duelo.	Escisión. Represión. Identificación proyectiva. Formación	Fluctuaciones en la transferencia: negativa, positiva, negativa, positiva.	Enojo. Desconcierto. Confusión. Intriga. Satisfacción.	Se plantean temas de la fluctuación del estado de ánimo, la curiosidad sexual, elaboración del duelo y la ideación suicida, en nexos con las sexualidades heterosexual y deseos homosexuales,

		Inadecuado manejo del enojo.	reactiva. Negación. Desplazamiento. Identificación con el agresor. Aislamiento. Sublimación. Omnipotencia. Vuelta del instinto contra el yo.		Esperanza. Alarma. Injusticia.	así como con un inadecuado manejo del enojo; se desarrollan defensas como la escisión, represión, identificación proyectiva, formación reactiva, negación, desplazamiento, identificación con el agresor, aislamiento, sublimación, omnipotencia, y vuelta del instinto contra el yo; con la manifestación de una transferencia en constantes cambios entre positiva y negativa y la contratransferencia marcada por el enojo, desconcierto, confusión, intriga, satisfacción, esperanza, alarma e injusticia.
--	--	------------------------------	---	--	--------------------------------------	--

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y APORTACIONES

*Al hacer psicoanálisis me propongo:
Mantenerme vivo
Mantenerme sano
Mantenerme despierto
Pretendo ser yo mismo y comportarme bien.
Una vez iniciado un análisis, espero continuarlo, sobrevivir a él, ponerle fin
(Winnicott, D.W., 1965/1993, p. 217).*

Este capítulo tiene por objetivo desarrollar la conclusión del presente trabajo de investigación basada en la articulación de los objetivos planteados al inicio de la misma y de los resultados obtenidos del análisis de la etapa inicial e intermedia del proceso psicoterapéutico. El estudio busca conocer la importancia del manejo trasferencial y contratransferencial de un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio. Asimismo se despliegan las limitaciones que se enfrentaron durante el análisis ante la presencia de una transferencia negativa exacerbada por las características del evento traumático vivido, y se concluye con las aportaciones generadas a raíz del mismo estudio.

Resultados obtenidos:

Respuestas transferenciales y contratransferenciales

Los elementos transferenciales y contratransferenciales al abordar el fenómeno de parricidio en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio, son:

1. Se manifiestan en la primera fase de la etapa inicial respuestas transferenciales de carácter constante en una misma sesión, sin embargo se muestra el carácter contrario a la siguiente sesión. Comienza la etapa inicial del proceso psicoterapéutico con una marcada transferencia negativa. La segunda fase de la etapa inicial presenta énfasis en la presencia de la transferencia negativa. En la

segunda fase de la etapa inicial se forma un carácter fluctuante de la transferencia durante una misma sesión, el cual responde a interpretaciones y cambia de negativa a positiva y viceversa. En la tercera fase de la etapa inicial se muestra constancia en la transferencia positiva. La transferencia negativa está presente con frecuencia a lo largo de la etapa intermedia. Se descubre que la transferencia negativa se transforma a positiva ante interpretaciones. También se encuentran sesiones con una constante transferencia positiva. Los cambios de transferencia positiva a negativa se limitan a manifestaciones breves durante escasas sesiones.

2. La transferencia negativa inicial dificulta el establecimiento de la alianza terapéutica. Durante la segunda fase de la etapa inicial, la alianza terapéutica pasa por un periodo de prueba antes de su consolidación. La alianza terapéutica tiene mayor estabilidad al final de etapa inicial. En la etapa intermedia la alianza de trabajo requiere constante fortalecimiento.
3. Respectos a las respuestas contratransferenciales presentadas durante la etapa inicial se muestran en su mayoría de carácter negativo. En la etapa intermedia las respuestas contratransferenciales positivas y negativas se presentan con mayor intensidad, sin embargo continúan siendo superior la frecuencia de respuestas de carácter negativo respecto a los de carácter positivo.
4. Se establece una relación entre los elementos contratransferenciales negativos y la presencia de transferencia negativa, ya que durante la segunda fase de la etapa inicial la transferencia es negativa y se manifiesta un incremento significativo en respuestas contratransferenciales de carácter negativo. Así mismo en la etapa intermedia las respuestas contratransferenciales negativas se mantienen elevadas y constantes durante la primera y segunda fase de la etapa, presentando un decremento importante en la tercera fase, en la cual la transferencia se manifiesta como positiva. Las respuestas contratransferenciales positivas durante la etapa inicial son elevadas y constantes a lo largo de la etapa. Los elementos contratransferenciales positivos disminuyen durante la segunda fase de la etapa

intermedia, asociando esto con la presencia principal de transferencia negativa durante dicha fase.

5. Las respuestas contratransferenciales positivas durante la etapa inicial con mayor énfasis fueron: alegría, tranquilidad, satisfacción, interés y sorpresa. Asimismo las respuestas contratransferenciales negativas durante esta etapa fueron: miedo, molestia, desesperación, enojo y tristeza. Las respuestas contratransferenciales positivas presentes en la etapa intermedia fueron: orgullo, preocupación, entusiasmo, interés y comprensión. Y las principales respuestas contratransferenciales negativas presentes en la etapa fueron: alarma, molestia, confusión, enojo e impotencia.

Como sustento teórico a los resultados recién expuestos encontramos lo siguiente:

Los elementos transferenciales y contratransferenciales a identificar al abordar el fenómeno de parricidio en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad son: una resistencia de transferencia debido al recuerdo angustioso del evento traumático vivido (Freud, S., 1926); la transferencia ante la resistencia a recordar, está regida por la compulsión a la repetición y el instinto de muerte (Freud, S., 1920); la identificación proyectiva se manifiesta en la transferencia como desconfianza al terapeuta que lleva al paciente a tratar de controlarle de forma sádica (Kernberg, O.F. 1984/1999); la contratransferencia se activa como respuesta de defensa y adaptación ante los ataques violentos en la transferencia del paciente (Kernberg, O. F., 1975); la transferencia negativa del paciente y su agresividad reta el interés y apertura emocional del terapeuta (Kernberg, O.F., 1984/1999); se logra establecer la alianza terapéutica con independencia a la presencia de transferencia negativa demostrándose así que se encuentran separadas (Etchegoyen, 1986 /1999); la alianza terapéutica se muestra consolidada una vez que el paciente manifiesta disposición al análisis; la constancia, carácter humanitario, interés y defensa por parte del terapeuta hacia el paciente son indispensables para la alianza terapéutica (González Núñez, J.J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).

Expresión de síntomas psicodinámicos

Los síntomas psicodinámicos en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad durante las fases de tratamiento asociado al parricidio, se manifiestan de la siguiente forma:

1. Respecto al desarrollo psicosexual del paciente durante la etapa inicial del tratamiento psicoterapéutico se observa la manifestación aislada de conductas seductoras, es en la etapa intermedia en donde se enfrentan los cambios físicos propios de la adolescencia, el surgimiento de deseos homosexuales, heterosexuales y la intensificación del comportamiento seductor.

El soporte teórico de lo anteriormente planteado se desarrolla a continuación: durante la etapa inicial del tratamiento, misma que coincide con la latencia como etapa de desarrollo que cursa el paciente, las fuerzas instintivas sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas a otros distintos (Freud, S., 1905); además de encontrarse que en la preadolescencia, etapa de vida en la cual se encuentra el paciente al transcurrir la etapa intermedia del tratamiento psicoterapéutico, se presentan los cambios físicos y el aumento de impulsos que lleva al resurgimiento de la pregenitalidad y la reactivación del complejo de Edipo (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000), así mismo se descubre que cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual aunque se encuentre desprovista de connotación erótica (Blos, P., 1962).

2. Acerca de las relaciones de objeto, durante la etapa inicial del proceso psicoterapéutico se afronta la angustia de castración a través de una constante conducta competitiva, manifiesta la devaluación de ambos padres y lucha por el reconocimiento a sus gustos y actividades, además se presenta una capacidad para vincularse de forma ambivalente con su mascota y con compañeros de los scouts. En la etapa intermedia se incrementa la búsqueda por su

independencia, la desidealización de la madre, la identificación con el padre y el establecimiento de una relación de pareja heterosexual.

La teoría forma una base para lo anterior al demostrarse que en la etapa inicial del tratamiento se encuentran conductas competitivas debido a la angustia a la castración (Blos, P., 1962), enfrenta la desidealización de las representaciones de objetos paternos como parte del proceso de segunda individuación (Blos, P., 1962); en la etapa intermedia establece nuevas relaciones sociales y busca independencia psíquica (Blos, P., 1962), presenta una actitud intolerante ante la ambivalencia respecto de los seres amados (Kernberg, O.F., 1977/ 1998) y al final de esta etapa muestra la identificación con el padre y establece una relación amorosa extrafamiliar estable y heterosexual (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000); la crisis de identidad propia de la adolescencia, también se parece a lo que es un grave síndrome de difusión de la identidad, característico del trastorno fronterizo (Kernberg, O., 1987); el sujeto con trastorno límite de la personalidad visualiza a las personas en términos de sus necesidades individuales, es decir de acuerdo a la función que cumplen para ellos (Kernberg, P., 2002).

3. Referente al desarrollo del Superyó durante la etapa inicial del tratamiento psicoterapéutico el paciente muestra desafío acerca de respetar las reglas establecidas por la madre sobre el uso de los videojuegos e internet, no realiza tareas ni estudia por cuenta propia, no respeta las reglas de los juegos de mesa y solo cuida a su mascota en medida que le indica la madre, asiste a los boy Scouts pero no cumple con los requerimientos del grupo. Durante la etapa intermedia manifiesta mayor respeto por las figuras de autoridad presentes en su escuela, disminuye su asistencia al grupo de los boy Scouts, continúa desafiando la autoridad de la madre, adquiere mayor responsabilidad por estudiar y realizar sus tareas, a pesar de esto tiene bajas calificaciones, y comienza a practicar atletismo en donde se destaca.

Teóricamente durante la etapa inicial el superyó es una estructura defensiva mejor integrada para evitar los impulsos sexuales intrusivos; en la etapa intermedia se observa un superyó autónomo al lograr la identificación con las reglas y estándares internos, con independencia a la autoridad; desplaza las funciones del superyó hacia el grupo y reemplaza las identificaciones con los padres por identificaciones con un líder grupal fuerte e idealizado (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000); debido a las defensas primitivas las personas límite tienen un problema para asumir su responsabilidad y presentan un nivel fluctuante del funcionamiento del superyó (Kernberg, P., 2002).

4. Relacionado a la identidad de género encontramos que durante la etapa inicial del tratamiento psicoterapéutico se encuentra una conducta competitiva intensa que simboliza la angustia de castración, misma que se agrava a raíz de la ausencia del padre, el paciente tiene contactos sociales como la pertenencia a un grupo de scouts que le permite la práctica de su rol masculino. En la etapa intermedia manifiesta sus deseos heterosexuales y homosexuales, y al final de la misma etapa se expresa la identificación con su padre y establece una relación de pareja heterosexual.

Se demuestra que el papel del padre es esencial en la formación de género, ya que es quien minimiza la angustia temprana de castración que vive el niño y estabiliza la identidad de género nuclear; la reactivación de los deseos edípicos negativos son observables a través de la conducta del adolescente al buscar compañía masculina pero con el temor a las actividades sexuales que llega a establecer con otros adolescentes del mismo sexo; en la etapa intermedia se hace evidente que la reorganización exitosa del ideal del yo es central para la resolución de las ansiedades y los conflictos relativos a la identidad de género del adolescente varón (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000).

5. Concerniente al desarrollo del Yo, durante la etapa inicial del tratamiento psicoterapéutico el paciente tiene dificultad para describirse a sí mismo, con deficiente expresión verbal y busca su satisfacción, manifiesta el miedo a la desintegración a través de la fragmentación de un cuerpo de plastilina. En la etapa intermedia desarrolla su capacidad de expresión verbal, tiene mayor conciencia de quién es y lo que quiere, también expresa la lucha por el control de sus afectos e impulsos. Se mantienen presentes a lo largo de todo el tratamiento mecanismos de defensa como, la vuelta del instinto contra el yo, la identificación proyectiva, negación, escisión, aislamiento, desplazamiento, identificación con el agresor, racionalización y formación reactiva. Mostrándose durante la etapa intermedia un aumento en la capacidad sublimatoria y represiva, así como del aumento significativo en la manifestación la vuelta del sí mismo contra el yo.

Como fundamento teórico se encuentra que durante la etapa inicial se observan como logros esenciales del yo: la formación de un yo autocrítico, una reducción del uso expresivo de todo el cuerpo y un aumento de la capacidad de expresión verbal aislada de la actividad motora y un control del ambiente a través del aprendizaje de actitudes y del uso del pensamiento en los procesos secundarios (Blos, P, 1962); en la etapa intermedia la función de regulación y control de impulsos y afectos ocupa el primer plano en el adolescente (Tyson, Phyllis y Tyson, Robert, 2000); igualmente se muestra la función del yo, la cual es la adaptación a las demandas de la realidad interna y externa apoyándose en el superyó y desarrollando los mecanismos de defensa que evolucionan y ayudan a controlar la satisfacción instintiva (Freud, S., 1923); los adolescentes límite son impulsivos y autodestructivos, no pueden posponer la descarga de impulsos y tienen actuaciones como: actos autodestructivos y destructivos hacia otros, conducta antisocial, abuso de drogas y alcohol (Greenson, 1989); los menores de edad límite tienen un sentido alterado de sí mismo matizado por desconfianza y miedo a la desintegración (Kernberg, P., 2002); el trastorno límite de la personalidad está caracterizado por la falta de cohesión del Yo, la falta de tolerancia a la frustración, la ansiedad difusa y la

falla en el control de impulsos (González Núñez, J., 2001); respecto a las funciones yoicas de los pacientes límite existe una debilidad en la capacidad sublimatoria, de tal forma que por lo general funcionan por debajo de su potencial académico (Kernberg, P., 2002).

Análisis del duelo por la pérdida del padre

Los avances por la pérdida de su padre, en un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio, se manifiestan de la siguiente forma:

1. A lo largo del tratamiento psicoterapéutico el paciente ha manifestado falta de aflicción y enojo constante en torno a la pérdida de su padre.
2. Al inicio del tratamiento psicoterapéutico el paciente desconoce la causa de la muerte del padre. En la primera fase de la etapa inicial es informado sobre las condiciones del fallecimiento por el abuelo paterno. Manifiesta miedo a morir a manos del hermano y de la madre. Se da la exposición del deseo de sobrevivencia ante miedo persecutorio. En la segunda fase de la etapa inicial manifiesta devaluación del padre. Marca el fin de la segunda fase de la etapa inicial la verbalización del evento traumático como tal. Durante la tercera fase de la etapa inicial manifiesta enojo hacia el padre.
3. Es en la primera fase de la etapa intermedia en donde se despliegan el miedo y desafío ante figuras de autoridad. La segunda fase de la etapa intermedia está marcada por la reelaboración del evento traumático al asociarlo a la privación de la libertad vivida por su prima. En la tercera fase de la etapa intermedia se descubre la identificación con el padre. Se continúa la elaboración de duelo por la pérdida del padre sin asociarse enojo. Evoluciona el respeto por las figuras de autoridad.

De forma teórica se expresan los resultados obtenidos de la siguiente forma: durante la etapa inicial del tratamiento psicoterapéutico se encuentra que las consecuencias emocionales dependen de lo facilitador que es su medio para llevar a cabo el duelo (Iglesias, A. y Barranco, J., 2010); como variables de un duelo patológico se encuentra la manifestación de cólera y autoreproches pero una marcada ausencia de aflicción, lo cual le permite conservar la organización en su vida, no obstante manifiesta dolencias psicológicas y fisiológicas; la falta de la aflicción consciente puede considerarse como una extensión patológicamente prolongada de la fase de embotamiento de la sensibilidad; es indispensable que se le informe de la muerte lo antes posible, cuando se trata de uno de los padres será el sobreviviente a quien le corresponde hacerlo (Bowlby, J., 1993); el miedo al infanticidio que normalmente da lugar a las fantasías del niño, se había visto intensificado por el persistente abuso de la violencia en un medio falto de cariño (Block, 1994); cuando se presenta un evento cuya intensidad es catastrófica en la vida de una persona debe considerarse su experiencia de vida previa, ya que esto determinará el significado que le otorgue, asimismo se deberá comprender su impacto dentro de la situación vital del paciente (Bellak, L., 1983/2000).

Integración de los aspectos primitivos: pulsión de muerte

Las etapas inicial e intermedia, caracterizadas por los aspectos primitivos: pulsión de muerte, del paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio, se despliega de la siguiente forma:

1. Se manifiesta la pulsión de muerte a lo largo de todo el tratamiento psicoterapéutico observable en la conducta agresiva y repetición de juegos y conversaciones del paciente. En la etapa inicial se presenta la búsqueda de satisfacción, el deseo de permanecer dormido y no bañarse, el agredir con un mal olor, con una conducta apática y la renuencia a saludar, despedirse y mantenerse en la sesión. Al final de la etapa inicial y para dar inicio a la etapa intermedia se desarrolla el descuido por su alimentación, la falta de atención a lesiones físicas,

la manifestación de conductas bizarras, exhibicionismo, amenazas, críticas y para concluir se plantea la ideación suicida y homicida.

Como sustento teórico encontramos en la etapa inicial a través de la pulsión de muerte, misma que proviene de la animación de la materia inanimada y pugna por regresar al estado inicial (muerte); la pulsión de muerte está ligada a la compulsión de repetición (Laplanche, J. y Pontalis J.B., 2008); y en la etapa intermedia se debe considerar al suicidio entonces, como un peculiar tipo de muerte que conlleva tres elementos: el elemento de morir, el elemento de matar, y el elemento de ser asesinado (Menninger, K.A., 1933); es importante analizar el acontecer de sucesos traumáticos vividos por el paciente límite (Kernberg, P., 2002).

Resultado adicional respecto a la vivencia frente al hermano:

1. Se encuentra que durante la etapa inicial desconoce su paradero, una vez que le informan lo ocurrido acude a visitarlo al tutelar de menores en donde se encuentra preso y le expresa abiertamente el miedo que siente a ser asesinado por él, manifiesta enojo hacia su hermano y busca comprensión a sus actos, enfrenta impotencia al ser comparado con él por su madre, involuntariamente acude cada domingo a visitar a su hermano; durante la etapa intermedia manifiesta identificación con su hermano, enfrenta a su madre respecto a las comparaciones que hace entre ellos, ante la privación a la libertad sufrida por su prima enfrenta nuevamente lo ocurrido psíquicamente a su hermano durante el evento traumático, se niega a visitar cada domingo a su hermano a lo cual accede la madre, el hermano obtiene el beneficio de poder salir del tutelar a estudiar únicamente por las mañanas, lo cual origina la necesidad de autoprotección en el paciente, declaraciones de omnipotencia, necesidad de diferenciación del hermano y al final de la etapa intermedia manifestaciones de ideación suicida y homicida.

El sustento teórico a lo anterior radica en que descubrimos que el impulso suicida puede ser provocado por la culpa originada en deseos homicidas, especialmente por aquellos orientados a los padres, ante los cuales actúa a manera de castigo, asimismo puede aparecer por la identificación con padre suicida, además de por la pérdida en la gratificación libidinal y la incapacidad para aceptarla, también es a veces un acto de venganza, otras un escape a la humillación, así como una forma de comunicación para pedir ayuda (Freud, S. 1910); ante un crimen violento se presenta la necesidad de encontrar una explicación racional a lo ocurrido, ya que la exposición a esta conducta hace que la persona se sienta vulnerable e impotente, de igual manera la víctima tiene miedo a otro ataque, incluyendo de personas conocidas, por lo que es importante que se rodee de individuos con autocontrol que le protejan (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000); las circunstancias de una pérdida vivida durante la infancia y las consecuencias posteriores determinan el desarrollo de trastornos neuróticos como la conducta antisocial y alcoholismo, así como de trastornos psiquiátricos. Suelen manifestar ideas suicidas, sobredependencia y afecciones depresivas graves (Bowlby, J., 1993).

Conclusiones:

De acuerdo al problema de investigación planteado se puede concluir que la importancia del manejo trasferencial y contratransferencial de un paciente adolescente con trastorno límite de la personalidad asociado al parricidio, radica en lo siguiente:

- Constituye una excelente guía para reconocer la necesidad y tiempo adecuado en la elaboración de la interpretación en un proceso psicoterapéutico.
- Es indispensable para vencer la resistencia originada por el evento traumático vivido, e igualmente imprescindible al enfrentar la compulsión a la repetición y el instinto de muerte.
- Es imperativo para conducir la respuesta contratransferencial de defensa ante los ataques violentos en la transferencia del paciente y para la conservación del interés y apertura emocional del terapeuta que se ven en juego ante la transferencia negativa del paciente.
- Invaluable en la consolidación de la alianza terapéutica adecuada, misma que es independiente a la transferencia y en la cual quedan enfatizados como requisitos en el terapeuta: la constancia, carácter humanitario, interés y defensa del paciente.
- Es de suma importancia en el avance del proceso psicoterapéutico ya que la realidad psíquica del psicoterapeuta varía a lo largo del mismo, debido a que es susceptible a los impactos transferenciales del paciente, asimismo genera el crecimiento personal y profesional del analista.
- El análisis de la contratransferencia constituye una invaluable herramienta para el trabajo psicoterapéutico, ya que gracias a ello comprendemos como se siente y lo que hace el paciente en relación a sus instintos y sentimientos, es imperativo para la comprensión e interpretación de los procesos psicológicos del paciente e intensifica el contacto con la realidad interna del mismo.

Aportaciones:

Del presente trabajo se desprenden las siguientes aportaciones:

- Conjuntamente a la etapa de desarrollo del paciente, hay que tener presente su estructura de personalidad y la intensidad del trauma psicológico ante el evento traumático. El impacto del evento traumático se encuentra determinado por el miedo que el paciente tuvo a morir, la relación de hermandad con el atacante, y el lugar en donde ocurrió (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).
- Debido a la vivencia de un evento traumático se requiere hacer modificaciones a la técnica psicoterapéutica tradicional, he implementar el uso de la intervención en crisis y psicoterapia breve al tratamiento. Las respuestas contratransferenciales patológicas pueden estar al servicio de la cura del paciente si se implementan nuevos parámetros al proceso psicoterapéutico oportunamente (Dupont Muñoz, M. A., 1989). A consecuencia de su experiencia como víctima, el individuo pasa por un proceso que permite proteger al yo durante y después de un acontecimiento traumático muy intenso (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).
- Es indispensable fomentar que el proceso psicoterapéutico psicoanalítico tenga un espíritu humanista. Es necesaria la identificación del psicoterapeuta con el psicoanálisis y con su espíritu humanista, es decir con su disposición a comprender, simpatizar y comunicar a los demás (Dupont Muñoz, M.A., 2007).
- Es preciso en la labor terapéutica que el psicoterapeuta tenga la capacidad de maternaje hacia el paciente, ya que esto le brinda la intuición para realizar las interpretaciones. El identificar el momento adecuado para hacer una interpretación depende de la habilidad e intuición del psicoterapeuta, así como de la maduración de su yo terapéutico, desde la base teórica de Winnicott es equiparable a la habilidad de una madre para saber las necesidades de su hijo (Dupont Muñoz, M.A., 2007). El terapeuta tiene la labor de contención y

tolerancia a la función de maternaje, así mismo contiene, sostiene y elige el momento oportuno para regresar ya elaborado lo recibido por el paciente (Dupont Muñoz, M. A., 1989).

- Es de suma importancia que el psicoterapeuta brinde el cuidado adecuado a su instrumento de trabajo, ya que es en sí mismo el recurso primordial en un proceso terapéutico, debido a que brinda sus habilidades teóricas, técnicas y su experiencia de vida. Su formación académica, análisis personal, práctica clínica y supervisión son los principios fundamentales en el psicoterapeuta y su capacidad incrementa en función de la experiencia que recolecta y el aumento en su capacidad de contención. Para comprender al paciente se parte de las propias emociones y vivencias, lo cual determina la experiencia transferencial – contratransferencial del proceso. Por ética el analista genera el compromiso de cuidar su aparato mental, ya que este constituye su principal instrumento de trabajo (Dupont Muñoz, M.A., 2007).
- El proceso psicoterapéutico psicoanalítico paralelo con la madre es necesario para el fortalecimiento y permanencia de la alianza terapéutica a lo largo del análisis. Debido a la naturaleza de la etapa de la adolescencia, se presentan dificultades para establecer la alianza terapéutica, aunadas al cuidado que de manera conjunta se debe tener hacia la alianza establecida con los padres del paciente (González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. y De Tavira y Noriega, F., 2006).
- Se determina que es sustancial el proceso psicoterapéutico del hermano, ya que ante un evento traumático de esta índole el paciente ha manifestado miedo a otro ataque y requiere la garantía a su seguridad al estar rodeado de personas que lo protejan (Sullivan, D. & Everstine, L., 1983/2000).

Limitaciones:

- A lo largo del tratamiento psicoterapéutico se encuentra manifestada una transferencia negativa que debe su intensidad al evento traumático vivido por el paciente y constituye la principal resistencia en el análisis, además de dificultar el establecimiento de la alianza terapéutica y así como la transición de la etapa inicial a la etapa intermedia. La transferencia sobre la persona del analista no desempeña el papel de una resistencia sino en la medida en que se trata de una transferencia negativa, o de una transferencia positiva compuesta de elementos eróticos reprimidos (Freud, S., 1912).
- Cabe señalar que a última fecha el hermano del paciente obtuvo su libertad, este evento no fue incluido en el desarrollo del trabajo de investigación debido a su reciente acontecimiento. En el paciente se desencadenan regresiones y actuaciones matizadas por la pulsión de muerte. Suceso que origina la necesidad de canalización a psicoterapia familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. & Knobel, M. (1990). *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Adolescencia (2011). Disponible en: www.rae.es

Adolescencia (2011). Disponible en: www.who.int

Adolescencia (2011). Disponible en: www.unicef.org

Ajuriaguerra J. (1977/2004). *Manual de psiquiatría infantil*. México: Masson.

Álvarez, J.L. y Jurgenson, G. (2003). *Como hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós.

APA (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.

Bauab de Dreizzen, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Bellak, L. (1983/2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno.

Blos, P. (1962/1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida. Tristeza y depresión*. España: Paidós.

Chemama R. (2002). *Diccionario de psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y temas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH (2003). *Manual de derechos humanos*. México: Cadenas Humanas, A.C.

Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH (2004). *Los derechos de las mujeres y los niños*. México: Cadenas Humanas, A.C.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH (2007). *La familia y los derechos humanos*. México: Cadenas Humanas, A.C.

Congreso Virtual de Psiquiatría (2006). Disponible en: www.interpsiquis.com

Dupont Muñoz, M. A. (1989). *La práctica del psicoanálisis*. México: Pax.

Dupont Muñoz, M.A. (2007). *El ser psicoanalista*. México: Lumen.

Etchegoyen, R.H. (1986/1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Argentina: Amorrortu.

Freud, A. (1961/2000). *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.

Freud A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. España: Paidós.

Freud, A. (1965/1997). *Normalidad y patología en la niñez*. México: Paidós.

Freud, S. (1900/1996). *La interpretación de los sueños*. Obras completas, Tomo I. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905/1996). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912/1996). *La dinámica de la transferencia*. Obras completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1913/1996). *Tótem y tabú*. Obras completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914/1996). *Recuerdo, repetición, reelaboración*. Obras completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915/1996). *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. Obras Completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

BIBLIOGRAFÍA

Freud, S. (1915/1996). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Tomo II. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1920/1996). *Más allá del principio del placer*. Obras completas. Tomo III. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1923/1996). *El YO y el ELLO*. Obras completas. Tomo III. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1926/1996). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas. Tomo III. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1928/1996). *Dostoyevsky y el parricidio*. Obras completas. Tomo III. España: Biblioteca Nueva.

González Núñez, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.

González Núñez, J. J.; Romero Aguirre, J. Y De Tavira Y Noriega, F. (2006). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

Iglesias, A. y Barranco, J. (2010). *Psicoanálisis y duelo: comprendiendo el dolor frente a la pérdida*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Kernberg, O.F. (1977/1998). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.

Kernberg, O.F. (1984/1999). *Trastornos graves de la personalidad, estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno.

Kernberg, O.F. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación terapéutica*. México: Manual Moderno.

Kernberg, P. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

Kübler-Ross, E. (1969/2000). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Grijalbo Mondadori.

BIBLIOGRAFÍA

Laplanche, J. y Pontalis J.B. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós.

Mahler, M. (1977/2002). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. México: Enlace editorial.

Mannoni, O. (1984/2001). *La crisis de la adolescencia*. España: Gedisa.

Parricidio (2011). Disponible en: www.rae.es

Papeles del Psicólogo (2003). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

Paz, C. A. y Olmos, T. (1991). *Adolescencia y patología borderline. Libro anual de psicoanálisis tomo II*. Perú: Monteversedo.

Pearson, G. (1972). *Manual de psicoanálisis de niños y adolescentes*. Buenos Aires: Hormé.

Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia (2009). Disponible en: <http://www.ijpsy.com>

Racker, H. (1991). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. México: Paidós.

Salud Mental (2011). Disponible en: www.who.int

Segal, H. (1985). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Slaikie, K. A. (1984/2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Spitz, R.A. (1965/2001). *El primer año de vida*. México: Fondo de cultura económica.

Sullivan, D. y Everstine, L. (1983/2000). *Personas en crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Pax.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1995). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.

BIBLIOGRAFÍA

Tubert, S. (1982). *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. España: Editorial Saltés.

Tyson, Phyllis y Tyson, Robert. (2000). *Teorías psicoanalíticas del desarrollo: una integración*. Perú: Publicaciones Psicoanalíticas.

UNICEF (2007). *La infancia y los objetivos de desarrollo para el milenio*. EUA.

Vallejo, R. (2004). *Deseo parricida en una paciente con trastorno narcisista*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán.

Winnicott, D.W. (1958/1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. México: Paidós.

Winnicott, D.W. (1965/1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. México: Paidós.

Winnicott, D.W. (1971/1999). *Realidad y juego*. España: Gedisa.

Winnicott, D.W. (1988/1996). *La naturaleza humana*. México: Paidós.

Winnicott, D.W. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.