



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

ACERCAMIENTOS Y LÍNEAS DE REFLEXIÓN



COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

**INVESTIGACIÓN
EN PSICOTERAPIA
ACERCAMIENTOS
Y LÍNEAS DE REFLEXIÓN**

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

ACERCAMIENTOS Y LÍNEAS DE REFLEXIÓN



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

TANIA ZOHN MULDOON
ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORAS

COLECCIÓN
PSICOTERAPIA Y
DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

Zohn Muldoon, Tania Carina (coordinación)

Investigación en psicoterapia : acercamientos y líneas de reflexión / Coord. de T.C.
Zohn Muldoon, E.N. Gómez Gómez, R. Enríquez Rosas.-- Guadalajara, México : ITESO, 2018.
273 p. (Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario ; 5)

ISBN 978-607-8616-08-4 (Ebook PDF)

ISBN de la colección 978-607-9473-45-7 (Ebook PDF)

1. Psicólogos – Prácticas Profesionales. 2. Jóvenes – Condiciones Psicológicas.
3. Hombres – Condiciones Psicológicas. 4. Familia – España – Condiciones Psicológicas. 5. Identidad de Género – Aspectos Psicológicos. 6. Maternidad – Aspectos Psicológicos. 7. Relaciones Padres-Hijos – Aspectos Psicológicos. 8. Doble Vínculo. 9. Deserción y Abandono – Aspectos Psicológicos. 10. Soledad – Aspectos Psicológicos. 11. Incesto – Aspectos Psicológicos. 12. Suicidio. 13. Depresión Posparto. 14. Psicopatología – Casos e Informes Clínicos – Tema Principal. 15. Psicoterapia – Prácticas Profesionales – Tema Principal. 16. Psicoanálisis. 17. Psicología Clínica – Prácticas Profesionales. I. Gómez Gómez, Elba Noemí (coordinación). II. Enríquez Rosas, Rocío (coordinación). III. t.

[LC]

616. 8914 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Molt bél, servicios editoriales

La presentación y disposición de *Investigación en psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión* son propiedad del editor. Aparte de los usos legales relacionados con la investigación, el estudio privado, la crítica o la reseña, esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, en español o cualquier otro idioma, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotográfico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, inventado o por inventar, sin el permiso expreso, previo y por escrito del editor.

1a. edición, Guadalajara, 2018.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,

Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.

www.publicaciones.iteso.mx

ISBN 978-607-8616-08-4 (Ebook PDF)

ISBN de la colección 978-607-9473-45-7 (Ebook PDF)

Índice

INTRODUCCIÓN	7
ABORDAJE NARRATIVO DE LAS FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS: EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO / <i>Ricardo Ramos Gutiérrez</i>	13
CAMINANDO TRAS LOS PASOS DE LA MATERNIDAD: EMOCIONES VIVIDAS DURANTE LA DEPRESIÓN POSPARTO / <i>Cristina Marrón Nielsen y Rocío Enríquez Rosas</i>	53
REPERCUSIONES DEL ABANDONO PATERNO OCURRIDO EN LA INFANCIA Y SU IMPACTO EN LA IDENTIDAD DEL HIJO VARÓN / <i>Diana Astrid Aguiar Aguirre</i>	93
ANGUSTIA, CULPA Y DESEO. LA INTERDISCIPLINA EN UN CASO DE INCESTO / <i>Gabriela Castro Soto</i>	135
LA SIGNIFICACIÓN DE LA SOLEDAD EN ADULTOS JÓVENES / <i>Tania Karina Magdaleno Hernández</i>	171
LO INTERDISCIPLINAR EN EL ANÁLISIS DE UN CASO ÚNICO. ENTRE EL DOBLE-VÍNCULO Y LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL LENGUAJE / <i>Tricia Rivero Borrell Zermeño</i>	203

TOXICIDAD VINCULAR EN SUJETOS CON INTENTO DE ACABAR CON LA PROPIA VIDA. ANÁLISIS ACTANCIAL DE SUS RELATOS / <i>Antonio Sánchez Antillón</i>	241
ACERCA DE LOS AUTORES	271

Introducción

Esta publicación representa el quinto volumen de una propuesta editorial más amplia en la que participan la Maestría en Psicoterapia y la Unidad Académica Básica de “Personas, Interacción y Transformación” del Departamento de Psicología, Educación y Salud (DPES) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Esta colección —que inició en el año 2013— busca ser un espacio de reflexión y difusión del trabajo académico de los profesores y egresados del programa educativo, así como de los académicos del DPES y otros departamentos del ITESO e instituciones nacionales e internacionales.

El proyecto se constituye como un espacio de encuentro que gira en torno al campo de la psicoterapia, la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario. Se inscribe en la búsqueda institucional de construir conocimiento para ofrecer respuestas más amplias y fundamentadas acerca de las situaciones problema que inciden en el bienestar psicológico de las personas, así como en las alternativas de intervención, tomando como visión fundamental una comprensión de persona ubicada en un contexto histórico–sociocultural.

Este volumen enfrenta la tarea de incorporar contribuciones respecto de la labor investigativa en el campo de la psicoterapia; para ello, se examinan trabajos que proponen el abordaje de los estudios de caso y la psicoterapia, posibilidades para el acercamiento al estudio de las variables del contexto psicoterapéutico y marcos metodológicos para sistematizar y generar conocimiento en el campo. Con ello se ofrece un panorama multifacético e integrador que permite profundizar en diversas líneas y tramas centrales para esta área de profesión.

En esta obra se aportan claves de lectura importantes para comprender, desde distintos referentes teóricos, la relevancia de los estudios de caso en las investigaciones en psicoterapia y el papel que han tenido en la producción de conocimiento en el campo. Se presenta una alternativa teórica-metodológica específica para el estudio de la familia multiproblemática, en tanto caso, sus implicaciones, desafíos y posibilidades desde el apoyo psicosocial.

También se expone el estudio y análisis de diversos problemas psicosociales relacionados con el bienestar / malestar emocional, tales como la depresión posparto, la soledad, el incesto y el abandono paterno, entre otros. La comprensión de estas circunstancias y estos temas paradigmáticos tiene una significación importante para la práctica clínica y la formación en psicoterapia, ya que constituyen cuestiones que los consultantes reportan como motivos para solicitar la ayuda profesional.

Este volumen nos muestra algunos de los ámbitos de problema en el campo de la psicoterapia que son abordados, sistematizados y analizados por distintos autores, con el fin de mostrar con rigor científico las posibilidades de la investigación en este ámbito de generación de conocimiento.

Los estudios orientan sobre claves teóricas, así como de carácter metodológico, técnico y de análisis de datos que pueden ser valiosas para aquellos interesados en la investigación en la psicoterapia contemporánea.

Consideramos que este volumen ejemplifica, con investigaciones específicas, las formas posibles de enmarcar teórica y metodológicamente objetos de estudio de interés para la psicoterapia. En este sentido, los trabajos expuestos pueden ser considerados como muestras de investigación para aquellas personas interesadas en la creación de conocimiento.

El primer trabajo se titula “Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el modelo narrativo-temático”, elaborado por Ricardo Ramos Gutiérrez, quien posiciona y caracteriza densamente a este tipo de familias en el contexto europeo, en específico el español. Son

aquellas que tienden a responder de forma insuficiente a las encuestas para satisfacer las necesidades de protección, socialización y afecto de sus miembros, lo que conduce a que sus integrantes busquen personas y servicios externos que puedan resolverles, en cierta medida, sus múltiples necesidades. El problema, apunta el autor, se ubica en que los técnicos que ofrecen servicios a estas familias se convierten en recursos humanos hasta cierto punto indispensables, lo que favorece el decremento gradual de las competencias de los miembros del grupo. Este proceso lleva a la emergencia de familias multiasistidas de frente a una multiproblematicidad. El reto es que los profesionales de ayuda psicosocial favorezcan el fortalecimiento de los vínculos y las capacidades de las propias familias. Para el desarrollo de sus planteamientos, el autor presenta el análisis fino y cuidadoso de un caso de una familia multiproblemática y concluye sobre la relevancia de la construcción teórica para el estudio del acontecer familiar, así como de la importancia del apoyo terapéutico centrado en la construcción de la historia terapéutica hacia el futuro, de modo que sus miembros encuentren horizontes de futuro plausibles y esperanzadores.

Por otra parte, en “Caminando tras los pasos de la maternidad: emociones vividas durante la depresión posparto”, de Cristina Marrón y Rocío Enríquez, las autoras incluyen la discusión en relación con las expectativas asociadas a la maternidad, el ambiente emocional que acompaña un proceso de embarazo y parto, así como la “labilidad” emocional que se relaciona con este evento; estas condiciones pueden marcar una zona de posibilidad para la “depresión posparto” y la emocionalidad concomitante. La investigación tiene como supuesto que, conocer y comprender las emociones y los significados que acompañan el posparto favorece un mayor entendimiento del mundo femenino de la madre, para lo cual se trabajó con las narrativas de cuatro mujeres a través del método de estudio de caso. Las interrogantes a las que se pretende responder son relativas a cuáles son las emociones y su intensidad durante el posparto, su regulación y el papel de las redes de apoyo de la madre.

El siguiente capítulo lo presenta Diana Astrid Aguiar Aguirre, denominado “Repercusiones del abandono paterno ocurrido en la infancia y su impacto en la identidad del hijo varón”. A través de la historia de Carlos, se enfatiza el papel del padre en el desarrollo de la persona. Comienza con una extensa revisión de diferentes autores e investigadores que abordan este rol, en donde se sostiene la importancia de entablar un diálogo interdisciplinario para la comprensión integral de este tema en la práctica clínica. Se continúa con el caso de Carlos, consultante que por un largo periodo asistió a psicoterapia psicoanalítica y que ejemplifica de manera singular las consecuencias del abandono paterno en distintos aspectos de la vida, y se subrayan las complicaciones que pueden generarse en la configuración de la identidad.

Le sigue “Angustia, culpa y deseo. La interdisciplina en un caso de incesto”, de Gabriela Castro Soto, donde se toca el delicado tema del incesto a través del análisis del caso de Ana, cuya situación se presenta a profundidad; un trabajo de psicoterapia que implicó un arduo tejido multi e interdisciplinario, en el que se revisan las implicaciones de los diversos acercamientos teóricos y metodológicos utilizados, así como las posibilidades y limitaciones de la postura interdisciplinaria, en tanto su aporte para la mirada compleja y la contextualización de los problemas, así como el riesgo de la disolución del sujeto en medio de la diversidad de lecturas acerca de la realidad.

Luego viene el capítulo “La significación de la soledad en adultos jóvenes”, escrito por Tania Karina Magdaleno Hernández, que se deriva de un proyecto de investigación más amplio cuyo propósito es generar conocimiento relacionado con la construcción psicocultural de la soledad en los jóvenes de la sociedad contemporánea. A través de entrevistas a profundidad de corte biográfico, se muestra el estudio de la realidad de cinco jóvenes varones, con el propósito de comprender cómo se construye la soledad en el interjuego entre la dimensión individual y sociocultural, así como los impactos y precedentes de este proceso. Para ello se utiliza un acercamiento metodológico cualitativo y una perspectiva de la psicoterapia desde la interdisciplinaridad, a

partir de una posición que dé lugar a la subjetividad y complejidad: el estudio de caso. Este escrito aporta en la comprensión de las vivencias, los significados y las formas de enfrentar la soledad, lo que permite la reflexión de alternativas en la relación de ayuda.

Tricia Rivero Borrell Zermeño presenta “Lo interdisciplinar en el análisis de un caso único. Entre el doble—vínculo y la teoría psicoanalítica del lenguaje”, un estudio de caso clínico de una mujer adulta acerca de la relación entre el doble—vínculo, noción trabajada por Gregory Bateson desde el enfoque sistémico y las afecciones psicósomáticas; para el análisis de las evidencias, surge una particular atención en la relación entre la consultante y su madre. Para la comprensión del tema, la autora pone en escena un diálogo tanto entre disciplinas como orientaciones psicoterapéuticas. La pregunta de investigación que precede al documento es: ¿qué relaciones existen entre el vínculo madre-hija y las afecciones psicósomáticas en este caso único?

Por último, en el capítulo de Antonio Sánchez, “Toxicidad vincular en sujetos con intento de acabar con la propia vida. Análisis actancial de sus relatos”, se pone de manifiesto la importancia de abordar el campo de vincularidad en el estudio del suicidio, perspectiva desde la cual el acto de quitarse la vida y sus intentos no es un evento aislado ni individual, donde las relaciones primarias cobran importancia para su entendimiento. Este escrito es resultado del análisis de tres casos de mujeres adultas jóvenes con intento de suicidio, con acento en el diálogo interdisciplinar, principalmente en la estructura metodológica, si bien en la perspectiva clínica sobresale el campo del psicoanálisis. Así pues, el capítulo está desarrollado en tres apartados: la metodología, la presentación de resultados, el análisis y la discusión de los datos, en donde se articula el referente teórico con los datos obtenidos y las conclusiones.

Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el modelo narrativo–temático

RICARDO RAMOS GUTIÉRREZ

Las familias multiproblemáticas han recibido distintas denominaciones según sus características: asociales (Voiland, 1962), para subrayar los comportamientos de drogadicción, delincuencia o prostitución; sub-organizadas (Aponte, 1976), para destacar la inconstancia en los roles del subsistema parental; desorganizadas (Minuchin, Montalbo, Guerney, Rosman & Shumer, 1967), por su deficiente estructuración organizacional y comunicacional; y, en años más recientes, multietresadas (Madsen, 2007), debido a las dificultades que enfrentan de manera simultánea.

Pero quizá la caracterización más completa es la que ofrece Luigi Cancrini (Cancrini, De Gregorio F. & Nocerino, 1997), quien postula un conjunto de características concretas y conectadas:

- Presencia simultánea, en dos o más miembros de la familia, de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y de gravedad suficiente como para requerir intervención externa.
- Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, para desarrollar las actividades funcionales y expresivas (o nutricias y socializadoras) (Linares, 1997) para el desarrollo correcto de la vida familiar.
- Refuerzo recíproco entre el primero y segundo punto.

- Labilidad de límites, propia de un sistema caracterizado por la presencia duradera de profesionales y figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.
- Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios, y viceversa.

Las familias que cumplen con estos criterios son aquellas que han fracasado en las tareas de satisfacer la protección, socialización y el afecto de sus miembros, que se abocan a una búsqueda de personas externas capaces de satisfacer, aunque sea parcialmente, esas necesidades.

Estos especialistas, con frecuencia de los servicios técnicos en los países del llamado Primer Mundo, se vuelven esenciales para estas familias y contribuyen inadvertidamente a la disminución progresiva de la competencia de sus miembros y disolución de sus vínculos (Colapinto, 1995).

Se configura así la segunda dimensión de estas familias: ser siempre multiasistidas (Selig, 1976), y se extiende así también la responsabilidad de la creación y el mantenimiento de la multiproblematicidad, que alcanza a los profesionales de ayuda psicosocial, quienes aunque con las mejores intenciones, caen en la tentación de suplantar a los miembros de la familia poco capaces, en lugar de darles soporte.

DEFINICIÓN DISCURSIVA DE LA MULTIPROBLEMATICIDAD

Consideramos a la narración como una práctica discursiva. En los párrafos siguientes se propondrá una traducción discursiva de los criterios de Cancrini, para así focalizarnos en las consecuencias de esos aspectos clínicos, cómo hablan de estas familias y sus vicisitudes.

La existencia de varios miembros con problemas sociosanitarios serios explica y legitima la búsqueda de una pluralidad de interlocutores, entre ellos los profesionales. En determinadas circunstancias, sienten la necesidad de hablar y pedir alivio a sus problemas, lo que no se les discute.

Sin embargo, muchas veces estos interlocutores profesionales no escuchan para comprender sino para llegar a hacer. Ante situaciones tan dramáticas como las que pueden llegar a presentarnos los miembros de estas familias, otros profesionales, como un periodista o un sociólogo, se limitarían a tomar nota; pero los especialistas de la intervención psicosocial se ven empujados a hacer algo que los alivie, muchas veces en contextos confusos y situaciones de urgencia.

Pero lo que los profesionales hacen (por ejemplo, retirar a un menor) y hacen hacer (pedir y esperar de una mujer maltratada, o madre de un menor, que abandone y enfrente de manera inmediata al maltratador) los compromete con lo que piden y hacen, y con la versión de la situación en que se sustenta esa acción; lo que les dificulta reevaluar la acción que han propiciado y la versión que han admitido.

Se configura así el *discurso para la acción*, que provoca acciones supuestamente necesarias y resolutivas de una situación grave e insostenible (Ramos, 2001a; 2015). Por ejemplo, una vez ejecutada la acción de retirar a un menor, no necesariamente comienza un trabajo con la familia, como si ello por sí mismo resolviera el problema en lugar de crear otro (el desarraigo de este).

Por su parte, los miembros de la familia quieren que avalemos su versión; proponemos que el equivalente discursivo de la nutrición emocional es la confirmación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), que es hacerle saber y sentir a alguien que él es “quién” para decir y hacer lo que está diciendo y haciendo, aunque se equivoque.

Y algo así busca con desesperación cada miembro de la familia como una forma vicaria de la carencia de la nutrición emocional que padece; hablan al interlocutor profesional de la manera que lo hacen no solo para ser entendidos o ayudados sino para ser confirmados en su versión de los hechos y con ello avalados, aunque sea implícitamente, en su posición ante los mismos (Ramos, 2001b).

De esta forma, los miembros de la familia no abandonan con facilidad a sus interlocutores ni la versión de los hechos con que se han creído avalados; y la existencia de varios de ellos con problemas que

suscitan la ayuda de profesionales, así como el aval acrítico e incondicional que estos últimos otorgan a la versión del cliente, se retroalimenta.

Además, la porosidad de las fronteras familiares hace que cuando un profesional entra en pos de su paciente, se meta y se vea metido en más cosas, incluyendo así en su órbita cada vez más problemas, con la aquiescencia pasiva de la familia. Al final, distintos profesionales tratan de dirimir de forma más o menos beligerante los conflictos sin resolver que ahora los distintos miembros de la familia les ceden pasivamente.

Por último, esta relación de dependencia mutua se perpetúa: “más me tratas de salvar y activar, más te dejo que lo intentes, pero no me activo”. Familia y servicios establecen un vínculo que no llega a ser de confirmación mutua sino de pseudoconfirmación. Los profesionales se sienten pseudoconfirmados (justificados) al sentirse necesarios, si bien se perciben ineficaces en el fondo, y los usuarios se sienten pseudoconfirmados (escuchados), aunque en la práctica sus problemas permanezcan inalterados.

El resultado es que las familias multiproblemáticas, en su contacto con los servicios, generan lo que hemos llamado discursos multiprotagónicos (Ramos, 2015); en sus conversaciones con los distintos miembros de los servicios, no promueven una historia más o menos compartida en la que pueda haber versiones un tanto contradictorias de ciertos incidentes y episodios clave; lo que provocan más bien son historias polémicas con protagonistas distintos (cada servicio tiene uno), roles antagónicos polarizados, de forma tal que la víctima en una historia por la que se mueve un servicio pasa con facilidad a ser el victimario en la historia por la que transita en otro servicio: el “maltratador borracho” puede ser el mismo “enfermo alcohólico” al que su familia no apoya en su intento de deshabitación.

En la red profesional que atiende a una familia circulan distintas historias con diferentes protagonistas, que a la vez suscitan preocupaciones que provocan diversos programas de acción, muchas veces antagónicos y ninguno que aporte soluciones duraderas. Pero, como

factor común, todas esas historias destilan un sentimiento omnipresente entre todos los participantes: que esta situación no puede acabar bien, que esa familia está abocada a un final trágico.

HISTORIA, TEMA Y TRAMA

White y Epsón (1990) dicen que lo que nos cuentan las familias es una *historia saturada de problemas* con la cual se identifican y son identificadas. Minuchin, dando un paso más, nos señala que estas no cuentan su propia historia sino que su historia es contada por otros: los profesionales (P. Minuchin, Colapinto & S. Minuchin, 2009).

En principio, una terapia narrativa con este tipo de familias debería promover que su historia contuviera más elementos además de problemas, contados de otra manera, *por y a otros*, además de los implicados; para ello sería necesario precisar qué se entiende por *historia* y por *contarla*.

La definición más simple de historia usada en el campo de la terapia narrativa es: “un conjunto de acontecimientos cronológicamente orientados, organizados en torno a un tema o trama” (Morgan, 2000). En ella se da primacía a los acontecimientos, lo que compartimos totalmente.

Para que exista una historia es necesario que pasen y hayan sucedido cosas que se puedan contar... Y la vida de las familias multiproblemáticas están llenas de vicisitudes (adicciones, enfermedades, miseria, delincuencia, emigración) que apenas se pueden contar y a duras penas creer —puede ser muy difícil para un profesional de “cuello blanco” entender como se ha podido vivir así.

En el terreno literario, donde buscan inspiración Epsón y White —quienes llaman a su manera de proceder “terapia de mérito literario”—, puede que haya narraciones en las que no pasen muchas cosas, o que lo que pasa no parezca lo fundamental —como en las obras de Joyce o Proust—. Pero en las historias contadas por gente ordinaria (ni héroes ni monstruos), de vidas desgraciadamente comunes (no excepcionales en sus contextos de vida, sean las villamiserias o la *banlieue*),

como las que cuentan estos usuarios, el motor del relato es aquello que ha pasado, pasa y puede pasar todavía; los acontecimientos por lo general complicados por los que trascurren sus vidas.

Sin embargo, la definición de Morgan omite un elemento fundamental en lo que se narra: los acontecimientos no se relacionan solo de manera cronológica sino que guardan (y buscan) también un orden configuracional (Bremond, 1973; Ramos 2001b); en una historia se trata *de* y *con* una serie de acontecimientos que buscan un sentido y un final.

Y la gente nos las cuenta buscándole algún sentido a lo que está pasando, con la intención de encontrar algún final a lo que sufre; es precisamente el final que alcanza la historia lo que permite un sentido (Kermode, 1979) y propone cuál es este.

Y aún hay otro punto que la definición de Morgan no distingue, al equiparar tema y trama. Para nosotros es importante la diferencia entre historia, tema y trama, en particular en historias no finalizadas, no para que las disfrutemos (o temamos) y en su caso analicemos (como un crítico literario ante una obra concluida) sino que se trata de historias en curso, en progreso, que se nos cuentan para que las transformemos en lo que podamos.

La historia trata de lo que sucedió y está sucediendo; de lo que se nos cuenta, tal como se cuenta; una serie de cosas que suceden a unas personas, que implican una serie de personajes que reaccionan de cierta manera, narradas de una cierta forma y orden, que parecerían apuntar a un cierto final.

Pero además de este nivel del relato, su superficie textual, podrían considerarse otros dos: uno superior, en el sentido de ser más abstracto y funcionar como marco, y otro inferior, por ser más esquemático que la historia y trabajar como un guion generativo. El primero es el tema de la historia, mientras que el segundo la trama narrativa.

La historia que se nos cuenta se entiende como el desarrollo singular de un tema general, del que esta funciona como una ilustración. *Otelo*, por ejemplo, es una historia de lo que son los celos; *Macbeth*, por su parte, sería una de a dónde nos puede llevar la ambición.

Cualquier historia que funcione se nos cuenta y escucha porque es memorable en algún sentido —digna de ser contada— (Adam, 1984) y nos enseña algo acerca de nuestro orden social —puede generar algún tipo de conclusión o moraleja.

El tema, un organizador general de la historia para permitir entenderla y encuadrarla, podría parafrasearse a nivel clínico como: “Estamos ante un caso de... (maltrato, drogadicción, marginación...)”. Las historias de las familias multiproblemáticas ofrecerían diferentes temas a sus “lectores”, cada uno de suficiente peso para encuadrarlas. El tema “elegido” por cada profesional dependería tanto de aspectos personales, como pueden ser su interés o su sensibilidad, cuanto de aspectos más profesionales, como sus habilidades técnicas o el contexto en el que trabajan.

Para uno, el tema de una historia, contada por él o de él, se puede encuadrar como la historia del alcoholismo (del padre), en la que difícilmente faltaría la violencia de género y el descuido a los hijos; para otro, la violencia de género (hacia la madre), en la que no sería extraño encontrar el alcoholismo del cónyuge y el maltrato a los hijos; mientras que para un tercero, acerca de la negligencia (de los hijos), en la que el alcoholismo del padre y la violencia conyugal son factores de riesgo comúnmente presentes.

Se tiene, a través del marco desde el que se trate de encuadrar (lo que es posible), una historia compleja, un reflejo y refuerzo de las vías de generación de lo que en párrafos anteriores hemos llamado discursos multiprotagonísticos.

No obstante, habría otro nivel menos próximo a la comprensión semántica y más cercano a la comprensión narrativa: la trama, que es un conjunto limitado de personajes, procesos y eventos que resultan básicos y nucleares en una historia, en torno a los cuales se teje el tejido narrativo de cada historia y articulan sus detalles. Son los elementos básicos que permiten, en tanto historia, recordarla narrativamente.

La historia de *Romeo y Julieta*, cuyo tema es la fuerza del amor, se expresa en una trama en donde hay personajes principales como Romeo,

Julieta, los Montesco y los Capuleto; unos procesos principales, como el enamoramiento de Romeo y Julieta y el progresivo enfrentamiento entre los Montesco y los Capuleto; así como unos acontecimientos principales que pueden ser el baile, la muerte de Mercucio a manos de Teobaldo, y la de este último por Romeo.

Una versión moderna de esta trama podría ser el film *West side story*, drama musical de Robert Wise de 1961, que precisamente se tituló en español *Amor sin barreras*. Los acontecimientos no ocurren en Verona sino en Nueva York en el siglo XX. En este caso los enamorados son Tony y María, mientras que las familias nobles pasan a ser dos bandas callejeras: los “shark”, portorriqueños, y los “jets”, irlandeses; el drama se desencadena también con ocasión de un baile. Hay una serie de elementos básicos que se repiten en historias desarrolladas en espacios geográficos, sociales y artísticos muy distintos: un drama teatral y un musical.

Un lector, en nuestro caso un profesional de la salud, va siguiendo a varios niveles el relato de vida que le cuentan y presencia sesión a sesión. El primero es el de la superficie textual, lo que hemos llamado la historia: que pasó después, cómo acabó la discusión, que fue lo que pasó que les permitió reconciliarse; pero de igual manera sigue la trama, tratando de identificar de qué tipo es aquella historia.

Hayden White, el historiador que introdujo el giro narrativo en los estudios históricos (1973), afirma que cuando el lector cree identificar la trama, su sensación es la de entender en ese momento, en su sentido más profundo, el relato con el cual está trabajando (leyendo o documentando). Y añade que cuando cree conseguirlo, esta identificación es predictiva: en adelante tenderá a percibir (en el relato que lee o los documentos que consulta) los acontecimientos propios de ese tipo de trama, así como a pasar por alto los que no cuadran con él. Podríamos decir que, en una tragedia, hasta los bufones son trágicos.

Por su parte, el crítico literario Northon Fry (1991) sostiene que cada cultura tiene una serie de tramas básicas que articulan la multiplicidad de historias que se generan y circulan; así, en la cultura occidental

estas serían cuatro: novela o romance, tragedia, comedia y farsa. Nos interesan las dos primeras.

Una tragedia es una trama donde los personajes se enzarzan en una lucha desmedida con un destino que los acaba derrotando; una novela sería una en que los personajes, en algo, son capaces de vencer lo que parecía su destino. Las familias multiproblemáticas llegan inmersas en una trayectoria con visos de tragedia. Pero esta no es la que nos cuentan uno u otro miembro de la familia, con el aval de este o aquel profesional (o viceversa), sino que sería algo así como el común denominador de los distintos discursos multiprotagonísticos; sería el sentimiento compartido y extendido, basado en determinados personajes, hitos y procesos, contados con diferentes protagonistas y por boca (o informe) de diferentes narradores, que circula a través de la red profesional y trasmite que esa situación y esas historias que tratan de dar cuenta de ella, difícilmente pueden acabar bien. Esa trama, esa desesperanza, amenaza también con atrapar al terapeuta si no se las ingenia para encontrar un modo de despegarse de ella (Ramos, Aljende & García, 2015).

Pero la forma de cambiar una historia no es tratar de modificar el significado de las cosas que han sucedido, de ver las mismas de otra manera (la reformulación no es fácil ante la interminable serie de desgracias que nos cuentan las familias) sino de tratar que pasen más cosas que, finalmente, puedan desmentir o alterar ese significado, al menos de forma parcial.

De manera correlativa, la historia terapéutica, el trabajo en el nivel narrativo, consistiría en ayudarles a que puedan conseguir algo, por pequeño que parezca, en lo que logren estar de verdad interesados, con un valor para ellos, en lo que el terapeuta, honestamente, pueda colaborar.

Por lo tanto, el marco terapéutico no es la ocasión de que emerja lo “no-dicho-todavía” y las “historias-no contadas-todavía” (Anderson & Goolishian, 1980), las historias que el curso de los acontecimientos han

impedido que las personas compartan unas con otras para así cambiar su percepción entre ellas.

Y tampoco es la ocasión de que emerja lo “ausente, pero implícito” (White, 2000; Carey, Walter & Rusell, 2009), la historia siempre presente y no a menudo manifiesta de la resistencia personal ante el trauma, para que así cambie la autopercepción de las personas sacudidas por la vida.

El marco terapéutico es, creemos, la ocasión de reparar en las cosas que están pasando en el presente, en el curso de la propia terapia; la oportunidad de percibir y procurar que pasen cosas significativas, compartidas de alguna manera en la experiencia presente del terapeuta y la familia a través del relato de lo que esta le hace a aquel. La historia terapéutica es la “historia–no vivida–todavía”, la “historia–por–vivir”.

EL ACTO DE CONTAR

Con la diferencia entre historia, tema y trama hemos pasado de los acontecimientos que ocurren y nos cuentan a los elementos que nos guían para entenderlos. Pero nos falta considerar el acto de contarlos.

John Berger y Susan Sontag (1982) proponen dos modelos para entender qué es contar una historia: el modelo de la crítica literaria, oportuno en especial para las historias escritas, y el de la tradición oral. Sontag sostiene que la aparición de la imprenta, y posteriormente de los medios audiovisuales que hacían innecesaria la presencia cara a cara para transmitir una historia, cambiaron el significado, la manera y las cosas que se contaban.

Por su parte, John Berger señala que el paradigma derivado de la tradición oral propone como ejemplos típicos la historia contada por un soldado sobreviviente de una batalla que vuelve a su pueblo para transmitirla, o la de un viajero después de un viaje azaroso por países exóticos... O aquella contada por un padre a un niño antes de ir a dormir. La experiencia de lo que nos cuentan en la consulta está más

próxima a este segundo modelo, por lo que vamos a desarrollar algunos de sus detalles.

Para Berger, contar una historia es una operación de rescate, buscar un refugio para quien cuenta y lo que se cuenta. Para el primero es un regreso a una situación de reconocimiento y seguridad; para lo segundo, un rescate del olvido. Como tal, contar —y escuchar— historias reales de vicisitudes penosas es un acto de participación y compromiso.

Pero no necesariamente de compromiso con los hechos (un viajero o un soldado pueden exagerar o mentir; un adicto, un maltratador o un progenitor que no protegió pueden negar o banalizar) sino con la posición que adoptan al decir lo que dicen, tal como lo dicen.

En el contexto clínico (Ramos, 2001b), hemos señalado que la historia que nos cuenta cada usuario es el significante singular de un significado pragmático universal, idéntico en todos los casos a nivel del efecto que trata de producir; y ese significado universal puede parafrasearse como: por todo lo que le acabo de contar (y que si no le resulta suficiente le puedo seguir contando) es por lo que estoy ASÍ (como usted bien puede deducir de lo que le cuento) y AQUÍ (contándose a quien se le debe contar, dado que usted me ha permitido que lo haga). (Y ahora que se lo he contado, a USTED le toca hacer algo al respecto, que yo ya hice lo que tenía que hacer, contándose).

Afirmamos que el relato de lo que les ha estado pasando a nuestros usuarios, tal como de manera espontánea tienden a hacerlo, además de una función expresiva, tiene una autojustificativa que busca delegar la responsabilidad del cambio en el terapeuta (Ramos, 2001b).

Por lo tanto, la participación del terapeuta, más si es en familias multiproblemáticas, ha de ser muy activa. Hemos caracterizado las conversaciones terapéuticas como “apasionadas” (Ramos, 2008). No se escucha compasivamente para saber y entender sino muy activamente para promover y cambiar; lo que hay que escuchar, con toda la empatía y compasión del mundo, pero toda la participación posible, es lo que se puede todavía cambiar.

La duda que eso podría suscitar es acerca de cuál es al final la historia que se está promoviendo; si no existe el riesgo de que el terapeuta imponga su historia, con lo que podríamos caer de nuevo en el error que ya advertía Minuchin: contar, aunque sea otra historia, de ellos por ellos.

Consideraremos el tercer ejemplo paradigmático de Berger sobre aquello que es contar una historia: contar un cuento a un niño, para que se duerma, justo en el momento en que está entre la vigilia y el sueño.

Si hemos tenido la experiencia, y podemos recordarla tanto como narrador (principal) como espectador (principal), se hará presente la profunda interactividad del acto de contar. Al adulto, narrador, apenas le dejan contar lo que pretendía; el niño, receptor, apenas puede escuchar sin dejar de interrumpir. Si se trata además de historias en las que se supone que el propio niño es el héroe-protagonista, al final es difícil apreciar quién ha contado qué.

Berger señala que un relato oral genera una subjetividad propia que es amalgama de tres subjetividades: la del narrador, receptor y protagonista. El relato de experiencias dolorosas e importantes que nos comprometen, que no queremos que se olviden y con el que nos comprometemos, es vivencialmente co-construido.

Los hechos en el pasado solo sucedieron a uno de los participantes: el usuario, pero tal como eran entonces, de acuerdo con cómo se pueden ver ahora (“de haberlo sabido...”); pero el relato de estos, la ansiedad que provocan, la preocupación que suscitan, las emociones que evocan, ahora está pasándole a ambos: al narrador y al oyente.

EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO

Se trata de un modelo teórico-clínico elaborado para guiar la intervención, el cual pretende ser general; constituye nuestra manera de trabajar en todo tipo de casos, pero lo hemos empleado más con familias multiproblemáticas y en situaciones de duelo.

El modelo se puede describir en tres dimensiones, dos de ellas en la órbita de la terapia narrativa y una tercera ligada a la tradición de la terapia conversacional, presentes en todos los momentos y fases, aunque con distinto peso relativo: narrativa deconstructiva, conversacional y constructiva.

La dimensión narrativa deconstructiva

Se centra en la forma de tratar la historia (saturada de problemas), la cual precede nuestro encuentro con los usuarios, y en la que estos y las circunstancias que la acompañan nos tratan de incluir —a través también de los informes de otros colegas y la distancia con la que nuestra posición institucional permite situarnos de ellos.

Resulta simplista la diferencia entre un discurso social dominante, opresor y hegemónico que se impone a otro discurso personal, dominado y auténtico. En las sociedades occidentales postindustrializadas, el discurso social no se impone desde arriba sino que se compone desde al lado.

El discurso es la expresión y el resultado del “poder distribuido” del que habla Foucault, por el que nos obligamos unos a otros a internalizar y asumir como propios ciertos guiones de vida que nos parecen naturales e incluso deseables (Pakman, 2010). Por tanto se trata, más que discutir unos presupuestos, de deconstruir, minar la inevitabilidad de la conclusión a la que la narración de los usuarios nos arrastra.

En su relato, los usuarios pueden expresar sumisión o rebeldía ante determinados valores sociales con que están en conflicto (sería raro que un progenitor, sospechoso de maltrato físico no moderado, no defiende su derecho a educar a sus hijos “a su manera”); pero, ya sea con sumisión o protesta, la historia que nos cuentan y escuchamos conlleva el riesgo de que el usuario delegue en el terapeuta la tarea de promover el cambio, y que este tácitamente lo acepte.

Y en ello tienen que ver ciertos tópicos acerca de lo que es el trabajo terapéutico, como la empatía y el valor indiscutido de la escucha

empática (por encima, por ejemplo, de una escucha respetuosa, pero crítica), ya abordados en otros campos de las ciencias sociales.

En la antropología, por ejemplo, Geertz (1973) puso en cuarentena la “comunidad con el nativo”, al afirmar que cuanto más un antropólogo llega a conocer una cultura, más percibe su lógica interna, su encaje, pero más extraña siente a esta. Entender una cultura es, dice, como entender un chiste o un poema, mientras que tratar de explicarla es similar a comentar un texto.

Volvamos a los textos orales, aquellos de los cuales nos hablaba Berger (Berger & Mohr, 2007). Seguir un relato oral es bastante más que un ejercicio de empatía: de complicidad. Todas las historias son discontinuas, promueven y se basan en un acuerdo tácito sobre lo que no se dice, los supuestos que unen esas discontinuidades.

La tensión esencial de una historia no se encuentra en el *suspense* de lo que pasará al final y en cómo lo que sucede lleva a ese final, el cual hay que esperar a su conclusión para conocer; esa tensión no está en el misterio de un destino sino en los espacios entre los pasos hacia este.

Toda narración propone al lector un acuerdo entre las relaciones, no declaradas pero asumidas, entre los distintos sucesos; una conformidad tácita sustentada en lo que no se dice, lo que une las discontinuidades. Y eso ocurre por la mera yuxtaposición de sucesos y puede cambiar por el mero uso de una u otra palabra.

“El perro salió del bosque” es una declaración simple, y “El hombre dejó la puerta abierta” también lo es, pero, yuxtapuesta a la anterior, marca la posibilidad de una narración. Basta un pequeño cambio para que la posibilidad pase a una promesa: “El hombre había dejado la puerta abierta”.

Lo que en un principio de la narración es aceptar algunas afirmaciones, en el transcurso, con la aceptación continua, se transforma en una complicidad. Cuando esa sucesión de acuerdos tácitos es aceptable para el oyente, o bien cuando se comporta como si lo fuera y da a entender que lo que le cuentan va dando sentido a las discontinuidades, el relato adquiere autoridad como historia; lo que empezó como una

versión que pudo haberse impuesto en el curso de la entrevista, se transforma en la verdad.

Así trabaja la historia que nos cuentan, al hacer que asumamos unos supuestos que acaban por transformarse en una complicidad y un aval; y eso debemos tener en cuenta para trabajar con ella.

El terapeuta debe tratar de establecer un equilibrio entre la confirmación mínima para que el narrador prosiga con su relato (“Le creo”: creo que usted cree lo que dice y en lo que dice) y la duda mínima que flexibilice su inevitabilidad (“Pero no le sigo”: no acabo de entender por qué las cosas tuvieron que seguir así y tampoco porqué a usted no se le pudo ocurrir hacer otra cosa).

El usuario narrador-principal cuenta su relato desde una *posición de necesidad* (“Pasó tal, tuve que hacer cual... y por eso estoy AQUÍ y ASÍ”); y de esta forma cada usuario o miembro de la familia cuando se apropia del turno de la palabra para algo más que una réplica (“No fue así; déjeme a mí, que yo se lo cuento”). Por su parte, el terapeuta, receptor-activo-principal responde al relato desde una posición de contingencia (“Le creo, pero, ¡qué pena!, no entiendo cómo una persona como usted está atrapada en una situación como esta”).

Esta posición de duda continua no expresada, de no aceptar asunciones que no necesariamente compartimos, no se expresa en una polémica permanente con lo que nos dicen sino en una producción discursiva puntual, con la forma de un comentario o desvío, pero que debe permear toda la escucha del terapeuta.

“Pero, ¡que enfadado tenía que estar!, ¿cómo es que en esa ocasión le dolió tanto?” (o bien: “¿Por qué cree que en esa ocasión le dolió tanto lo que usted le dijo a él?”), como ejemplo de comentario. “Hábleme de la última vez que ocurrió algo semejante y fue capaz de tomárselo de otra manera”, como ejemplo de desvío, en este caso hacia el pasado, un clásico en la terapia centrada en las soluciones: las preguntas sobre excepciones (De Shazer, 1983); o “Hábleme de cómo en esa ocasión fueron capaces de acabar la pelea al final”, como una muestra de desvío hacia el futuro de la acción que nos están narrando.

La actividad deconstructiva se realiza en el esfuerzo sostenido, pero intermitentemente expresado, de naturalizar los acontecimientos (“Me agredió... En realidad lo que hizo fue gritarme”) y flexibilizar las conexiones que establece entre ellos quien está narrando en cada momento (“Me gritó... luego le insulté”: no tuve más remedio que insultarle porque me había gritado). Es decir, se manifiesta en el tratamiento que el terapeuta realiza del flujo de la narración, pero también tiene otro nivel: la construcción de los personajes.

Susan Sontag señala que hay relatos en los que, más que dar cuenta de unos hechos, tratan de mostrar un personaje (Berger & Sontag, 1982). Paul Ricoeur (1983), por su parte, expresa la complementariedad de acontecimientos-personajes para el desarrollo narrativo. Para que pasen cosas nuevas en el transcurso de la narración es necesario que los personajes se muestren o se hagan más complejos, y para ello deben seguirles pasando más cosas.

La complejidad que nos interesa añadir a estos personajes que nos son descritos o se autodescriben en función de sus problemas es la de sus vidas o al menos de algunos aspectos de ellas, más allá de sus dificultades diarias: las cosas que les gustan, sueñan, saben, son capaces; sobre todo las capacidades y los sueños que pueden apuntar y mirar hacia el futuro (“¿Qué creen que estarían haciendo ahora si este problema o esta situación no les agobiara tanto?” “¿Cómo imaginan que serían sus vidas cuando esta situación sea menos agobiante?”).

Así, la llamada “etapa social” de la entrevista sistémica (Haley, 2001), la indagación general acerca de la vida de los consultantes, que debería preceder a la exploración del problema, es algo más que una acomodación para proceder al auténtico trabajo de la sesión, concebido como llegar a un conocimiento preciso del problema.

Se trata de permitir aflorar a un personaje que no case con el problema, que lo exceda; sentar las bases para que el terapeuta pueda decir, no necesariamente de forma explícita, y el usuario pueda percibir algo como: “¿Qué hace una persona como usted en un sitio como este?”.

El efecto del tratamiento que el terapeuta hace sobre la narración que va co–construyendo debería sentirse como la percepción compartida implícita (eventualmente explicitable) de: “No se acaba de entender cómo una persona como la que vamos viendo que usted es (hacer complejo el personaje) continúa estando atrapada por un problema como el que vamos viendo que tiene (naturalización del problema)”.

Y el resultado, en la línea de Geertz, sería que la narración co–construida con los usuarios no nos debe ayudar a entender lo que les pasó (y, en consecuencia, como va a tener que acabar esto) sino más bien a no poder acabar de entender lo que les pasó (y por tanto poder esperar que acabe de otra manera).

La dimensión conversacional

Hemos caracterizado la entrevista como una narración conversacional (Ramos, 2001a) que se produce en el marco y flujo de toda una serie de conversaciones características de una red que se ha generado ante un problema. Se trata de lo que Anderson y Goolishian (1988) definieron como sistema determinado por el problema (SDP).

En lugar de considerar el problema como el resultado de la *disfunción de un sistema* —como en el enfoque funcionalista aplicado a la familia—, habría que pensar que este resulta ser la consecuencia de la *difusión de un problema*; más aún en familias aquejadas de múltiples dificultades, las cuales, más que organizarse alrededor de un síntoma, entran en una espiral de desorganización con el cúmulo de los mismos (Pakman, 2006).

Cuando se produce la conversación terapéutica que establecemos con los usuarios, esta está in–formada, toma sus contenidos y su forma de las conversaciones que le preceden: aquellas que los usuarios han tenido entre ellos y con los profesionales que nos precedieron y que gracias a que alguno hace la derivación, permite que entremos en el caso.

Pero la conversación terapéutica aspira a ser una particular, generadora de cambio dentro de un conjunto ya establecido de otras que

tienden a buscar una estabilidad a través de una definición estática del problema, aun cuando no alcance a proporcionarle una vía de superación o salida al mismo.

A su vez, la conversación terapéutica aspira a in-formar, llegar a cambiar algo significativo en el contenido y la forma de algunas conversaciones significativas que seguirán produciéndose. Su objetivo debe ser cambiar algo de los contenidos de los que se habrá de seguir hablando, de las formas en que esos contenidos se van a seguir tratando, y algo (o algunas) de las personas con las que esas conversaciones se van a seguir produciendo.

Este objetivo se ajusta y encuadra a la definición que hemos propuesto de familia multiproblemática: “aquella que tiene demasiados testigos profesionales que se sienten impotentes ante las incompetencias de la familia” (Ramos, 2015). La familia se desempeña con una competencia mejorable ante las situaciones que enfrenta en este momento de su vida, si bien a esa circunstancia se añade, y agrega peso, la presencia, cuando no intromisión, de numerosos profesionales, así como el sentimiento de impotencia y desesperanza con que realizan su trabajo.

Por lo tanto, de lo que se trata es de mejorar o actualizar competencias de la familia, disminuir el número de personas ante las que deberían probar lo que están consiguiendo, así como aminorar la impotencia que los profesionales han sentido, tanto los que desaparecen de la escena como aquellos que se mantienen o añaden en su intento de ayudar a estas familias; y esto a través de valorar lo que, a pesar de todo esto han logrado, y redimensionar las exageradas expectativas de cambio que no obstante siguen alentando.

Porque con las familias multiproblemáticas no se plantea que el objetivo de la terapia sea conseguir un grupo totalmente autónomo que no reciba ninguna ayuda sino uno más independiente y mejor posicionado ante los profesionales, de cuya ayuda siga necesitando. Ya que, aunque estas familias hayan sido caracterizadas como multiasistidas, sus condiciones de vida habituales implican que la persistencia

de cierta ayuda psicosocial no pueda considerarse un síntoma residual sino un derecho irrenunciable.

Por ello hemos complementado el concepto de SDP con otros dos (Ramos, 2008). El primero sería el de sistema determinable por el problema, con el que pretendemos que el profesional tenga en cuenta no solo las conversaciones que ya se han producido en un SDP sino también las que, por la naturaleza de una problemática, se habrían debido producir; así como las que, por la dimensión o intensidad que puede alcanzar esa problemática, se tendrían que acabar produciendo.

Los temas que un terapeuta debe considerar en la sesión no son solo los que hayan tratado los profesionales que le antecedieron sino aquellos que, dada la naturaleza de la problemática, se habrían tenido que pronunciar.

No se puede hablar, por ejemplo, del maltrato físico a un niño simplemente con base en las malas condiciones higiénicas de su casa reportadas por el asistente social de zona, mientras que un médico no haya establecido dudas serias sobre la naturaleza accidental de ese daño físico alegada por los padres.

Asimismo, para modular lo que se propone en sesión, el terapeuta también tiene que tomar en cuenta lo que aportarán otros profesionales que intervendrán. Por otra parte, no es conveniente plantear a la familia un plan de seguridad para el menor —como primer paso de la terapia— sin antes estar seguros si los servicios de protección van a admitirlo (o al menos sin contemplar esa posibilidad).

El otro concepto propuesto es el de estado de activación de la red conversacional (Ramos, 2008), con el que aludimos al sesgo conversacional en las conversaciones familia-profesionales que nos han precedido, el cual deriva del orden y la intensidad con que se han producido, así como de la definición de la problemática que se ha ido estabilizando y el compromiso y la contribución que cada profesional que nos antecedió fue adquiriendo en esa definición.

Cuando la intervención del terapeuta se debe a un caso que comenzó con la fuga de un menor, y se define como una respuesta a la

violencia de un progenitor, el estado de activación, las prioridades, el énfasis y la urgencia con que se tratan los temas son distintos a cuando la presencia es solicitada ante la enésima intervención en un caso de negligencia familiar crónica que no habría resultado lo bastante grave para proceder a la retirada del menor.

Por tanto, la conversación terapéutica no es entre terapeuta y usuarios sino una red social por intermedio de esas dos partes; en lo que el terapeuta y la familia hablan, ya están presentes ecos de conversaciones que han tenido (los usuarios entre ellos y con otros profesionales, el terapeuta con parte de esos profesionales o con los informes que ha recibido del caso) y las posibles anticipaciones de las conversaciones que quizá se tendrán.

Así, para efectos de su planificación y análisis, habría que considerar la conversación terapéutica en su dimensión de comunicación social.

Díaz (1996) propone que la comunicación social está sometida a una doble constricción: la de los sujetos que comunican (el quién) y la de los contenidos que se comunican (el qué). Los significados sociales solo existirían incardinados en redes sociales, es decir, asumidos y encarnados por personas en relación; y las redes sociales solo podrían existir apuntaladas por significados sociales, esto es, construidas y sostenidas por temas compartidos.

Los temas que caracterizan una red social resuenan con otros a través de personas: cómo relacionan, por ejemplo, un médico y un trabajador social los temas adicción–enfermedad–maltrato, y cómo esa relación modula la forma en que los consideran y están dispuesto a hablar de ellos. Por su parte, las personas resuenan con otras a través de temas: qué prioridades buscan un médico y un trabajador social cuando hablan de un caso con problemas de adicción, enfermedad y maltrato.

Se podría decir que los temas *convocan* personas, requieren y reclaman la presencia de ciertas personas para hablar con propiedad de estos. Asimismo, las personas convocadas *evocan* temas; cuando son requeridas sacan a colación otros ámbitos de pertinencia y otras preocupaciones, y con ellas otros temas relacionados.

Cuando un tema se hace prioritario o pertinente en un SDP, tendrían que hablar de este determinadas personas para tratarlo con propiedad; y cuando las personas oportunas están tratando de un determinado tema, podrían surgir los que en esa situación son pertinentes para modular o reconducir el tema, es decir, la preocupación que los convocó.

Lo que pasa es que el estado de activación de una red conversacional deja huellas en las personas que están hablando y en las formas en que se están tratando los temas. Es frecuente que profesionales invadan el terreno de otros y temas que se impongan a otros, según la naturaleza de la *alarma* que activó el sistema, así como la trayectoria de las conversaciones y el matiz ideológico que se haya alcanzado en un momento histórico dado.

Por ejemplo, en protección de menores el tema prioritario debe ser la seguridad de estos, el cual ha estado polarizado históricamente entre dos posiciones cuasi antagónicas: de un lado, el interés superior del menor, encarnado en la ideología del rescate y en una práctica investigativa y forense; por otro, el interés por el vínculo, representado en la ideología de preservación familiar y una práctica colaborativa (Martín, 2009).

Si en un caso dado, la alarma se produce por una situación de negligencia de un menor que se ha estado estabilizando como consecuencia de la adicción de la madre —considerada a su vez como hija en una familia desestructurada, familia con la que no se confía que se pueda hacer un trabajo para habilitarla como recurso de acogida—, el resultado sería la retirada del menor.

La anterior decisión puede ser necesaria y correcta siempre y cuando se realice un proyecto de trabajo con la madre en ese momento en que hay una motivación adicional para recuperar a su hijo. Si una vez que se retira al menor nos olvidamos de la madre, a quien solo se remite a un centro de drogadicción, la retirada será la simple concreción de la ideología del rescate, a la que el curso de los acontecimientos (el descubrimiento de la negligencia, que tampoco era tan difícil de suponer) ha dado prioridad.

Por el contrario, un trabajo colaborativo de la red puede plantear como temas oportunos el ritmo, la forma y las condiciones del contacto entre la madre y el menor en lo que dura el proceso de tratamiento de ella, para que el vínculo madre / hijo se mantenga, lo mismo que la motivación de la primera. Sin embargo, eso necesita las opiniones autorizadas de su estado y considerar las necesidades de la madre y el menor (que corresponden a los profesionales que los atienden en ambos casos).

El instrumento técnico privilegiado para poner sobre el tapete los temas que el terapeuta estima pertinentes es el plan temático de la sesión (Ramos, 2012; 2015), el cual es una selección de no más de cinco ítems —para que los usuarios puedan retenerlos— que el terapeuta expone al comienzo de cada sesión.

Se les manifiesta que son temas que le gustaría hablar, pero asumiendo que los usuarios elijan el orden, la extensión y eventual inclusión de algún otro, o sobre algún incidente entre sesiones que pueda afectar la pertinencia de esos temas.

Por ejemplo, si uno de los asuntos era “cómo se manejaron para concluir la discusión más fuerte que tuvieron en la pareja”, y uno de los cónyuges ya se ha marchado de casa, se les pregunta si aún consideran pertinentes los temas previstos o hablan primero sobre lo “más difícil que les ha resultado a cada uno de la situación de estar separados” (por delante de lo que pasó para que se tomara la decisión de que uno se fuera de casa).

La elección de los temas tiene que ver con la situación de la familia en ese momento, si se consideran también los ecos que esta pueda tener entre los profesionales activados (los que intervienen) y las repercusiones de la actividad actual de esos profesionales en la familia (por ejemplo, ¿qué les dijo el trabajador social de su petición de ampliar el contacto con sus hijos, en la reunión que tuvieron recientemente?).

Pero los temas no deben ser solo mencionados sino articular su presentación de forma tal que redirijan la conversación hacia las capacidades y el futuro.

Desde la dimensión conversacional, pues, la tarea del terapeuta es emplazar a los usuarios, de manera respetuosa pero insistente, para hablar de los temas que conviene hablar en este momento de su vida, en este punto de su trayectoria asistencial (si es necesario primero con los profesionales que los atienden, para acabar hablándolo entre ellos).

La dimensión narrativa constructiva

El efecto paralizador de la *historia saturada de problemas* que nos es contada acerca de los usuarios, y el efecto homeostático (“...por eso estoy AQUÍ y ASÍ...” del relato que nos hacen en la sesión, lleva a que la historia ya vivida, el relato desgraciado de lo que les ha pasado hasta ahora, no dé mucho juego para co-construir una historia terapéutica que modifique el sentido de lo vivido y abra posibilidades nuevas para el futuro.

Nuestra propuesta es que la historia terapéutica se edifique sobre lo que está ocurriendo en el presente, sobre las cosas que pasan en el trascurso de la propia terapia, cosas a las que el terapeuta pueda dar un significado y una articulación que el usuario pueda aceptar como pertinentes y permita conducir la historia al mejor final posible, dadas las circunstancias.

La terapia no se haría tanto a través de facilitar la expresión de las “historias-no-contadas-todavía” (Anderson y Goolishian, 1988) sino de facilitar la asunción de la “historia-no vivida-todavía”, de la “historia-por-vivir” (Ramos, 2007; 2015)

El historiador Hayden White dice que la historia, como la vida, es un flujo ininterrumpido de acontecimientos, y para poder historiar cualquier parte de ella como un fragmento dotado de cierto sentido es preciso seleccionar unos acontecimientos (motivos) que se producen en un lapso de tiempo. Estos son de tres tipos: inaugurales, de transición y terminales.

- El o los motivos inaugurales son aquellos a partir de los cuales se puede empezar un periodo de la historia al que se le está buscando un cierto sentido.
- Los motivos de transición son acontecimientos que pasan durante el periodo elegido, que se intuye que son importantes y pueden tener consecuencias, pero cuyo sentido no se conocerá hasta que se sepa el final, que los decantará en una u otra dirección.
- Los motivos terminales son acontecimientos que pueden funcionar como de cierre, los cuales permitirían terminar un periodo como un todo que alberga cierto sentido.

Por ejemplo, si se considera el siglo XX no como una sucesión de años y cosas que pasan sino como un todo con sentido, se podría comenzar su historia con el asesinato del archiduque Francisco Fernando, heredero del imperio austrohúngaro en la ciudad de Sarajevo, que dio lugar a la primera guerra mundial.

Ese podría ser el motivo inaugural de una historia que se prolongaría con acontecimientos como el *crac* de 1929, pasando por la segunda guerra mundial y la Primavera de Praga, entre muchos que se sabe son importantes y serían los motivos de transición; hay un acontecimiento como la caída del muro de Berlín, la cual puede tomarse como el motivo terminal de esa serie.

Antes del mencionado asesinato, hubo acontecimientos históricos que se pueden relacionar con ese hilo histórico, como las huelgas en Rusia en 1905, tal vez sus antecedentes; y después otros que podrían considerarse consecuencias. Asimismo, muchos otros acontecimientos se produjeron antes, durante y después en el mundo occidental y fuera de él que no se han tomado en cuenta.

Pero el sentido que tiene esa serie así delimitada (de la que la toma del Palacio de Invierno podría ser otro motivo inaugural) es comprender el siglo XX como el de la lucha entre el capitalismo y el comunismo, con el triunfo final, por el momento, del primero. Eso permite considerarlo como un todo dotado, en retrospectiva, de un cierto sentido

que clarifica el alcance de las cosas que pasaron durante él. La caída del muro de Berlín aclara el sentido (o el sinsentido) de la Primavera de Praga.

En las primeras sesiones de la terapia se trata de anclar entre el conjunto de cosas que a las personas les ha pasado en la vida, un acontecimiento reciente que pueda funcionar como el motivo inaugural del momento vital que propicia la visita y cuyo futuro se desarrollará durante la terapia.

Cuando comienza la terapia, suele detectarse un cambio en las familias multiproblemáticas que no es suficientemente ponderado ni alentado por el SDP (Ramos & Borrego, 2006; Ramos, Borrego & Sanz, 2006). La historia terapéutica, en el sentido de *historia por vivir*, sería algo así como la crónica de la estabilización, el reconocimiento, desarrollo y futuro de ese cambio.

Y en esta dimensión constructiva de la terapia la labor del terapeuta sería la de percibir, promover, articular, testimoniar y documentar los acontecimientos que ocurren durante esta, hasta darle el mejor final posible, dadas las circunstancias.

UN EJEMPLO CLÍNICO

Marcelo Pakman plantea que teoría y clínica se exceden mutuamente (2010); ninguna teoría da cuenta de todo lo que sucede en las situaciones clínicas, ni un caso clínico abarca todo lo que propone una teoría. No obstante, el estudio de casos permite, desde la particularidad de un caso singular, apuntar a la complejidad de las situaciones de las que puede funcionar como ejemplo (Stake, 2000).

En el resto del texto vamos a presentar un ejemplo clínico de una de las situaciones posibles a las que puede enfrentarse una familia multiproblemática: las terapias de *reunificación familiar*. Se trata de procesos terapéuticos que se prescriben como un paso en el camino de la devolución de sus hijos, previamente retirados por los servi-

cios de protección de menores. Lo utilizaremos para ilustrar, en concreto, algunos conceptos que hemos venido exponiendo hasta ahora.

El fragmento escogido comprende la información previa a la primera visita y la preparación y conclusión de ella. Se comentarán los conceptos plasmados en estos fragmentos y añadirán algunos apuntes de otros que solo podrían ilustrarse con el trascurso íntegro de la propia terapia.

Se trata de una pareja en la que él tiene alrededor de 35 años y ella unos treinta, que en el formulario de Solicitud de Terapia del Hospital Público Universitario, donde trabajamos, dicen pedir consulta —en palabras de la mujer— porque “le han dado mi niño a mi hermano en acogida, y me gustaría poder cambiar hábitos y no discutir tanto con mi marido, para poder recuperarlos pronto”. En ninguna parte se menciona el nombre o la edad del hijo.

Se adjunta Informe de Derivación a Terapia Familiar elaborado por el equipo de Protección de Menores que les atiende: nos informan que casi un año antes se les retiró un hijo de seis años, que fue acogido por un tío materno. La madre tiene otro hijo mayor que vive con su padre biológico, distinto al de su pareja actual, y con quienes su relación es nula.

El informe desglosa prolijamente una serie de indicadores de riesgo que pasamos a resumir:

En cuanto a la madre: a) negligencia en la atención al niño, falta de higiene y de adquisición de los hábitos de su edad, sin que quede clara la información médica de los especialistas el menor; b) niño poco estimulado y con retraso evolutivo, que ha mejorado con el seguimiento del servicio de atención precoz a la infancia; c) capacidades intelectuales limitadas de la madre y pocas habilidades parentales; d) dependencia de la madre a sus parejas y familia de origen y escasa autonomía.

En cuanto al padre: a) aparenta más conciencia en su discurso, pero en la práctica no se implica en el cuidado del niño, la higiene de la casa, el seguimiento médico de su hijo y de sí mismo ni en su propia trayectoria laboral; b) alega padecer de insomnio (aunque ha sido dado de alta hace meses por su psiquiatra) como motivo para dormir de día, de no ocuparse del hijo, no llevarlo a la escuela y no encontrar trabajo;

c) la familia dice que se pasa la noche enganchado al ordenador, aunque el padre lo niega en la actualidad, de forma que, según el, lo que justificaba tanto tiempo de incapacidad para cuidar a sus hijos hasta hace muy poco, ha cambiado repentinamente; d) el padre, según la madre y su familia, tiene cambios de humor súbitos y es agresivo verbal y físicamente (consta un parte de lesiones de un hospital y otras veces la madre dice que no ha ido al médico), cosa que este niega o se mantiene en silencio cuando se plantea el tema.

En cuanto a la pareja: a) actitud extremadamente mentirosa y manipuladora de la madre; b) negación de ambos de sus dificultades; c) el padre no tolera que le evidencien sus dificultades porque se altera; d) entre la pareja hay temas de los que se acusan por separado, pero que luego no abordan cuando están juntos en la visita; e) ella tiene cierto temor de él y sus reacciones y actitudes fuera de tono, dado que se enfada sin motivo aparente, aun cuando no cree que la vuelva a agredir.

Ambos padres mencionan situaciones en las que, ante problemas sanitarios de cada uno, el otro desatendió al niño. Así, con ocasión de una hospitalización de la madre por un accidente de moto, el padre se quedó solo con el niño, jugando al ordenador, con el niño sucio y comida en el sofá y suelo, sin que nadie se hiciera cargo del menor.

El padre dice por su parte que al estar en el hospital con motivo de una operación de cáncer del abuelo paterno, la madre no paraba de llamarlo para saber cuándo volvía porque no podía con el niño; y en otra ocasión, justo cuando estaban a punto de operar al abuelo, lo llamó para que la llevara a la playa a ella y su madre.

En cuanto a las familias: a) el marido vivió con sus padres en una de las separaciones de la pareja, pero la convivencia no fue buena, por lo que acabó marchándose a dormir a su coche; b) la familia materna acusa al marido de no devolver un dinero que les prestaron.

El informe finaliza diciendo que los padres no se negaban a colaborar con la propuesta de acogida del niño (que fuera acogido por su tío), pero que en la práctica no se movieron hasta que el equipo de protección impuso una acogida simple en familia extensa.

Una vez producida la acogida, aparentemente se han movilizado y aceptado el plan de trabajo, se muestran dispuestos a ir a todos los servicios y tratamientos que se les han indicado, a la vez que, con insistencia y prisa, quieren demostrar que han cambiado y exigen una ampliación del régimen de visitas acordado.

La acogida del menor se había producido 11 meses antes de este informe, traído a nuestro servicio, adjunto a la solicitud de terapia, menos de una semana después de su emisión. Tenía validez de un año, a punto pues de caducar, y se les concedía a los padres contacto con el hijo todos los fines de semana, pasando pronto a tenerlos en su casa en esos días.

Se podría pensar que hay una cierta desproporción entre la gravedad de los hechos, prolijamente detallados (de una forma que alientan muy poco a emprender una terapia) y la “generosidad” del régimen de visitas concedido desde el comienzo de la acogida.

La información nos habla de un caso con muchos ingredientes de una familia multiproblemática: negligencia, antecedentes de pérdida del contacto con un hijo por parte de la madre, conflicto conyugal crónico con algún acto de violencia y sospecha de algunos más, varias separaciones con la actual y la anterior pareja, conflicto con las familias extensas, problemas laborales, inteligencia limitada de la madre y problemas psiquiátricos del padre.

Y todo ello relatado en un informe que podría ser un ejemplo de una *historia saturada de problemas...* si no fuera porque es un ejemplo más claro todavía de un desencuentro total entre un profesional fuertemente implicado y unos usuarios con los que está trabajando.

Atisbos de que el informe es el testimonio de ese desencuentro los tenemos en la incongruencia entre la gravedad y persistencia de los indicios de negligencia y la “generosidad” de los contactos con el menor (semanales y durmiendo en casa) que se permiten desde el principio; y también en la premura con que los padres se movilizaron por la reunificación familiar, una vez que la decisión de dar al menor en acogida se tomó (nos traen el informe de solicitud de terapia a la

semana de ser expedido) y la lentitud con que los profesionales respondieron (emitieron su informe 11 meses después de la retirada del menor, un mes antes de que el plan elaborado prescribiera y se tuviera que volver a revisar).

Y hay todavía un dato más: el texto del volante del médico de cabecera de la familia, documento preceptivo para poder cursar la solicitud de terapia, en el que se nos dice: “Paciente (la madre) que padece una disfunción familiar severa, lo que ha provocado que los servicios sociales intervengan, quitándole la custodia de su hijo. La paciente es muy colaboradora y no parece tener serios problemas de personalidad”.

Este documento está fechado una semana antes del informe reseñado y constituye una muestra de la presencia en la red de discursos multiprotagónicos. El médico de cabecera expresa, en unas pocas líneas, con base en lo que le debió contar la madre, su aval a esta y su historia; no niega la “disfunción familiar severa” (con eso sería bastante para justificar la derivación), pero al añadir que ella es colaboradora y no tiene problema alguno de personalidad (en oposición a lo que se dice en el informe), la sitúa más como víctima que como artífice de la citada disfunción.

Ante esta situación, se opta por enviar a la familia una carta, previa a la primera visita, que llamamos la carta de presentación del equipo (Ramos, 2014b), que a continuación se transcribe:

A la atención de (Madre) y (Padre).

Estimados señores:

(1) Somos el equipo de terapia familiar del hospital X que vamos a atender su petición de terapia. Dado que solicitan una atención urgente, hemos buscado un hueco en nuestra agenda, a la vez que les mandamos esta carta, de manera que cuando realicemos la primera visita hayan tenido tiempo de pensar y hablar entre Vds. de las cosas que nos gustaría hablar para ver si podemos ayudarles a recuperar a su hijo lo más pronto posible.

(2) De todas formas, por lo que tenemos entendido, cuando vengan ya sabrán Vds. probablemente por cuánto tiempo se va a solicitar que se prolongue la acogida de su hijo.

(3) El primer tema que nos gustaría hablar con Vds. es en qué punto se encuentran en este momento, tanto a nivel personal como a nivel del cumplimiento de los requisitos que les han puesto en el plan de trabajo. Queremos preguntarles si hay alguno de esos puntos en los que Vds. piensen que podemos serle útiles.

(4) El segundo tema que queremos hablar es como ven Vds. que está su hijo y como ha tomado la medida de acogida con sus tíos. ¿Qué les cuenta de su vida con sus tíos? ¿Qué le gusta hacer con Vds. cuando está los fines de semana en su casa, en su compañía?

El tercer tema que quisiéramos hablar es qué les cuenta la familia acogedora, sus parientes, de cómo está su hijo con ellos.

(5) Y el cuarto punto que quisiéramos hablar es qué cree cada uno que al otro le va a costar más de lo que tendría que cambiar para que aumenten las posibilidades de recuperar a su hijo. Quisiéramos pedirle que cada uno nos diga tres cosas en las que cree que tendría que cambiar el otro, una que sea fácil, otra de dificultad mediana y otra que va a ser más difícil. Y que cada uno piense también en cómo podría ayudarle a conseguirla.

(6) Nos gustaría que enseñaran esta carta al profesional (de protección de menores) que les esté viendo ahora con más frecuencia a fin de que si este compañero piensa que hay algún punto más que haya que agregar a esta visita, tenga oportunidad de hacérselo saber [los números entre paréntesis son añadidos para este texto].

En (1) nos hacemos eco de su urgencia, para hacerles percibir desde el primer momento que nos ponemos de su parte (en contrapartida con la lentitud con la que proceden los derivantes), a la vez que les damos trabajo para casa; que piensen en lo que queremos plantearles. Intentamos mostrar que nuestra posición es estar dispuestos a ponernos de su lado siempre que, a su vez, estén dispuestos a trabajar con nosotros.

En (2) simplemente queremos hacerles saber que estamos al corriente de los plazos con que se están moviendo las cosas y que no está en nuestras manos el definirlo. No tenemos poder de decisión para marcar los plazos de la reintegración familiar sino solo para procurar contrarrestar su inercia, activando nuestro trabajo conjunto.

En (3) nos proponemos indagar los cambios personales que hayan podido conseguir y reconocer el trabajo que ya están haciendo con otros profesionales. Se trata de dar cabida a los cambios conseguidos y testimonio de los progresos que otros profesionales ya han alcanzado con ellos. Sabemos, por el informe de derivación, que los padres se han movilizado, pero también que los derivantes no han valorado esa movilización. Conviene desgranarla y documentarla.

En (4) proponemos interesarnos por cómo marcha y se valora el proceso de acogida. Interesa conocer y activar la comunicación entre la familia biológica y la de acogida a través y centrada en el niño; e interesa hablar de ello con miras a empezar a trazar la posibilidad de una convocatoria de la familia de acogida a la sesión (ya se verá si con o sin la familia biológica).

En (5) empezamos a definir que una parte de nuestro trabajo va a ser pedirles que cambien cosas, tal vez difíciles, y que para conseguirlo esperamos que cada uno ayude al otro y no que le ponga trabas.

Y en (6) solicitamos que compartan la carta con los profesionales del SDP que más estén activados. Intentamos que en el SDP se conozca nuestra entrada en escena y se avalen ahí nuestras propuestas, se admita su pertinencia, asumiendo que podemos admitir otras que realicen estos profesionales, una vez que conozcan las nuestras, siempre y cuando las podamos incorporar a nuestro trabajo.

La legitimidad del anhelo por recuperar pronto a su hijo (siempre que haya cambios que garanticen una seguridad suficiente del menor), la importancia de reconocer los cambios ya conseguidos, la relevancia de la comunicación familia biológica–familia de acogida, la forma en que nos proponemos conseguir cambios mutuos consensuados son

los temas que evocamos y proponemos cuando somos convocados a formar parte del SDP.

A través de ellos nos proponemos influir en las cosas de las que se hablan (los éxitos ya conseguidos por la familia, no solo los cambios pendientes), la forma en que se hablan (como logros, no solo como excusas para acelerar el retorno del menor) y las personas con que prioritariamente se habla (recabando informes de los profesionales que han participado en esos logros para poder documentarlos y hacerlos circular en la red).

Pero el terapeuta no es solo mediador y testigo sino también un promotor activo de cambios. La primera muestra de actividad es el envío de la propia carta. No estamos esperando a ver qué pasa y nos cuentan sino alentándolos a que hagan que pasen cosas que nos puedan contar. La carta sería el equivalente del plan temático de esta sesión, que proporcionamos en este caso anticipadamente y por escrito.

En la visita nos cuentan, entre otras cosas: a) que el derivante que nos los remitió ya no está con ellos, por lo que hay un nuevo profesional a su cargo con el que se entienden mejor; b) que los padres han incrementado su presencia en la casa de la familia de acogida para echarles una mano, dado que tienen también que cuidar de un hijo propio; c) que lo han hecho de forma clandestina, por acuerdo tácito entre ambas familias; d) que han finalizado por comentarlo con el nuevo profesional y este lo ha asumido.

Con base en la aceleración del proceso que eso representa, y también en los temas que se pudieron tratar, se hace la siguiente devolución:

1. Hemos percibido que están haciendo un esfuerzo por mejorar y que realmente lo van consiguiendo, por lo que queremos ayudarles para que vayan más rápido y más seguros.
2. El Sr. ha hablado, con sinceridad, de sus explosiones de ira; nos ha tranquilizado que haya dicho que ahora son menores, que usa el recurso de irse al coche a escuchar música y que así se le acaban

pasando. Nos ha tranquilizado, pero no del todo. Tendríamos que ver de trabajar más en eso.

3. También nos ha tranquilizado lo que ha dicho la Sra. que, aunque él está ahora parado y está más en casa, con lo que en realidad sería menos necesario, ella está intentando hacer lo que cree que le corresponde hacer como ama de casa. Nos ha tranquilizado, pero no del todo. Tendríamos que seguirlo hablando.

4. Y nos ha interesado particularmente hablar de su inquietud acerca de “que decimos a nuestro hijo”. Creemos que le tienen que decir que lo que ha pasado no es culpa suya, sino de Vds., y que están intentando arreglarlo; pero él seguramente les va a preguntar, más pronto o más tarde, que es lo que están tratando de arreglar.

5. Lo que queremos pedirles es que cada uno piense en un fallo, en un defecto personal que tenga que reconocer y que no le importe que el otro lo diga: “Reconozco que eso es verdad y no me humilla que lo digas tú”. Para que un poco puedan decirle a su hijo: “el papá tiene que trabajar con tal”, “la mamá tiene que trabajar con cual”, sin sentirse humillados porque lo diga el otro. El Sr. tiene que autorizar a la Sra. a que le diga a su hijo un defecto de él y viceversa.

6. Y estábamos pensando en cómo hacerlo. Es posible que al padre le sea más fácil porque es más enérgico; pero también es probable que a la madre le sea más beneficioso, para empezar a contrarrestar la sensación que ella tiene de que la oyen como quien oye llover. Por lo cual queremos que Vds. discutan quien es mejor que lo diga y cuál es el mejor momento.

Los puntos 1, 2 y 3 vuelven a abrir el frente de los logros conseguidos como pasos hacia lo que podría faltar por conseguir, como muestra concreta de la filosofía de “trabajar con lo que está y puede ser, antes que con lo que no está y debería ser” (Madsen, 2007).

El paso 4 abre un capítulo importante en las terapias de reunificación (Ramos, 2014b). La necesidad de dar al menor alguna explicación de lo que ha pasado en su vida que ha culminado con la separación de su

familia. Y los puntos 5 y 6 establecen cómo se trata de aprovechar esa necesidad en la problemática concreta de esta pareja: dando cabida a una crítica asumible del otro, que no se viva como una descalificación sino como una calificación (cada uno se compromete ante el hijo a cambiar en tal, que permite que el otro enuncie, sin molestarle por ello —punto 5—) y al dar cabida a la complementariedad de la pareja (esposo con tendencia a ponerse *up*, esposa con tendencia a ponerse *down*), pero solicitando que la discutan y tengan en cuenta en la decisión que tomen al respecto y se aprovechen de ella (punto 6).

En el campo de las terapias con familias en donde hay maltrato (Cirillo, 2012), y en general con aquellas multiproblemáticas en las que el nivel de cumplimiento de las consignas suele ser bajo, se ha discutido la conveniencia de trabajar con prescripciones directas. Para nosotros estas son un instrumento de doble sentido: por un lado, hacer que pasen cosas (explicarle a un hijo algo de lo que ha pasado es dar lugar a que pase algo importante, y si no lo hacen puede ser importante hablar de qué se lo ha impedido); en segundo, hacer que se hable (para decidir quién empieza a dar las explicaciones; hay que hablar previamente de ello, de sus ventajas e inconvenientes para cada uno).

Pero junto a hacer–hacer y hacer–hablar hay que organizar narrativamente, historiar. De entre los cambios con que la familia trae, hay que trabajar para resaltar un punto de referencia que sea el motivo inaugural de la historia–por–vivir. Es un trabajo pendiente en este caso, a esas alturas. Tal vez podría ser el cambio del profesional que los atiende, que abre una nueva etapa en la relación con el servicio de protección.

La historia por vivir se irá componiendo con los acontecimientos del proyecto de reunificación que abre la terapia. Van a pasar cosas, algunas relativamente comunes en estos casos, otras idiosincráticas de cada caso, y de ahí provendrán los motivos de transición.

Por mencionar algunos comunes, podrían ser la primera noche o fin de semana (o periodo más prolongado, en este caso como unas vacaciones) que el niño pase en casa; el comienzo de trabajo del padre; la inauguración de la nueva casa en los casos en que esto es un reque-

rimiento del plan de trabajo... Eventos que pueden ser considerados pasos en el camino de la reunificación y ser trabajados en la sesión, pero cuyo significado y alcance último solo se conocerá cuando se conozca el resultado final del proyecto. Pueden ser pasos en el cumplimiento de una ilusión o posibles desengaños ante su fracaso final.

Y un motivo terminal estándar podría ser la realización de una fiesta-ritual de bienvenida que culmine el proceso de reunificación, abierta eventualmente a la participación de miembros de la red familiar que han colaborado en el proceso, que celebre el retorno de los niños a la familia.

Pero la historia-por-vivir es la crónica comprometida y compartida de un proyecto. No depende de un resultado final predeterminado sino del sentimiento compartido de haber alcanzado el mejor final posible, dadas las circunstancias. La renuncia a luchar por el retorno del niño, si no se consiguen consolidar las condiciones de vida y seguridad satisfactorias a pesar de los esfuerzos invertidos, puede ser también un final admisible.

Por el bien del niño y el propio derecho de los padres a renunciar a ser padres (Cirillo, 2012).

CONCLUSIÓN

El caso presentado solo ejemplifica una de las situaciones posibles aunque nada insólita, a la que se puede ver abocada una familia multiproblemática a lo largo de su trayectoria vital y asistencial: la retirada, bajo la sospecha o evidencia de abuso o maltrato, de uno o más hijos, seguida del pertinaz esfuerzo, en muchos casos, por recuperarlos.

Sin embargo, creemos que permite mostrar, en lo concreto, algunos de los conceptos teóricos y procedimientos técnicos que hemos intentado desgranar en este texto con el objeto de ayudar a entender a las familias multiproblemáticas y mostrar un camino para abordarlas terapéuticamente.

En ese camino, lleno de incertidumbre, destacamos dos cosas. Por un lado, la importancia del empeño y compromiso del terapeuta. No son casos que nos permitan tomarnos un tiempo y contar con una estabilidad que nos ayude a entender para después actuar sino que nos sumergen en sus vicisitudes para desde ahí hacer lo posible por reorientarlas, siempre hacia el mejor final posible, dadas las circunstancias. Son casos en los que, más que entender, llegamos (o no) a algún puerto con ellos.

Por otro lado, la importancia de “lo que está pasando” por encima de “lo que pasó”. La historia terapéutica de estos casos no se hace “desde el pasado” sino “hacia el futuro”. Tratando de abrir un horizonte, limitado si se terciara, en el que estas familias puedan encontrar alguna esperanza, pequeña si se quiere, pero fundada.

Esperamos, amigo lector, haber ayudado a pertrecharte para este camino, si te decides a recorrerlo.

REFERENCIAS

- Adam, J.M. (1984). *Le Récit*. París: PUF.
- Anderson, A. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Aponte, J.H. (1976). Under-organization in the poor families. En J.P. Guerin (Comp.), *Family therapy: Theory and practice*. Nueva York: Gardner.
- Berger, J. & Mohr, J. (2007). *Otra manera de contar*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Berger, J. & Sontag, S. (1982). *To tell a story*. Youtube (video). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=MoHCR8nshe8&t=19s>
- Bremond, C. (1973). *Logique du récit*. París: Seuil.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti & J.L. Linares (Comps.), *La*

- intervención sistémica en servicios sociales ante la familia multi-problemática*. Barcelona: Paidós.
- Carey, M., Walter, S. & Rusell, Sh. (2009). The absent but implicit: A map to support therapeutic inquiry. *Family Process*, 48(3), 319-331.
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment in neglectful families. *Family Process*, 34(1), 59-74.
- De Shazer, S. (1983). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York: Norton.
- Díaz, C. (1996). *El presente de su futuro: modelos de autopercepción y de vida entre los adolescentes españoles*. Madrid: Siglo XXI.
- Frye, N. (1991). *Anatomía de la crítica*. Caracas: Monte Ávila.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Nueva York: Basic Books.
- Haley, J. (2003). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kermode, F. (1979). *The sense of an ending. Studies on the theory of fiction*. Oxford: Oxford University Press.
- Linares, J.L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Colleti & J.L. Linares (Comps.), *La intervención sistémica en servicios sociales con las familias multiproblemáticas: la experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Madsen, W. (2007). *Colaborative therapy with multi-stressed families*. Nueva York: Guilford Press.
- Martín, J. (2009). *Protección de menores: una institución en crisis*. Madrid: Pirámide.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S., Montalbo, B., Guernsey, B.G. Rosman, B. & Shumer, S. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basis Books.

- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy: An easy-to-read introduction*. Adelaida: Dulwich Center Publications.
- Pakman, M. (2006). Reducción del riesgo en familias multiproblemáticas. La micropolítica de la justicia social en la atención a la salud mental. En A. Roizblat (Ed.), *Terapia familiar y de pareja*. Buenos Aires / Santiago: Mediterráneo.
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir*. Barcelona: Gedisa.
- Ramos, R. (2001a). Familias multiproblemáticas, discursos multiprotagonísticos: un enfoque semiótico de la multiproblematicidad. *Psicoterapia y Familia*, 14(1), 24-34.
- Ramos, R. (2001b). *Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2007). Del sistema familiar al sistema social: la terapia en la red". En R. Medina, J.L. Linares & M. Ceberio (Comps.), *La terapia familiar desde Iberoamérica*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Gedisa.
- Ramos, R. (2012). El plan temático de la sesión: una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (27), 73-90.
- Ramos, R. (2014a). Terapias de reunificación familiar: entre la espada de la familia y el muro de los servicios. En R. Medina, E. Laso & E. Hernández (Eds.), *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención*. México: Litteris.
- Ramos, R. (2014b). La carta de presentación del equipo: una técnica para la acomodación con familias multiproblemáticas. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (29), 37-52.
- Ramos, R. (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Barcelona: Morata.
- Ramos, R. & Borrego, M. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas I. Fundamentos teóricos de una inves-

- tigación. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (16), 97-116.
- Ramos, R., Borrego, M. & Sanz, A. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas II. Una investigación clínica. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (17), 111-127.
- Ramos, R., Aljende, L. & García, C. (2015). La coordinación narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (32), 105-116.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit. I. L'intrigue et le récit historique*. París: Seuil.
- Selig, A. (1976). The myth of the multi-problem family. *American Journal of Ortho-Psychiatry*, 46(3), 526-531.
- Stake, R.E. (2000). Case studies. En N.K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Londres: SAGE.
- Voiland, A. (1962). *Family casework diagnosis*. Nueva York: Columbia University Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatic of human communication: A study of interaccional patterns, patologies and paradoxes*. Nueva York: Norton.
- White, H. (1973). *Metahistory: The historical imagination in nineteenth century Europe*. Baltimore / Londres: John Hopkins University Press.
- White, M. (2000). Reengaging with history: The absent but implicit. En M. White (Ed.), *Reflections on narrative practice*. Adelaida: Dulwich Center Publications.
- White, M. & Epsom, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: Norton.

Caminando tras los pasos de la maternidad: emociones vividas durante la depresión posparto

CRISTINA MARRÓN NIELSEN
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

Las mujeres tienen una gran resiliencia que les permite sobreponerse a momentos difíciles, transformarlos e incorporarlos a sus experiencias de vida. Sin embargo, también cargan con expectativas sobre ellas, las cuales en ocasiones rebasan sus posibilidades. ¿Qué sucede con alguien que al convertirse en madre no puede responder a tales circunstancias? La maternidad inmediata es un periodo de labilidad emocional determinante en la vida de una mujer, que puede conducirla a vivir una depresión posparto (DPP). En nuestro país, dos de cada 10 mujeres viven una depresión de este tipo. Esta información es relevante no solo para la mujer sino para su familia y red social. Conocer y comprender las emociones y los significados que acompañan el posparto permite adentrarse en el mundo íntimo de la mujer / madre. A través del método de estudio de caso y el análisis de las narrativas de cuatro mujeres, en este capítulo se conocerán cuáles son las emociones más intensas en la DPP y su regulación, así como el papel de las distintas redes de apoyo social.

ANTECEDENTES DE LA DPP

“En México se ha informado de una prevalencia de DPP de 17 a 22%. En el mundo se refiere que 2 de cada 10 embarazadas presentan depresión” (Ceballos et al., 2010, p.73). El posparto es un periodo de labilidad emocional en la mujer que puede desencadenar en una depresión, el cual ha incorporado nuevas formas de desarrollarse y caminar, se ha ido transformando y alejándose del binomio mujer / madre que tradicionalmente se le ha otorgado. Sin embargo, las cargas afectivas-emocionales en la mujer siguen siendo de gran peso y las implicaciones de una depresión posparto son relevantes tanto para ella como para su entorno.

A lo largo de la historia, a la mujer se le ha asignado un rol específico y parte de este es ser madre. Cristina Palomar (2005) habla de la maternidad como una construcción multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de un grupo social y no como un hecho natural. Mabel Burin y Emile Dio Bleichmar (1996), por su parte, mencionan la importancia de la mujer con relación en un rol de madre específico:

[...] nuestra cultura ha identificado a las mujeres en tanto sujetos, con la maternidad. Con ello les ha asignado un lugar y papel sociales como garantes de su salud mental. Nuestra cultura patriarcal ha utilizado diversos recursos materiales y simbólicos para mantener dicha identificación, tales como los conceptos y prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal, etc. (p.70).

De igual manera, Castilla (2005) hace énfasis no solo en la importancia del contexto social como una construcción del binomio madre / mujer sino también en el rol que se le otorga y cómo el desempeñarlo pudiera generar presión en ella.

Palomar (2005) habla de la función materna y la contingencia de su amor como algo que despierta gran angustia, y coincide con Badinter

(1980) al referirse al amor materno como algo que se va adquiriendo, no innato, lo que contradice la creencia de una naturaleza femenina que otorga el rol de madre además de “buena madre”, así como el riesgo de convertir al hijo en el parámetro del desempeño de la mujer. De aquí surgen los distintos planteamientos feministas referidos a la maternidad como una cárcel, con lo cual se establece una ruptura. Marta Lamas (2001) coincide en una construcción multideterminada de la maternidad por medio de los grupos sociales, así como una época en que tuvo efecto en el género; así, se presenta de una forma naturalizada en este, que se vive de manera automática sin un proceso reflexivo consciente que permita a la mujer dar cuenta de sus motivaciones al decidir tener hijos. Por un lado, esta puede tener el deseo de ser madre, ligado a las emociones y los afectos, mientras que por otro está la cuestión de los mandatos sociales vinculados a tradiciones y costumbres.

Al hablar de DPP es importante mencionar distintos enfoques, como la parte biológica de la mujer, la construcción sociocultural de la maternidad y la importancia de las redes de apoyo. La depresión posparto es considerada un periodo de labilidad y malestar emocional que puede afectar a la mujer de manera seria. Distintos autores hacen mención de las emociones y su construcción. Armon-Jones (1986) las aborda desde el rostro sociocultural: toma lo biológico y psicológico, pero se centra más en lo social. Burin y Dio (1996) entienden el malestar emocional femenino desde las situaciones específicas de opresión, lo que adquiere sentido cuando se produce una modificación en la vida de la persona. Desde la perspectiva sociológica, las emociones están íntimamente vinculadas con el contexto social. Enríquez (2008) menciona que son formas culturales e históricas de experimentar y actuar que transforman el significado de la experiencia, mientras que para Gordon (1990) tienen efectos en una microestructura social, ya sea en la familia, el matrimonio o las redes sociales; estas, a su vez, tienen efectos dentro de una estructura macrosocial. Lo anterior es relevante si en el caso de una mujer con DPP hay una reconfiguración en sus emociones asociada

con el malestar, la cual tiene repercusiones en la familia y dinámica de esta microestructura social. Si se considera que las emociones están íntimamente relacionadas con el bienestar y malestar emocional, determinadas en parte por el contexto sociocultural, una manera de acercarnos a las vivencias y emociones es a través de las narrativas de cuatro mujeres que atravesaron por una DPP.

El contexto sociocultural es medular para el análisis y la comprensión de la experiencia emocional. El acercamiento al fenómeno de la DPP desde la perspectiva de las mujeres que la han experimentado ayuda a desentrañar cómo las emociones, en tanto configuraciones sociales, coparticipan en la reproducción del malestar o generación de emociones asociadas al bienestar.

Canabal, González, Martínez, Tovar y Valencia (2000) comentan de la importancia de la DPP y cómo no se ha llegado a un acuerdo sobre sus causas y factores asociados. Señalan que es necesario comprenderla desde lo biológico, social, emocional y el género para brindar apoyo y compañía a la mujer. Asimismo, Orejarena (2004) menciona la forma en que esta es todavía subdiagnosticada y, en consecuencia, subtratada. Es a través de las narrativas y los significados atribuidos por las cuatro mujeres en este capítulo, que se puede lograr una mayor comprensión de la DPP por medio de una mirada vivencial y emocional.

EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL DE LAS EMOCIONES: PERSPECTIVA TEÓRICA Y METODOLÓGICA

El construccionismo social de las emociones es la base teórica que respalda el estudio realizado (Coulter, 1989; Swanson, 1989; Hochschild, 1990; Gordon, 1990; Perinbanayagam, 1989, entre otros), en específico el “moderado” (Armon-Jones, 1986), que focaliza la dimensión sociocultural de las emociones sin negar su dimensión biológica y psicológica; en este caso interesa la de las emociones ligadas a la DPP.

Se busca analizar las formas en que los significados, las creencias, las normas y los mandatos sociales influyen en la significación de las emo-

ciones, así como en las prácticas de regulación emocional (Swanson, 1989). Esta aproximación teórica permite discernir entre las creencias y expectativas de ser una buena madre y la DPP.

Concierne el estudio social de las emociones desde el reconocimiento del actor consciente y también emocional, capaz de llevar a cabo ejercicios reflexivos sobre sus experiencias en el marco de las condicionantes y expectativas socioculturales (Hochschild, 2007).

La experiencia emocional, de acuerdo con Hochschild (1990), está compuesta por cuatro elementos centrales: la evaluación de la situación, los cambios en las sensaciones corporales, la libertad o inhibición de gestos expresivos y un nivel cultural identificado. Gordon (1990), por su parte, desagrega la emoción en cuatro elementos: sentimientos (en tanto sensaciones), gestos expresivos, conceptos con los cuales se denominan las emociones y normas regulativas, y explicita la importancia sobre cómo el sujeto evalúa la situación social, lo cual puede favorecer la reproducción de ciertas emociones en particular o bien la posible reconfiguración de algunas.

Interesa en particular la expresión socializada de la emoción en tanto forma prescrita de manifestación cultural. De esa manera, las expresiones verbales de las mujeres con DPP pueden ser analizadas desde su vertiente cultural para conocer cómo por procesos sociales se prescriben las formas del sentir, así como las estrategias de regulación emocional.

Según Gordon (1990), para cada emoción se aprenden diferentes vocabularios asociados que reflejan las normas y creencias en cada una de las experiencias en un contexto sociocultural específico. Hochschild (1990) señala que la cultura emocional está aconsejada en libros, películas, actos religiosos y leyes. De esta forma, si se desea estudiar la cultura emocional de un grupo sociocultural es necesario adentrarse en su producción cultural. En este caso, atañe a la cultura emocional de aquellas mujeres que experimentaron DPP y han encontrado, a partir de un ejercicio reflexivo, resonancia con ciertas emociones para nombrar lo vivido.

Como se mencionó, para Gordon (1990) hay un vocabulario compuesto por etiquetas atribuidas a cada una de las diferentes emociones en tanto experiencias comunes compartidas por muchos miembros; preocupaciones centradas en la significación de la interacción social y lo bastante diferenciables como unidades más o menos independientes. El vocabulario emocional tiene como uno de sus propósitos sensibilizar a los sujetos sobre aquello que les conmueve y es compartido por una comunidad. Las emociones que se expresan por el lenguaje dan cuenta de los contenidos afectivos que transitan en las distintas esferas de la vida cotidiana, conexas a la familia, la religión, la educación y las instituciones. Así, las sociedades concretas despliegan una densidad del lenguaje para destacar aquellas emociones culturalmente valoradas y prevenir o advertir sobre las que deben ser controladas, reguladas y, quizá, reprimidas. Cuando se aborda la experiencia de DPP es posible desentrañar, a partir de acercamientos cualitativos, las emociones que resultaron significativas para las mujeres en su búsqueda por dar cuenta de lo experimentado.

Para Hochschild (1990) hay un concepto central en el campo de la regulación emocional al que denomina *trabajo emocional*; considera que el sujeto es capaz de cambiar sus sentimientos desde fuera hacia dentro, y viceversa. Así, con el propósito de hacer cambios en la experiencia emocional, lleva a cabo ajustes en la posición corporal, la respiración, el volumen y tono de voz, entre otros; de igual manera, es capaz de reducir o cambiar su punto de referencia mental hacia otro ángulo para arribar al sentimiento que desea experimentar. De acuerdo con esta autora, hay una serie de reglas y normas sociales que regulan la expresión de los sentimientos, las cuales orientan lo que debería sentirse en diferentes escenarios sociales: zonas de regulación (líneas emocionales) que definen la intensidad, duración y las formas en que es apropiado expresar cierta emoción. En el manejo de las emociones, al sujeto se le socializa de tal manera para que mantenga un equilibrio en el despliegue de sus prácticas de acuerdo con los mandatos socioculturales sobre las fronteras en la expresión de las emociones.

En consecuencia, la exacerbación emocional, conforme a lo culturalmente considerado como aceptable, se relaciona con la presencia de enfermedad mental. Estas aportaciones vertidas por Hochschild (1990) importan de manera especial cuando se abordan las narrativas de cuatro casos que experimentaron DPP. A partir del análisis es posible dar cuenta de cómo las mujeres llevaron a cabo trabajo emocional para amortiguar su exacerbación y mantenerse de alguna manera dentro de las fronteras emocionales aceptables según su cultura, y con todo ello favorecer de manera significativa su bienestar emocional.

Para Armon-Jones (1986), hay una conexión importante entre género, emoción e ideología. En este sentido, el principio de lo femenino está asociado culturalmente con moderación y otras cualidades aprendidas desde la niñez, las cuales promueven los patrones de adscripción de las emociones según el sexo al que se pertenece. Hochschild (1990) añade que así como se dispone de pautas y estrategias emocionales de género, es posible encontrar estrategias en función del estrato social perteneciente. Cada contexto social exige una ruta y coordinación emocional específica; en tal sentido, el sujeto desarrolla una especie de sensibilidad protectora que le permite expresarse de manera apropiada a esa realidad estratificada de la cual forma parte. En los casos estudiados de mujeres que experimentaron DPP, es posible problematizar y analizar aquellas emociones ligadas al género de lo femenino y las marcas cualitativas vinculadas con los estratos socioeconómicos diferenciados.

La perspectiva teórica de las emociones que interesa en esta investigación es la que pone en el foco la búsqueda de relaciones entre las situaciones sociales concretas y los contenidos emocionales socialmente construidos, expresados a través de las palabras y con diferencias y matices según las especificidades culturales (Lutz, 1986). A cada situación social corresponde una constelación de emociones que se configura de manera diferenciada.

Para cercar metodológicamente la investigación, se utilizó el método de estudio de caso, que se entiende como una entidad que es el objeto

de investigación y está espacial y temporalmente situada; la focalización del análisis consiste en dar cuenta de esa entidad como una unidad del todo, la cual puede ser empírica o bien tratarse de una elaboración teórica. Este método en particular favorece la descripción del fenómeno, así como su explicación en términos analíticos, y hay dos formas específicas de acercarse: la primera es intrínseca y tiene que ver con que el caso es el foco central de investigación y es analizado a profundidad, mientras que la segunda es instrumental y los casos son entonces un medio para la explicación y comprensión de un problema de investigación en particular. Además, los estudios pueden ser de menor o mayor complejidad, breves o con acercamientos prolongados, y con un menor o mayor desarrollo teórico (Gundermann, 2001).

Para esta investigación se trabajó con estudios de caso en su vertiente comparativa, por medio de la cual se establecen ejes transversales para contrastar los casos entre sí y estudiar cada uno a profundidad con su respectiva contextualización. Las técnicas empleadas, ampliamente socorridas (Gundermann, 2001), fueron la entrevista a profundidad y la observación con su respectivo registro en diario de campo.

Se seleccionaron cuatro mujeres que habían vivido DPP, ya superada, y tenían disposición de compartir sus vivencias y emociones; todas habían sido diagnosticadas por un psiquiatra, un ginecólogo o su terapeuta, y fueron atendidas y dadas de alta. Además, en la selección de los casos se tomó en cuenta el estrato socioeconómico. En la tabla 2.1 se presentan los datos centrales de cada caso.

LAS EMOCIONES Y LA DPP: HALLAZGOS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CUATRO CASOS

Cada experiencia narrada y contextualizada de estas mujeres fue única, ya que su entorno era diferente, aunque de ellas emergían tanto vivencias similares y experiencias comunes, así como un entretendido de emociones relevantes sobre su depresión; comprender estas mediante sus narraciones amplía la mirada sobre cómo vive una mujer que pasa

TABLA 2.1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS*

Nombre	Edad	Hijos y edades	#De hijo con DPP	Duración DPP	Nivel socio-económico
Lucía	40	3 (8,5,2)	Primero	18 meses	Alto
María	37	2 (12, 10)	Primero	8 meses	Medio bajo
Elsa	39	3 (11, 6, 5)	Los tres	1. 12 meses 2. 04 meses 3. 13 meses	Medio
Consuelo	30	2 (13, 4)	Segundo	10 meses	Bajo

* Para preservar el anonimato de las informantes, se les cambiaron los nombres.

por una DPP. A través de la visión construccionista de las emociones es como se logra el acercamiento a las múltiples representaciones, formas de evaluar, expresar y significar las emociones vividas y las experiencias o situaciones sociales ligadas a ellas. Las narrativas de las mujeres permiten comprender, además de las emociones centrales que emergen de la DPP, sus formas de regulación. En las historias narradas destacaron las emociones de locura, horror, tristeza, miedo, soledad, angustia, enojo, coraje, abandono y culpa (Enríquez, 2009). Así, con sus propias expresiones, se seleccionaron las emociones más significativas en los cuatro casos: locura, tristeza, miedo, soledad, coraje y abandono.

Las mujeres dan cuenta no solo de sus emociones sino, de manera relevante, formas de regulación emocional y la importancia que tuvieron las redes de apoyo y los vínculos afectivos. Se partió del concepto que Sluzki (1996) tiene de red de apoyo social, que “puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí” (p.42). Se hallaron distintas narrativas con diversas emociones que reflejaban la necesidad de haberse sentido apoyadas, acompañadas y ayudadas durante su posparto. De cada

emoción se dará cuenta, tanto de su importancia como de las formas de regulación y la participación del o los vínculos de la red social para el trabajo emocional realizado (Hochschild, 1990).

Locura

La locura estuvo presente de manera constante en las cuatro mujeres, siendo la emoción más relevante (al hablar de la depresión, la significaban como locura). Sus narrativas contenían abundantes expresiones de esta, a la que se referían como una parte central de su DPP y explicaban que ahí era donde existían emociones tales como la tristeza, el miedo, la soledad y la angustia. Mencionaban haberse sentido locas por momentos durante la DPP, con pensamientos que jamás habían tenido y formas de desenvolverse que no reconocían, atribuidas a un estado producido por la depresión. Mientras que para Lucía y María la locura era un claro deseo de morir, para Elsa y Consuelo la idea de desaparecer estaba íntimamente ligada con el deseo de huir de la responsabilidad de la maternidad:

Yo me despedí de mi bebé, por lo menos 15 veces, pero antes le cambiaba el pañal, pero antes lo checaba, estaba ya tan, tan mal, que no tenía ni la fuerza para subirme del elevador y aventarme de la azotea [llora]. No, no para mí era ya... [silencio] Me acuerdo que en esa época se murió un compañero mío... este... ¡y me dio envidia! Decía: “Pero, ¿por qué lloran?”, pero de veras, de veras, que te digo que es en serio [se ríe] “¡Qué raros!”, que envidia, o sea ¡Uta! Eran tantos pensamientos llenos de locura, de veras se me ocurrían cosas que ahora veo para atrás y digo “qué cosas tan locas”. Pensaba: “Se murió, pero, además, no se tuvo que matar, lo mataron. ¡Lo mataron, que envidia!”.

En esta narrativa de Lucía vemos la locura como un deseo de morir y desaparecer con ideas suicidas. Para María, esta pretensión también es-

taba presente y sus narrativas describen esa sensación de locura como momentos de evasión. Ella decía: “Siempre tuve muy claro que a Julia no le haría daño y tampoco a Jaime, era a mí misma. Me quería dañar a como diera lugar, me dejé por completo, no sentía, no me importaba absolutamente nada más que desaparecer y me sentía... [guarda silencio unos minutos] como si caminara por la casa flotando una sombra mía”.

Para las cuatro mujeres, el apoyo y acompañamiento eran importantes durante esos momentos de “locura”, a los que describen como esenciales. Al no recibir ese apoyo, se generaban nuevas y diferentes emociones como el enojo, el coraje y la soledad. Sluzki (1996) menciona la importancia de las redes de apoyo en momentos de crisis y cómo el activarlas puede mitigar emociones. Dabas (1993) también habla de ello al referirse que son el “nicho” que ayuda a hacer frente a distintas emociones, como el dolor, la tristeza, la alegría, etc. Las narrativas de las cuatro mujeres descubren deseos de tener ese apoyo y compañía durante sus momentos de locura.

Lucía, por su parte, expresa la relación entre locura y necesidad de apoyo, de la siguiente manera:

Perdí los colores, ya no veía las cosas a colores, las empecé a ver en blanco y negro [pausa] podía cargar a mi bebé, no tenía coraje con el bebé, tenía un profundo coraje con Ernesto, ¿dónde estaba?, ¿por qué no me acompañaba o ayudaba?, y me empecé a... como a volverme loca... Me acuerdo que llegó un día de visita mi hermano, y todavía no llegaba Ernesto, era la hora de la comida, y entonces como una gente realmente loca así, le decía en secreto: “Estoy aquí secuestrada, estoy aquí encerrada”...

Lucía vincula su necesidad de apoyo y red por parte de Ernesto (su pareja) como un detonante de su locura, y después en el coraje que dijo sentir ante esta falta de apoyo.

Para María, esta necesidad de apoyo era muy fuerte y sin embargo no la solicitaba; mencionaba que en silencio la precisaba y que al no

recibirla sentía emociones de soledad y abandono. “Me torturaba con pensamientos constantes. Entonces sí, sí... yo decía y... y lo calificaba como locura... estaba... loca... y sin poderlo decir, bueno a Karla de repente”. Expresaba una necesidad de apoyo y compañía que suponía mitigaría su angustia ante sus emociones de locura, sin embargo, mencionaba no ser capaz de pedirla y sentirse silenciada. “Por favor, sígueme hablando y dime qué... yo gritaba por dentro... Por favor, dime algo (lloraba fuerte). Sí, era esa necesidad interna de pedir ayuda, pero no podía. Cuando llegaban a visitarme, era una voz que yo te veía así: ‘Por favor, ayúdame’, pero no hablaba. Como que gritaba... pero no salía de mi boca”.

Las cuatro coincidían en sentirse locas y fuera de sí, pero Lucía y María manifestaron que dentro de esta locura había un deseo y una voz interna que gritaba por ayuda, ser escuchadas y vistas. Expusieron sentir necesidad de apoyo y escucha del otro y no poderlo expresar, por lo que este deseo quedaba en una voz silenciada. Kleiman (2009) habla de una voz que pide ayuda a lo largo de los síntomas depresivos, que llora y grita por alguien empático que esté ahí. Eso es relevante al encontrar que las cuatro mujeres expresaban necesidad del otro y poder contar con apoyo y compañía. También podemos constatar que la locura actúa como una categoría polisémica que vincula distintas emociones y significados. Las narrativas muestran un ejercicio reflexivo en que las mujeres, a través del tiempo y proceso de elaboración de su experiencia, dan cuenta de aquellos pensamientos ligados a las emociones vividas y las formas de regulación utilizadas o bien deseadas, como tener vínculos socioemocionales de apoyo ante esa experiencia de locura.

Tristeza

La tristeza estuvo presente de manera significativa en las cuatro mujeres, quienes la vivían y sentían de diferentes formas y por distintas razones. Consuelo y Elsa coincidían en que no se daban cuenta en qué

momento las invadía y acompañaba de manera continua. La referían como un sentimiento de vacío e ir sin rumbo. Elsa mencionaba que era “un sentimiento de desolación constante”; sentirse sola, aun teniendo su bebé, la llevaba a tener emociones de enojo y coraje hacía su pareja, ya que para ella era primordial contar con su apoyo ante la maternidad. Consuelo advertía una tristeza muy grande por haber vuelto a quedar embarazada y traer un bebé al mundo sin contar con pareja ni recursos económicos, lo que después la llevaba a sentir miedo ante lo incierto. María experimentaba tristeza hacía ella misma, provocada en momentos por un enojo hacia su pareja, quien no la apoyaba.

En sus narrativas podemos observar el vínculo entre la emoción de la tristeza y la necesidad de contar con el apoyo de su pareja, lo que da cuenta de nuevo de la cercanía entre las emociones en la DPP y lo que la ausencia de las redes de apoyo ocasionaba. María expresaba así esta relación entre emociones y redes de apoyo:

Hacia él también me enojé, pero era como frustración, pero todo eso que sentía era en contra mía. Todo, todo, todo. Yo sentía que seguía así sí, permanecía aparte, estaba en un cuarto, encerrada todo el tiempo. Yo sentía que si hubiera seguido así, yo hubiera podido haber muerto de tanta... tristeza... No sé todo lo que sentía en ese momento, abandono que me hacía sentir enojo que me ponía triste. Era una tristeza tan adentro de mí, como si el corazón me doliera de verdad. Me acuerdo que podía estar sentada frente a una ventana, con las cortinas cerradas o abiertas, daba igual, frente a la tele o hasta frente a mi hija, y solo me corrían las lágrimas sin parar, y por dentro me dolía el alma y pensaba que eso nunca se iba a quitar. Ahora pienso que ese dolor del alma era como cuando mis papás se fueron cuando murió mi hermano [silencio largo] Era una mezcla entre un abandono tan fuerte y una tristeza que duele en el cuerpo. Sentirse triste es algo que no comprendía, ¿por qué?, ¡sí tenía que ser feliz! ¿Y por qué no podía estar feliz? Tenía tan claro que quería ser mamá y luego... no sé qué pasó. Que ese deseo se llenó de do-

lor y tristeza y lágrimas todo el tiempo. Luego se fue quitando esa tristeza y me fui llenando de coraje y más coraje, hacia mi esposo porque pos él también me abandonaba y no me apoyaba ni estaba ahí conmigo pa' nada.

Para María, al igual que Lucía y Elsa, la preocupación por no sentirse felices ante la llegada de su bebé era una inquietud constante, cuando presuntamente debía ser un momento de felicidad absoluta y, por el contrario, abrigaba una tristeza que avanzaba de manera continua en su posparto.

Ante la presión de sentirse felices ante el nacimiento de su bebé, tres de las cuatro mujeres coincidieron en sentir temor de expresar la tristeza que sentían durante su depresión. Kleiman (2009) habla de esto al mencionar cómo las madres deprimidas pueden presentarse retraídas, tristes o desencajadas, y con poca capacidad para expresar lo que les está ocurriendo. Esta información también permite analizar cómo existe una ideología de género alrededor de las emociones (Armon-Jones, 1986) que prescribe sobre aquellos contenidos emocionales que son “adecuados” de acuerdo con los mandatos socioculturales, en este caso de la maternidad. Aun cuando la experiencia de tristeza estaba presente, las mujeres se reprochaban constantemente su imposibilidad de estar felices y utilizaban el silencio como estrategia, la simulación emocional o la evitación.

Las cuatro mujeres tenían distintas maneras de afrontar y regular esta tristeza y manera de ir saliendo adelante con ayuda de sus propios mecanismos de regulación emocional, así como el apoyo social y consumo de medicamentos en quienes lo requirieron. Elsa mencionaba cómo la tristeza era una gran sensación de vacío, un hoyo negro y angustia, y sus narrativas muestran la manera de regularla así como el vínculo entre la presión social ante los significados de la maternidad y el sentir felicidad en lugar de tristeza. Ella regulaba su tristeza saliendo a caminar, en vez de quedarse en casa donde la tristeza la abrumaba constantemente.

La tristeza, esa sensación tan horrible de ahogo y vacío, en vez de ir disminuyendo, aumentaba. Aumentaba esa angustia, ese hoyo, ese sentirse vacío, ese sentir la vida en negro, ese sentir que... ¡Aaaay!, qué, cómo, ¿por qué sí tengo una bebé hermosa y sana...? Me acuerdo que ese vacío, que te acabo de decir, era enorme, como si estuvieras encima de la montaña más alta y vieras hacia abajo y solo vieras todo muy lejos y nada alcanzable, y quisieras gritar, pero la misma altura no te deja y aun al sentirte arriba de todo te sientes tan pequeño y tan indefenso, que es un vacío que nada puede llenar. De repente al ver a Julia me hacía sentir mejor, pero era una mejoría forzada, yo me decía a mí misma: “A ver, Elsa, tienes esta bebé linda, pos ¿por qué te sientes tan triste, carajo?”. Y me acuerdo que entonces me salía a caminar al parque, me sentaba con mi carriola a un lado en la banca a esperar el tiempo pasar, y aunque yo siento que dentro de mi tristeza eso era lo que más me ayudaba y por eso lo hacía, el salirme de la casa, para no sentirme tan sola, aun así, cuando me decía alguien en el parque, “¿Cuánto tiene?, ¡Que linda bebé, mira sus manitas!”... Yo solo pensaba “que se vayan, ¿que no ven que yo no me siento así?”. Es que yo no entiendo por qué la gente ve recién nacido y de inmediato te dicen “qué lindo, qué hermoso, que quien sabe qué madres”. ¿Por qué nadie te dice la friega que es? Porque siempre que estaba embarazada todo el mundo me decía: “Que hermoso, vas a ser mamá, que bella te ves con tu pancita, que increíble momento”, y nadie, nadie carajo, te dice: “Esto es una chinga de a neta”, y entonces cuando estás caminando en el parque con una tristeza y un vacío enorme, y llegan y te dicen: “Que linda bebé”, ¡solo quieres que se callen y se larguen! Porque no puedes decirles que aunque la bebé está linda, tú estás haciendo todo tu máximo esfuerzo por no ir por la calle llorando y llorando desolada. Aunque me acuerdo que yo a veces sí, no me podía aguantar, y era como si toda la tristeza se me saliera con el aire al ir caminando y las lágrimas no las aguantaba, y eso sí, cuando llegaba a mi casa me sentía más tranquila. El salirme a caminar y caminar y sentarme en el parque, me ayudaba mucho.

Por su parte, Consuelo mencionaba que la manera de regular su tristeza era poniéndose a trabajar y “no pensando más que en salir pa’ delante”. Lucía y María expresaban que a pesar de sentirse tristes, pensar en su bebé y tener que sacarlo adelante les ayudaba a regular el sentimiento. Lucía comentó que aunque la tristeza era su compañera constante y sabía que provenía desde el nacimiento de su hijo, intentaba no despegárselo y lo cargaba a todas partes. Se coincide con lo dicho por Enríquez (2009), en lo referente a cómo las formas de regulación emocional buscan cambiar las emociones, entre ellas la tristeza, con “mecanismos desde fuera hacia dentro”; estas cuatro mujeres los activaban en busca de regular su tristeza y caminar hacia delante, y se puede observar en ellas aquello que afirma Hochschild (1990) en la manera en que estas estrategias son formas de encontrar el bienestar emocional a corto y mediano plazo. Así, es necesario escuchar y dar apoyo a las mujeres que tienen la tristeza como una emoción significativa en su posparto —si se considera la construcción sociocultural que gira en torno a la maternidad, que la significa como un momento hermoso y lleno de alegría.

Miedo

Esta fue una emoción constante en las cuatro mujeres, quienes lo vivían con distinta intensidad y de diferente forma. Para Consuelo y Elsa, el miedo comenzó desde el momento de saberse embarazadas: la primera lo experimentaba debido a las carencias que podría tener su bebé por sus escasos recursos económicos y el estigma de ser madre soltera, mientras que la segunda sentía una relación de pareja poco estable y llena de conflictos. En ambas narrativas puede confirmarse lo dicho por Enríquez (2009) acerca de la relación en contextos sociales ligados al miedo y cómo predisponen a esta emoción factores como las condiciones y los riesgos de vivir desprotegido, los problemas de pareja en relaciones desiguales, en constante desacuerdo y conflicto.

Consuelo expresa con claridad este miedo a vivir desprotegida:

Cuando supe que estaba embarazada, me dio miedo volver a vivir lo mismo que con Jorge, los insultos, los rechazos, las carencias, pero pos me amaché y lo tuve así, a sabiendas de la frieguiza que me esperaba. Lo que nunca pensé fue que me iba a sentir así de jodida de ánimos, llena de nervios y con esas tristezas tan fuertes. Pasaba el tiempo y yo igual de fregada y sin ánimos, y me daba miedo... ¡Noooooo!, qué miedo, ¡un pinchi pavor! que siempre me iba a sentir así. Mira, yo le sé luchar y no me quejo, y le entro a la talacha y a todo lo que sea, y ni con Jorge me jui pa' bajo, pero con el José me daba un miedo de no poder con mis dos chamacos, de que no les iba a poder dar de tragar y que luego ni techo íbamos a poder tener, y así me agarraba a piense y piense en lo jodida que estaba. Sabe que mi hermana me ayudaba mucho a bajarme mis pinchis miedos, y me decía pos sí vete, tienes tu chambita, tu cuartito, el Jorge que es buen chamaco, porque lo que sea de cada quien, sí era cierto, y pos así me decía, y me decía, y pos la doctora también me ayudaba con mis miedos y pos se fue pasando los días y pos me fui sintiendo mejorcita [...] Así, así, yo creo que lo que más miedo me daba era no tener pa' darles de tragar y pos arreglármelas yo sola, ah, pero ahí andaba una también de... [guarda silencio durante largo rato y al preguntarle de qué, contesta] pos de pendeja.

Para María y Lucía, el miedo llegó después de tener a su bebé, ya que anhelaban embarazarse y ser madres, emoción ligada con el miedo al abandono y a no “ser lo suficientemente buenas mamás”; esto relacionado con la construcción social de lo que significa ser una buena madre.

Para Badinter (1980), no experimentar la creencia del amor materno inmediato puede generar angustia y miedo, lo que confirman Castilla (2005) y Palomar (2005) acerca de la función materna y su construcción social, íntimamente ligada en estos casos con la distancia entre las expectativas de ser una buena madre y la dificultad para cumplirlas.

Es entonces un miedo situado que permite desentrañar su dimensión social y persistencia en la experiencia de la DPP.

Asimismo, en las cuatro mujeres estaba presente el miedo a sentirse abandonadas y solas, así como la carencia de apoyo de la pareja, en primera instancia, y después de aquellas personas cercanas. María se expresaba así:

Eran unas ganas de morir, unas ganas de... sí... de morir... Un miedo al abandono, era demasiado abandono el que sentía, y una niña que dependía de mí y yo no podía con eso. Como que, sí, como que eso a mí me hacía sentirme como que todo el mundo se me venía encima [...] Yo me le pegaba a él [a la pareja] o sea con, con mi portabebé o sí... o así... agarraba muchas cosas y: “¿Quieres ir o no?, voy a salir” “¡Ay, no, sí, sí!”. Y... no, no, no era... así como que sí voy, y yo no me sentía bien todavía... Ahí voy atrás de Jaime, no podía quedarme. Era un miedo a quedarme sola en mi casa... era temor de que... a que me abandonara [...] En los momentos en los que no me iba con él me acuerdo que me ponía a acomodar ropa, a hacer sopa de pollo y a mantenerme ocupada para no pensar que no iba a volver y dejar de correr a la ventana a cada segundo.

Por otro lado, también puede observarse la manera en que María regulaba esta emoción al intentar mantenerse ocupada para no pensar en que su pareja no volvería. Gordon (1990) menciona cómo el individuo va construyendo sus creencias y valores con base en su interacción con el otro desde una visión de “sujeto social”, de aquí que vaya adquiriendo la capacidad de desarrollar estrategias de regulación sustentadas en sus modos de interacción e historia de vida. Esta creencia de abandono, en el caso de María, se confirma en sus propias narrativas sobre la muerte de su hermano, el abandono de sus papás por un largo tiempo al enterarse, y el fallecimiento de su propia mamá. Como uno de los factores de predisposición a la DPP, Kleiman (2009) menciona el temor

al abandono y la falta de confianza en el respaldo de la pareja, vinculada esta última con el miedo y la responsabilidad de cuidar sola al bebé.

Soledad

Esta estuvo presente de manera constante en todas las mujeres, ya que mencionaban sentirse apartadas de todo y con una sensación de estar solas a pesar de sus bebés. Refirieron la soledad como un sentimiento de vacío y tristeza. Esta forma de presentar las emociones emparentadas entre sí, es decir, la soledad ligada a la tristeza y sensación de vacío, se relaciona con la propuesta de Gordon (1990) sobre una cultura emocional que se concreta en un vocabulario que permite conocer las formas verbales en que los sujetos describen, en términos emocionales y de acuerdo con su cultura, una situación específica. Las cuatro mujeres expresaron miedo ante esa “soledad acompañada” o ante el vacío de no tener a alguien. Palmer (2010) y Kleiman (2009) señalan acerca de la importancia del temor a la soledad durante el embarazo, así como el posparto inmediato como factores de riesgo para la DPP. Esta emoción estuvo estrechamente relacionada con el apoyo y las redes construidas en torno a la maternidad y el acompañamiento durante esta. En sus narrativas, todas vincularon la soledad con la ausencia de apoyo y acompañamiento, ya sea de pareja o miembros de la familia.

Para Lucía y Elsa, la soledad tenía que ver además con el acompañamiento de su pareja, del cual ambas mencionaron no sentir que estuviera presente, lo que se agudizó durante el periodo del posparto. La soledad estaba íntimamente ligada con las ausencias tanto de la pareja como de la familia y se materializaban en frases como “no contar con nadie” o “no me visitan y se preocupan por mí”. Para Consuelo, esta sensación la refería desde la mirada de alguien acompañada por sus hijos, pero con una soledad de pareja y apoyo al ser madre soltera y no contar con recursos económicos ni de apoyo; señalaba que la ayuda de la doctora del hospital la hacía sentirse menos sola porque era muy duro creer que no tenía a nadie:

Híjoles, es que el sentirte sola, como te decía hace rato, eso sí que es re' duro, te pega, te pega y gacho. Me acuerdo de pensar que estaba loca, que cómo me podía sentir sola si estaba con mis chamacos en el cuartito y Jorge quería que le hiciera caso, y el bebé a chille y chille, y aun con esos ruidajales yo me sentía sola y lloraba y lloraba sin lágrimas todo el pinche día, porque estaba ahí nomás como perro apestoso, de esos que dejan solos en la calle [...] Pos es que mira, no hay pior cosa que eso, sentir que si te petateas ahí, nadie se va a dar cuenta más que tus chiquillos, y que igual ellos no pueden hacer nada. Aunque mi niño Jorge, ese era bien abusado, yo creo que se daba cuenta que yo estaba muy mala de los nervios, y cuando yo lloraba y el bebé también lloraba, me daba la mano y me decía "Aquí estoy yo, amá". Pero por mí que ni hubiera estado, porque yo me seguía sintiendo igual de sola y jodida, y me acuerdo que le decía: "Pos carga a tu hermano, que yo no quiero", y eso que José casi ni daba guerra, aunque a lo mejor y sí, y ni me acuerdo. Pero pos sí, es rete gacho sentir que pos ahí estás así nomás.

El vínculo en torno a la soledad y la ausencia de apoyo fue constante, y confirma lo dicho por distintos autores en relación con la importancia del acompañamiento y contar con una red de apoyo en el posparto. Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount (1991), Lara y García (2009), Kleinman (2009) y Palmer (2010) mencionan cómo no solo es el no tener pareja lo que puede afectar a la mujer en el posparto sino la soledad y sobrecarga de tareas que debe enfrentar, para las cuales no cuenta con ayuda y apoyo. Lara y García agregan que "para la nueva madre, también puede resultar difícil manejar los sentimientos de frustración y enojo que tal vez sienta respecto al padre del bebé" (2009, p.58).

Para Elsa, además de la soledad que sintió al tener a su hija y quedarse en casa sin apoyo de pareja ni familiar, otro factor que la hacía sentirse sola fue la discrepancia de género, en donde le "tocaba" educar, cuidar y responsabilizarse de su hija, así como convertirse en "ama de casa". Lo expresa de la siguiente manera:

Cuando nació Julia, el principal problema es que era [la pareja]... que es un hombre muy trabajador, como muy proveedor, y como que me dejó y me delegó toda la responsabilidad de ser el cien por ciento la que hace la educación, cuando no estaba en mis planes. Cuando en primera, ni siquiera... estaba muy convencida de tener hijos y como que... una cosa me llevó a la otra y al final de cuentas me vi con una niña en brazos y como que no quería cuidarla el cien por ciento del tiempo. O sea, quería como que fuera compartido el rol [respira hondo] y nunca fue compartido, ni con el primero ni con el segundo ni con el tercer hijo, y jamás en la vida se ha dado. Es mi responsabilidad la crianza y la educación, y él es el proveedor. No lo puedo sacar de ese... de esa línea, vamos. Y pos ahí me la llevo yo sola con el paquete, y pues cada vez sintiéndome más sola.

Para ella, este “rol tradicional de género” la hacía sentirse sola y con una responsabilidad que creía debería ser compartida.

Las cuatro mujeres expresaban esta soledad y mencionaban que el sentirse escuchadas las ayudaba a regular el vacío. Poder contar con el apoyo de alguien que escuchara y recibiera esas emociones fue esencial en su proceso de recuperación. Para Lucía, decirle a su terapeuta lo mal que estaba fue decisivo en su mejoría y en sentirse apoyada. Consuelo mencionó un momento de desahogo cuando expresó a la doctora del Hospital Civil cómo se sentía, al decir que era como si “la olla de frijoles fuera a reventar”. Para Elsa, fue una manera de regular no solo su soledad sino el estar viviendo una DPP y permitirse decirlo abiertamente.

En esta narrativa podemos observar cómo se sintió Elsa al poder compartir sus vivencias:

Ahorita me voy acordando de algo que me ayudó mucho con la depresión y cuando me sentía tan sola, que fue cuando lo pude decir. Me acuerdo que llegué un día a una fiesta y todas las mamás: “¿Pero por qué no habías venido? ¿Por qué no? Es que no entendemos”. Y

yo les pude decir: “Porque estoy en un proceso depresivo, estoy tocando fondo, estoy en los pinches aros del infierno y no sé cómo salir”... Y todas así: “¿Tú?”... “¡Sí, yo!”... “Pos es que no se te nota; no nos habías dicho nada”. Y yo: “Pos es que no se me tiene que notar. No puedo decir, no puedo ir por la vida con una pancarta aquí: ‘Estoy en proceso depresivo y ahora tengo un medicamento nuevo que se llama Cimbalta’. ¿Estás de acuerdo que no? Mi cara... mi sufrimiento y mi dolor y mi angustia la lloro yo, pero aquí vengo a divertirme con ustedes. Pero la razón por la cual no he salido es porque estoy en proceso depresivo”. Y todas así: “¿Cómo?”. Pero nadie se anima pues... o sea, nadie se anima a hablarlo, eso a mí me ayudó mucho, no me acordaba, pero sí, cuando lo dije me sentí liberada. Creo que al decirlo me sentí menos sola y mucho más acompañada.

Para María, una forma de regular la soledad era poder distraerse, forzarse a hacer las cosas aunque se sintiera triste o sin deseos. Mencionaba que para regularla, además de hacer cosas, *ella sola* se llamaba la atención todo el tiempo:

Si me despertaba y me sentía así, y veía a lo mejor la casa tirada, el montón de bibis y esto y la niña ahí [solloza], y yo decía: “María, tú querías una hija, aquí la tienes, Jaime no está y Jaime va a llegar hasta en la noche”. Antes no lo hacía, pero por no querer... ayudar y todo eso... no estaba. “No hay problema, tú puedes y tú puedes”. Yo sola me hablaba, al rato ponía música y prendía la tele, las dos cosas... como para no sentirme... [en voz baja agrega] sola, a la niña le ponía... unos programas de bebé en la tele y yo ponía música y empezaba a hacer las cosas, y a lo que sigue, a lo que sigue, y así fue todo el tiempo, y hoy por hoy es así.

Los hallazgos muestran la relevancia del papel de las redes de apoyo social para mitigar las experiencias emocionales vinculadas con la soledad en el proceso de DPP.

Coraje

Las cuatro mujeres vincularon esta emoción directamente con la ausencia o falta de apoyo, ligada a sentimientos de abandono y soledad. Para tres de ellas, este coraje era expresado hacía su pareja por su no acompañamiento, mientras que en Consuelo lo dirigía hacia ella misma por haberse vuelto a embarazar; aunque era madre soltera y tenía muchas dificultades económicas, no manifestaba su coraje hacia los padres de sus hijos: “Me daba tanto pinche coraje de haber vuelto a hacer la misma pendejada”.

También sentía coraje hacía su situación familiar y la falta de apoyo de su padre y sus hermanos.

Como si ellos, toda esa bola de méndigos, fueran tan buenos y no tuvieran cola que les pise, toditos y cada uno de ellos [hablando de su papá y sus hermanos] son unos desgraciados con las viejas y además rete cabrones con mi mamá. ¡Ahhhhhhhh!, pero que yo me embarazara era como si yo fuera la *pior* fregadera de este mundo y luego, que lo hubiera vuelto a hacer de otro, pos ya ni qué decir. Eso sí, pa’ que veas, eso sí me llena de coraje y de enojo, y un chingo de rabia, porque yo aguanté ver tantas babosadas de ellos con viejas y maltratos a mi mamá y a nosotros; ah, pero pa’ ver lo jodido del otro son re’ buenos. Me acuerdo rebién que un día, cuando andaba yo con José en brazos, me miró mi papá y me dijo: “Ah, pero si serás pendeja”, y me acuerdo que me llené de coraje, me fui de ahí, me encerré en el cuarto y no paré de llorar por un chorro de rato, creo que es la vez que más he llorado... [se queda pensativa mucho rato y luego agrega], bueno, no sé si de niña lloré así alguna vez...

Las narrativas de las demás mujeres contenían emociones de coraje sobre todo hacia su pareja, sin embargo, también a otros miembros de la familia, lo que confirma la importancia del sentirse acompañadas y apoyadas durante el posparto. María expresaba una necesidad de apoyo

también dirigida a una ayuda física, a quitarle carga en las responsabilidades del bebé y el trabajo diario de la maternidad y, al no recibir esto expresaba que se iba “llenando de coraje”. Sus narrativas dan cuenta de esta relación entre coraje y apoyo al expresar que:

Es el recuerdo que más presente tuve de mi depresión y esa sensación de coraje de sentir que estaba sola y me estaba volviendo completamente loca y me quería morir y de todos modos, y sola me provocaba mucho enojo y me quería vengar, yo creo, todo el tiempo. Y es que en nada se ofrecía [su pareja], en nada me ayudaba y ni siquiera si se lo pedía lo hacía, hasta que me enfermé y no le quedó de otra.

[...] Yo pienso que para empezar, haber tenido a mi mamá, segunda... el apoyo de Jaime, casi estoy segura que entre ellos dos, como era mi mamá de amorosa, hubiera... hubiera... llenado esa parte de afecto, esa necesidad física y de escuchar y de ver, que ya sabía que aunque estaba, ahora sí, toda desparramada. Que aunque estaba sintiendo ese cambio que no entendía. Había alguien conmigo, demostrándome que ahí estaba, que así me querían, y con Jaime yo pienso que igual. Hubiera, hubiera estado presente: “Sí, sí te ayudo”. Hubiera demostrado su amor, hacia mí, o sea... me sentía ignorada. Esas noches, quizá de: “¿Le puedes dar tú el bibi? Te toca una noche a ti y otra a mí”. ¡Ay! para el pañal tampoco, o sea, si yo no estaba o me estaba cambiando o algo, él no hacía nada... por la niña. Pero no me podía meter al baño ni nada tranquila. Y es que aunque se lo pidiera, él me decía: “Me toca descansar, tú haz tu trabajo, ¿o acaso yo te pido que salgas y traigas la lana pa’ los pañales?”. Entonces yo pienso que si hubiera estado más presente y también hubiera habido ese contacto, ese... sin necesidad de hablar, yo creo, todo hubiera sido muy diferente. Yo creo que me hubiera sentido más tranquila, más centrada, más segura, acompañada, amada [...] Eso sí me da mucho coraje y se lo he dicho... de que... no ayudaba.

Kleiman (2009) afirma que la DPP es fuerte para un matrimonio, además de que la calidad y estabilidad de la relación pueden ser un factor predictivo en su severidad y riesgo. Para Lucía, Elsa y María, su vida de pareja se vio lastimada durante su depresión, en la que expresaron sentir coraje y enojo vinculados con la ausencia de un apoyo. En cuanto a Elsa y María, la necesidad de ayuda estaba dirigida, además de lo afectivo, a quitarles un poco de la carga que implica la maternidad, lo que las haría sentirse acompañadas y tomadas en cuenta. El resultado de esta falta de apoyo desencadenaba en emociones de coraje, enojo, resentimiento y abandono. Lucía coincidió al expresar una necesidad de apoyo afectivo, cariño y de ser vista, de no “vivir en el silencio”, y esta carencia le provocaba además emociones de soledad.

Para estas tres mujeres, la necesidad de sentirse apoyadas y consideradas por su pareja, así como poder recargar parte de la responsabilidad de la maternidad en ellos, era relevante, y al no encontrar respuesta o resonancia, fueron experimentando coraje y resentimiento. Burin (1996) y Lara (2003) hablan de esto al indicar la manera en que la postura cultural ha otorgado a la mujer la responsabilidad de los cuidados, afectos y las posibles consecuencias que esto conlleva. En las siguientes narrativas vemos las emociones de Elsa, centradas en el coraje y su relación de pareja, vinculadas con estos roles culturales que mencionan las autoras.

Cada día que pasaba, sentía más y más coraje; él se podía salir a la calle y yo ahí encerradota, en mi caja negra, sin nadie que me volteara ni a preguntar qué fregados necesitaba. Y más coraje me daba en la noche, cuando llegaba tan campante contando su día entre comidas con ejecutivos o idas a cenar de chamba, y yo ahí entre popo y leche, sumida en un hoyo sin poder hacer nada. Y luego me decía que cómo no estaba feliz, que era muy mala por no sentirme plena con mi bebé en brazos, y que si me daba cuenta que cada que llegaba él, yo estaba histérica. Le pedía ayuda cuando llegaba y me decía: “Yo ya vengo cansado, esa es tu chamba”. Tenía tantos de-

seos de pegarle y gritarle que se quedara con su hija dos horas pa' ver si no se ponía mal, es más, no mal, PEOR que yo [gritando fuerte]. Y así me fui enojando más y más con él, y pos si ya andábamos medio mal, pos con eso ya.

Las cuatro mujeres coincidieron en que la manera que regulaban este coraje era expresándolo con otras personas. Lucía y Elsa contaban con el apoyo del terapeuta a quien podían decir lo que sentían y verse “liberadas”, como lo expresó Lucía. Para María, tener el apoyo de su hermana fue central para hablarle de aquellas emociones de enojo y coraje hacia su pareja por su falta de apoyo. Por su parte, Consuelo regulaba este enojo hacia ella misma con la doctora del Hospital Civil y al ponerse a trabajar y pensar en sacar adelante a sus hijos. En las narrativas de las cuatro mujeres se confirma la necesidad de escucha y acompañamiento para regular ese coraje. Asimismo, el material empírico muestra las marcas por género para la enunciación y expresión de las emociones. En el caso de las mujeres, el coraje se percibe como una emoción no femenina y tiende a ser reprobado por los otros. Así, las emociones y la regulación de las mismas a través de líneas / fronteras emocionales (Hochschild, 1990) lleva a la reproducción de un orden social que las mantiene en situaciones de desventaja y que, en el caso de la DPP, se manifiesta con claridad.

Abandono

Kleiman (2009) habla de la importancia de sentirse acompañada, así como del apoyo emocional en el posparto y cuidado afectivo. Para la autora, esto es lo último que a una madre en esas condiciones se le puede ocurrir pedir, ya que quizá ni ella note qué necesita, pero es precisamente lo que requiere para sentirse alentada y acompañada en el cambio y sus ajustes a la maternidad. De aquí que sea tan fuerte la emoción de sentirse abandonadas en el posparto y que ello genere

coraje, miedo y resentimiento. Lo anterior fue notorio en las cuatro mujeres.

Sus narrativas muestran de manera contundente emociones de abandono ligadas a la soledad. El primero fue una constante entretejida en sus discursos, lo que refleja la relación tan cercana entre la DPP y el abandono, así como el apoyo y acompañamiento necesario para regular esa emoción. Las cuatro vincularon sentirse abandonadas por su pareja en el posparto, lo mismo que por distintos miembros de su familia. Mientras que para Consuelo fue por parte de los padres de sus hijos y miembros varones de su familia, para María, además de su pareja, se sintió completamente sola cuando falleció su madre; asimismo, para Lucía este sentimiento también vino de su familia, al igual que para Elsa, quien reflejaba que debido a que sus familiares no vivían cerca y su pareja la dejaba “ahí nomás con la bebé”, a menudo estaba sola.

La emoción de abandono se entretejía con la del coraje y el miedo a estar solas. Las cuatro hablaron de sentirse asustadas del abandono frente a la responsabilidad que implicaba la maternidad, y solas ante el cansancio. Mientras que para Consuelo el miedo era desde lo más básico, que era la supervivencia de sus hijos, poderles dar de comer, para María significaba qué iba a hacer sola con una bebé sin saber nada, y así para cada una el miedo a la responsabilidad estaba vinculado con el abandono. Esto puede comprenderse mejor en la siguiente narrativa de María, quien se sentía abandonada por su pareja y su madre, quien había fallecido:

Yo no recuerdo, o sea, recuerdo muy pocas veces que cargó a Julia. Jamás un pañal, un bibi, no, no. Este... en la noche pos no me ayudaba, en la noche no me ayudaba pues... no. Y cuando llegaba en la tarde, no, llega... no... este... no estaba conmigo, buscaba otro cuarto para poder ver tele sin que la niña lo molestara... o los llantos o algo lo molestara, nada. Entonces, así me fue dejando, yo bajaba con todo y cesárea. Todo bibis... todo, el jamás cooperó. Entonces ahí en... fue que empecé a sentir abandono. Empecé a sentir ese como que ante...

no era depresión, no lo entendí, porque no era en contra de Julia. Nunca fue un sentimiento ni de coraje ni por qué naciste... ni por qué te... ¡Nada! Entonces yo la veía y dije “¡Aaaay!, era lo que tanto deseaba y lo tengo, pero ¿por qué no siento alegría?”. Porque tampoco sentía tristeza y coraje hacia ella, o sea, no era ella. Era yo [sollozo] y una gran parte Jaime y otra gran parte que mi mamá ya no vivía. Entonces dije: “Y ahora, ¿quién me ayuda? ¿Cómo le voy a hacer? Y ahora esto”. Yo estaba así... o sea, era un mueble abandonado.

Lara y García Hubard (2009) mencionan que la relación de la pareja es muy importante en el posparto, así como la manera en que los sentimientos de enojo y frustración ante el hecho de sentirse abandonadas y solas, influye en la DPP. Esta emoción generó otras como coraje y resentimiento. Para Elsa, ello era una constante en su relación, que la llenaba de rencor:

Cuando miro atrás, me doy cuenta que siempre me quería vengar de él, que tenía esa sensación de que lo que yo más quería era que él también se sintiera así de solo como yo, y así de abandonado. Pero me daba más coraje que a él no le importaba casi nada que tuviera que ver conmigo y mis hijos, como que por ellos pos sí, ahí estaba, pero por la familia y por mí, pos no, para nada, y eso me llenaba de coraje. Me sentía sola y abandonada... [silencio]... mucho [silencio largo]... porque... ese es el recuerdo que más presente tuve de mi depresión, y esa sensación de coraje de sentir que estaba sola, abandonada y que me estaba volviendo completamente loca y me quería morir, y de todos modos seguía sola, me provocaba mucho enojo y me quería vengar, yo creo, y entonces mis fantasías siempre eran que me quedaba viuda, eso sí, viuda, no divorciada, porque así ya no tendría nada que lidiar con él ni pa' pedirle pa'l chivo de los hijos [silencio] Pero en fin, solo en eso se quedaron, en fantasías...

En estas narrativas de Elsa se puede ver, además del coraje hacia su pareja relacionado con el abandono, el deseo de morir por estas mismas sensaciones. Este deseo de morir fue reflejado además por Lucía y María, y las tres lo vinculaban con el abandono y no ser vistas ni escuchadas. Pedrós (2008), Lara y García Hubbard (2009), Kleiman (2009) y Palmer (2010) afirman que las ideaciones suicidas, así como de dañar al bebé, pueden llegar a ser parte de los síntomas de la DPP, por lo que es importante estar siempre al pendiente, más cuando la relación con la pareja no es sólida y la madre no expresa estas ideas de manera abierta. Kleiman menciona en concreto estar atento al “deseo de morir” de la madre, más aún en aquella que refleja sentirse sola y abandonada (2009, 223). Para tres de las cuatro mujeres, estas ideaciones suicidas fueron una constante. Lucía decía:

Recuerdo que pasaba horas sola, ahí tirada en el sofá, sin que nadie me pelara y pues peor, sin saber ni cómo cambiarle el pañal, y además pensando que si lo cambiaba no lo iba a poder hacer bien, porque siempre me habían hecho sentir esta cosa de que nada de lo que hiciera me saldría bien. Pues como te decía, antes incluso hasta cuestionarme mi papá y mi hermana si YOOOOO [enfaticando] me iba a quedar sola y sin enfermera con el bebé [llorando y con voz triste] Fue tan horrible, me sentía abandonada y me sentía súper sola y me sentía abrumada y [pausa y silencio largo] abrumada, abandonada, sola, triste, invisible, ya no dormía, ya no comía, no hallaba placer en nada y lo único que quería era desaparecer [baja la voz]... del mundo [silencio con llanto durante diez minutos]

Consuelo fue la única de las cuatro que no refirió deseos de morir o desaparecer relacionados con el abandono sino que más bien lo relacionó con el temor a poder mantener a sus hijos sola, ya que era la única que vivía el abandono de manera real además de emocional, y tuvo que sacarlos adelante sola.

La neta es que no me dio tanta sorpresa que los dos me hayan largado, porque así son los hombres. Unos te abandonan de neta y otros, como mi papá con mi mamá, nomás te chingan la vida y ahí siguen jode y jode. Yo creo que la neta, lo que más me afectó no fue el abandono de los viejos por el hecho de no tener al viejo ahí a lado sino por el miedo a tener que darles de tragar yo sola. Yo pos, viéndolo así, así ahorita me doy cuenta que no solo me abandonaron los viejos sino también mi papá y mis hermanos, cuando supieron que estaba panzona, y eso ahorita veo que sí me dio coraje también. Me acuerdo que cuando nació Jorge, su papá me largó y me abandonó a la gacha y me dio mucho, mucho coraje con el cabrón, pero no me tiré al piso ni me sentía morir. ¡Ahhh!, pero cuando nació José, que su papá también me largó, pero me ayudaba con lanita, y pos por lo menos eso es algo, ¿no? Ah, pos ahí sí que me sentía sola de a madres. *Pior* que perro de azotea, porque ellos por lo menos ven el sol y yo ni eso [silencio largo] Creo que fue porque me daba coraje conmigo, ahorita pienso que a la mera y decía pos qué pendeja estás, tú también te abandonaste, pos ni te cuidaste y volviste a confiar [silencio] Pero pos ya, pasó el tiempo y yo pos ni tan abandonada estoy, que tengo dos chiquillos todo el día jodiéndome y pos sí los quiero [ríe suavemente]

Su forma de regular el sentimiento de abandono fue distinta. Lucía dijo que buscó ayuda profesional y siguió las indicaciones. Para Elsa, un regulador fue salirse a caminar con su bebé y distraerse durante el día. Para María, el sentirse abandonada constantemente le fue más difícil, ya que no podía dejar de pensar en lo que haría si se quedaba sola con la bebé. Para Consuelo, salir a trabajar para poder darles de comer a sus hijos fue un distractor, así como la ayuda de la psicóloga del Hospital Civil.

Es esencial la manera en que las emociones se entretejen unas con otras y lo que puede significar apoyar y dar escucha a una emoción para la mitigación del malestar emocional. Esto se puede observar con cla-

ridad al ver cómo el abandono estaba entrelazado con emociones de coraje y soledad, ya que al narrar alguna de estas emociones, emergían otras. Así, la cultura emocional vinculada a la DPP está configurada por emociones emparentadas entre sí y ligadas a situaciones específicas que trascurren en el acontecer cotidiano, y que pueden bien reproducir la experiencia de malestar o favorecer estados de bienestar emocional a partir del trabajo realizado.

Conclusiones

Con las narrativas de las cuatro mujeres se pudo tener un acercamiento a la DPP desde una mirada vivencial, destacando sus emociones y la manera en que se entretajan y producen otras nuevas. Desde una perspectiva biográfica, se conocieron a profundidad los significados de sus vivencias de DPP, las emociones que conllevaron, las formas de regulación emocional y la importancia de las redes de apoyo.

Asimismo, fue central el acompañamiento emocional en esta etapa de labilidad para la mujer, ya que por ejemplo vincularon la soledad y tristeza de manera directa a la forma en que las distintas redes ayudaban a regular estas emociones. Las cuatro mujeres fueron dando cuenta de aquellas necesidades de apoyo y compañía y de cómo su ausencia influía en su bienestar emocional. Cada apoyo tuvo un significado especial para ellas, sin embargo, es importante resaltar que el de la pareja era el más relevante. Al hablar de apoyo, coincidían en uno de tipo emocional, lo que les hubiera ayudado el sentirse acompañadas y validadas en su tristeza, angustia, soledad y coraje; siendo estas dos últimas emociones las más recurrentes al faltar el apoyo de la pareja.

El análisis de la DPP a partir de la perspectiva del construccionismo social de las emociones permitió reconocer en las narrativas producto de entrevistas a profundidad de enfoque biográfico, las emociones nodo presentes en la depresión. El ejercicio reflexivo realizado por cada una de ellas, de regresar al tiempo vivido y compartir sus elabo-

raciones a lo largo de los años, fue primordial para cercar el problema de investigación y estudiarlo a profundidad.

El análisis sociocultural de cada emoción fue fundamental para conocer sus distintos significados, los referentes corporales con los que la asocian, las situaciones de vida concretas de cada emoción y las formas de regulación de la misma. En ese sentido, se encontraron diferencias y matices importantes en las emociones reportadas, que en su conjunto muestran la cultura emocional ligada a la DPP.

El conocimiento a fondo de estas emociones, así como el papel de las redes de apoyo social, en especial de la pareja, los familiares y en algunos casos los profesionales de la salud, es material sustantivo para ser considerado en el diseño, la aplicación y evaluación de estrategias de intervención para prevenir o tratar la DPP.

Por otra parte, la dimensión sociocultural de la DPP, sin omitir su dimensión biológica y psicológica, es de alta importancia. Los mandatos socioculturales sobre la maternidad y el ser buena madre tienen un papel central en cómo las mujeres reaccionan emocionalmente ante la maternidad. La distancia entre las expectativas y posibilidades puede llegar a ser muy grande y favorecer la sintomatología depresiva.

De igual manera, en la maternidad es importante la presencia y el mantenimiento de redes de apoyo social nutridas y con altos niveles de transferencia simbólica y emocional, además de operativa. La pareja y los familiares resultaron ser los vínculos medulares para amortiguar y sobrellevar los ajustes ante esta experiencia de vida.

Como se mencionó, es central la importancia y vinculación entre las redes de apoyo social y las emociones durante la DPP. Visto desde la psicoterapia, es un hallazgo relevante, ya que pone la mirada en la mujer durante su embarazo y posparto de manera preventiva, porque al sentirse comprendida, acompañada, escuchada y respaldada, si llega a vivir una DPP, las emociones encontrarían un lugar de escucha. De ahí que se reconozca la psicoterapia como parte de la red de apoyo social y emocional. Kleiman (2009) afirma que la mayoría de las madres que han tenido a sus bebés no están interesadas en psicoterapia,

debido a la creencia de que una vez que se conecta la maternidad con la psicoterapia se convierte en una patología, siendo que en muchas ocasiones llegan a creer que debe ser un proceso natural y lleno de bendiciones. Sin embargo, para esta autora, ante los cambios que implica la maternidad y al experimentar una DPP, poder dejarse ser en un proceso terapéutico las puede hacer sentir muy liberadas. Esto se confirma con las cuatro mujeres entrevistadas, quienes mencionaron con frecuencia el apoyo de parte de su terapeuta y lo fundamental que resultó para su bienestar emocional.

Un hallazgo central con respecto a las emociones vividas y su regulación fue dar respuesta en la escucha a todas aquellas mujeres con incertidumbres y temores, así como a preguntas existenciales que surgen al convertirse en madres, más allá de ver la DPP como una enfermedad mental y así tratarla. ¿Qué las angustia? ¿a qué le temen? ¿cómo se sienten ante la maternidad? Encontrar las respuestas da paso a un conocimiento más profundo de quiénes son y hacia dónde van, lo que a su vez produce un sentido mayor de sí mismas. Conocer y comprender las emociones vividas a lo largo de una depresión al convertirse en madre, permite un acercamiento más profundo hacia la mujer / madre y replantearse quién es y hacia dónde va. Se confirma que es desde la escucha, comprensión y empatía que pueden sentirse acompañadas, lo que les permitirá dar un nuevo significado no solo a la depresión sino a todo aquello que pueden haber descubierto de sí mismas y su propia historia a lo largo del acompañamiento en un momento tan importante como es dar a luz a una nueva vida. Palmer habla de esto cuando se refiere al apoyo psicoterapéutico en relación con la resignificación y comprensión de la depresión posparto: “[...] a mayor profundidad del nivel de ‘insight’ de sus propias experiencias y a mayor conocimiento y comprensión de la depresión posparto, más capaces fueron las mujeres para hacer frente y crear nuevos significados de su experiencia” (2010, p.86).

La investigación realizada muestra la relevancia de un objeto de estudio construido desde la interdisciplina y resuelto a través del estudio

de caso. La psicología y la socioantropología de las emociones fueron el enmarque teórico que favoreció el diálogo interdisciplinario sostenido y que dio lugar a conclusiones sólidas y situadas en un contexto social específico.

REFERENCIAS

- Arbat, A. & Imma, D. (2003). Depresión postparto. *Medicina Clínica*, 121(17), 673-675.
- Armon-Jones, C. (1986). The thesis of constructionism. En Rom Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 32-56). Oxford: Basil Blackwell.
- Ávila González, Y. (2004). Las mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 20, 55-100.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel. XVIIIe siècle*. París: Champs Flammarion.
- Bauman, Z. (2005). Enamorarse y desenamorarse. En *Amor líquido*. (7-57). Madrid: FCE.
- Bojórquez, L. & Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la escala Center for Epidemiological Studies-depression, versiones de 20 y 10 reactivos en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32(4), 299-307.
- Bourdieu, P. (1999). Comprender. En *La miseria del mundo* (pp. 527-543). Buenos Aires: FCE.
- Burin, M. & Dio Bleichmar, E. (Comps.) (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Caelli, K. (2000). The changing face of phenomenological research: Traditional and american phenomenology in nursing. *Qualitative Health Research*, 10(3), 366-377.
- Canaval, G., González, M.C., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M.C. & Valencia, C. (2000). Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10.

- Castilla, M.V. (2005). La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(27), 189-218.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz & S. Lerner (Coords.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Ceballos Martínez, I. et al. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 71-74.
- Coulter, J. (1989). Cognitive “penetrability” and the emotions. En D. Franks & E. Doyle McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 33-72). Londres: JAI Press.
- Dabas, E.N. (1993) *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Enríquez, R. (2005). Malestar emocional femenino en contextos de pobreza urbana: un estudio de caso. En M. Gendreau Maurer (Coord.), *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo IV. Puebla /Guadalajara: Universidad Iberoamericana Puebla / ITESO.
- Enríquez, R. (2008). *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. Guadalajara: ITESO.
- Feixa Pámpols, C. (2006). La imaginación autobiográfica. *Perifèria. Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, 5(2).
- Fernández Christlieb, P. (2000). *La afectividad colectiva*. Madrid: Taurus.
- Glasser, D. (2005). Postpartum depression. *The Children’s Trust*, 4(7), 1.
- Gómea Ayala, A.E. (2007). Depresión en el embarazo y en el posparto. *Offarm*, 26(1), 44-53.
- Gonzalbo Aizpuru, P. & Rabell Romero, C. (2004). La familia en México. En P. Rodríguez (Coord.), *La familia en Iberoamérica*. Bogotá: Universidad de Externado Colombia / Convenio Andrés Bello.

- Gordon, S. (1990). Social structural effects on emotions. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 149-154). Nueva York: State University of New York Press.
- Gotlib, I., Whiffen, V.E. & Mount, J.H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122-132.
- Gundermann, H. (2001). El método de los estudios de caso. En M.L. Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrúa.
- Guth, J. (prod.) (2000). *In harmony with the Heart*. Sherborn: Aquarius Health Care Videos.
- Hochschild, A. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future Research. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 117-148). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A. (2007). The sociology of feeling and emotion. *Sociological Inquiry*, 45(2), 280-307.
- Klass, P. (2012). Se pasa por alto depresión paterna. *The New York Times*, "Ciencia y Tecnología", domingo 27 de mayo de 2012.
- Kleiman, K. (2009). *Therapy and the postpartum woman. Notes on healing postpartum depression for clinicians and the women who seek their help*. Nueva York: Taylor & Francis.
- Lamas, M. (2001). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México: Plaza y Janés.
- Lara, M.A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental*, 22(esp.), 121-127.
- Lara, M.A. (2003). Intervención psicosocial para mujeres con depresión. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(4), 219-229.
- Lara, M.A. (2009). Programa específico de depresión. *El Universal*. Recuperado de www.foroseluniversal.com.mx
- Lara, M.A. & García Hubbard, T. (2009). *Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y la depresión en el embarazo y después del parto*. México: Pax.

- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. & Rubí, N.A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para la población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. & Rubí, N.A. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(4), 55-62.
- Luján, S. (2009). Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 88(982), 234-243.
- Lutz, C. (1986). The domain of emotion word on Ifaluk. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 113-128). Oxford: Basil Blackwell.
- MacGrath, E., Puryear, G., Strickland, B. & Felipe, N. (Eds.) (1995). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington: American Psychological Association.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Miró, E., Martínez, P. & Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado deprimido. *Salud Mental*, 29(2), 30-37.
- Moreno López, S. (2009). *Descubriendo mi sabiduría corporal*. México: Focusing.
- Muñoz, R. (2005). La depresión y la salud de nuestros pueblos. *Salud Mental*, 28(4), 1-9.
- Mudgal, J., Guimaraes, B.G.L., Díaz-Montiel, J.C., Flores, Y. & Salmerón, J. (2006). Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental*, 29(5), 1-8.
- Najmanovich, D. (2001). Dinámica vincular: territorios creados en el juego. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia*, 24(2).
- Orejarena Serrano, S. (2004). Trastornos afectivos posparto. *Medunab*, 7(20), 134-139.

- Palmer, E. (2010). *A qualitative study of existential issues in postpartum depression: An unspoken truth*. Disertación. ProQuest.
- Palomar Vereá, C. (1995). Democracia y equidad de género. *Revista de Educación y Cultura*, 8, 30-31.
- Palomar Vereá, C. (1996). Género y maternidad: reflexiones desde el psicoanálisis. *Revista de la Universidad de Guadalajara*, 3, 33-38.
- Palomar Vereá, C. (2004). Malas madres: la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30(15), 12-34.
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad, historia y cultura. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(22), 35-67.
- Palomar Vereá, C. (2007). *Maternidad en prisión*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Palomar Vereá, C. & Suárez de Garay, M.E. (2007). Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas. *Estudios Sociológicos*, 25(74), 309-340.
- Pedrós Roselló, A. (2008). Depresión posparto. Factores predictivos e intervención temprana. *Jano. Medicina y Humanidades*, (1709), 39.
- Perinbanayagam, R. (1989). Signifying emotions. En D. Franks & D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 73-90). Greenwich: JAI Press.
- Ramos, L. & Romero, M. (2006). Historia oral y psicología. En J. Aceves Lozano (Ed.), *Historia oral. Ensayos y aportes de investigación*. México: CIESAS.
- Retamal, C.P. (2003). *Depresión clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rodríguez Gómez, G. & Gil Flores, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.
- Rodríguez Dorantes, C. (1997). Entre el mito y la experiencia vivida: las jefas de familia. En *Familias y mujeres en México*. México: El Colegio de México.
- Roe Stevens, L. (s / f). How common is postpartum stress disorder? Recuperado de <http://www.divinecaroline.com/life-etc/how-common-postpartum-stress-disorder>

- Sanhueza, T. (2005). *De prácticas y significancias en la maternidad*. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(22).
- Sluzki, E.C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Spinelli, E. (2001). Listening to our clients: A dangerous proposal. *American Journal of Psychotherapy*, 55(3), 357-363.
- Swanson, G. (1989). On the motives and motivation of selves. En D. Franks & D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 9-32). Londres: JAI Press.
- Tarrés, M.L. (Coord.) (2001). *Observar, escuchar y comprender; sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrúa.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI España.
- Tubert, S. (1993a). La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre. En M.A. González de Chávez (Comp.), *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI España.
- Tubert, S. (1993b). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Debate Feminista*, 8(4), 349-355.
- Vara, M.J. (2006). Precarización de la existencia y huelga de cuidados. En *Estudios sobre Género y Economía*. Madrid: Akal.
- Vidaurrázaga Aránguiz, T. (2005). Maternidades en resistencia. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(22), 110-145.
- Vilouta, M., Álvarez Silvares, J.C., Borrajo, E. & González-González, A. (2006). Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 33(6), 208-211.
- Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Buenos Aires: Emecé.

PÁGINAS WEB

- http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm
<http://www.investigacionydesarrollo.com>

Repercusiones del abandono paterno ocurrido en la infancia y su impacto en la identidad del hijo varón

DIANA ASTRID AGUIAR AGUIRRE

Aunque el padre abandone al hijo, el hijo no abandona al padre.

Durante mucho tiempo, los psicólogos ignoraron la importancia del papel del padre en el desarrollo infantil. Las investigaciones referidas con la infancia se centraban en la relación madre-hijo y las vicisitudes de esta interacción. Todavía en los años setenta del siglo pasado, se hablaba de que el padre era una “influencia olvidada en el desarrollo del infante”, dado que para diversos teóricos la contribución del rol paterno durante la primera infancia era mínima o, en el mejor de los casos, indirecta (Lamb, 1975). Parke (1998) señala que, por tradición, durante gran parte del siglo XX, no se consideraba al padre comprometido en el cuidado del hijo.

Desde 1975, Michael Lamb¹ enfatiza que para la psicología era urgente poner más atención, en investigación y teoría, respecto al rol de los padres en la socialización de los niños desde sus primeros meses de vida. Este autor explica que muchos infantes interactúan de manera

1. Psicólogo ex director del Departamento de Psicología Social y del Desarrollo de la Universidad de Cambridge.

extensa con sus padres y forman vínculos cualitativamente diferentes a los de la relación madre-hijo.

Ya en las últimas décadas del siglo XX y en lo que va del siglo XXI, han aumentado de forma considerable las investigaciones desde la psicología y otras ciencias sociales interesadas en estudiar la paternidad y sus funciones en el desarrollo socioemocional de sus hijos (Lewis y Lamb, 2003). Junto con esto, se incrementó el interés por indagar las omisiones, distorsiones y fracturas de la función paterna, real y simbólica, familiar y social (Arvelo, 2002). Esto último responde a que, si bien es cierto que ahora se ven padres que participan activamente en el cuidado de los hijos (Parke, 1998), y en muchos casos se ha dejado atrás el estereotipo del padre distante confinado a su papel de ganar el sustento de la familia, es una realidad que, a la par con otros fenómenos sociales como el incremento de divorcios, aumenta el número de hogares monoparentales en donde no está el padre y los hijos están bajo la custodia de la madre (Sullerot, 1993). Por desgracia, en algunos de estos hogares en donde el progenitor “brilla por su ausencia” por distintas razones —algunas inclusive en contra de su voluntad—, también se aleja emocionalmente de sus hijos y no los busca.

En el año 2005, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2008) reportó que en varios estados de la república —entre ellos Jalisco, Querétaro, Chiapas y Tabasco— había cerca de 20% de hogares encabezados económicamente por mujeres, o de jefatura femenina, y 15% adicionales de hogares monoparentales, de los cuales 80% o hasta 88% contaba solo con la madre de familia.

En el censo 2010 del Inegi, se encontró que entre el grupo de mujeres mexicanas de 15 a 49 años que tienen hijos, 18.8% son madres solteras, divorciadas, separadas o viudas; es decir, había 3,741,613 mujeres con hijos bajo estas condiciones.

¿Qué sucede cuando el padre, por diversas razones, no está presente ni convive con los hijos? Algunos autores describen que la falta de este es un hecho traumático cuyas consecuencias oscilan desde un desempeño escolar deficiente, el abandono de la escuela, crisis suicidas

infantiles y embarazo en la adolescencia, hasta homosexualidad, alcoholismo y toxicomanías en la vida adulta (Arvelo, 2002; Sánchez, 2007; Pérez, 2014). En esta línea, Fitzgibbons (1997) menciona que cuando no se satisface la necesidad de cariño, aprobación, afecto físico y ánimo de un padre, se desarrolla un vacío interior comúnmente llamado “hambre de padre”, el cual genera sentimientos de soledad y tristeza en algunos adolescentes y jóvenes adultos.

A diferencia de lo anterior, hay investigadores que afirman que la falta de los padres en la infancia no por fuerza lleva a que en la adultez se tenga fragilidad psicológica; inclusive, sugieren que como profesionales de la salud mental, seamos cautelosos al hacer interpretaciones acerca de la historia infantil de las personas adultas, ya que una experiencia de pérdida paterna —además de un factor de riesgo, como lo indican muchos estudios— puede fomentar el uso de habilidades exitosas de afrontamiento más que un riesgo de depresión, soledad y actitudes pesimistas en la vida (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2006).

Sánchez (2007) explica que en los hogares donde no está el padre sin duda quedó un hueco que sus hijos llenarán con la ausencia, la cual está colmada de fantasías e introyectos respecto al hombre que se fue; ausencia que dejará huella en quienes se quedan. Pero, también señala que los distintos motivos por los que el padre no está presente, sea por muerte, separación, divorcio o abandono, abrirán una gama amplia de posibles significados y repercusiones de su falta para los hijos.

En este capítulo se presentará en primer lugar una revisión de cuáles son algunas de las funciones que desde diferentes investigaciones se han atribuido al padre, y se expondrá la importancia de establecer un diálogo interdisciplinario debido a que los problemas relacionados con este objeto de estudio y su función no pueden ser resueltos desde una sola disciplina. Este diálogo implica la interacción con distintos métodos, marcos referenciales, experiencias, perspectivas teóricas y disciplinas para construir una comprensión amplia del desarrollo humano, sus problemas y su tratamiento (Zohn, Gómez & Enríquez, 2013).

Posteriormente se abordará el tema de las repercusiones del abandono paterno y se compartirá el estudio de caso de un joven varón que asistió a psicoterapia psicoanalítica, cuyo padre lo abandonó en la primera infancia. Con la revisión a profundidad de un caso clínico se pretende contribuir en el estudio de las posibles repercusiones para los hijos de la pérdida paterna, en particular para los varones. Se pondrá énfasis en los efectos que puede tener el abandono del padre en la formación de la identidad de estos últimos, porque la necesidad de apegarse y asemejarse a una imagen paterna para la conformación de la identidad como varones conlleva la complicación de identificarse con un otro que abandonó y desertó de sus funciones.

EL PADRE Y LA FUNCIÓN PATERNA

Los estudios referentes al “padre” y a la “función paterna” han sido abordados por diferentes disciplinas con diversos enfoques y perspectivas teóricas (Arvelo, 2002). Existen investigaciones antropológicas, históricas, sociales, psicológicas y del área de la medicina, por mencionar algunas. En la psicología, estos conceptos han sido estudiados desde los psicólogos evolucionistas, sociales, psicoanalíticos, sistémicos y otras orientaciones teóricas.

Respecto a la definición del padre, el sociólogo Sergio Sinay (2001) señala que en una de las acepciones del diccionario, padre significa “macho destinado a la reproducción” y que, según el lingüista catalán Joan Corominas en 1220, al concepto de “padre” (del latín *pater*, *patris*) se incorporó la idea de “modelo, patrón”.

Sinay expone que la historia del padre es por imposición de los modelos sociales, la de un modelo estrecho, limitado y limitante: el que provee, produce, premia, castiga, trabaja, se va y vuelve, pero, por lo general, está ausente de los actos familiares cotidianos.

Autoridad y distancia emocional hacia los hijos son dos de las características que se atribúan al modelo del padre. Sin embargo, la socióloga Evelyne Sullerot (1993) comenta que el patriarcado ha muerto

y con esto la imagen del padre autoritario, además de que también terminó el padre laxista e irresponsable, y los jóvenes proyectan que los nuevos padres son y serán más comprometidos, cercanos y atentos a sus hijos, incluso cuando sean muy pequeños.²

El concepto de padre está estrechamente relacionado con los papeles que una cultura, sociedad o momento histórico le atribuye. Sin embargo, para algunos autores es importante hacer la distinción entre el uso de los términos “padre” y “función paterna”, debido a que las palabras “padre” o “paternidad” están más asociadas a padre biológico, mientras que “función paterna” se libera, en alguna medida, de ese lazo con la biología. Maite San Miguel (2005), psicóloga con orientación psicoanalítica, explica que diferenciar al padre de la función paterna permite:

[...] des-naturalizar lo que consideramos una función simbólica, ligada a la cultura y, por tanto, no necesariamente encadenada a un sexo o a una capacidad biológica (la reproductiva). Por otra parte, función paterna nos convoca más las necesidades del infante, así como las capacidades o atributos que necesita una persona para cumplir con dicha función y, por tanto, que pueden —o no— estar presentes (s / p).

Y agrega que la categoría “padre” no es algo simple y dado por la naturaleza. En esta línea, Arvelo (2002) sostiene que la función paterna es una construcción psico-socio-cultural e histórica y por lo tanto compleja, multiforme, polisémica y cambiante; destaca que es una función simbólica ejercida no solo por el hombre, por el padre, sino también por la madre, parientes, figuras significativas, grupos e instituciones, y

2. Sin embargo, Sullerot alerta que los jóvenes “no parecen tener idea de las trampas que han puesto en su futuro camino las leyes, las costumbres y los recientes prejuicios antipadres” (p.208).

que por lo tanto no puede verse aislada del sistema relacional familiar y entorno sociocultural.

La sociología y la antropología se han interesado en esclarecer si en la función paterna hay alguna propiedad inalterable entre la raza humana o bien debe ser situada en un contexto histórico (San Miguel, 2005). Esta cuestión ha generado investigaciones referentes a modelos de paternidad en distintas culturas, en las cuales se han encontrado diferencias importantes según el país o la región estudiada (Arvelo, 2002).

De manera similar, en la disciplina psicoanalítica hay autores que han propuesto estudiar la función paterna más allá del papel que le proporciona el medio cultural al padre —esto sin negar la importancia del rol social—; es decir, “buscar en otra parte que no sean los datos sociológicos los criterios de una función paterna que sería inherente a la especie humana” (Widlocher, 1965, en Lebovici & Soulé, 1973, p.324). Esta perspectiva enfatiza que el vínculo entre un padre y su hijo es inseparable a la especie humana, dado que todos somos productos de una relación diádica (padre-madre). Entonces, si bien el padre puede estar o no presente en su desarrollo, sí lo estuvo al momento de su gestación y eso ya dejó una huella en su descendencia, la cual tomará matices distintos de acuerdo con la cultura en donde se formó ese vínculo.

EL PSICOANÁLISIS Y LA SOCIOLOGÍA EN ESTRECHO DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

Desde sus orígenes, la teoría psicoanalítica ha establecido un diálogo interdisciplinario con la sociología, antropología y otras ciencias sociales. Freud continuamente hizo referencia a investigaciones antropológicas que, de la mano de sus observaciones clínicas, abonaron al desarrollo de su teoría y daban fundamento a los conceptos que desarrolló.

En este capítulo se establece un diálogo interdisciplinario sobre todo entre el psicoanálisis y la sociología, al considerar que los conceptos de padre y función paterna son construcciones teóricas que van más allá de la naturaleza biológica y, para entenderlos, debemos situarlos en la interacción entre la subjetividad y los contextos histórico-sociales específicos de las personas. A través de este diálogo interdisciplinario se pretende:

Producir conocimiento más allá de perspectivas unidisciplinares y de un enfoque en particular dentro del campo de la psicoterapia... donde la persona sea leída desde su realidad, como un sujeto socio-históricamente situado y en relación recíproca con su entorno y, con ello, ubicado en un contexto sociocultural abierto, complejo y dinámico (Zohn, Gómez & Enríquez, 2013, p.13).

La psicóloga San Miguel (2005) ayuda a clarificar algunos de los aspectos para comprender la necesidad de un diálogo entre el psicoanálisis y la sociología. El primero es que el psicoanálisis es una teoría sobre la construcción de la subjetividad, la cual “no es una mera captación de un mundo circundante (como si se tratara de objetos concretos), sino de representaciones simbólicas [y también sociales] sobre todo aquello que afecta a los seres humanos, sean estas sus relaciones, aspiraciones, creencias o formas de organizarse” (s / p). El segundo tiene que ver con el concepto de intersubjetividad, “ese espacio que crea la relación entre las personas, espacio de afectos y atribuciones mutuas que no puede explicarse ni reducirse a las características de cada sujeto tomado en forma aislada” (San Miguel, 2005, s / p). Para el psicoanálisis, a partir de esa intersubjetividad es como se va constituyendo el aparato psíquico del ser humano, así como diversas características de su funcionamiento, adaptativo o no adaptativo, sano o patológico.

En este capítulo, con los conceptos de subjetividad e intersubjetividad, se invita al diálogo interdisciplinario pues se considera que el tema de la paternidad, aun abordado desde el psicoanálisis, tiene

su origen en el área social. Las funciones paternas se establecen en vínculo con posiciones diferentes (padre-hijo), y es esta composición la que se interioriza. La diferencia que se asigna en lo social a los sexos es congruente con los roles asignados a hombres y mujeres como madres y padres. La paternidad y la maternidad son esos roles que tienden a ser congruentes con el resto de las atribuciones genéricas (San Miguel, 2005). A continuación, se expondrán algunos conceptos básicos que han sido descritos como parte de las funciones del padre desde la teoría psicoanalítica y el desarrollo psicosocial, cada uno inmerso en un contexto social determinado.

El padre, parte esencial en el desarrollo psicosexual

Para Sigmund Freud, el padre juega un papel esencial en el desarrollo del niño, y enfatiza tres aspectos de esa relación (Sánchez, 2007):

- Los sentimientos de amor y admiración hacia el padre durante el periodo preedípico tienen una importancia capital (en especial para el hijo varón) como fuente de identificaciones positivas, lo que lo va preparando para la vivencia del complejo de Edipo; el niño se identifica con aquellas personas a las que se siente ligado emocionalmente. Pérez (2014) añade que en el niño está presente un particular interés hacia el padre, de querer hacer y ser como él, a quien toma como su ideal.
- La pequeñez e indefensión del niño (o la niña) despiertan en aquellos que ama una fuerte necesidad de protegerlo, la que Freud vinculó con la relación con el padre y consideró que es una de las más fuertes necesidades infantiles, además de que la relacionó con el origen de los sentimientos religiosos.
- Que el niño pequeño considera al padre como una autoridad, alquien de quien puede esperar castigo. Este aspecto de la relación padre-hijo va adquiriendo importancia conforme avanza el desarrollo y alcanza su máxima expresión en el periodo edípico.

El padre como “partero psicológico”

La psicoanalista Magdalena Juárez (2002) menciona que el papel del padre, aunque menos protagónico que el de la madre, reviste una importancia esencial, dado que funge como “partero” en la conversión de la unión dual madre-bebé en una relación triádica, para después formar parte del triángulo edípico.

El padre tiene una participación determinante en el mundo afectivo de la madre, lo que favorecerá o entorpecerá la adecuada disponibilidad de ella con el hijo. Sánchez (2007) explica cómo el padre es importante desde que nace el niño: con una influencia psicológica directa que tiene —o pudiera tener—sobre el bebé, y con la influencia que el padre ejerce sobre este a través de la madre, no solo en los periodos de posparto, lactancia y otros sino durante el mismo embarazo y antes. De allí la necesidad de asignarle el peso que por mucho tiempo se le ha negado a su rol, al colocarlo en un nivel secundario (Juárez, 2002).

Desde la sociología, Sinay (2001) explica que el padre libera a sus hijos porque les ofrece otros modelos —además del materno— de comportamiento emocionales y contacto con el mundo, les trasmite otras vivencias y experiencias. Además, afirma que también libera a la madre porque al desarrollarse como un modelo complementario de presencia y afectividad, al estar presente para compartir, le permite salir del estrecho marco de su papel “femenino”, exceder el simple y angosto papel de “madre” y crecer y desarrollarse como mujer.

El padre como figura de autoridad

Ya que el padre es quien ubica al infante en la situación triangular edípica, y dado que para Freud esta es el origen de la introducción a la ley del incesto, del establecimiento de una ley exterior al individuo y que organiza los intercambios sexuales y la reproducción, la teoría se desliza a darle el poder de implantar la norma social y moral (San

Miguel, 2005). Este lugar de lo paterno como representación de la ley lleva a Freud y a otros psicoanalistas, como Lacan, a propugnar que el padre es quien instaura la moral o introduce un orden simbólico en las relaciones padre-madre-hijo (San Miguel, 2005). De esta manera, el hijo queda integrado a la sociedad, posibilita su exogamia y vida lo más independiente posible.

Freud explicó que la resolución de la rivalidad padre-hijo en los mecanismos de la identificación con el padre permite la constitución del superyó y el yo ideal, y deja en la conciencia una representación de la instancia moral encarnada ante todo por este (Blos, 1980). Peter Blos (1980) indica que en la medida en que el padre es activo en la prohibición edípica, el hijo (niño o niña) incorpora a sí mismo las prohibiciones y órdenes que de él emanan.

Respecto al padre como figura de autoridad, San Miguel (2005) señala que la teoría freudiana y posfreudiana sostenida por muchos años es reflejo de un contexto determinado que comenzó desde un patriarcalismo cristiano hasta nuestros días, donde, de acuerdo con Arvelo (2002), por razones filosóficas, políticas, legales, económicas, sociales y psicológicas se constata una merma del poder de la figura del padre que puede ser remanente de la antigua idea de que juega un papel distante —y básicamente como proveedor económico— en la vida de sus hijos.

El padre como figura que nutre la masculinidad de un niño

El niño necesita tener un modelo de identificación en su padre que lo nutra respecto a su masculinidad, para lo cual tiene que ser una figura fuerte y con una presencia en el hogar; si en lugar de esto parece débil y poco eficaz frente al hijo, lo dejará sin un modelo digno con el cual identificarse y sin protección (Cameron, 1982).

Blos (1980) señala que el niño pequeño desarrolla admiración y orgullo por su padre, lo cual refuerza simplemente con su propio narcisismo; la liga del muchacho se basa en una elección narcisista de objeto:

“mi padre y yo somos iguales”. Obviamente, esta es fuente de ambivalencia, competencia, comparación y hostilidad. La identificación con el padre —un paso esencial en el desarrollo de la masculinidad— está siempre acompañada por el amor y la rivalidad. Es la situación triangular conflictiva que se resume con el término de complejo de Edipo. Un evento esencial en la fase edípica para ambos sexos consiste en lograr la identificación con el padre del mismo sexo. El hijo varón tiene la difícil tarea de abandonar su identificación primaria con la madre, sobreponiendo la ambivalencia y hostilidad hacia su padre para lograr su identificación masculina.

El padre, personaje principal del ideal del yo del varón

Blos (1980) explica de manera detallada que el ideal del yo es una parte diferenciada del yo que asume un papel de guía similar al del superyó. Sin embargo, una distinción entre estas estructuras psíquicas es que cuando no se cumplen las demandas del superyó, se experimentan sentimientos de culpa, temor a las represalias y al abandono y una necesidad de expiación. En contraste, la negligencia de las expectativas del ideal del yo deriva en un choque para el equilibrio narcisista y contaminación de este con la ansiedad social. Cualquier discrepancia entre el ideal del yo y la autorrepresentación es sentida como una disminución en la autoestima, estado que puede asumir proporciones intolerables.

El ideal del yo tiene sus raíces en la identificación con el padre del mismo sexo. El niño varón, al llegar al periodo edípico, concentra sus esfuerzos en ser y convertirse en su padre: con sus calidades, valores y actitudes. Estas identificaciones se refuerzan por la similitud entre el cuerpo o partes de él entre el niño y su padre, y se llega a una idealización global. El modelo libidinal de “yo amo lo que yo quisiera ser” establece una calidad narcisista completa. El padre, a través del ideal del yo, ejerce una gran influencia sobre la estabilización de la masculinidad de su hijo varón.

El padre como presencia amorosa y de guía en la adolescencia

Respecto de la influencia positiva del padre en el desarrollo normal de un individuo, Carvajal (1993) menciona que la experiencia clínica ha demostrado su enorme importancia en la época de la adolescencia, en la que las separaciones, la muerte real o la pérdida de la función paterna en un progenitor débil o autoritario son elementos a menudo catastróficos en el buen funcionamiento comportamental del adolescente. La presencia activa del padre es una guía definitiva, aun cuando sea blanco de la crisis de autoridad y el adolescente busque “destruirlo” internamente para lograr su propia identidad. Carvajal explica que la postura firme del padre “va a permitir que el adolescente continúe su proceso de identificación y va a lograr que a la larga triunfe una identidad proporcionada por su presencia activa y amorosa, respetuosa e inteligente y en última instancia, de líder en la conducción de su hijo” (p.65).

REPERCUSIONES DEL ABANDONO EN EL DESARROLLO DE UN INFANTE

En su investigación, Arvelo (2002) halló que el abandono paterno ocurrió en 46.4% de los casos de separaciones de pareja, el cual coincide con lo reportado por otros autores. El abandono estuvo asociado, más que a factores socioeconómicos, a la separación de la pareja en una cultura que descalifica el papel del padre y privilegia el de la madre. Arvelo señala: “[...] es asombroso como [sic] padres de buen nivel sociocultural se desprenden tan fácilmente de su rol, se mudan a otra ciudad al separarse de sus parejas y dejan de ver a sus hijos, o se ocupan de ellos eventualmente. Se cumple aquí el dicho popular que reza que ‘los hijos deben estar con su madre’” (2002, p.38).

Antes de pasar a la presentación del caso clínico se expondrán de manera acotada algunos datos de la literatura con relación a las repercusiones del abandono, sea de la madre o el padre, en el desarrollo de

un individuo. Estos puntos se verán con más detalle en el análisis del caso clínico.

Los sentimientos de abandono

James Masterson (1975) explica que los sentimientos de abandono no están compuestos de un solo sentimiento sino de seis constitutivos: depresión, enojo, temor, culpa, impotencia y vacío. La intensidad y el grado de cada uno de ellos serán diversos según los traumas evolutivos de cada individuo. Sin embargo, en cada paciente estarán presentes los seis componentes en alguna medida.

Respecto a estos sentimientos, resulta clarificador citar textualmente la opinión de Masterson en cuanto al impacto que tienen en la vida de los pacientes:

Las palabras técnicas son demasiado abstractas para transmitir la intensidad y terrible presencia de estos sentimientos y por lo tanto la primacía de su dominio sobre la vida del paciente. El funcionamiento del paciente en el mundo, su relación con los demás, y aun algunas de sus funciones fisiológicas se subordinan a la defensa contra estos sentimientos (1975, p.81).

La idealización del padre perdido

Sánchez (2007) explica que “el problema central al que se enfrenta un niño que ha perdido a su padre desde temprana edad es al de la idealización. Un niño sin padre crea una imagen fantaseada de este, y luego se relaciona con el introyecto” (p.91). Con relación a esto último, aunque a otro nivel y con otras implicaciones, Cameron (1982) indica que los niños a quienes les falta uno de los padres, o ambos, en esta etapa, o incluso en otra anterior, suelen crear progenitores imaginarios para compensarlo. Después de todo, alrededor del niño hay muchas personas que pueden servir de modelos.

Sin embargo, aun cuando este cuenta con otros modelos de padres, Dorothy Burlingham y Ana Freud (1976) descubrieron una liga muy intensa y persistente con el padre de la fantasía, que no está presente. La relación con esta imagen fantaseada no se modifica durante el desarrollo como sí cuando los hijos interactúan con el padre real y presente. Lo que se genera es un *mito personal*, es decir, una creencia refractaria a la realidad y que normalmente incluye una gran cantidad de distorsiones. El mito personal, así, se vuelve la realidad psíquica del sujeto. Su autopercepción, sus modos de vida y estilos de relación, todos, pueden ser considerados como repeticiones de este.

Para Sánchez (2007), el niño, y luego el adulto, se comparan con el padre, pero se trata del de la fantasía, uno que solo tiene los propios deseos y las necesidades como límites, que deja ese sello inconsciente de “si él estuviera aquí...”; ese padre eventualmente puede volverse un ideal inalcanzable. Además, agrega que algunas personas viven una carrera interminable tras el ideal en su relación con otras personas, y en esta conquistan logros, pero al precio de nunca quedar satisfechos. Enfatiza: “[...] el deseo inconsciente es el de reunirse con el padre en el ideal. Hacerlo es no perderlo, recuperarlo” (p.92).

La identificación como defensa frente a la separación

Cameron (1982) explica que en el proceso de duelo normal, el doliente toma la imagen de la persona desaparecida y la hace parte de sí. A veces adopta algunas de las principales características de la personalidad del ser perdido y otras se diría que incluso llega a parecerse a ella. Con esta identificación con el objeto perdido (o más bien introyección del objeto) intenta moderar o eliminar su angustia. Si la pérdida de la persona se vivió como una agresión, por ejemplo en los casos de abandono, también puede darse la identificación con el agresor. Cameron señala que en esta se evita la ansiedad al tratar de parecerse a la persona o cosa que nos agrede. La agresión se percibe y representa entonces como si emanara de uno y, por lo tanto, estuviera bajo nuestro control.

Así, la persona que fue abandonada después se convierte en alguien que a su vez abandona a otros.

La ansiedad por la pérdida de amor

Toda persona, niño o adulto, que para sentirse bien y digno de sí misma depende del amor de otra, experimenta como una amenaza de catástrofe perder el amor... Y bien pudiera serlo. Tal reacción es normal en un niño, tenga su ansiedad una base real o no (Cameron, 1982).

Cuando un niño es descuidado y rechazado siente que el origen de la maldad está en él mismo y que por ello es merecedor del maltrato. Cecilia Torres (1996) comenta que la infancia es una etapa de extrema vulnerabilidad para el ser humano, dado que requiere una protección integral para sobrevivir. Es por esto que un niño se encuentra inerme frente a la bondad o maldad que pueda recibir de sus cuidadores y difícilmente aceptará que su padre o madre —de quienes depende totalmente— son malos con él. Aceptar que alguien de quien se depende para vivir pueda no quererlo, equivale a aceptar que se está solo en el mundo. Es decir, sería “aceptar, a una edad en que todavía no es posible hacerlo, que le tocó llegar a un mundo en donde no existen brazos para sostenerlo” (Torres, 1996).

La misma autora explica que el niño, al no sentirse querido y creer que debido a su propia maldad es rechazado, va edificando de una manera defectuosa su propia autoestima; se va sintiendo malo e indigno de ser querido, lo cual ocasiona heridas que deberán ser subsanadas a lo largo de la vida, muchas veces con gran dificultad.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: LA HISTORIA DE CARLOS

Carlos³ acudió a psicoterapia cuando le faltaba un mes para cumplir su mayoría de edad. La información sintetizada que se presentará a continuación corresponde la primera parte de su proceso psicoterapéutico, de sus 18 a 22 años. A los cinco años de asistir a psicoterapia, dejó el tratamiento sin avisar y lo reanudó casi un año después.⁴

Motivo de consulta y descripción inicial

Como motivo de consulta, Carlos indicó que tenía una mala relación con su mamá, quien quiso que fuera a terapia porque le preocupó que estuviera tomando mucho alcohol, aunque este menciona que en realidad son exageraciones: señala que quiso ir a terapia porque sabe que eso ayuda a las personas y las enriquece.

Era soltero, estudiante y trabajaba en una tienda de abarrotes propiedad de sus abuelos; tenía facilidad para expresarse, hacía bromas y preguntaba asuntos personales, buscando establecer una relación de confianza; en ocasiones “monitoreaba” lo que veía en la psicoterapeuta. Por ejemplo, comentaba: “pusiste ojos de duda”, “te ves triste”, “qué piensas”, “has de pensar que yo...”, etc. Es bastante perceptivo respecto de lo que sucede en el otro.

En la primera consulta, Carlos aseguró que no le afectaban las situaciones que había vivido con su papá. Después de relatar algún suceso referente a este, agregaba: “pero no me afecta, pero no me hace falta, pero no lo necesito”, etc. Tampoco veía relación entre su ingesta de alcohol y los problemas que presentaba.

3. Seudónimo utilizado para resguardar la identidad del paciente.

4. Carlos tenía cinco años de edad cuando se fue su padre. Llamó la atención la similitud con el hecho de que a los cinco años de su proceso psicoterapéutico también se fue, sin avisar. Regresó un año después a continuar su proceso.

Historia familiar y antecedentes de la problemática

Carlos es el mayor de tres hijos, el único varón. A una de sus hermanas le lleva un año y a la otra catorce (hija de una segunda pareja de su mamá). Al comenzar el proceso psicoterapéutico, vivía en casa con su madre y sus hermanas.

Sus padres se separaron cuando él tenía cinco años. Su papá era alcohólico y le pegó varias veces a su mamá, lo que él llegó a presenciar. Dice que este era “un cabrón”, que a veces lo llevaba cuando veía a otras mujeres. Un día Carlos le dijo a su mamá que su papá había visto a otra mujer, a lo que este le dijo que era un chismoso.

Comenta que su papá es profesionista y que por lo que sabe era bueno, pero que por sus sueños “guajiros” y su consumo de alcohol no le fue bien en lo laboral. Carlos dice: “En parte fue bueno que se divorcieran porque él era un alcohólico y nos hubiera ido mal”. Menciona que al recordar a su papá siente un poco de rencor, pero reitera: “Qué se podría esperar, si era alcohólico”. No sabe cómo le pudo afectar el divorcio de sus padres, pero quisiera saberlo. A veces su mamá le pregunta: “¿A poco no recuerdas?”, al referirse a situaciones vividas con su papá, y él le contesta que no, a lo que ella revira que lo que pasa es que no quiere recordar.

Carlos no ve a su padre desde hace diez años. Cuando tenía ocho, su mamá lo llevó, junto con su hermana, a casa de este porque querían verlo. Estaban en un carro afuera de la casa, pero él no quiso bajar; bajó su hermana y fue a buscarlo, pero el papá le preguntó qué querían, para qué lo buscaban y que mejor hicieran esto cuando ya estuvieran grandes. Carlos dice que a lo mejor su papá pensó que su mamá los había mandado para que regresara con ella, pero que no era así, que solo lo querían ver. Su hermana regresó llorando al carro. Carlos también lloró y se puso a gritar: “¡Lo odio, lo odio!” (esta reacción no la recuerda, pero su madre comentó que para Carlos fue muy doloroso no ser recibido por su padre).

El joven comentó que últimamente pensaba mucho en su papá, que cuando veía a un maestro de edad cercana a la que tenía su padre, se ponía a imaginar y preguntarse cómo sería vivir con un adulto de esa edad. Dijo que le gustaría tener un papá para que se aliara con él y ya no estuviera solo contra las mujeres de la casa, y también para que su mamá no tuviera toda la carga y pudiera dedicarle más tiempo.

Dos años después de iniciada la psicoterapia, Carlos fue a buscar a su padre a su lugar de trabajo pero no lo encontró. Le sorprendió ver el nombre de su padre en la puerta de la oficina, y comentó: “Pensar que atrás de esa puerta está mi papá”. Enfatiza que no le ha hecho falta su padre sino “un padre”.

En una entrevista en que cité a su mamá, ella describió a su ex esposo como violento, ya que la golpeaba y maltrataba. Agregó que su ex marido era muy egoísta, comodín, pragmático y que en esas características Carlos se parecía un poco a él, y añadió que también su aspecto físico era similar.

Respecto a la relación con su mamá, este señaló que ella no le tenía confianza por algunas cosas que había hecho. Mencionó que antes ella era madre y padre y platicaban mucho, pero ya no, y dice que no extraña eso. Carlos percibe una actitud de desinterés por parte de su madre, quien le dice que es “el incomprendido”: “¿Por qué no buscas a tu papá? Anda, búscalo”, pero él no piensa hacerlo: “¿Para qué?, ni modo que para irme a vivir con él si es un desconocido”.

En general, la relación en su familia la describía con poca comunicación; no platicaban entre ellos ni se hablaba de los sentimientos y lo que cada uno quería. Con la hermana que le sigue la relación era buena, aunque no dialogaban mucho. Carlos mencionó que se apoyaban mutuamente, pero a veces la hermana se aliaba con la mamá y eso le molestaba mucho. Con su hermana menor la relación era más distante; le enojaba tener que cuidarla y que su mamá le cumpliera sus caprichos, ya que creía debía ponerle más límites.

Ha convivido cercanamente con sus abuelos y tíos maternos, y al respecto Carlos ha mencionado que los hombres de su familia

están devaluados y son los que tienen más problemas, y que quienes han estudiado son las mujeres. Su mamá dice que en su familia de origen es normal el alcoholismo, y cuando sus hermanos y parientes hablan de que Carlos ha tomado, se refieren a “sus pininos”.

Otro de los puntos centrales en su vida era su relación de pareja. Cuando comenzó la terapia, tenía ocho meses con su primera novia y continuamente se molestaba con ella porque no le daba la atención que deseaba: sentía que prefería a los amigos, que se divertía más con otros, que no era una prioridad en su vida. Carlos suele sentirse celoso, “posesivo” y no sabe si tiene razón de enojarse por cosas que no considera tan importantes, como que su novia se vaya con una amiga y no con él. No le gusta ser tan sensible ni llorar frente a ella, y no sabe por qué es tan importante para él.

Proceso terapéutico

Durante los dos primeros años, las sesiones se enfocaban a detallar los problemas con su novia y las discusiones con su madre. Cuando terminó con la primera (un año después de comenzar la terapia), se emborrachaba con frecuencia, tenía depresiones y enojos muy intensos. Salió con distintas muchachas, pero sin sentir mucho interés. Empezó a ingerir cocaína, información que ocultó en su proceso hasta unos meses después; no consideraba que el alcohol y esa otra sustancia fueran un problema, aunque a veces sí mostraba preocupación.

Cuando sentía interés por alguna muchacha, disminuía su necesidad de tomar y, a la inversa, esta se acentuaba cuando se sentía rechazado, muy solo y con un vacío emocional intenso. Cuando una joven no le correspondió, quedó muy enojado, deprimido y con ideas de querer morir; al hablar de la muerte, tuvo curiosidad de saber qué pasaría en su familia y cómo reaccionarían. Creía que todos eran reemplazables, que una persona muere y al rato se olvidan de ella, que nadie es indispensable.

En ese tiempo Carlos tendía a mostrarse más bien enojado en las sesiones y a menudo a la defensiva y con resistencia a hablar de lo que sentía, con cierto negativismo. Ante mis preguntas solía contestar: “No sé”, a veces automáticamente sin intenciones de reflexionar. Faltaba a las sesiones sin avisar y después solía disculparse y se sentía apenado. Imaginaba que creía que él era un muchacho “cabrón”, que me desesperaba porque lo veía sin rumbo y no podía hablar más de lo que sentía. Me comentaba que quería ser muy importante para mí, “moverme cosas” para que pensara en él después de la terapia.

Carlos mostraba mucha desconfianza con las mujeres y dudaba respecto a poder ser querido; pensaba que ellas, al igual que los hombres, eran unas “cabronas”. Cuando con mis comentarios buscaba que comprendiera sus sentimientos y cómo originaban ciertos actos, no le gustaban porque se oían como “ay pobrecito”, y no quería justificar su actitud. También llegó a describir situaciones en donde anhelaba el consuelo de otros, por ejemplo, llorar con su abuelo y pedirle consuelo.

Durante los primeros años de la universidad estuvimos trabajando lo que se repetía en varias ocasiones: salir con muchachas por quienes perdía rápidamente el interés y quería andar con otras que lo rechazaban o tenían situaciones de vida complicadas. Mencionaba que al parecer las mujeres que realmente le interesaban eran aquellas que no tenían interés por él y “lo bateaban”. En esta etapa abordamos, por un periodo prolongado, la experiencia de rechazo que vivió con su padre (y madre), su incredulidad en el amor e interés genuino, y lo referente a su consumo de alcohol y cocaína. En ese tiempo también estableció una relación esporádica con una muchacha mayor que él, quien quedó embarazada y la situación le generó muchos sentimientos de culpa, preocupación, depresión y cierto anhelo de reparación, al desear ser el padre bueno que no sintió tener. Sin embargo, optó por alejarse de su hijo.

Carlos asistió a un grupo de Alcohólicos Anónimos y estuvo en tratamiento psiquiátrico —por seis u ocho meses—, recursos importantes durante su proceso psicoterapéutico.

En el quinto año de sesiones, uno de los temas principales era su paternidad, debido a que haberse alejado de su hijo le generaba mucha culpa y “cruda moral”. Cuando se revisaba este tema, al punto de que pensara si quería propiciar una cercanía con su hijo, abandonó el tratamiento por un periodo de casi un año.

Tiempo después de reanudar la psicoterapia, comenzó a convivir con su hijo con bastante ambivalencia, pero de manera constante (fue hasta mucho después cuando pudo disfrutar la relación). También volvió a buscar a su padre: esta vez sí lo contactó y platicó en dos o tres ocasiones y le presentó a su hijo. Después de esto, Carlos se dio cuenta de que en realidad ya no tenía interés por seguir conviviendo con su progenitor, dejó de buscarlo y sus anhelos respecto a él quedaron en el pasado. El proceso psicoterapéutico continuó con una frecuencia quincenal —no semanal como al principio—, la cual se convirtió en un proceso de acompañamiento por un largo periodo de la vida de Carlos.

MÉTODO UTILIZADO PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE CASO

Para elaborar este estudio de caso, se eligió como método una aproximación hermenéutica desde el marco psicoanalítico junto con una técnica de análisis de contenido utilizada en las ciencias sociales. La hermenéutica es una sistematización de procedimientos formales para lograr una comprensión e interpretación válida de un texto y así revelar los sentidos que pueda ofrecer (Schreck, 2005). Es importante diferenciar entre la interpretación de un texto y la que se lleva a cabo desde el marco psicoanalítico, ya que entre el terapeuta y el paciente no solo hay una interacción imaginaria como en el círculo hermenéutico sino también real (Thomä & Kächele, 1975).

Los datos que se presentarán son de tipo cualitativo, con lo que se busca comprender la psicodinamia particular del paciente respecto a la vivencia del abandono paterno. Se analizaron transcripciones de 32 sesiones del primer periodo de psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Además del discurso del paciente, se examinaron otros

documentos como la historia clínica realizada con la información de las dos primeras entrevistas con el paciente, la entrevista a la mamá, la historia clínica a los dos años del tratamiento y las notas de la psicoterapeuta (que incluyen la transferencia).

Cabe mencionar que en el estudio de caso no se buscaron relaciones causales y explicativas generalizables sino contribuir con la comprensión a profundidad de la experiencia de un joven varón que vivió el abandono de su padre y las repercusiones de la ausencia en la conformación de su identidad.

Análisis del discurso

La técnica utilizada fue el análisis de contenido con la formulación de categorías semánticas. En palabras de Krippendorff (1990), “es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (p.28).

Como menciona Schreck (2005), el análisis de contenido implica un conocimiento previo de la comunicación que se desea estudiar y una interpretación inicial de la misma, la cual lleva al investigador a formular diversas hipótesis o supuestos. Fue así que en este estudio —a partir del conocimiento del proceso terapéutico del paciente, así como de una primera revisión de las sesiones transcritas y el interés de investigación respecto a las repercusiones del abandono paterno— se realizó una primera categorización con los temas recurrentes en el discurso de Carlos, lo cual dio como resultado 11 categorías primarias (véase tabla 3.1), cada una con un número distinto de tipos de contenido.

Posteriormente, en las 32 sesiones se identificaron los eventos en donde se hiciera referencia a las categorías primarias de análisis. Un evento podía contener varios párrafos y pertenecer a una o varias categorías. Después de identificar los eventos de cada una, se analizó la relación entre las principales a partir del contexto semántico en

donde se localizaron. En cada momento del análisis interpretativo se formularon las siguientes preguntas: ¿qué relación tiene esta cita clínica con las posibles repercusiones del abandono paterno? y ¿cómo nos ayuda a comprender su influencia en la identidad de un paciente varón? Para responder a estas preguntas fue necesario hallar una relación explicativa y estrecha entre las categorías primarias de padre y abandono paterno con las de desconfianza, problemáticas del paciente, identidad y abuso de alcohol. Es decir, en caso de que en los eventos se observara de manera reiterada una conexión repetitiva entre estos dos tipos de categorías, podía realizarse una interpretación respecto de la relación entre ellas, con el respaldo del discurso del paciente y la teoría revisada.

Debido a que sería muy exhaustivo presentar el análisis de cada categoría, a manera de ejemplo solo se presentará el análisis de las principales relacionadas con las repercusiones del abandono paterno en la experiencia de Carlos.⁵

Las interpretaciones son resultado de un análisis del “todo” de la información, es decir, de cada categoría, del cruce entre estas y la revisión de la transferencia y contratransferencia durante el proceso psicoterapéutico de Carlos. Cada interpretación fue confirmada.

Categoría El padre

Al revisar los contenidos de esta categoría, se encontraron dos temas predominantes de Carlos con respecto a su padre. El primero tiene que ver con comentarios que lo describen de una manera negativa o peyorativa: “pobre tipo es alcohólico”, “es un cabrón”, “era infiel”. Es importante mencionar que la carta de presentación que utilizaba de su padre era como alcohólico.

5. Para revisar todas las categorías, puede consultarse la tesis: *Repercusiones del abandono paterno ocurrido en la infancia y su relación con la identidad de un adolescente varón*. Tesis elaborada para obtener el grado de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Año 2011. Guadalajara, Jalisco.

TABLA 3.1. CATEGORÍAS PRIMARIAS IDENTIFICADAS

	# de sesiones*
Problemáticas desde la percepción del paciente	5 (16%)
Abuso de alcohol	5 (16%)
Abandono paterno	5 (16%)
El padre de acuerdo con la percepción materna	8 (25%)
El padre	11 (34%)
Identidad masculina	12 (38%)
Relación con la madre	16 (50%)
Desconfianza	17 (53%)
Trasferencia	18 (56%)
Identidad	24 (75%)
Relación de pareja y con otras personas	24 (75%)

* Se presenta el número de sesiones en que apareció cada categoría y su porcentaje, en el cual 100% equivale a 32 sesiones.

Norman Cameron (1982) explica que el niño necesita tener en su padre un modelo de identificación que lo nutra respecto a su masculinidad, una figura fuerte y con presencia en el hogar; señala que el varón requiere la protección de su papá para verse protegido, entre otras cosas, del envolvente amor simbiótico de la madre en el cual perdería su identidad. En varias ocasiones, Carlos mencionó que si le hacía caso a su madre sería “estar sedita con ella”, lo cual no le agradaba. Se sentía atrapado: desobedecía a su madre y estaba en constante conflicto con ella, pero hacerle caso sería ser sumiso y perder parte de su identidad masculina.

Blos (1980) afirma que el niño pequeño desarrolla admiración y orgullo por su padre, la cual refuerza con su propio narcisismo. En el caso de Carlos, se “destruyó” al rival edípico por ser el padre un

objeto ausente y devaluado. Sin embargo, si nos detenemos en sus comentarios podemos analizar que cuando decía: “es un pobre alcohólico”, al anteponer el adjetivo “pobre” al de “alcohólico”, y además, por su tono de voz, se dejaba ver cierta expiación de culpas hacia este. Sánchez (2007) expone que la idealización del padre es el problema central de un niño que ha perdido a su progenitor desde temprana edad. Así, Carlos tiene interés por leer los libros que le gustaban a su papá y saber más de él; en el fondo, pareciera que su padre no era alguien devaluado. En una sesión, dio un ejemplo claro de esto: “Carlos me platica que el día en que nació, su padre no estaba presente y que se estaba emborrachando, cuando menciona esto llora intensamente, con profunda tristeza... después de un rato me dice que él cree que su padre se estaba emborrachando porque estaba feliz celebrando que él estaba por nacer” (nota tomada de la historia clínica).

El segundo tema de mayor peso en esta categoría incluye comentarios en donde se deja ver su defensa con respecto a sufrir la ausencia paterna: “no me afectó no estar con mi papá”, “no le tengo resentimientos” o “yo no quiero buscarlo”.

Bowlby (1986) sostiene que una de las principales características del duelo patológico es la incapacidad para expresar de forma abierta la necesidad de recuperar a la persona perdida, con todo el anhelo por su retorno y toda la ira contra ella por haberse marchado. En lugar de expresar con apertura las ganas de recuperar, regañar o reprochar, han sido escindidas y reprimidas. Esto último deriva a un estado de desapego, un proceso defensivo que conduce a que la tristeza por la persona perdida y los reproches hacia ella se vuelvan inconscientes. Para Bowlby, al reprimir la capacidad de sentir y poder dolerse por el otro, en ocasiones el niño que perdió a un ser querido también pierde cierta capacidad de su vida afectiva.

Por otro lado, en los contenidos restantes de esta categoría, Carlos expresó diversas inquietudes respecto a su padre: que le diera más dinero y no solo el que le daba su madre; el deseo de tener un papá; la curiosidad respecto a cómo es vivir con un hombre de la edad del

padre; curiosidad respecto a los gustos de este, y que quisiera que este lo buscara para ahora rechazarlo.

Cuando Carlos comentó que hubiera querido que su padre lo buscara para ahora rechazarlo, se ejemplifica el mecanismo defensivo de identificación con el agresor, con el cual la persona evita la ansiedad al tratar de parecerse a quien lo agredió; de esta manera, la agresión se percibe y representa como si emanara de uno mismo y por lo tanto estuviera bajo el propio control.

Categoría Identidad

Los temas relacionados con su identidad fueron los más frecuentes en el relato de Carlos durante las 32 sesiones, ya que estuvieron en 75% de ellas. Al revisar los contenidos de esta categoría, llama la atención que los temas predominantes tienen que ver primero con la autodescalificación (“no soy bueno para nada”, “otros tienen cosas importantes porque llorar y yo no”, etc); después, y de manera similar, con la autodescripción negativa (“yo soy muy flojo”, “soy celoso y posesivo”, “soy desidioso”, etc) y descripciones desaprobatorias por parte de su madre (“es violento”, “es egoísta”, “se hace la víctima”, “es el incomprendido”).

Es interesante observar la gran semejanza entre la manera negativa en que Carlos habla de su padre y de sí mismo, con la forma en que su mamá opina de su ex esposo y de él —de acuerdo con la percepción de este último—. Corkille (1996) manifiesta que el niño o la niña aprenden a verse tal cual los ven las personas importantes que los rodean, y que constituyen su autoimagen según las palabras, el lenguaje corporal, las actitudes y los juicios de los demás. Así, Carlos ha aprendido a verse de la manera en que lo ve su madre y como ve que son los hombres de su familia y en especial su padre. En otras palabras, es hombre igual que el padre y por lo tanto se ajusta a ese modelo masculino.

Para Sánchez (2007), la identificación con las figuras parentales es parte del proceso normal del desarrollo, pero igualmente puede ser utilizado como defensa ya que reduce la hostilidad y distancia entre el *self* y el objeto, al permitir que la persona niegue la experiencia de la separación. Esto también es lo que explica Cameron (1982) al hablar de la identificación con un objeto perdido, y con ello moderar o eliminar la angustia. En estos casos, es importante resaltar que este tipo de identificación conlleva compartir “un mismo destino”, lo cual limita el potencial de desarrollo de un ser humano al no lograr la propia diferenciación e individuación (Polaino-Lorente, Doménech, Villamizar & Ezpeleta, 1988).

Por otra parte, con el discurso y la conducta de Carlos se pudo comprobar que su ideal del yo no está conformado con mensajes que le indican que es deseable que estudie, sea responsable, haga sus quehaceres, etc, como se lo pide su madre, sino que, por el contrario, su ideal del yo implica que para ser un “buen hombre” debe consumir alcohol, andar con muchas mujeres, no dejarse de ellas, defenderse y ser agresivo, etc, como lo hizo su padre. Blos (1980) explicó que el ideal del yo tiene sus raíces en la identificación con el padre del mismo sexo y que el niño, al llegar al periodo edípico, concentra sus esfuerzos en ser y convertirse en su padre.

Las incongruencias vividas en varias ocasiones por Carlos, respecto a lo que hace y siente que debería hacer, parecen reflejar una lucha entre el ideal del yo (lo que hace para parecerse a su padre) y el superyó que le dicta lo que socialmente “debería hacer”, y en donde están introyectadas las expectativas de la madre y de su contexto inmediato, así como el introyecto de la imagen del padre que no lo aprobó, reprendió y abandonó.

Categoría Identidad masculina

En más de la tercera parte de las sesiones analizadas (38%), se hace mención a temas relacionados con el género masculino. Predominan

los comentarios relativos a modelos masculinos considerados negativos, sea porque consumen alcohol, son “irresponsables”, no estudian, se hacen infieles sin pensar, son “mensos” y otras personas los mandan, etc. Un ejemplo puede verse a continuación:

Me pregunta si también hay hombres psicólogos y le pregunto por qué, dice que le gustaría que yo fuera hombre, ir a terapia con un hombre, porque le da pena hablar de algunas cosas conmigo y un hombre las entendería. También me dice que a lo mejor si fuera con un hombre este a veces no iba a querer terapia, que él [el psicoterapeuta] también podría tener flojera o que iba a estar crudo y por eso no querría tener terapia. Dice que si fuera hombre esto podría pasar (sesión 29).

En esta categoría, Carlos está atento en la observación de distintos modelos masculinos (“el serio”, “el macho”, “el ñoño”, “el que entiende a las mujeres”, “el que no solamente piensa en sexo”) y con frecuencia realiza comparaciones entre lo que se puede esperar de un hombre y una mujer. Llama la atención, respecto al último punto, que en dichas comparaciones hombre–mujer, indistintamente salen con ventajas las mujeres de acuerdo con su evaluación. Por ejemplo, menciona: “Me dice que las mujeres son más responsables que los hombres... que de las mujeres que conoce una entre muchas es irresponsable y en cambio entre los hombres que conoce muchos más son irresponsables, que en proporción hay más hombres irresponsables”... Me dice: “Ahora ya no podré faltar a terapia porque me voy a ver irresponsable” (sesión 29).

Parece que Carlos quiere rescatar la figura masculina y que ya no sean solo las mujeres las que estudian, sean responsables y “tengan la razón”, pero, aunque quiere cumplir con lo anterior, se defiende de no ser como una figura femenina y busca no ser sensible y llorar, porque esto es “algo de mujeres”. Es decir, quiere rescatarse a sí mismo, ya que no está su padre para que lo haga, para poder ser un hombre valorado y no “afeminado”.

Por último, un dato que llamó la atención respecto de esta categoría de identidad masculina tiene que ver con el riesgo que parece sentir Carlos de superar a los de su mismo género, que entre otras cosas incluye que los hombres le tengan envidia. Por ejemplo, dice: “Piensa que si él termina la carrera sus tíos hasta envidia le pueden tener, de que él lo haya hecho y ellos no... Dicen que sin una carrera no haces nada, que con una carrera ya eres alguien, que no es que sin carrera no lo seas, pero con carrera te puede ir mejor” (sesión 14).

El niño varón siente culpa por querer “destruir” a su rival edípico y, por lo tanto, busca parecerse a él con la promesa de que cuando sea mayor podrá también ser un hombre capaz de desposar a una mujer (Cameron, 1982). En el caso de Carlos, haber superado a su rival en la fantasía, debido a que se fue y lo dejó con su madre, fue generador de un intenso sufrimiento por perder al rival que también se amaba. Superarlo de nuevo con la reedición edípica que se da en la adolescencia sería volverlo a perder; de esta forma sacrifica su propia identidad y en lugar de ello busca ser como su padre.

Categoría Abandono paterno

Durante la primera parte del proceso terapéutico, Carlos habló en una pequeña parte de las sesiones (5%) acerca de la ausencia paterna y sus efectos, de acuerdo con lo que identificaba. Aunque son pocos sus sentimientos referidos a ella, son muy intensos (odio y rencor). La poca repetición de esta categoría es comprensible si revisamos que en la del “Padre” uno de los contenidos más frecuentes tenía que ver con las defensas que utiliza frente a la ausencia de su progenitor.

En una sesión se pudo observar cómo la defensa se superpone a la ausencia del padre y el reconocimiento de la carencia que ocasiona:

Carlos mencionó que no le afectaba no estar con su papá. Me dijo que casi no pensaba en él, pero que en los días en que estuvo separado de su novia y con la posibilidad de terminar sí pensó en

su papá, pero que cuando volvió con ella, como que ella había “llenado ese vacío”. Me dijo que no pensaba tanto en tener a su papá el real, es decir, a la persona específica, sino más bien a la figura del padre (sesión 11).

No obstante que llevó mucho tiempo en su proceso para reconocer este dolor, desde el comienzo se pudieron presenciar sus esfuerzos para evitar la pérdida afectiva. En cada noviazgo significativo parecía revivir el escenario traumático de la pérdida paterna, y con cada rechazo intuido o percibido experimentaba en un principio, de manera defensiva, enojo, deseos de retaliación y aparente indiferencia, para después, al fallar las defensas, vivir una intensa angustia ante la posibilidad del abandono.

Masterson (1975) explica que los sentimientos de abandono no están compuestos de uno solo sino de seis constitutivos: depresión, enojo, temor, culpa, impotencia y vacío, y señala que tienen la primacía en el dominio de la vida del paciente, de manera que su relación con los demás y algunas de sus funciones fisiológicas se subordinan a la defensa contra estos sentimientos.

Respecto al vacío, este autor comenta que puede describirse como una terrorífica sensación de inestabilidad que proviene en parte de la introyección de las actitudes negativas del cuidador que, en consecuencia, dejan al paciente vacío de introyecciones positivas de apoyo. En Carlos, este vacío se experimentó exponencialmente al terminar con su novia, lo cual lo llevó a emborracharse, consumir cocaína e inclusive desear morir. De acuerdo con Masterson, además de la introyección de las actitudes negativas de su padre al abandonarlo, Carlos también tiene introyectadas las actitudes negativas de su madre, quien lo devalúa por parecerse al padre, lo que da como resultado que hay muy poco con lo que pueda rescatarse, si en el fondo siente que no es digno de ser querido y que su único destino es ser rechazado.

Categoría Desconfianza

Es una de las principales problemáticas que presenta Carlos, la cual le ha ocasionado momentos de mucha tristeza, enojo e inseguridad, y representa uno de los conflictos que inundan su yo, restándole energía libre para enfocarse al desarrollo de sus intereses y gustos; una gran limitación para el desarrollo pleno de su potencial.

La desconfianza que siente está dirigida en primer lugar hacia su pareja, y en segundo lugar a otras personas y a su madre. El motivo principal es la duda constante respecto al interés que los otros puedan tener hacia él: “¿le importo?”, “¿soy prioridad para ella?”, “¿es honesto su interés hacia mí?” y “¿qué tan importante soy?”, son algunas de las preguntas intercaladas en 53% de las sesiones revisadas.

Contestar las interrogantes anteriores respecto a qué tan valioso y querido es Carlos para los demás, es la tarea constante y repetida que enfrenta en sus relaciones interpersonales; con la complicación de que no hay respuesta que lo satisfaga del todo porque le regresa la duda de si el interés del otro es real o hay un engaño o una crítica detrás. Un ejemplo en donde se deja entrever su desconfianza hacia la madre, es el siguiente:

Carlos llora con intensidad, le pregunté qué sentía y me dijo que no sabía... luego me dice que sí sabe, que le da coraje que su mamá ande con ese señor. Dice que él ya lo sospechaba... Se queda callado un momento y con voz baja dice que a lo mejor están esperando que él y su hermana se vayan de la casa para que puedan vivir juntos. Así, su mamá estaría más libre de tener una relación de pareja (sesión 22).

Sánchez (2007) señala que junto con la idealización que el niño hace de su padre ausente también tiene la contraparte de esa imagen idealizada, es decir, una *imago* persecutoria; entonces el padre ausente acaba por adquirir atributos mágicos tanto para gratificar como castigar y frustrar. En el caso de Carlos, uno de sus síntomas egosintónicos

principales es la desconfianza, en la que se ve reflejada la proyección de su *imago* persecutoria. Ese introyecto negativo, que continuamente lo amenaza con rechazarlo, está puesto en los demás y por lo tanto Carlos se mantiene atento, a la defensiva, observante de las intenciones ajenas para poder defenderse.

La *imago* persecutoria del mundo interno de Carlos no solo está constituida por el padre que lo abandonó sino que representa, en una unidad, al conglomerado de todas aquellas sensaciones de frustración provocadas por sus objetos significativos (Sánchez, 2007). Así, las críticas de la madre, del padre (antes de los cinco años), ser corrido de su casa, no ser querido si no cumple sus quehaceres etc, se conjuntan y componen esta *imago* que después es proyectada en la novia, los compañeros de trabajo y la terapeuta, entre otros.

Bowlby (1986) reporta que el mantenimiento firme de un vínculo constituye una fuente de seguridad en las relaciones, y su renovación genera alegría. Carlos no experimentaba la firmeza en sus vínculos, sus relaciones interpersonales eran autopercebidas como lábiles, no suficientes y por lo tanto inseguras, como posibles generadoras de daños a su integridad emocional.

Él no está de acuerdo en la creencia popular del “amor incondicional” de una madre o un padre hacia los hijos, la que lo hace anhelar que fuera real y sufrir al contrastar lo que desea con lo que experimenta como realidad.

Categoría Trasferencia

En un porcentaje alto de las sesiones (56%), Carlos habló directamente de aspectos trasferenciales que en su mayoría tienen que ver con la posibilidad de ser rechazado, riesgo que, como hemos visto en el apartado de la desconfianza, interfiere constantemente en sus relaciones interpersonales. Un ejemplo de esto es el siguiente:

Me cuenta que salió de antro y estaba bailando con una de las primas de su amigo y “pasó otra vez”; le pregunto qué pasó y me dice que le da pena decirme, que pasó lo que tenía que pasar, después le digo “se besaron”, y me dice que sí; le pregunto por qué le da pena decirme y dice que no sabe; le pregunto qué cree que yo voy a pensar de él y me dice que voy a pensar que “es un cabrón” (sesión 23).

Un aspecto importante en su proceso terapéutico es que se haya podido formar una buena alianza de trabajo que permitiera abordar aspectos dolorosos y “vergonzosos” para él. A pesar de las precauciones constantes para no ser “mal visto” por la terapeuta, ha podido externar sus problemas —los referentes a adicciones (alcohol, cocaína) los reveló después de meses de mantenerlos en secreto—. Un ejemplo en donde pueden verse intercalados el posible rechazo que siente y la formación de una alianza terapéutica adecuada, es el siguiente: “Me dice: ‘ya sé que no me vas a decir’, qué pensarías si me pusiera un *piercing* en la ceja... me dice que cree que como ya lo conozco no voy a creer que es un maleante o algo, piensa que cuando conoces a la persona cambia la impresión que puedes tener cuando ves a un chavo con alguna perforación de este tipo” (sesión 23).

Categoría Abuso de alcohol

El abuso de alcohol representa una de las características que, en opinión de su mamá y de él mismo, definiría a los hombres de la familia y a muchos de sus conocidos (papás de las novias y amigos). Es por ello que podemos decir que Carlos trae el mandato de género de que, para pertenecer al grupo de los hombres, también necesita “tomar”. Además, no solo es posible afirmar que tiene un precepto de lo que se espera para su género sino también es observable que fue “destinado” a parecerse a su padre, quien tiene el vicio del alcohol.

Al comienzo del proceso terapéutico pudimos observar que el tema del alcohol aparecía con un porcentaje bajo en las sesiones (16%). No

obstante, la preocupación de la madre respecto a la manera de tomar de Carlos fue uno de los motivadores que lo llevaron a comenzar la terapia. Al parecer, ella se percató de que había un riesgo importante para que Carlos se afectara por su forma de beber.⁶

Es importante resaltar que en esta categoría los contenidos con mayor frecuencia fueron aquellos en donde se relacionaba el consumo del alcohol con situaciones emocionales desfavorables; es decir, se presentó como manera de afrontamiento ante sentimientos difíciles de manejar. Por ejemplo, cuando Carlos experimentó el vacío de ser abandonado o rechazado por su novia, comenzó a abusar del consumo del alcohol, como si con este quisiera llenar su vacío. Además, al hacerlo, de forma inconsciente podía estar llenando ese vacío con lo que conocía de ese padre, ese modelo masculino del cual necesitaba nutrirse; como si le dijera: “Salud, estoy aquí y estás aquí... tú no me abandonas”.

Categoría Relación con la madre

En la mitad de las sesiones estudiadas se hace presente este tema. En los contenidos de esta categoría se pudo observar que Carlos tiene varios reclamos y quejas respecto a ella, algunos de los cuales se los ha hecho directamente, unos se los dice de forma irónica y otros más los calla, pero sí los tiene identificados.

Los reclamos hacia su madre, además de los que ella tiene hacia él, generan frecuentes discusiones que los mantienen a la defensiva y con una barrera para el acercamiento.

Una queja en Carlos, todavía lejos de un reconocimiento consciente, es que su madre no haya continuado con su padre, a pesar de su alcoholismo; que no lo haya querido lo suficiente como para evitar la ruptura

6. En otros momentos del proceso psicoterapéutico, Carlos vivió situaciones de riesgo debido al abuso del alcohol y fue necesario que recurriera a grupos de ayuda.

de la relación. En la siguiente cita, de manera indirecta, se ejemplifica uno de sus anhelos respecto a lo que le hubiera gustado que su madre hiciera con su padre: “Me pregunta si vi la película de *Adiós a Las Vegas*. Le contesto que sí. Me dice: ‘Que triste verdad’, le digo que sí y le pregunto qué es lo que se le hizo más triste y me responde que todo, que como ‘la muchacha sabía que él era un alcohólico y lo iba a seguir siendo, y sin embargo ella decidió quedarse a su lado, estar con él a cambio de su escucha y su compañía’” (sesión 22).

En este ejemplo, como en la categoría referente al padre, se dejan ver los deseos de reparación que Carlos tiene respecto a su papá; el rescate que hace de él para rescatarse a sí mismo del dolor de su abandono y el hueco que dejó su ausencia.

Categoría Relación de pareja y con otras personas

Su relación de pareja es uno de los ejes centrales en la generación de bienestar o malestar. Como menciona, primero está su mamá y después su novia, y es con esta última en donde entran a escena sus conflictos edípicos y preedípicos.

En la relación con su novia tiene múltiples sentimientos y pensamientos que interfieren con la posibilidad de disfrutar su noviazgo, sentirse confiado, seguro y que tiene una pareja y no “una enemiga encubierta” que en cualquier momento puede rechazarlo, humillarlo y abandonarlo. Esto último, la posibilidad de un abandono de la novia o una pérdida de la relación, le genera angustia severa, ganas de emborracharse, enojos intensos y una intranquilidad que le impide concentrarse en otras áreas de su vida.

De manera paradójica, cuando su mamá o su novia le expresan afecto o tienen alguna atención, no parece ser suficiente porque continúa su duda sobre si es querido genuinamente o no.

Sánchez (2007) sostiene que algunas personas que perdieron a su padre desde edad temprana viven una carrera interminable tras el ideal de recuperarlo, y en la que conquistan logros, pero al precio de nunca

quedar satisfechos; asimismo, menciona que es quizá uno de los principales problemas en sus intentos de establecer relaciones permanentes y amorosas.

Cabe resaltar, para ejemplificar lo señalado por Sánchez (2007), que cuando Carlos comenzaba a sentirse bien con su novia, empezaba a devaluarla e inclusive pensaba cambiarla por alguien más. Posterior a ello, sucedió algo en donde él tenía una molestia, que aunque dudaba en justificarla, la vivía intensamente y entonces agredió a la novia; después se sintió culpable y recomenzó su tarea de evitar que se cumpliera la amenaza de abandono o probar si ella lo dejaría o no.

Finalmente, es importante enfatizar que debajo de la fachada de enojo, devaluación y retaliación, en varias ocasiones se dejaron ver sus anhelos de expresar cariño a otras personas, o bien de que los demás se lo expresaran y le hicieran sentir que es importante para ellos. Por ejemplo: “Carlos comenta que le gusta darle ‘picones’ a su novia... Ella se pone celosa, se le nota, y eso le gusta a él... Dice que no le gustaría ser ‘todo su mundo’ para su novia, pero sí una parte muy importante; que así como ella lo es para él, quisiera que él lo fuera para ella” (sesión 12).

Cameron (1982) indica que toda persona, niño o adulto, necesita o necesitó el amor de otra persona para sentirse bien y digno de sí mismo. Todo ser humano precisa alguien a quien amar y sentirse amado. En pequeñas dosis, ha obtenido muestras de que a pesar del abandono de su padre y las limitaciones de su madre, perdura la esperanza de lograr ser querido de una manera intensa y suficiente.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Mediante la aproximación hermenéutica y la técnica de análisis de contenido, se pudo constatar que el abandono paterno ocurrido en la infancia tuvo repercusiones negativas en la vida adulta de un hijo varón. Los efectos evidenciados fueron: sentimientos de desconfianza y temor de ser rechazado, abuso de alcohol, dificultades en las relaciones

de pareja y, de manera marcada, identificaciones con el padre que abandonó que merman la autoestima y diferenciación e individuación del paciente.

¿A qué se debe que un suceso traumático ocurrido en la temprana infancia pueda tener efectos tan a largo plazo en un individuo? La teoría psicoanalítica nos ayuda a explicar de diversas maneras, una de ellas es con su concepto de la compulsión a la repetición. Schreck (2005), al estudiar el concepto en Freud, nos explica que esta representa la tendencia del paciente a redundar, como si se tratase de una experiencia “actual,” un material reprimido en la infancia, en vez de evocarlo como recuerdo.

De esta manera, podemos decir que Carlos no solo vivió una vez el abandono y rechazo de su padre sino que al tener esa experiencia traumática se modificó su manera de relacionarse con el mundo exterior y percibir experiencias. Así, cada rechazo experimentado con otras personas y en otras situaciones viene a remover lo que trata de olvidar: la situación de abandono. Más allá, al interiorizar la relación objetal del que abandona y el que es abandonado, tiende a repetirla y ponerla en escena en sus relaciones interpersonales por medio de la transferencia.

Es importante mencionar que en la repetición del suceso que se intenta olvidar también se dejan ver intentos fallidos de resolver el daño. En cada nueva relación se observa la esperanza de por fin alcanzar el ideal de reunirse con su padre y evitar el dolor de la ausencia. Sin embargo, ya que este ideal es inalcanzable, continuamente está presente la insatisfacción a pesar del cariño que pueda recibir de otras personas.

Por otro lado, en los generadores de sentimientos de malestar en cuanto a la posibilidad de ser criticado, no querido, rechazado, y en las deficiencias de su autoestima no solo se encuentra la experiencia del abandono paterno sino la influencia que tuvo y tiene la madre en su desarrollo. Se pudo constatar que la madre tiene un rol fundamental para incrementar, atenuar o neutralizar la experiencia vivida por el hijo al perder a su padre; en tanto que es ella la que trasmite la imagen

del padre que no está y, además, quien le enseña a verse a sí mismo como lo hace ella, como aprendió a ver a los hombres de su historia, principalmente a su propio padre.

Con el predominio en las sesiones en las que Carlos expresó quejas y reclamos a su madre, se confirma lo que Pérez (2014) señala respecto a que después de la ausencia paterna, la madre se convierte en depositaria tanto de expectativas, logros y tristezas para los hijos, como en ser la originaria de percepciones negativas de la figura paterna y la desintegración de la vida familiar.

Es importante enfatizar que no se puede hablar de una causalidad única y directa entre el abandono paterno y la problemática y sintomatología de Carlos, y recordar la complejidad del origen de las afecciones del ser humano. Freud ya hablaba de las series complementarias o suma de factores con las cuales, y solo a partir de ellas, podemos hacer un análisis cercano a la realidad del paciente. En el caso de Carlos, mediante el diálogo interdisciplinario entre el psicoanálisis y la sociología se logró comprender distintos factores que repercuten en la vivencia del paciente frente al abandono paterno, entre ellos: la relación con su madre; los “estereotipos familiares” y hasta culturales acerca de cómo son y se comportan los varones; el discurso imperante sobre cómo era su padre y se supone que debe ser; la ausencia de modelos cercanos masculinos que rescaten la imagen de los hombres, y la subjetividad de Carlos, con una serie de mecanismos que lo protegen del dolor ante la pérdida paterna y el rechazo. El diálogo interdisciplinario entre teorías y métodos —hermenéutica y análisis de contenido— fue indispensable para tener una perspectiva amplia de la experiencia de Carlos, al verlo en relación recíproca con su entorno y ubicarlo, como proponen Zohn, Gómez y Enríquez (2013), en un contexto sociocultural abierto, complejo y dinámico.

Por último, a nivel personal constaté que el vínculo terapéutico —afectivo y efectivo— que se genera entre el paciente y su psicoterapeuta es el escenario privilegiado en el cual se puede “recordar, repetir y reelaborar” (Freud, 1985 [1914]) la experiencia dolorosa. El esfuerzo

terapéutico psicoanalítico busca liberar al paciente de la re-escenificación constante de su pasado para que pueda establecer relaciones de una manera más realista y libre de conflicto, en las que pueda finalmente amar y sentirse amado.

REFERENCIAS

- Arvelo, L. (2002). Adolescencia y función paterna: reflexiones a partir del estudio de casos psicoclínicos. *FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 12(33). Recuperado el 7 de marzo de 2010, de <http://www.redalyc.org/pdf/705/70511244003.pdf>
- Blos, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Burlingham, D. & Freud, A. (1976). *Niños sin familia*. México: Planeta.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad: un enfoque dinámico*. México: Trillas.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescer: la aventura de una metamorfosis*. Santafé de Bogotá: Tiresias.
- Corkille, D. (1996). *El niño feliz. Su clave psicológica*. Barcelona: Gedisa.
- Cortés, I. (2005). *La negación del padre ausente: un caso de homosexualidad femenina*. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Fitzgibbons, R. (1997). Los orígenes y curación de atracciones y comportamiento homosexuales. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de <http://www.msccperu.org/homosexual/bajarhomo/Or%C3%ADgenes%20y%20Curaci%C3%B3n%20Homosexualidad%20J.Harvey.pdf>
- Freud, S. (1985 [1914]). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras completas*, tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Censo de Población y Vivienda 2005. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=2
- Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Aguascalientes: Inegi. Recuperado el 6 de mayo de 2016, de http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PF12Mas.asp?s=est&c=27874&proy=cpv10_pfi2mas
- Lamb, M. (1975). Fathers: Forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245–266. Recuperado el 27 de abril de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/21941355_Fathers_Forgotten_Contributors_to_Child_Development
- Lewis, C. & M. Lamb (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education*, 18(2), 211–228. Recuperado el 27 de abril de 2016, de http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/LewisLamb2003.dads.pdf
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Lebovici, S. & Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: FCE.
- Masterson, J. (1975). *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Paidós.
- Juárez, M. (2002). La patología de la adolescencia: reflejo de la sociedad actual. En M. Melgoza (Coord.), *Adolescencia: espejo de la sociedad actual* (pp. 31–42). (Serie Repasando y repensando la adolescencia). México: Lumen.
- Parke, R. (1998). *El papel del padre*. Madrid: Morata.
- Pérez, J. (2014). Ausencia paterna, representación social y salud mental en adolescentes zacatecanos. *En Ibn Sina – Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 1(año 5). Recuperado el 28 de abril de 2016, de http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2014v5t1/i_05_01-2014_3.pdf

- Polaino-Lorente, A., Doménech, E., Villamisar, A. & Ezpeleta, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- San Miguel, M. (2005). La función paterna: cambios en el modelo de masculinidad y necesidades psicológicas en la infancia-adolescencia. En *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, núm.10. Zaragoza. Recuperado el 6 de mayo de 2016, de <http://www.area3.org.es/sp/item/58/M.%20San%20Miguel:%20Funci%C3%B3n%20paterna:%20cambios%20en%20el%20modelo%20de%20masculinidad>
- Sánchez, J. (2007). La pérdida temprana del padre: algunas observaciones psicoanalíticas. En *La práctica psicoanalítica: teoría, clínica, aplicaciones, investigación y enseñanza*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, V., Strandberg, T. & Pitkala, K. (2006). Loss of parents in childhood associations with depression, loneliness, and attitudes towards life in older Finnish people. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 17-24.
- Schreck, A. (2005). *La compulsión de repetición: la transferencia como derivado de la pulsión de muerte en la obra de Freud*. Tesis Doctoral. Centro de Estudios de Posgrado. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Sinay, S. (2001). *Ser padre es cosa de hombres: redescubriendo y celebrando la paternidad*. México: Océano.
- Sullerot, E. (1993). *El nuevo padre: un nuevo padre para un nuevo mundo*. Madrid: Ediciones B. Recuperado el 27 de abril de 2016, de <http://www.papaspor siempre.cl/articulos/el-nuevo-padre.pdf>
- Thomä, H. & Kächele, H. (1975). Problemas teóricos, científicos y metodológicos de la investigación clínico-psicoanalítica. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/o/Documentacion/HKachele/Thoma-Kachele_Tomo_3_cap_1_Vcastellana_2008-9.pdf?ver=2010-02-09-071100-000

- Torres, C. (1996). *Autoridad y autoestima: cómo influir positivamente sobre el desarrollo de niños, niñas y adolescentes en alto riesgo*. Lima: Rádda Bamen.
- Zohn, T., Gómez, E. & Enríquez, R. (Coords.) (2013). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Guadalajara: ITESO / Ibero León / Ibero Puebla / Ibero Ciudad de México / Universidad de Guadalajara.

Angustia, culpa y deseo. La interdisciplina en un caso de incesto

GABRIELA CASTRO SOTO

LOS CASOS CLÍNICOS

En un caso clínico existe, por un lado, la narrativa de quienes acuden a consulta con un sufrimiento, en donde crean y recrean su realidad; por otro, está la construcción teórico-clínica de quien atiende el caso y da cuenta de un sinfín de conexiones en el discurso del sujeto. Los diversos tratamientos psicológicos pretenden atender este dolor, que se mezcla con la adaptación al entorno, el cual es un proceso que genera malestares personales y sociales.¹ En cada enfoque, el caso clínico puede tratarse como una narración que pasa por el filtro de la veracidad o se centra en la reflexión sobre la trasmisión de un saber de la conducción de una cura en las disciplinas que tienen por práctica la escucha.

Para lograr un cambio en la vida del consultante, en la psicoterapia se trabaja con la palabra, la queja y el sufrimiento; una reeducación emocional que le permita clarificar, asumir y luego resolver este. Esta disciplina ayuda a encontrar posibilidades de afrontamiento y alternativas de aceptación, adaptación y solución de los problemas. La escritura de los casos desde la psicoterapia nos pone a reflexionar sobre

1. En Castro (2015) se realiza un planteamiento de diversos malestares sociales y sus consecuencias psíquicas.

su utilidad para comprender el desenvolvimiento de los síntomas en la conducción del proceso terapéutico y así elaborar las estrategias de intervención adecuadas para su eliminación y cura, con el fin de contribuir a un bienestar personal, familiar y social. De esta forma, se intenta dar mayor espacio a la escucha de cada consultante y en ocasiones es útil emitir un diagnóstico de tipo psiquiátrico y acudir a ese saber ya constituido para ampliar la comprensión de los casos para un tratamiento integral al paciente.

Con el estudio de casos, en el psicoanálisis se apuesta a un saber que corresponde al sujeto que habla, que le atañe en su verdad, historia y causa de sus síntomas, en donde la escucha de lo inconsciente puede dar con el sentido y sinsentido de estos. Este tipo de escucha, aunque se fundamente en un saber proveniente de múltiples experiencias clínicas, no pretende explicarse a través de un conocimiento objetivo y constituido sino que está abierto a la producción del aquel que hay en cada sujeto; asimismo, tampoco procura un cambio concreto en las variaciones sintomáticas como parte de las exigencias sociales de funcionalidad sino que supone el desmontaje de significaciones e identificaciones inconscientes surgidas a través del análisis del discurso, donde las palabras que se tejen son enigmáticas, se hacen nudo en el cuerpo y enlazan con dificultad. Quien consulta, muchas veces no sabe que entra en un proceso psicoanalítico y solo su discurso le lleva por los senderos del saber enigmático e inconsciente de sus síntomas, y espera —como ante cualquier tratamiento— que el enigma sea resuelto, el dolor disuelto y el sufrimiento eliminado. Desde esta perspectiva, el tratamiento no se considera a partir de un diagnóstico previo sino que se va construyendo por coordenadas lógicas en el discurso del paciente. Los afectos no son considerados desde una perspectiva de expresión y reeducación emocional sino que su escucha está comandada por elementos inconscientes que se anudan en la angustia manifiesta. Lo que se escucha contribuye —más como proceso que como hecho objetivo— a una reelaboración subjetiva cuya historización repara, reconstruye algo de sí mismo que quedó fracturado.

En ocasiones, ambos tipos de escucha —psicoterapéutica y psicoanalítica— pueden complementarse, sobre todo cuando el ámbito institucional lo permite, o en la consulta particular si se está formado en ambas escuchas y se respeta el ritmo de cada sujeto. El caso sobre incesto que se presentará a continuación fue tratado en un principio desde la escucha de lo consciente en psicoterapia, lo que ayudó a la atención inmediata de los síntomas y la crisis de angustia; sin embargo, el proceso de cambio se topó con la repetición de estos y callejones sin salida que escapaban al ámbito consciente, lo que hizo necesario un viraje hacia una escucha de lo inconsciente que permitió el comienzo de la reconstitución subjetiva, la disminución de la agudeza de los síntomas y la estabilidad funcional para la toma de decisiones de la paciente. Este caso se enmarca en un contexto social y teórico donde ambos tipos de escucha se complementaron, cada uno con sus respectivos alcances.

VIOLENCIA SOCIAL, VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual, como una de las modalidades de la violencia social, ha sido explicada de manera general como producto de insatisfacciones (Castro, 2016), frustraciones y ambiciones desmedidas de toda clase, que coloca al ser humano frente a encrucijadas donde se entretejen el ámbito social y personal, lo que genera nuevos retos al bienestar comunitario.

La violencia en una sociedad se explica también —además de las teorizaciones sociológicas— desde la pulsión de muerte dirigida hacia el exterior, cuyas manifestaciones pueden constatarse en las pulsiones agresivas o destructivas del ser humano, descritas por Sigmund Freud de manera extensa en 1930 en *El malestar en la cultura* (1995 [1930]). En su progresivo estudio sobre las pulsiones, Freud llegó a concentrar los impulsos de autoconservación del yo y las pulsiones sexuales que empujan hacia la sobrevivencia y prolongación de la especie humana bajo la pulsión de vida, mientras que en las pulsiones de muerte

concentró la destrucción, agresión y repetición del sufrimiento humano. Junto a ello, consideró la tensión constante entre el principio de realidad, que abarca los principios básicos de la existencia del yo y lo mantiene atados a lo gravoso y desconcertante de esta, con la tendencia del principio del placer,² que los empuja a la satisfacción. Cuando ambas pulsiones se mezclan, aunado a la cantidad de factores sociales que provocan su desequilibrio, se disparan los fenómenos violentos. En los actores de la violencia sexual —agresor y agredido—, estas se entretajan junto a mecanismos de repetición en que el sufrimiento juega un papel importante, y cada participante se sitúa de un modo particular en este encuentro.

Las personas en situaciones crónicas de violencia sexual presentan un debilitamiento progresivo en su funcionamiento social, que se traduce en enfermedades psicosomáticas, depresión, ideas suicidas y disminución en el rendimiento laboral. En cuanto a su estructura psíquica, se ven afectadas gravemente en su posición emocional y subjetiva, lo cual puede generar otras manifestaciones patológicas como convertirse en agresores en la edad adulta, influir en conductas de rechazo al sexo opuesto y la posterior inversión en la elección de objeto sexual, o mantener una posición subjetiva de victimización que se expande en todos los ámbitos de su cotidianidad.

La violencia sexual como fenómeno social es abordada sobre todo de manera institucional desde distintas disciplinas que apoyan en el ámbito personal, legal, médico, de reinserción y funcionalidad social. El tratamiento se da de un modo bidimensional: las causas del fenómeno y sus consecuencias. Las primeras nos conducen al contexto, la psique e historia de cada sujeto violento o violentado, mientras que las segundas llevan a sus efectos en el ámbito relacional y social. Su tratamiento implica un reto para la interdisciplina y un riesgo en el

2. Freud (1995 [1930], p.76) habla del programa principio del placer fijado a la vida, a la satisfacción, y llama "felicidad" a la satisfacción repentina de las necesidades retenidas.

ámbito de lo psíquico, ya que las múltiples intervenciones —en muchas ocasiones totalizadoras— dentro de las instituciones poco se preocupan por el discurso individual del sujeto implicado.

Es importante enfatizar que los malestares provocados por la violencia sexual, en particular en el incesto, despliegan un saber inconsciente que no aparece a voluntad sino que está oculto en las identificaciones subjetivas y el encapsulado de los síntomas (Freud, 1995 [1916]). Para llegar a este saber es necesario que se logre el desanudamiento de los significantes³ en el discurso del analizante, los cuales atan a los sujetos en la posición que ocuparon en el encuentro.

LA LEY Y EL INCESTO

El incesto, como parte de la violencia sexual, es la actividad sexual entre miembros de la misma familia. Esta comprendería desde caricias inadecuadas hasta el coito. Puede darse entre padre e hijo(a), madre e hijo(a), hermanos y otros miembros de la familia, vínculos por los cuales queda prohibido el matrimonio (White & Campos, 2004). El incesto, jurídicamente, es considerado un delito, desde la perspectiva de la bioética es un problema moral, mientras que en las ciencias sociales representa un fenómeno social. A pesar de las críticas y los intentos de legalización del incesto en Suecia (Jacoby, 2007), solo puede constatarse la prevalencia de los impulsos sexuales y deseos incestuosos existentes en el inconsciente y, en muchos casos, consciente de los seres humanos, que hasta ahora provocan preguntas e incertidumbre respecto de los modelos familiares actuales, pero sobre todo de los desajustes psíquicos que redundan no únicamente en el bienestar individual sino comunitario y social.

3. Los significantes para el psicoanálisis no solo son palabras que tienen un significado sino que revelan la posición inconsciente del sujeto en su discurso.

Es por esto importante considerar que el establecimiento de leyes normativas en los grupos sociales permite la creación de vínculos significativos que componen un paso de la naturaleza instintiva a la cultura, proceso mediante el cual también el sujeto se constituye, define su lugar en el deseo del Otro social y de los otros con quienes se vincula. Los lazos de parentesco establecidos como normativas sociales definen de algún modo las relaciones entre los grupos, sin embargo, es el deseo incestuoso existente el que hace necesaria su prohibición, y la Ley⁴ de la prohibición del incesto determina las implicaciones subjetivas que posibilitan los vínculos de cada sujeto en su inserción en la cultura.

La cultura es propia de la naturaleza humana debido al origen del lenguaje, que ha permitido los vínculos significativos, las alianzas y diferencias culturales propias de los grupos humanos. En este capítulo, lejos de abordar con todo detalle los estudios sobre el origen del lenguaje y la cultura, se tomarán en cuenta algunas cuestiones planteadas por el estudio de Lévi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco* (1949), en donde considera estas relaciones propias de los seres humanos, examina la distinción entre naturaleza y cultura y concluye que ante la falta de claridad sobre cómo se produce este paso, establece un doble criterio para su distinción: la universalidad, propia de la naturaleza, y la norma que constituye lo particular de la cultura (1949, p.41). Lo que nos permite preguntarnos, ¿dónde termina la naturaleza y comienza la cultura? ¿Qué tiene que ver con ello el incesto? ¿Por qué se convierte en un eje fundamental en los vínculos humanos y hace prevalecer el horror a tal evento amén de los efectos en la subjetividad individual y colectiva?

Desde esta perspectiva, “la prohibición del incesto no tiene origen puramente cultural ni natural, y tampoco es un compuesto de elementos tomados en parte de la naturaleza y en parte de la cultura”

4. La Ley (con mayúsculas) hace referencia a la primera ley que dio origen al Superyó como lugar de la moral, que es la ley de la prohibición del incesto, de la cual derivan todas las leyes que imponen un límite a los deseos humanos.

(Lévi-Strauss, 1949, p.58). Lévi-Strauss afirma que el incesto posee ambas características: tiene el carácter universal de la naturaleza y compone una regla particular en los grupos humanos, por lo que “constituye el movimiento fundamental gracias al cual, por el cual, pero sobre todo en el cual, se cumple el pasaje de la naturaleza a la cultura” (p.59); lo anterior permite el vínculo entre la naturaleza y la cultura, es decir, la prohibición en que la “naturaleza se supera a sí misma” y pasa de estructuras más simples de la vida animal a otras más complejas en el ser humano (p.59).

Ya Freud utiliza el mito de la horda primitiva, al afirmar “que los miembros del mismo tótem no entren en vínculos sexuales recíprocos” (1995 [1913], p.13) y, por tanto, el origen de la ley de prohibición del incesto y el establecimiento de la exogamia en los grupos regidos por este. Asimismo, analiza no solo el fenómeno social sino sus consecuencias psíquicas cuando aborda el concepto de *tabú*, del que resalta su dualidad sagrada y peligrosa, que provoca miedo al poder de las pulsiones más primitivas (1913, p.32) y da origen a restricciones de tipo moral y prohibiciones vinculadas a mociones de sentimientos ambivalentes, donde la atracción por lo prohibido provoca deseo y culpa.

Para el psicoanálisis, en el problema del tabú se incluye todo lo relativo a las prohibiciones personales que implican “la exploración de la parte inconsciente de la vida anímica individual” (Freud, 1913, p.34), originadas en las reglamentaciones y los convencionalismos sociales, donde la represión de los impulsos incestuosos genera leyes de convivencia entre los sujetos de un mismo grupo. Por ello, lejos de ser exhaustivos o reduccionistas de la obra Freud y del análisis de Lévi-Strauss, entre otros pensadores, al analizar la ley de la prohibición del incesto en la cultura es legítimo considerarla producto de la represión de los impulsos que tienen origen en la sexualidad infantil a partir de los primeros vínculos con los padres, tema por demás controversial en su época, así como la consideración de las consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos (Freud, 1995 [1905]; 1995 [1925a]; 1995 [1925b]); acaso sean estos deseos incestuosos que posteriormente

se reprimen (Freud, 1924), lo que facilita la introducción del mundo cultural y sus reglas, lo que lleva a preguntarnos si seremos humanos por el simple hecho de ser edípicos (Aragonés, s / f).

Si existe esta ley socialmente aceptada es porque está cimentada en estructuras de parentesco y vinculación social; no solo porque se intente explicar desde diversas disciplinas sino porque la experiencia incestuosa también provoca malestar y demanda un bienestar que va más allá del ámbito individual del sujeto que consulta por haber sido violentado no únicamente en su cuerpo sino en su psique y sus vínculos significativos. El incesto rompe con los lazos más íntimos que le constituyen.

El problema del incesto es de por sí multidisciplinar (Giberti, 1998), donde la biología presenta la naturaleza de las relaciones biológicas posibles, la psicología tramita el horror hacia este y sus consecuencias subjetivas, mientras que la sociología estudia el fenómeno social, y el derecho la ley de donde provienen las reglas en los grupos sociales. De esta forma, las instituciones responsables deben intentar tomar en cuenta todas las perspectivas. Sin embargo, en el abordaje psicológico de los casos de incesto, la multidisciplinaria ha de dejar paso a la subjetividad de quien ha vivido el evento para entrar en el reto de la interdisciplina, por lo que es necesario el respeto del caso por caso, aun cuando las presiones de los abordajes sociológicos e institucionales quieran hacerlos entrar en sus consideraciones estadísticas.

ESTUDIO DE CASO: ANA

El presente caso fue atendido hace más de quince años y es una construcción de tratamiento multidisciplinar (primero) e interdisciplinar (al final) en una institución no gubernamental en la Ciudad de México, la cual se dedica a la atención integral de personas abusadas sexualmente. En este estudio de caso no se presenta el detalle de las primeras entrevistas, el examen mental, la historia clínica institucional, el familiograma y todas las sesiones de tratamiento sino como un modo

de reconstrucción debido a la selección del material discursivo de la paciente, para resaltar aspectos importantes en la dirección de la cura y el proceso de reconstitución subjetiva. Asimismo, se mantiene, por respeto ético, el anonimato de la paciente, mientras que la selección de los contenidos obedece al hilo discursivo que revela los síntomas, los progresos y las recaídas en el tratamiento.

El diálogo interdisciplinar se realiza entre el tratamiento psicoterapéutico de tipo humanista y Gestalt, que contribuyó al trabajo consciente de las emociones y la disminución de la intensidad de la angustia y los síntomas; y, cuando estos se tornaron repetitivos, se hizo la transición al tratamiento psicoanalítico, que encaminó la reconstitución subjetiva mediante el conocimiento de la posición inconsciente. Si bien estos tratamientos no condujeron a la eliminación completa de los síntomas, sí contribuyeron a mejorar los lazos sociales de la paciente y sus vínculos más cercanos.

Historia de un incesto

Ana es una mujer de 31 años que llegó a la consulta institucional por haber sido abusada sexualmente por su padre durante muchos años. Se quejaba de mal humor, sentimientos de autodevaluación, llanto constante, irritabilidad, dificultad para poner límites a la gente y agresividad con su hija. Se aislaba y no quería salir de su casa ni relacionarse ni encontraba sentido a la vida. Decía estar siempre deprimida, pero que últimamente había llegado al límite y tenía ideas suicidas. Su esposo la apoyaba para que buscara ayuda, pero no sabía nada de los abusos que habían acontecido en su familia. Entre los datos importantes de su historia, ella es la quinta de siete hijos, cuyos padres viven y tienen edades que oscilan los sesenta y dos años o un poco más.

El nivel educativo de la madre es la primaria y del padre la secundaria, quienes llevan una relación de poca comunicación y mucha agresividad, con peleas constantes. De su actividad laboral, ambos son

comerciantes, mientras que de los hermanos y hermanas solo una es abogada y otros tienen hasta secundaria y bachillerato.

Desde sus orígenes, esta familia tiene antecedentes de abusos sexuales: el padre los llevó a cabo con todos los hijos, pero entre los más duraderos se encuentran el de la hermana mayor, Ana y el hermano menor, los cuales duraron varios años. Aunque estos eventos eran como un secreto a voces, se hicieron evidentes cuando una de las hermanas sorprendió al padre teniendo relaciones sexuales con la hermana mayor, la cual se decía no era su hija sino que había sido producto de una violación sufrida por la madre antes de casarse.

Por la razón anterior, Ana se dio cuenta del porqué el padre había sacado a su madre de la recámara y mantenido relaciones sexuales con esa hija hasta los 35 años de edad —quien tuvo varios abortos producto de estas relaciones—, y cómo también se llevó al hermano menor a dormir con él por cerca de dos años. Posteriormente, la misma hermana mayor, a los 25 años, abusó sexualmente también de su hermano menor, quien entonces tenía ocho años. Entre otros síntomas familiares están la sordera de un oído en dos hermanos y la epilepsia en otra, y algunos de ellos con obesidad o sobrepeso. Todos, excepto la abogada, se dedican al comercio, en el que Ana trabaja desde los siete años de edad vendiendo en los tianguis y otro tipo de establecimientos, y por algunos periodos trabaja como auxiliar doméstica con su hermana profesionalista. Entre sus parientes significativos había un tío materno, quien era el único que los defendía cuanto podía, pero murió cuando ella tenía 15 años de edad. A lo largo de su infancia, desarrolló un carácter poco sociable, siempre reservada y aislada; su desempeño escolar fue deficiente y hasta los 14 años de edad logró terminar la primaria. Su madre solía decirle que la gente era mala, razón por la que no le gustaba salir a la calle.

Dentro de los síntomas que presentaba, padecía obesidad y asma, y aseguraba que desde que se casó se había dejado engordar porque “así nadie la desearía y la iban a dejar de molestar”; sin embargo, le preocupaban sus ataques de asma.

Entre sus propios síntomas algunos eran intermitentes: se quitaban y reaparecían dependiendo de lo trabajado en terapia, como a continuación se relata:

Narra haber tenido una semana de vómitos y diarrea cada vez que recuerda los abusos de su padre, y comienza a llorar. Dice que se castiga por hablar, se siente muy culpable, como si estuviera traicionando a su madre al decir cosas que nunca han salido de su familia. Comenta que sueña muchas veces que tiene relaciones sexuales con su padre y que las disfruta, se siente muy culpable por ello y cree que ella pudo haber provocado el abuso. Cuando ella tenía ocho años intentó suicidarse (no comenta detalles), y como no pudo le entró una profunda tristeza y solía arrancarse el cabello, en la escuela se burlaban de ella porque tenía ya un hueco en el cuero cabelludo por hacerlo; su madre ni siquiera se preocupó por lo que le pasaba y cuando su padre la tocaba frente a ella, solo decía: “Así le gusta jugar a tu padre”.

Relata la promiscuidad, el maltrato y las agresiones sufridas. Su padre le mostraba películas pornográficas, cuando se enojaba le escupía, se burlaba de su cuerpo y le decía “costal de caca”, “costal de grasa”, “puta”, “eh, vieja guanga ven acá”; ella le exigía que le llamara por su nombre, pero él se burlaba de ella o la golpeaba. No recuerda lo que sentía cuando su padre la penetraba; él solía decirles que, si antes en los pueblos no se prohibía el incesto que ahora no le anden diciendo nada, que es normal.

Dentro de su relación de pareja, Ana presentaba síntomas depresivos, poca comunicación y dificultades en la vida sexual, y desde hacía algún tiempo no tenía relaciones sexuales por su estado depresivo, por lo que, para evitarlo, dormía a su niña con ellos; sin embargo, el esposo la quería, cuidaba y apoyaba para que acudiera a tratamiento, aunque decía que él no sabía de los abusos de su padre.

Narra cómo se da cuenta de que a veces ella hace enojar a su esposo para que él reaccione como su padre y le pegue, pero él no le pega, la trata bien. Comenta el odio que siente a todos los hombres, piensa que todos son violadores, que no tienen sentimientos y que le cuesta trabajo ver que su esposo es bueno con ella. Dice que ya no quiere tener más hijos y que no sabría qué hacer si tuviera un niño varón: les tiene rechazo.

El padre abusó de los siete hijos, cinco mujeres y dos hombres. Ella manifestaba con frecuencia el coraje y resentimiento hacia él por los abusos sin el más mínimo reparo, y hacia su madre por haberlos permitido. A la par de la narración de su historia, decía experimentar mucho asco por su persona:

Me siento sucia y culpable, recuerdo los abusos de mi padre, cómo nos decía cosas muy duras acerca del sexo, que las mujeres eran unas putas, que solo servían de bacínica a los hombres. Cuando tenía como siete años, ya tenía mucha curiosidad sexual y veía todo con morbo. Y luego, cuando lo hablé en Comedores Compulsivos, me dijeron que yo lo había provocado, y eso me hizo sentirse más culpable todavía... Ahora solo me da por limpiar todo...

Ana expresaba tener coraje con ella misma por ser mujer, por no poder poner límites y no haber podido defenderse. No salía de su casa, se aislaba, no le gustaba tratar con la gente, creía que la iban a agredir. Cuenta que en ocasiones dejaba a su hija, en ese entonces de ocho meses, al cuidado de sus padres cuando se iba a trabajar, pero que su padre había intentado abusar de ella y desde entonces ya no la llevaba y la vigilaba mucho; no permitía que nadie se le acercara y no la dejaba jugar con nadie. Era consciente de lo que repetía tanto ella como su hija de tres años, y decía tenerse miedo a sí misma:

Dice que no recuerda a su padre siendo cariñoso; ella a veces ve a su hija como él la veía a ella, con odio. Su padre la mordía y ella a veces muerde a su hija. En la escuela su hija muerde a sus compañeros cuando está enojada. Le cuesta trabajo ser mamá y ser cariñosa con ella, a veces le dan ganas de estrangularla, de pegarle, le da solo un manazo y mejor la ignora; siente que picarle las nalgas o morderla es normal, cuando baña a su hija tiene miedo de tocarla, de dañarla, está muy rebelde, hace muchos berrinches. Dice tener coraje con ella misma porque su hija se defiende de todo y ella no supo defenderse cuando era chica. Comenta que muchas veces tiene la tentación de no regresar a su terapia y, ante la pregunta, contesta que tiene miedo de enfrentarse con ella misma.

Estas transcripciones muestran cómo no había sesión en que ella, con gran dificultad siempre, mencionaba el gran odio hacia el padre y la red de complicidad que había en su familia, donde los abusos se repetían del padre a los hijos y de los hermanos entre sí, con el silencio cómplice y agresivo de la madre. Los efectos eran culpa, agresión, promiscuidad, repetición de agresiones con su hija y, pese a que era una mujer que luchaba por mantenerse activa en sus intentos de salir del círculo en que se veía envuelta, toda su cotidianidad estaba siendo afectada: la relación consigo misma, con su hija, esposo, trabajo, familia y hombres en general.

El efecto terapéutico de la escucha y movilización de sus síntomas desde las primeras sesiones produjo cambios en que empezó a cuidar de sí misma, estudiar la preparatoria abierta, defenderse de la indiferencia de su madre y las agresiones verbales tanto de su hermana como de su padre. Al mismo tiempo, continuó en el grupo de Comedores Compulsivos —a donde ya iba antes de iniciar este tratamiento— para evitar canalizar su angustia a través de la comida, ya que recuerda que su madre “les tapaba la boca con comida” para que no hablaran de los abusos y por ello todos en su casa son obesos. También su hermana solía tratarla muy mal cuando trabajaba con ella, por lo que aprender

a defenderse e ir poniendo límites eran unos de los logros, además de modificar algunos aspectos conductuales, sin llegar a consolidarlos del todo. Con gran dificultad, Ana apalabraba su dolor y narraba su historia:

Me informé sobre una escuela para estudiar la preparatoria abierta, cerca de Comedores Compulsivos, ya he bajado como siete kilos y me siento mejor. Verónica se ha quedado sorprendida cuando le contesto y me defiendo porque quiere imponerme algo, me siento bien por eso y ya no he sentido deseos de regresar a trabajar con ella, creo que puedo hacer algo por mí. Pero, aunque ya puedo salir a la calle, sigo sintiendo mucho miedo de la gente, que la gente sepa lo que he pasado y me rechace.

En esta breve exposición es posible detectar la queja, los datos principales de su historia, motivo de consulta, síntomas, algunos enlaces discursivos y los logros que se iban trabajando en el proceso terapéutico.

El tratamiento interdisciplinar

El tratamiento en la institución se proporcionaba primero de manera multidisciplinar, ya que a todos los usuarios se daba atención médica, legal y psicológica (Castro, 2016). La paciente en cuestión no recibió atención médica, puesto que el abuso no era reciente, ni atención legal debido a que el evento tenía muchos años de haber ocurrido y no había pruebas para proceder.

El tratamiento psicológico comenzaba desde la llamada telefónica de la persona que solicitaba atención, y durante esta muchas veces era necesaria una intervención en crisis que podía dar lugar a un primer vínculo que no siempre seguía siendo atendido por la misma especialista. Después se le citaba a una entrevista con una trabajadora social o psicóloga para recopilar los datos del caso y asentarlos en una lista de espera con el fin de ser canalizada a terapia grupal o individual,

según cada caso y disponibilidad de las terapeutas. Estas primeras intervenciones eran por lo general atendidas por distintas personas, lo que podía provocar que la solicitante desistiera o tuviera que esperar.

La atención psicológica solía ser interdisciplinar: los abusos sexuales se trataban en terapia de grupo, con técnicas cognitivo conductuales, y cuando los casos eran graves, se pasaban a terapia individual donde se trabajaba con técnicas humanistas y terapia Gestalt. Ana participó pocas sesiones en terapia grupal debido a que la gravedad de sus síntomas, entre otras cuestiones, afectaba las interacciones grupales, por lo que fue derivada a tratamiento individual en el que al terapeuta se le entregaba el formato de la primera entrevista y un examen mental realizado con el fin de corroborar los síntomas que se describían de acuerdo con el DSM vigente (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Así, al comenzar el proceso terapéutico se establecía el encuadre del tratamiento, se iban transcribiendo las sesiones del paciente y elaborando su historia clínica.

En este espacio, Ana tuvo la oportunidad de embarcarse en la narrativa de su propia historia, ahondar en sus recuerdos, expresar las emociones contenidas y aprender a manejarlas en su cotidianidad, así como trabajar el rechazo de su propio cuerpo, sexualidad y necesidad de mejorar su autoconcepto y autoestima. Las pocas pruebas psicológicas aplicadas en este caso fueron de tipo proyectivo y se aplicaron conforme fueron necesarias. Se empleó una escucha activa, no directiva, donde el abordaje de la historia de la paciente, las consideraciones, intervenciones y reflexiones para el cambio terapéutico se daban desde el ámbito de lo consciente, promoviendo un cambio, esperando una resolución del conflicto, una adaptación y un bienestar que la ayudara a integrarse de nuevo a su entorno.

El cuadro 4.1 resume los puntos considerados en la atención psicológica institucional del caso.

CUADRO 4.1. CASO DE INCESTO: ANA

Caso de incesto: Ana. Incesto y abusos de los cinco a los doce años			Desglose del caso y sus consideraciones*
Síntomas y diagnóstico	Conceptos y etiología	Consideraciones importantes	Modo y elementos de intervención
<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal humor. • Sentimientos de autodevaluación • Llanto constante e irritabilidad • Dificultad para poner límites a la gente • Agresividad con su hija • Aislamiento en su casa • No encuentra sentido a la vida • Depresión • Ideas suicidas • Gastritis • Obesidad • Asma • Tricotilomanía en periodos de angustia <p>Dx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión grave • Ideas suicidas • Tricotilomanía 	<p>Entrevista Encuadre <i>Rapport</i> Diagnóstico Psicopatología Apoyo diagnóstico del DSM-III-R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión grave • Tricotilomanía • Ideas suicidas <p>Proceso terapéutico Desarrollo neurológico Desarrollo humano Autoestima Tratamiento (tipos de terapia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas cognitivo-conductuales • Teoría y técnicas de terapia Gestalt y humanista • Proceso de cambio 	<p>Perspectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psiquiátrica / psicológica <p>Tratamiento en terapia individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de entrevista abierta • Tipo de terapia no directiva • Consideración del manual de técnicas de terapia Gestalt que utiliza la institución en este tipo de casos <p>Posición del terapeuta: desde la contrasferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el proceso de cambio • El terapeuta le refleja y devuelve algo al paciente al final de la sesión para que lo elabore entre sesiones y contribuya a un cambio en sus síntomas • Patrones conductuales desarrollados en relación con los hombres <p>Llevar a supervisión</p>	<p>Proceso institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, examen mental, historia clínica, diagnóstico y tratamiento <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de llegada a la terapia, narración del incesto y sus efectos • Emergencia de recuerdos, conexión del pasado con el presente • Aparición de fuertes resistencias al recuerdo <p>Procesos de escucha de emociones y sensaciones corporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del conjunto de técnicas del modelo terapéutico institucional • Enlaces entre el pasado y el presente <p>Proceso de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logros: pagar su casa del Infonavit, empezar la preparatoria, ir a Comedores Compulsivos y comenzar a adelgazar, salirse de trabajar con su hermana y buscar un trabajo • Adaptacionales: modificaciones conductuales con ella misma, con su hija y su esposo • Vuelta a la repetición de síntomas, ataques de pánico y angustia • Consideración de otro tipo de tratamiento

* Este cuadro fue empleado para analizar el caso en la supervisión grupal para dar seguimiento a los conceptos teóricos a revisar; lo que se podía ir mejorando en el curso del tratamiento.

El primer abordaje psicoterapéutico se hizo desde las terapias humanista y Gestalt. Ana tuvo una disminución de síntomas de angustia, cambios conductuales y en las ideas suicidas que ayudaron a que retomara su cotidianidad de manera medianamente normal. Sin embargo, un evento violento acontecido en una visita al hogar paterno provocó una fuerte recaída depresiva que agravó sus síntomas por varios meses: ataques de pánico, asma, tricotilomanía y llanto constante, los cuales ya habían sido trabajados. Así, resurgieron estos con mayor intensidad y aparecieron otros menos graves como la gastritis nerviosa. Se le atendió desde el modelo terapéutico institucional orientado por la terapia humanista y Gestalt con el propósito de lograr el cambio terapéutico deseado y promovido, que tuvo resultados importantes en la adaptación de la paciente. Si bien estos recursos fueron insuficientes ante el fenómeno de la reaparición de los síntomas generados cuyo desplazamiento parecía no tener salida, este primer abordaje la preparó para un trabajo más profundo; es decir, hubo un viraje en la escucha: de los contenidos conscientes abordados en la psicoterapia a aquellos inconscientes trabajados desde el psicoanálisis que, aunque no era el modelo terapéutico institucional, se permitieron con las supervisiones adecuadas para que la paciente fuera atendida por la misma persona sin romper el vínculo trasferencial que emergía en la relación terapéutica.

CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS

Trasferencia: ¿lo provoqué?, ¿lo deseé?, ¿lo sufrí y/o lo gocé?

Al comienzo del tratamiento, como parte de la sensación de angustia y necesidad de confiar, hablar y dejar de cargar sola todo lo que traía, emergía una transferencia positiva ante la que se sentía culpable al afirmar que no sabía por qué tenía que hablar de esas cosas que nunca había hablado con nadie (Freud, 1995 [1912]), pero que, aunque de seguro su madre lo reprocharía, se sentía mejor cuando lo hacía. Trabajar la transferencia le permitió moverse, pasar de una posición

subjetiva de victimización a una responsable que por fuerza pasaba por la culpa.

En este momento del proceso, lejos de disculpar a Ana, como suele hacerse con el trabajo terapéutico de lo consciente, era necesario que se preguntara por su implicación subjetiva y, ante la pregunta por la culpa, se colocara en una situación distinta; le servía como un asidero contra la angustia sin fondo provocada por la certeza de ser objeto del deseo del Otro (el padre), lo cual la colocaba como *objeto de su goce*, y la culpa, en cambio, le permitía simbolizar el trauma de la experiencia e implicaba como *sujeto sujeta a sus pulsiones*, con deseos y deseo, razón por la que en primera instancia esta la salvaba de la despersonalización total. Se preguntaba: “¿Acaso yo lo provoqué? Entonces, ¿sí soy culpable?”. Aunque se veía sufriendo un castigo injusto, seguía cuestionándose: “¿Por qué otra vez?, ¿acaso me lo merezco?, ¿por qué me pasó esto a mí?, ¿será porque mi padre realmente me quería o porque me odiaba?”. En su discurso aceptaba de algún modo su deseo inconsciente, el cual, sin ser confirmado desde mi posición de analista, surgía como pregunta, se desplegaba y le permitía al menos considerar su propia posición en el evento. Fue en esas preguntas en donde se escuchó una demanda y surgió la posibilidad de transitar a una escucha de lo inconsciente que emergía en su discurso.

La culpa, y su reconocimiento, se ponía de manifiesto en esa relación amor-odio hacia el padre, ese reconocimiento de deseo-culpa que la atormentaba, ese “sueño de disfrute de las relaciones sexuales con su padre” que le provocaba horror y dolor, en esa espera del golpe del esposo “del mismo modo como hacía mi padre”, que nos remite a las consideraciones freudianas sobre eso que va más allá del placer en el dolor, lo cual expone en *Pegan a un niño*, obra que enfatiza con Freud el procedimiento analítico:

Aquello de lo cual nos valemos no puede ser sino la sustitución de lo inconsciente por lo consciente, la traducción de lo inconsciente a lo consciente. Justo, eso es. Al hacer que lo inconsciente prosiga

hasta lo consciente, cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación del síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución (1995 [1917], p.395).

De este modo, en su discurso logró articular algo de su implicación subjetiva inconsciente en el evento, lo cual se dio gracias a la transferencia positiva en donde se sentía contenida y colaboraba en el análisis de sus afectos más intensos. Sin embargo, en este proceso la colaboración de la paciente fue disminuyendo —ante la repetición de los síntomas, su desplazamiento y el dolor que persistía en estos— y en su lugar emergió la transferencia negativa (Freud, 1995 [1917], p.400): salía enojada de las sesiones, diciendo que no le servía de nada volver a desenterrar lo guardado si no se le iba a quitar todo el sufrimiento, daba portazos al salir o se iba sin pagar, y en la siguiente sesión regresaba igualmente enojada, a ratos disculpándose por su reacción. Estos fenómenos no hacían más que confirmar que la transferencia se convertía también en resistencia (Freud, 1995 [1917], p.392).

Ana faltó a varias sesiones, lo que acumuló esa mezcla de afectos, preguntas y necesidad de respuestas. Sus cuestionamientos se mezclaron con la culpa, la fantasía de ser querida por el padre de ese modo, la repugnancia y el dolor, por lo que el manejo de la transferencia en el trabajo psicoanalítico constituyó un elemento indispensable para escuchar aquello que emergía de su inconsciente, y trabajarlo.

En lo que respecta a la transferencia, en su seminario sobre *La transferencia*, Jaques Lacan realiza un análisis sobre las relaciones entre analista y analizante, y da un paso más respecto de las consideraciones freudianas sobre su manejo en dirección de la cura (2004 [1960–1961]). Consideró en los tipos de transferencia la noción de repetición, que no es recuerdo, repetición de lo mismo o rememoración de relaciones pasadas sino producción de una nueva relación en cada encuentro analítico, donde pone en cuestión la posición del analista, misma que

profundiza en sus seminarios sobre *La angustia* (2004 [1962-1963]) y *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (2004 [1964]).

Estas consideraciones fueron tomadas en cuenta en el caso de Ana, quien con la tentación de no volver a su análisis se cansaba de “repetir lo mismo en cada sesión”, y admitía que, en el volver a decirlo todo otra vez se reproducía el dolor de verse implicada, pero se disminuía la angustia, lo que le permitía tomar decisiones y mantenerse en ellas de un modo responsable.

Edipo y constitución subjetiva

El complejo de Edipo fue desarrollado por Freud a partir del mito de la mitología griega, en la versión de Sófocles sobre la tragedia *Edipo rey*; la primera vez que lo menciona (1995 [1910], p.157), lo hace para referirse a “conflictos nucleares” en la constitución psíquica del ser humano. A la aparición de este concepto en 1910 le precede el abordaje que hace de su descubrimiento de la sexualidad infantil en 1905, en *Tres ensayos sobre teoría sexual*, y en 1908 *Sobre las teorías sexuales infantiles*, obras que le llevan a explicar dicho fenómeno en la constitución subjetiva y proponerlo como un fenómeno universal que ocurre más allá de factores como la educación, pertenencia étnica o cultura. Freud desarrolla esta idea en *Tótem y tabú* (1995 [1913]), sirviéndose de una metáfora para argumentar la universalidad del complejo de Edipo, y plantea el escenario en que a partir de la instauración del tabú del incesto y la represión del conflicto edípico se producen distintos mecanismos que promueven la civilización y la cultura. Con su teoría de las pulsiones y el conflicto edípico, explica la importancia de la libido como constituyente de la pulsión sexual del individuo que motiva toda conducta humana y como un rodeo hacia la pulsión final: la muerte.

En sus investigaciones sobre el origen de los síntomas, Freud planteó en primera instancia su teoría del trauma⁵ en relación con un evento sexual traumático que no siempre estaba presente; luego postuló su teoría sobre la seducción, donde el paciente podía caer y verse implicado, y más adelante la de la fantasía, que constituyó el paso fundamental en el mecanismo de la represión que comanda las neurosis. Las distintas fases por las que trascurrió la teoría de Freud sirven para explicar lo que se observó en la experiencia de Ana: en primer lugar, tenía la experiencia del trauma por la acción incestuosa del padre, después los intentos de seducción que la interrogaban e implicaban luego, y por último la fantasía que le provocaba el horror del evento y el dolor que tenía en los sueños. Todo esto en un nudo donde se entrelazaban la prohibición y el deseo, el odio y el amor, el placer y el dolor. Si la ley de la prohibición del incesto existe, es porque el deseo incestuoso está presente en el inconsciente de los seres humanos. La constitución subjetiva se fundamenta en la experiencia edípica como producto del deseo, del deseo enigmático del Otro social que le da un lugar al sujeto, le hereda el lenguaje e impone su ley.

Es Lacan quien, en el seminario 5 sobre *Las manifestaciones del inconsciente* (1995 [1957–1958]), analiza el fenómeno edípico más allá de la tríada de los padres con el hijo, para hacerlo desde el lugar que ocupa en el deseo del Otro y los otros para constituirse como sujeto. Considera la importancia del lugar del padre para su separación de ese primer “Gran Otro” que es la madre para el niño pequeño, lo que el psicoanálisis denomina el “Nombre del Padre”, y cuya eficacia impone la ley de la prohibición del incesto, su importancia en el circuito del deseo y el límite de la Ley como su sustento. Sin embargo, “Lacan lleva al extremo el descubrimiento freudiano de la vinculación de la sexualidad con la agresividad en casi todos los aspectos” (González,

5. Teorías elaboradas por Freud a lo largo de su correspondencia con Wilhem Fliess, sintetizadas posteriormente en 1923 en *Dos artículos de enciclopedia: psicoanálisis y teoría de la libido* (1995 [1923], p.227).

2008, p.115) y vincula la violencia de la prohibición con la pulsión cuyo empuje constante da cuenta de la falta que origina el deseo. A partir de esto, el paso del sujeto por el evento edípico se considera estructurante, es decir, los mecanismos de la represión edípica llevan al sujeto a constituirse en neurótico —más como estructura que como enfermedad—, lo que lo coloca en la posibilidad de tener un deseo propio y distingue del sujeto psicótico.⁶ La neurosis como enfermedad surge en las vicisitudes —particulares en cada sujeto— de los circuitos del deseo y sus mezclas con la pulsión, la culpa y el dolor que ocasionan sufrimiento, repetición y síntomas.

Así, en el caso de Ana, las consideraciones edípicas fueron necesariamente trabajadas, ya que el peligro de que no operara la función paterna (a través de la prohibición del incesto) y la complicidad materna (en dejar hacer al padre con los hijos) le permitió buscar a quién le importara y así crear otros lazos significativos que la sacaran de esa dinámica con los padres. Tal fue el caso de los lazos creados con un tío soltero, del lado de la madre, que los visitaba y defendía de las agresiones paternas —acciones que tampoco eran impedidas por la madre—, lo que le dio la posibilidad de asumir su circuito deseo-culpa, amor-odio y responsabilizarse de su sufrimiento.

El trabajo de las manifestaciones del inconsciente en su discurso posibilitó a Ana conocer el origen de sus síntomas, disminuir su intensidad, aceptar la responsabilidad de sus pulsiones y deseos sexuales; esto le dio un mejor pronóstico, ya que el trabajo de lo inconsciente trajo “por añadidura” cambios prácticos que, si no fueron buscados como primera intención en el tratamiento psicoanalítico que pretendía la reconstitución subjetiva, le permitieron tomar decisiones respecto de su manejo, de tal forma que pudiera tener mayor control cuando sus efectos llegaban incluso a la atención de su hija.

6. En el sujeto psicótico falla la relación con el Otro que introduce la ley, así como el acceso a lo simbólico que permite al sujeto separarse de la madre y estructurarse como un sujeto deseante.

Lo real, lo simbólico y lo imaginario (RSI): los síntomas y las dimensiones de la escucha

La escucha psicoanalítica atraviesa el discurso consciente y centra sus raíces en las manifestaciones de lo inconsciente, opera al tomar en cuenta elementos importantes como la pulsión, la repetición, el trabajo de la transferencia, el tiempo lógico (más que el cronológico) en el tratamiento y las dimensiones de lo real, lo simbólico e imaginario,⁷ todas ellas pertenecientes a la dinámica psíquica propuesta por Lacan para explicar el lugar desde el que el sujeto habla y vive su experiencia subjetiva; desde el que el analista interviene en la escucha e interviene en la dirección de la cura, al mismo tiempo que detecta la lógica de lo inconsciente en el caso por caso.

La dimensión imaginaria interviene en la formación del yo, el cual para Lacan se constituye a partir del estadio del espejo (1998 [1966a]), etapa que ocurre en los bebés entre los ocho y quince meses de edad cuando comienzan a reconocer como propia su imagen en el espejo y se llenan de júbilo cuando se dan cuenta de que los refleja a ellos y no a alguien más:

Basta comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el psicoanálisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen [...] El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio *infans* nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro

7. Jaques Lacan, en el seminario 3 sobre *Las psicosis* (2012 [1955-1956]), plantea con claridad la distinción de la neurosis y la psicosis a partir del análisis de estas tres dimensiones: real, simbólica e imaginaria.

y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (1998 [1966a], p.87).

Y cuando la madre lo reconoce frente al espejo, confirma la identificación con su imagen, identificación primaria que contribuye a la relación del sujeto consigo mismo y la formación de su yo-ideal. Sin embargo, el que los padres no confirmaran su imagen como la de un sujeto deseado, tenía fuertes repercusiones para Ana. Esto se ejemplifica cuando dice: “Mi padre no era cariñoso, nunca me hablaba por mi nombre, siempre lo hacía con insultos: puta, vieja guanga, costal de caca... Para él las mujeres solo servían para ser putas”. De la misma forma cuando mencionaba que ella se parecía físicamente a su padre y que su madre siempre se lo dijo; o cuando comentaba acerca de esta: “Mi madre siempre nos tapaba la boca con comida para que no dijéramos nada”, refiriéndose a los abusos del padre, a partir de lo cual Ana conformó una autoimagen nada favorable, se dejó engordar, se sentía sucia, fea y evitaba las miradas de los hombres.

En la dimensión simbólica, el análisis del lenguaje es fundamental, ya que es de donde emergen los significantes que mantienen al sujeto atado al síntoma que se repite una y otra vez (y cuyo análisis detallado excede los propósitos de este capítulo); dimensión donde los síntomas son una metáfora y adquieren sentido cuando se habla de ellos. Por ejemplo, los síntomas de Ana se esclarecen cuando en lugar de vomitar empieza a hablar de ellos o asocia su costumbre de arrancarse el cabello con poder “quitarse los pensamientos sexuales, para no recordar los sueños angustiantes”, y se deshace de ellos cuando logra hablar de ellos. También se clarifican cuando cuenta algo sobre los eventos incestuosos, los juegos sexuales infantiles y la culpa que sentía sobre los sueños con el padre, las palabras que este le decía y la emergencia del deseo cuando en la complicidad de la madre el incesto se permitía y admitía: “Tengo que cuidarme de mi familia, pues las caricias se han vuelto muy normales”. A la par de lo anterior, disminuyeron sus ataques de asma después de contar los episodios del incesto, donde el

peso del padre “me quitaba el aire, no me dejaba respirar y solo podía patear sin lograr safarme”; al tiempo que se daba cuenta de las repeticiones en su historia y cómo descargaba la angustia de los primeros eventos sufridos en la relación con su hija.

La dimensión de lo real no necesariamente tiene que ver con la realidad externa sino con aquellas experiencias subjetivas difíciles de simbolizar, de las que no es posible poder decir algo, ya que desbordan la psique en todos los sentidos y las palabras no alcanzan a describirlas. Para Ana, el trauma ocupa todo el lugar: eso de la experiencia que es imposible decir, y al hacer intersección con lo imaginario, aparece la angustia ante el deseo desbordante del Otro que le hace objeto. Es a través del enlace del dolor en la palabra y el análisis de su discurso que pudo apartarse de esa alienación⁸ para intentar defenderse en todo momento y poder decir a su padre: “No soy puta, me llamo Ana”, aun cuando le llovieran insultos.

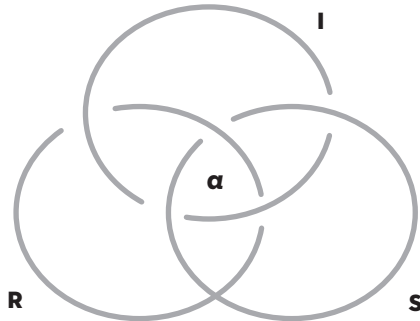
Para ella, el trabajo de lo inconsciente implicaba un movimiento que pasaba de su posición imaginaria inicial, ser víctima —agotada en sus narrativas iniciales puesto que los síntomas permanecían y se agravaban— a una responsable donde la simbolización de la experiencia por medio del reconocimiento de su deseo en el lenguaje la llevaba a reconocer los significantes que comandaban sus síntomas y la ataban a ellos. El dolor de la experiencia edípica, y la culpa mediante el abordaje de los síntomas como metáforas de un saber sobre su deseo, le permitieron desde lo simbólico asimilar y bordear lo traumático de lo real.

El nudo borromeo⁹ propuesto por Lacan, donde lo real, simbólico e imaginario (RSI) enlazan las dimensiones del análisis del sujeto y la posición del analista, resultó indispensable para el movimiento subjetivo de Ana.

8. Conceptos de alienación y separación que Lacan define, en el seminario 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (2012 [1964]), como primordiales en las relaciones del sujeto con el Otro y su constitución subjetiva.

9. Se llama nudo borromeo o nudo Borromi al constituido por tres aros enlazados de tal forma que, al separar uno, cualquiera de los tres, se liberan los otros dos.

FIGURA 4.1. NUDO BORROMEO DE LACAN



El tránsito necesario por la dimensión imaginaria y el trayecto de la dimensión simbólica que la implicaba en la emergencia de los contenidos inconscientes de sus síntomas, le permitía bordear lo real y tramitar la angustia. Del mismo modo, el análisis del analista y las consideraciones psicoanalíticas sobre su posición (Castro, 2008) fueron determinantes para el movimiento subjetivo. Como su analista en formación, la posición desde lo imaginario pretendía desamarrar los síntomas en propósitos concretos de cambio que no duraban por su gravedad y anclaje en lo inconsciente, lo que hizo necesaria la escucha y el trabajo de lo inconsciente y un movimiento hacia el lugar del Otro —lugar de lo simbólico— a quien Ana dirigía su discurso, y la intervención desde lo simbólico que atravesara de algún modo la posición imaginaria inicial para posibilitar —no sin dolor— el acceso a la verdad sobre su deseo.

El proceso terapéutico presentado aquí fue posible en el ámbito de la transición profesional de psicoterapeuta a psicoanalista, lo que favoreció el tratamiento interdisciplinar de Ana, la continuidad del enlace de terapeuta y consultante a analista y analizante sin cambiar de profesional, con lo que se respetó el vínculo terapéutico creado, y donde en cada ámbito se trabajó un área psíquica distinta, desde

lo consciente a lo inconsciente, procurando no descuidar el proceso subjetivo del consultante devenido analizante. Esta labor se realizó en diálogo interdisciplinar entre la psicoterapia y el psicoanálisis, del trabajo consciente de las emociones y los síntomas a la transición hacia lo inconsciente que los determinaba, necesaria en este caso debido a la emergencia de la transferencia y demanda de análisis de la paciente, lo cual no se da en todos los casos.

En el trabajo clínico realizado a partir de la escucha de lo inconsciente, no se volvieron a tomar los diagnósticos previos sino que se mantuvo a modo de hipótesis el lugar del sujeto en la estructura neurótica; donde el decir del sujeto no está para ser verificado sino para conducir la cura con las evidencias de las manifestaciones del inconsciente, a fin de enlazar el síntoma con su sentido y significantes que lo determinan. Desde esta perspectiva, la cura se entiende no como una eliminación total de los síntomas, misma que puede darse por añadidura, sino como una subjetivación que permita historizarlos, darles su lugar, hacer consciente su sentido y, si persisten, hacer algo distinto con ellos que sufrirlos.

A partir de los aportes del psicoanálisis, en toda formación psicoterapéutica que tenga como objetivo tratar la violencia sexual se recomienda que el psicoterapeuta se apoye en el trípode de la formación teórica, el análisis o psicoterapia personal y la supervisión de sus casos. En este, el análisis personal es indispensable puesto que los contenidos del orden de lo sexual en todo sujeto son por lo general reprimidos y ocasionan síntomas sin una base fisiológica e inexplicable desde la perspectiva médica o terapéutica consciente.

El enredo de los saberes sobre los trazos sociales, cuando se trata de interdisciplina, en particular de aquellos que tienen que ver con la violencia —casi todos—, conlleva siempre cuestionamientos con sentido ético. Los remiendos no han sido suficientes, las rasgaduras de los síntomas se desplazan y la pregunta pasa entonces no por su eliminación sino por la posibilidad de crear nuevos vínculos a pesar de ellos, hacer nudos que permitan sobrellevar las contradicciones humanas,

sublimar los impulsos de destrucción y muerte en el esfuerzo conjunto de los impulsos hacia la vida y creación de una sociedad menos violenta. Los señalamientos de Marinas nos permiten constatar que:

La abundancia de legitimaciones y, al mismo tiempo, la escasez de sus fundamentos hacen que compartamos rasgos que interesan no solo a la ciencia social sino también a la pregunta por el deseo y el vínculo: *a)* la evidencia de vivir tiempos de *anomía*, que no es ausencia de normas sino pérdida de vigor del fundamento y articulación de aquellas, *b)* los vínculos muestran hoy principalmente su faz violenta, de confrontación, pero además y de manera más fuerte, aparecen *c)* las formas de desvinculación, la fractura de los vínculos que se tenían por tradicionalmente arraigados y, último, *d)* campea por todas partes una forma de individualismo que lleva el nombre de *inmunitas*, la inmunidad de no sentirse concernido en la tarea común, en la responsabilidad, en la culpa, en la memoria de todos (2008, p.27).

Esto da cuenta de un saber que muchas veces no sabemos que ya sabemos: ¿hasta dónde se puede llegar en la búsqueda de las razones que nos llevan a ser y hacer lo que somos y hacemos en la actualidad? Sería injusto pensar que los intentos de la humanidad en sus investigaciones, diálogos y pactos diversos no han sido fructíferos; sin embargo, a pesar de que los frutos no han sido del todo duraderos o no han provocado cambios profundos en las elecciones de los individuos que hacen la comunidad y la *polis*, las oportunidades de hacer algo diferente con los síntomas, como crear nuevos vínculos en lugar de sufrirlos, puede abrir puertas para seguir creyendo en las posibilidades del ser humano.

CONCLUSIÓN: LOS DESAFÍOS A LA INTERDISCIPLINARIEDAD

En el tratamiento de los casos sobre violencia sexual, como en muchos otros que son delicados por las implicaciones subjetivas del terapeuta

y el consultante, la importancia de la formación continua no solo pasa por la formación personal, el cuidado y respeto de sí antes de acompañar la progresiva conciencia del sujeto violentado sino también por la apertura al diálogo entre perspectivas clínicas, donde el abordaje psicoterapéutico trabaja aspectos de la dimensión imaginaria pertenecientes a la realidad concreta y el área psíquica consciente que es indispensable atravesar cuando la raíz de los síntomas se hunde en lo inconsciente; ello no implica una mezcla de técnicas debido a las diferentes áreas psíquicas sino un suave desplazamiento comandado por la emergencia de la transferencia, lo que evita que la diversidad de discursos se tornen invasivos y ayuda a salvaguardar en un solo tratamiento el proceso de reconstitución subjetiva por el que el sujeto accede a su verdad y deseo.

En sus investigaciones sobre el pensamiento complejo y la interdisciplina, Denise Najmanovich aporta una visión clara sobre el modo de abordarla: “Consideramos que el primer paso consiste en reconocer las diferencias, no para integrarlas, sintetizarlas o producir una nueva totalidad más abarcadora, sino a aprender a navegar en la diversidad, dando lugar a que aparezca un acontecimiento, una nueva metáfora que nos lleve hacia nuevos espacios cognitivos o que enriquezca nuestro paisaje actual” (2008, p.97).

Uno de los desafíos en la atención terapéutica de la violencia sexual es la consideración de una amplia información y formación de los psicoterapeutas, así como una definición de su posición frente a ella. Los abordajes de los distintos enfoques teórico-prácticos que —desde la psicología y la psicoterapia— han ido constituyendo la psicoterapia integrativa también han apoyado la atención del problema de la violencia desde el aspecto consciente del individuo, y se han enfocado en la definición del destinatario y su contexto —la persona violenta y su grupo, la persona violentada y su entorno—, además de que al mismo tiempo han traído el riesgo de que, en el acceso a sus múltiples discursos, se deje de lado su adecuada fundamentación, lo que hace de la tarea autoformativa un reto constante.

Otro desafío lo constituye el trabajo clínico institucional que, como ya se mencionó, por lo general se da de un modo bidimensional e implica que, en lo que toca a las causas y consecuencias del fenómeno, sean abordadas durante un mismo tratamiento para evitar múltiples intervenciones que continúen dañando la subjetividad de quien consulta, y no en un orden diverso y por distintas disciplinas. El tratamiento de las distintas disciplinas quedaría así circunscrito a la investigación más comunitaria y social que individual, como apoyo a la comprensión e investigación de estos fenómenos.

Los intentos de trabajo interdisciplinar constituyen un desafío para mirar con nuevos ojos la búsqueda de alternativas frente a un problema como el incesto, que como tal no es denunciado, pero forma parte de las problemáticas de violencia sexual que vive nuestro país, las cuales han devenido —en su conjunto— del ámbito privado al social en gran escala (Secretaría de Salud, 2016; Segob, Inmujeres & ONU-Mujeres, 2015).

La interdisciplina plantea el reto de la apertura a la epistemología de fronteras y el pensamiento complejo en la interacción cognitiva, en la que pueden producirse nuevos conceptos y nuevas teorías, donde “solo una práctica dialógica continuada y sistemática permitirá la emergencia de categorizaciones que den sentido a nuestra experiencia del mundo en este principio de siglo” (Najmanovich, 2008, p.95). Cuando se trata de problemas de gran escala, sobre todo de aquellos que rozan la intimidad subjetiva como en el incesto, habrá que considerar la advertencia de los riesgos de descuidar el discurso individual del sujeto. Por lo tanto, en el abordaje del incesto es importante no perder de vista el siguiente cuestionamiento: ¿es la interdisciplina en estos casos una apertura a la epistemología de fronteras o representa un riesgo de olvido del sujeto?

El gran reto para el terapeuta es aprender a valorar las diferencias como una riqueza y no una amenaza a su posición teórico-práctica y al modo de abordaje del actor en cuestión, ya sea la persona violenta o aquella violentada. La riqueza de cada enfoque consiste en una visión

parcial que siempre puede ser complementada por otras, y el reto del diálogo enriquece la visión de la realidad y eficacia en la intervención. El terapeuta abierto al diálogo con otras disciplinas, en el caso de la violencia sexual, permite ampliar la visión al cuidar que los otros discursos no invadan el propio del sujeto en cuestión. Es este quien puede acceder a su verdad al escuchar su propio discurso en análisis y acceder, si así lo desea, a la comunicación con su médico, abogado o psiquiatra si lo considera pertinente; solo desde aquí puede hablarse de un sujeto responsable de su propio tratamiento, y del profesional cuando el caso lo amerite.

Otro de los desafíos más importantes para la psicoterapia y su relación con el enfoque interdisciplinar tiene que ver con su inserción en el ámbito de lo social, cuyos cambios vertiginosos de la red social genera nuevos síntomas. Desde esta perspectiva, para los profesionales que abordan los problemas de la violencia sexual se hace necesaria la revisión de los aportes de la sociología en todo lo referente al comportamiento de los grupos y la sociedad en general, como parte del contexto en que los individuos eligen proceder que se enlazan con aquellos de los demás, creando realidades problemáticas o culturalmente valoradas, de acuerdo con los tipos de elección realizada; asimismo, las contribuciones de la filosofía, que cuestiona nuestras razones para elegir, construir el conocimiento, acceder al saber y la verdad, así como poner de manifiesto lo que la verdadera *polis* desea de los sujetos que la conforman, como ciudadanos libres que construyen una sociedad más justa.

Los psicoterapeutas no podemos permanecer al margen de los acontecimientos sociales, pues sabemos que los sujetos eligen sus propios vínculos —ya sea que tiendan hacia la vida o la muerte—, actúan de maneras contradictorias, ponen en pugna los intereses divergentes y aparecen esos jalones internos y externos que llamamos síntomas; esos dolores personales, comunitarios, sociales y culturales que van calando en la realidad social y ponen en entredicho la fortaleza de los lazos creados, la congruencia de los ideales planteados y los frutos

cosechados de siglos de tradición cultural y social. El tejido social se ve rasgado y la interacción de los saberes intenta diagnosticar lo que sucede al cuerpo social.

Sin embargo, como bien dice Marinas (2008), la anomía, violencia, desvinculación e inmunidad resultan dimensiones urgentes para pensar, dialogar y profundizar en las alternativas, y aunque siempre nos resulte difícil diferenciar entre lo tuyo y lo mío en el reparto disciplinar, tendamos puentes de entendimiento y acciones conjuntas.

REFERENCIAS

- Álvarez, M., Canedo, L. & Gadea, E. (2004). *Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión*. Presentación del Seminario del Campo Freudiano sobre casos clínicos. NODVS: L'a periódic virtual de la Secció Clínica de Barcelona, núm. XII, febrero de 2005.
- American Psychiatric Association (1999). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Madrid: Masson.
- Aragónés, R.J. (s / f). *Sobre el origen y naturaleza del incesto en la teoría de la evolución*. Recuperado en enero de 2016, de <http://intercanvis.es/pdf/19/19-01.pdf>
- Bassols, M. et al. (2005). *La presentación de casos, hoy*. NODVS: L'a periódic virtual de la Secció Clínica de Barcelona, núm. XII, febrero de 2005.
- Castro, G. (2008). *El laberinto a la posición del analista: de la contra-transferencia al deseo del analista*. Tesis de Maestría. México: CIEP. Rei-ITESO. Recuperado de <http://rei.iteso.mx/handle/11117/1396>
- Castro, G. (2015). El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual. En T. Zohn-Muldoon, R.R. Enríquez & G.E. Gómez-Gómez (Coords.), *La psicoterapia frente al bienestar y el malestar*. Guadalajara: ITESO.
- Castro, G. (2016). La interdisciplinariedad en la atención a los casos de violencia sexual. En T. Zohn-Muldoon, R.R. Enríquez & G.E.

- Gómez-Gómez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas*. Guadalajara: ITESO.
- Freud, S. (1995 [1905]). Tres ensayos sobre teoría sexual. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1908]). Sobre las teorías sexuales infantiles. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1910]). Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor, I). En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1912]). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1913]). Tótem y tabú. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1915]). Pulsión y destinos de pulsión. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1916]). 17a Conferencia: El sentido de los síntomas. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1917]). 27a Conferencia: La transferencia. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1919]). Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1919]). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1995 [1920]). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1923]). Dos artículos de enciclopedia: psicoanálisis y teoría de la libido. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1924]). El sepultamiento del Complejo de Edipo. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1925a]). Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1925b]). La organización genital infantil. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1995 [1930]). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Trad.), *Obras completas* (6a reimpresión), tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giberti, E. (1998). *Incesto paterno-filial. Una visión multidisciplinaria. Perspectivas históricas, psicológicas, jurídicas y forenses*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- González Requena, J. (2008). El cuarto Freud. En J.M. Marinas (Coord.), *Lo político y el psicoanálisis. El reverso del vínculo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Jacoby, J. (2007). *El camino hacia el incesto legal*. Grupo de Estudios Estratégicos. Recuperado en febrero de 2016, de http://www.gees.org/articulos/el_camino_hacia_el_incesto_legal_4018
- Lacan, J. (1998 [1966a]). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos*, vol. 1. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1998 [1966b]). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos*, vol. 1. México: Siglo XXI.

- Lacan, J. (1998 [1966c]). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos*, vol. 2. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2004 [1953-1954]). Escritos técnicos de Freud. En *El Seminario*, vol. 1. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004 [1955-1956]). Las psicosis. En *El Seminario*, vol. 3. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004 [1957-1958]). Las manifestaciones del inconsciente. En *El Seminario*, vol. 5. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004 [1960-1961]). La transferencia. En *El Seminario*, vol. 8. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004 [1962-1963]). La angustia. En *El Seminario*, vol. 10. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004 [1964]). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En *El Seminario*, vol. 11. Buenos Aires: Paidós.
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Marinas, J.M. (2008). El contexto ético y político del psicoanálisis. En J.M. Marinas (Coord.), *Lo político y el psicoanálisis. El reverso del vínculo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez Rodríguez, L. (2008). *Modelo de capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género, para profesionales*. México: Adivac.
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y el pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos.
- Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de las Mujeres & ONU-Mujeres (2015). *La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014*. Recuperado en abril de 2016, de http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/02/violencia%20feminicida%20en%20m%C3%A9xico%20aproximaciones%20y%20tendencias%201985_2014.pdf?v=1&d=20160418T214527

- Secretaría de Salud (2006). *Informe nacional sobre violencia y salud*. Recuperado en abril de 2016, de http://www2.paho.org/mex/dm/documents/pub_informeviolenciamx.pdf
- Sófocles (2007). *Edipo rey*, trad. Assela Alamillo; Madrid: RBA.
- White Ward, O. & Campos Chacón, K. (2004). *El incesto: su perspectiva histórica y jurídica*. Scielo Costa Rica. Recuperado en abril de 2016, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000200005

La significación de la soledad en adultos jóvenes

TANIA KARINA MAGDALENO HERNÁNDEZ

Uno de los temas que mantiene mi interés profesional es el de la soledad y su significación para los adultos jóvenes en la posmodernidad, así como el de la individualización, la vincularidad y las identidades.

La globalización y la posmodernidad imprimen a la cultura elementos de diversidad que impactan la vida de la sociedad y los individuos, lo que genera nuevas formas de relación y conformación de identidades. Pareciera que nuestros lazos familiares y sociales han tomado un giro ante el cual cada vez menos podemos determinar sus alcances y su desenlace. A nuestro alcance está una pluralidad de posibilidades para establecer “vínculos” sin fronteras que superan la barrera del idioma y la distancia; pero al mismo tiempo la amenaza de la fragmentación y soledad rondan nuestras vidas.

Cuando se habla de la soledad en los jóvenes de la sociedad contemporánea, muchas tesis la plantean como un tema de generalidades y dejan de lado la particularidad de cada experiencia y el contexto (Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge & Rodríguez-Naveiras, 2008; Cuny, 2001; Girgin, 2009; Junghyun & LaRose, 2009; Margalit, 1998; Moustakas, 1962; Page et al, 2006 y 2008; Rokach, 2009; Rollo, 1974; Moreno, Estévez, Murgui & Musitu, 2009; Schachner, Shaver & Gillath, 2008; Tapia, Fiorentino & Correché, 2003; Yárnoz, 2008). En su mayoría, se ha afirmado que las identidades de los jóvenes, al igual que sus relaciones, son efímeras y frágiles (Bauman, 2005a; 2005b; Bauman

& Tester, 2002), lo que propicia que se mantengan conectados al mundo de los modos más superficiales; lo cual, bajo la opinión de estos teóricos, imposibilita formar y mantener vínculos significativos, espacios y relaciones estables y de pertenencia, y los hace ver como incapaces de ubicarse ante sus soledades y afrontarlas con recursos, oportunidades y expectativas más sólidas. Lo peor de todo esto es que se convierte en una generalidad determinista bajo la que es visto el presente y proyectado su futuro, sin permitir la singularidad y aquello que tienen que decir desde lo individual, pero también como generación en un contexto sociocultural determinado.

Este escrito forma parte de una investigación de corte cualitativo denominada *La soledad en adultos jóvenes. Vincularidad e identidades*, realizada para obtener el grado de maestría en Psicoterapia, la cual aporta conocimiento sobre la construcción psicocultural de la soledad en los jóvenes actuales. Implicó un acercamiento a la realidad de cinco jóvenes varones por medio de entrevistas a profundidad de corte biográfico, para comprender cómo se construye la soledad en el interjuego entre la dimensión individuo y sociocultural, así como los impactos y precedentes de este proceso. Se parte de una perspectiva distinta a la del modernismo, es decir, sustentada en la metodología cualitativa y la psicoterapia desde la interdisciplinariedad, que dé lugar a la subjetividad y complejidad: el estudio de caso.

El presente trabajo aspira a mostrar, desde los jóvenes, cómo experimentan, describen y comprenden la soledad, así como dar cuenta de las conductas, las emociones, los pensamientos y las expectativas con relación a ella, bajo una perspectiva comprensiva de sentidos construidos en la intimidad y relación con otros (Anderson, 1999). Para la práctica psicoterapéutica, esta forma de estar, mirar y escuchar lo que los jóvenes tienen que decir, coloca al terapeuta fuera de la autoridad de conocimiento y verdad, muy lejos de ser poseedor de un saber *a priori* basado en teorías, prejuicios y experiencias; ello implica apostarle al reconocimiento de la singularidad y complejidad de cada sujeto que se coloca frente a nosotros, su contexto y sus recursos. La apuesta tam-

bién es un diálogo interdisciplinar que permita romper con etiquetas profesionales y culturales que hasta ahora solo clasifican y etiquetan a las personas, pero no dicen nada acerca de ellas (Anderson, 1999).

En primer lugar en este capítulo, transito por una revisión de la literatura existente respecto al tema de estudio; en segundo, establezco la presentación de cada uno de los jóvenes entrevistados, y acto seguido muestro la manera en que la soledad ha sido conceptualizada por ellos.

Este texto pretende abonar una aproximación subjetiva al campo de la psicoterapia, tanto individual como social, de las vivencias, formas de enfrentar la soledad y significarla, más allá de lo establecido *a priori* por la literatura actual, la que de antemano reconozco que es amplia. Considerar la forma en que cada sujeto se posiciona ante estados y emociones como la soledad, permitiría identificar alternativas en la relación de ayuda.

PRESENTACIÓN DE LOS SUJETOS ENTREVISTADOS

La mayoría de las investigaciones buscan asociaciones y conceptualizaciones desde una posición determinista, lineal y, en algunos casos, hacen comparaciones con poblaciones de distinto contexto social con la intención de buscar explicaciones causales que ayuden a predecir emociones y su intensidad, ante la presencia de pensamientos o comportamientos (Page & Page, 1994; Page et al, 2006; Page et al, 2008; Girgin, 2009). Esta mirada queda debiendo mucho a los jóvenes y adolescentes y, en este sentido, el estudio de su subjetividad tiene un reto enorme. En términos de pertinencia social, su importancia tiene que ver con aportar insumos que ayuden a no dar por hecho que los jóvenes posmodernos no son capaces de la interiorización e intimidad. Entenderlos desde su propia voz, ofrecerá conocimiento fresco y estrategias dirigidas a escucharla.

Estos cinco jóvenes varones abrieron sus historias para mostrar distintas vivencias propias (hasta donde se lo permitieron) y opiniones comunes sobre la soledad (en particular sobre la de otros jóvenes):

uno que todo la vida ha soñado y luchado por ser médico pediatra; otro que considera tener el don para “curar el sufrimiento”; aquel que decidió mostrar de forma abierta su opinión pero no su vivencia; el que decidió exponer sin trabas su dolor y sus ganas de “trascender” a través del mismo, aunque en constantes paradojas; por último, el de mayor edad, quien se considera anarquista y revolucionario aun en la forma de vivir y opinar sobre la soledad.

Carlos

Es originario de Guadalajara, tiene 19 años de edad y practica la religión católica. En la época del estudio había comenzado sus estudios de medicina, lo cual siempre fue, según comentó, el sueño y proyecto más importante de su vida.

Cuando era pequeño fue abandonado por su madre, mayor en edad que su padre, pero su contacto con ella era nulo desde hacía tres años; se quedó a vivir con su padre y su familia. A sus 17 años de edad, su padre, quien era taxista, tuvo un accidente en el que perdió la vida, por lo que quedaron a su cargo su tío y sus abuelos; un año después de la muerte de su padre, su abuelo también falleció. Carlos señalaba que estaba dedicado a estudiar y tenía la intención de participar en los grupos estudiantiles y deportivos de la universidad en que estudiaba.

La soledad de Carlos

Su vivencia: mencionó que la primera experiencia de soledad fue el abandono de su mamá cuando tenía 16 años; otra fue la muerte de su padre, con quien mantenía una relación cercana, y al año de su fallecimiento ocurrió el de su abuelo paterno. Este hecho, por sí mismo y la cercanía con el otro, se volvió determinante para él. Sentir la ausencia de sus padres, principalmente de su papá en eventos importantes, hizo que se sintiera solo. En el momento en que faltó su papá, comenzó a

experimentar por primera vez la soledad, y posteriormente cada vez que lo recordaba.

Sus recursos y estrategias ante la soledad: refirió que tenía facilidad —en apariencia— para construir y mantener relaciones de amistad, por lo que se sentía acompañado. A pesar de sentir la soledad por la muerte de su padre, se daba cuenta de que había “mucha gente a su alrededor” que lo querían y apoyaban; él mismo se percibía acompañado y logró motivarse.

Cuando experimentaba la soledad al acordarse de su padre, Carlos imaginaba cómo sería si aún estuviera con él, qué tan diferente sería su vida y la forma en que su papá lo motivaría y apoyaría; entonces la soledad no lo quebraba sino que le daban más ganas de esforzarse, salir adelante y cumplir la promesa de lograr que se había hecho: estudiar medicina. Ese objetivo lo conocía su papá, por lo que se convirtió en una forma de mantener un lazo. Opinaba que, así como hay tiempo para estar con otros, también lo necesitaba para sí mismo; eso era lo bueno de la soledad, porque así se conocía al hablar con él.

A pesar de que desde pequeño aprendió a vivir la pérdida de gente significativa, su capacidad de construir vínculos sólidos, más allá de la ausencia, le hizo saberse y sentirse acompañado. Esta capacidad de agencia ha concedido a Carlos dar un sentido importante a su vida de pertenencia y perseverancia ante las metas planteadas.

Luis

Al momento de la investigación tenía 18 años de edad y vivía con sus padres en la Ciudad de México, a donde por cuestiones de convivencia religiosa (profesaban el judaísmo) se mudaron.

Recién había concluido la preparatoria abierta; había empezado a trabajar desde los dieciséis años por gusto, por ayudar a la gente, ya que pertenecía a un nivel socioeconómico alto. Su trabajo consistía en dar “consultas de sanación, tarot terapéutico, grupos de meditación y todas esas cosas”, refiere. Comenta que “cada día va marcando su

propio ritmo” y solo practica una actividad a la semana de manera fija y constante, como la equitación.

La soledad de Luis

Su vivencia: desde pequeño vivió la ausencia continua de sus padres debido a sus distintas actividades laborales y sociales, así como a causa del alcoholismo de la madre. Otro elemento que Luis asociaba con la soledad tenía que ver con los constantes cambios de escuela que había sufrido durante su infancia y hasta los 16 años.

Reflexionaba sobre el primer año después de cambiarse de residencia, cuando sintió “mucha soledad muy profunda”, y agregaba que, aunque estaba rodeado de mucha gente, se sentía solo. Sin embargo, marcó una diferencia entre estar solo y en soledad, al aclarar que le gustaba mucho estar solo, “disfrutando de sus espacios y ratitos de poder acostarse y ver tele, o ponerse a escribir o leer”. Luego describió aquella otra soledad como “no tener nada en el mundo”, situación que dice haber experimentado cuando se fue a la Ciudad de México, sobre todo cuando era pequeño.

Sus recursos y estrategias ante la soledad: en particular, indicaba que solía sumergirse en procesos de autorreflexión. Hacía énfasis a sus propios recursos, habilidades, en momentos descritos como “mágicos”, “dones” que había ido desarrollando a favor de los demás y también suyo; esa misión que se había adjudicado de “sanador”.

Platicaba que al principio le “corría a la soledad”, se aislaba o buscaba obtener beneficios por medio de la intimidación y manipulación; que cuando estaba solo o se sentía así buscaba la aprobación de los demás, “algo que todo el mundo hacía”, y decía que lo que realizaba (sanaciones, meditaciones) era una forma de encontrarla.

A su decir, la soledad era antes como un “monstruo”, los “lados oscuros de uno mismo”, así como la tristeza, el enojo, el rencor y la inseguridad. Luis hacía referencia a una frase que escuchó y le ayudó en situaciones de soledad: “Bienaventurados los quebrados porque

dejan pasar la luz”. Reflexionaba sobre cómo la soledad “lleva a lugares muy bonitos, en donde ha entrado luz”, y que a partir de ahí había aprendido a reconocerla y aceptarla; no a superarla, pero sí a incluirla en su ser.

A lo largo de sus reflexiones y proyectos de vida, expresaba una experiencia de soledad que lo había atravesado y marcaba el rumbo a tomar. La importancia de la cercanía y pertenencia a vínculos más auténticos y profundos era su principal apuesta, algo que quería para él y que creía que todos los jóvenes necesitaban como remedio para sus soledades.

David

Originario de Guadalajara, donde residía en aquel momento, David tenía 20 años, vivía con sus padres y hermanos, de los que era el segundo hijo. Pertenecía a un nivel socioeconómico medio bajo, católico, aunque no muy practicante. Sus dos padres trabajaban: su padre era profesionista y su madre, trabajadora doméstica. Para él, su padre antes que nada era un maestro y amigo, y también se consideraba el “brazo derecho” de su madre. El sostenimiento de la familia, señalaba, era responsabilidad de sus padres y él. Terminó la carrera técnica de enfermería y en el momento de la investigación que aquí se reporta, estudiaba derecho.

David empezó a trabajar desde niño por gusto, por la satisfacción de poder comprarse sus cosas, y en ese momento laboraba los fines de semana en un hospital psiquiátrico (clínica de adicciones) y entre semana estudiaba y hacía prácticas de derecho donde su padre trabajaba.

La soledad de David

Su vivencia: David daba cuenta de que nunca había experimentado la soledad; incluso en las situaciones más difíciles, afirmaba que siempre había contado con el apoyo de alguien. Definía esta como el estado en

que una persona se sentía sin el apoyo de nadie, o pensaba y se hacía a la idea de que no le importaba a nadie.

Sus recursos y estrategias ante la soledad: en su discurso mostró cómo su red de relaciones, familia y amigos habían evitado que se sintiera solo, y enfatizaba contar siempre con la presencia de alguien; comentaba que trataba de dedicar alrededor de dos horas para estar solo y reflexionar sobre lo que debía mejorar en su vida.

Parecía que David enmarcaba su experiencia de vida y soledad a la luz de lo observado en su trabajo (clínica de adicciones), donde la situación de muchos jóvenes se manifestaba en extremo, como el caso de la soledad y la forma de enfrentarla. Por lo tanto, ante aquella realidad, parecía minimizar la propia, además de que veía en ella un acto de decisión circunstancial.

Miguel

Era un varón que al momento de la investigación tenía 20 años de edad, y su lugar de nacimiento y residencia era Guadalajara. Miguel comentaba haber vivido demasiados cambios de residencia y otros tantos de escuela. Estudiaba Diseño; respecto a su vida laboral, desde los nueve años había comenzado a trabajar “por pasar el tiempo”, y desde entonces no había dejado de hacerlo.

En cuanto a su familia, tenía dos hermanos menores con los que vivía, además de su madre y la pareja de ella. En general, se concebía como una persona con influencia sobre los demás, alguien en quien era fácil confiar y a quien se le podía platicar lo que fuera, lo cual le fascinaba.

La soledad de Miguel

Su vivencia: comentó que vivió el divorcio de sus padres cuando se encontraba en sexto grado de primaria, y con ello un cambio de relación con su padre, pasando de ser su héroe a un adolescente como

él. Además, indicaba que los distintos cambios de escuela y casa le dificultaban establecer relaciones, ya sea porque no encajaba o no le daba tiempo para hacerlo. El experimentar interacciones negativas, pelear con amigos o con su novia fueron situaciones que lo llevaron a experimentar soledad.

Para Miguel, había una soledad y distintas maneras de enfrentarla; decía que esta podía ser una circunstancia ante la cual había distintos modos de reaccionar: sentir lástima de sí mismo, entristecerse y convertirse en un parásito o suicidarse; sentir coraje y orgullo, echarle la culpa al mundo y la sociedad, y odiar aunque eso no calmara el dolor; o sacar provecho de que el mundo no se acabó y se podían hacer muchas cosas solo.

Miguel daba cuenta de que cuando la soledad realmente lo “quebró” (por el divorcio de sus padres), la enfrentó de todas estas maneras, hasta encontrarse con la indiferencia como su propia manera de hacerlo cuando se rindió y ya no intentó pertenecer ni querer importarle a los demás, ni que los demás le importaran.

Sus recursos y estrategias ante la soledad: argumentaba que había estado evitando la soledad toda su vida, preocupado a menudo por si podía pertenecer a un grupo, “al mundo”. Consideraba que era una “necesidad” estar siempre con alguien y recuerda que desde el comienzo de su adolescencia no había dejado de tener novia, que no se lo había permitido, incluso teniendo más de una a la vez.

De forma paulatina había incorporado como recursos el fútbol, el diseño y el arte, así como la introspección. Su familia: primos, tíos, abuela y hermanos parecían constituir una red sólida para Miguel. Asimismo, tener amigos con los que compartía algunos problemas, entre los que incluía la disfuncionalidad de sus familias, también podía considerarse una red de apoyo mutuo, ya que incluso eran un grupo con identidad propia derivada de sus situaciones familiares. Empezó a enfrentar la soledad de manera distinta cuando decidió pensar que lo único que importaba era que había alguien “más arriba” que creía en él.

Miguel también consideraba que en la soledad podía reflexionar sobre aquello que quería, sobre él, y podía crear; ahí era cuando se le ocurrían las mejores cosas para el fútbol, dibujar y estar con los demás como alguien que sabía escuchar.

Colocó el relato de su vida alrededor de sus experiencias de soledad, pero sobre todo de la presencia de otros que dolorosamente no tuvo de la forma que hubiera querido. Con una profunda capacidad para reflexionar, compartió su dolor, planteado de manera paradójica por la imposibilidad de experimentar un sentido de pertenencia más duradero e incondicional, y el coraje de sentir que para ello tiene que mostrarse como los otros lo quieren ver y no como es.

Fidel

Con 23 años de edad al momento del estudio, era el tercero de cuatro hijos. Su padre trabajaba como docente y participaba en programas de apoyo a jóvenes; su madre también era educadora. Aseguraba que su familia era, por encima de todo, su principal grupo de referencia, a la que acudía en primera instancia cuando tenía un problema y con la que compartía una “gama de valores e ideologías”.

Nació, creció y ha vivido en diferentes ciudades, pero desde hacía cuatro años había decidió hacerlo en Guadalajara con el fin de estudiar ingeniería. Respecto a lo laboral, Fidel señalaba haber trabajado en distintos proyectos de interés social, la mayor parte del tiempo por ayudar que por ganar dinero.

La soledad de Fidel

Su vivencia: señaló distintos momentos en que ha experimentado soledad, pero hizo una distinción entre sus diversos tipos : material (estar físicamente sin la presencia de alguien) y espiritual (sentir que estás solo, sin apoyo ni entendimiento). Narraba haber vivido muchas situaciones de soledad material con cambios de ciudad, viajes en México y

otros países, momentos en que se ha internado en selvas o territorios donde no hay poblados cercanos. La soledad espiritual la experimentó durante un viaje a un país con diferente lengua y costumbres.

Sus recursos y estrategias ante la soledad: platicó que, aunque a veces no tuviera cerca físicamente a alguien, sabía que había un “mon-tón” de gente que lo apoyaba. Expresaba su espiritualidad y creencia en un ser superior, de quien había podido sentirse acompañado aun cuando perceptiblemente hubiera estado más solo.

Fidel comentaba sobre la comunicación y las relaciones con familia y amigos, aun a la distancia, como un fuerte recurso para enfrentar la soledad y no llegar a sentirla; lo mismo sucedía con la comunicación consigo mismo, en sus diálogos internos. Reflexionaba que en aquel momento que había sentido la soledad que quiebra (espiritual), en su estancia en un país lejano, pensaba que no podía hacer nada para no sentirla, y dio cuenta de haber experimentado tristeza, desesperación e impotencia de no haber podido entender ni darse a entender.

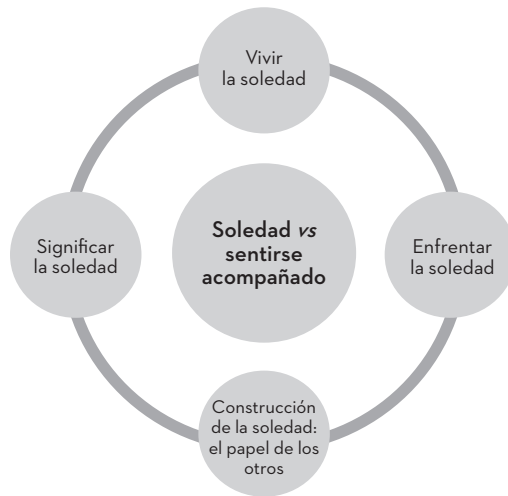
Por otro lado, afirmaba que era difícil encontrar un tiempo para estar solo, por lo que no solía experimentarlo. Sin embargo, indicaba que le gustaba tener momentos de soledad para pensar a profundidad, ya que se distraía con mucha facilidad.

Era un joven que tenía la característica de ser sumamente autorreflexivo y con una capacidad de agencia muy desarrollada. Expresaba que había aprendido a diferenciar la soledad de acuerdo con lo vivido y reconocía que en su vida había habido momentos que superaron lo que podía ser capaz de manejar. Sin embargo, parecía tener recursos importantes, principalmente vinculares, lo cuales tenía muy claros y podía recurrir a ellos cada que una situación lo “rebasaba”.

SOLEDAD VERSUS SENTIRSE ACOMPAÑADO

Este apartado trata sobre la forma en que la soledad ha sido conceptualizada por cada uno de los jóvenes entrevistados. Asimismo, muestra cómo su concepto surgió a partir de sus vivencias, recursos y estrategias

FIGURA 5.1. SOLEDAD VS SENTIRSE ACOMPAÑADO



para enfrentarla, así como la manera en que la ha significado cada uno, singular pero también vincular; es decir, el papel que han tenido o atribuido a otros en la construcción de su soledad y la posición ante ella. Apareció una diferencia entre el estar solo por elección y el sentirse solo por considerarse desvinculado de los demás, más allá de que exista o no presencia perceptible de otros.

El ser humano nace y vive en un mundo de vínculos que lo albergan, cuidan y constituyen, mientras se incorpora como sujeto activo, participante y generador de ellos. Al crecer, el niño va buscando mayor libertad e independencia; hay una separación de la madre (o figura sustitutiva) que se establece en presencia de ella y no en su ausencia (Winnicott, 1981) y va potencializando el camino hacia la individuación; se van cortando vínculos primarios para acceder a otros (Fromm, 1997). Mientras el yo se va fortaleciendo, en el mejor de los casos se genera en armonía una construcción de nuevos vínculos y la capacidad para estar solo; de tal manera que el ser humano es constituido y constituye vincularidad de manera permanente (Cesio, 2000; Fromm, 1997).

Aunque el término soledad es definido por la Real Academia de la Lengua Española (2001) como “Carencia voluntaria o involuntaria de compañía”, lo cierto es que tiene significados y connotaciones distintas de acuerdo con la subjetividad individual y social de quienes la experimentan (González Rey, 2003). Si la soledad se considera como sentimiento, así como la capacidad de estar solo, genera una perspectiva compleja, pluralista, que da cabida a una serie de vivencias narradas por sus propios autores.

Soledad como sentimiento y capacidad para estar solo son las maneras en que retomaré cada experiencia vivida y significada por los cinco jóvenes entrevistados.

CONCEPCIONES ACERCA DE LA SOLEDAD

Marcoen y Goossens (en Cuny, 2001) especifican tres constructos importantes para el estudio de la soledad: la distinción del sentimiento desde la subjetividad y la experiencia, y no desde el hecho de estar realmente solo (sentirse solo vs estar solo); la actitud y la capacidad de estar solo (aversión vs satisfacción), y el aprovechamiento de la soledad (soledad constructiva).

Al hablar de la soledad como sentimiento (*loneliness*),¹ tanto el significado de su apelativo en inglés como en lo descrito por los jóvenes entrevistados, parece haber una implicación cognitiva y afectiva que involucra el hecho o temor a la ruptura de vínculos significativos o la imposibilidad de constituirlos.

En cuanto a la soledad como estado o capacidad para estar solo (*solitude*),² se involucra la voluntad y actitud para afrontar momentos

1. “Tristeza porque uno no tiene amigos ni compañía” (*Sadness because one has no friends or company*). Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://oxforddictionaries.com/definition/english/loneliness?q=loneliness>
2. “El estado o la situación de estar solo” (*The state or situation of being alone*). Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://oxforddictionaries.com/definition/english/loneliness?q=loneliness>

donde —en apariencia— no hay presencia de otros. Incluso, a menudo se manifiesta la suficiencia de sentirse libre y satisfecho en instantes significativos de ausencia física de otros.

Estar en realidad solo, en cambio, implica grosso modo la privación de cualquier contacto físico y emocional, por tanto, una imposibilidad para la vincularidad, lo cual parece una falacia ante la constitución del ser humano como ser social, e incluso una dificultad para siquiera sobrevivir. Esta perspectiva de la soledad no ha sido considerada en el presente trabajo, sin embargo, Miguel, uno de los jóvenes entrevistados, la planteó de una forma un tanto paradójica: un concepto universal, igual que la Real Academia de la Lengua Española (2001), la circunstancia donde hay carencia de compañía. No obstante, estableció una diferencia implícita —y un tanto explícita— en la manera de vivirla (sentir la soledad) y estar frente a ella (capacidad para estar solo); con lo que deposita su autoconcepto y deja la experiencia más allá de la voluntad, como si la situara en acontecimientos que, si bien le tocaron vivir, no queda de otra más que enfrentarlos.

Miguel: Creo que hay una sola soledad, creo que hay muchas maneras de enfrentarla. La soledad... yo creo que la soledad viene de uno mismo, o sea viene de todo esto que te estaba diciendo ahorita, así como que viene de, del autoconcepto así de, de lo que tú pienses; ¿la importancia dónde está? Pues, o sea, ¿dónde está?, donde vales. Entonces... entonces la soledad puede ser una circunstancia, o sea de que realmente estás solo en el mundo, o sea yo creo que como que es bien básico, o sea no es como difícil, soledad es estar solo, soledad es estar solo, es la circunstancia que esta como fuera de tus acciones...

Así como en el caso de Miguel, los jóvenes entrevistados realizan una diferenciación entre sus vivencias y puntos de vista en torno a lo que para ellos es y consiste la soledad. Para algunos, fue útil conceptualizarla en términos de experiencias positivas o negativas para así poder

distinguir los momentos en que fue vivida como un sentimiento “feo o triste”, de aquellas circunstancias en que les ha implicado detectar qué tan capaces son de estar solos, por qué y para qué les ha servido.

Luis: Yo creo que hay una gran diferencia entre *estar solo* y *estar en soledad*, porque a mí de pronto me gusta mucho estar solo, me gustan mis espacios, me gusta mi ratito de poderme acostar y ver la tele probablemente, o ponerme a escribir o a leer; y ese tipo de soledad la disfruto mucho, me gusta, mis espacios. Pero la soledad de así de decir hójole, es que no tengo nada en el mundo, sí, sí la he sentido y... fue, fue sobre todo cuando me vine a México y de niño, fui un niño muy de mucha soledad.

Fidel: [La soledad es] más bien como una cuestión de la presencia física, pero no es una cuestión espiritual. O sea, vamos, hay como... yo distinguiría entre esas dos, como una *soledad espiritual* y una *soledad material*, ¿no? Te digo que difícilmente puedo pensar en un momento en mi vida en que haya experimentado yo una soledad espiritual; muy al contrario, en el momento en el que he estado más solo, que fue en un viaje que estaba haciendo a pie, sin dinero ni nada, y entonces pues me metía en carreteras, este, rurales, donde de veras no pasan coches, no pasa gente, no hay nada y de un pueblo a otro hay sesenta, setenta kilómetros y caminar todo eso, pos nada más estás tú y está la selva. Pero espiritualmente nunca estaba solo, ¿no? Y precisamente en esos momentos si estás metido en la selva y en la niebla, no solamente es este... el asunto de la soledad de otras personas sino también en esos momentos, en que estás así, la presencia, una presencia de algo más grande, la espiritualidad pues, esa es algo que me llena. En ningún momento de ese viaje, que fue el viaje en el que he estado más solo materialmente, me sentí solo espiritualmente. Como, son cosas separadas, entonces para mí la soledad o la soledad que yo he experimentado es una soledad material, ¿no? O sea, de estar alejado de la gente.

Luis y Fidel hacen una categorización del concepto de soledad al involucrar el significado en su vivencia. Por un lado está aquella que implica la voluntad y capacidad para estar a solas, retirarse de los demás o encontrarse en un lugar sin contacto con otros, pero con la conciencia de haber hecho esa elección y la eventualidad de la situación. Es lo que ellos denominan *soledad material*, en el caso de Fidel, y *estar solo*, que menciona Luis.

Esta perspectiva no toca el sentimiento ni da cabida al dolor y sufrimiento de sentirse solos sino que tiene que ver más con el hecho de no existir personas al lado y la intencionalidad del acto; es decir, este tipo de soledad tiene la posibilidad de elegirse, ser conscientemente temporal e incluso tener una finalidad constructiva (Marcoen y Goossens, en Cuny, 2001).

Por otro lado, nos encontramos con otra representación de la soledad: la que Fidel denomina *espiritual*, y Luis, *estar en soledad*. Aquí se vislumbra la soledad como sentimiento, experimentada en lo general como una especie de quiebre emocional donde hay dolor, sufrimiento y angustia por la separación, la sensación de una falta de vínculos significativos o un sostén.

En la tendencia a la individuación, Fromm (2011) explica que al mismo tiempo se genera un temor a la *separatidad*: “La vivencia de la *separatidad* provoca angustia; es por cierto, la fuente de toda angustia. Estar separado significa estar aislado, sin posibilidad alguna para utilizar mis poderes humanos. De ahí que estar separado signifique estar desvalido, ser incapaz de aferrar el mundo —las cosas y las personas— activamente sin que yo pueda reaccionar” (pp. 22 y 23).

Lo que podría liberar al individuo de este temor en el camino hacia la individuación es que desde pequeño aprendiera a gozar de la soledad al lado de otra persona también sola; es decir, de una soledad compartida, sin “retraimiento” ni aislamiento (Winnicott, 1981).

Fromm (1997) señala:

Un individuo puede estar solo en el sentido físico durante muchos años y, sin embargo, estar relacionado con ideas, valores o, por lo menos, normas sociales que le proporcionan un sentimiento de comunión y “pertenencia” [...]

Esta falta de conexión con valores, símbolos o normas, que podríamos llamar soledad moral, es tan intolerable como la soledad física; o, más bien, la soledad física se vuelve intolerable tan sólo si implica también soledad moral. La conexión espiritual con el mundo puede tomar distintas formas; en sus respectivas celdas, el monje que cree en Dios y el prisionero político aislado de todos los demás, pero que se siente unido con sus compañeros de lucha, no están moralmente solos (pp. 39 y 40).

La mayoría de estos jóvenes han experimentado la soledad, por lo que la han podido significar de los modos antes mencionados. Sin embargo, a la hora de conceptualizarla en referencia a lo que se comparte como generación, lo hacen desde una posición más lejana, ajena, y por lo tanto colocan en diferentes lugares esta experiencia en un joven que en un adulto.

Carlos: En realidad le digo, la gente que ya es mayor, que su familia los va dejando, pues este... es diferente porque ellos si tienen la soledad de verdad, porque se van quedando solos y nosotros nos la vamos creando, porque no estamos solos; o sea me explico, nosotros nos vamos creando ese pensamiento y ellos en verdad la tienen. En algunos casos de jóvenes, claro que también la tienen [la soledad], pero muchas veces yo digo que nos la creamos nosotros mismos.

David: Puede ser que sí, yo creo que sí. Sí porque un adulto y un joven completamente piensan diferente; un adulto a lo mejor se siente solo porque tiene a toda su familia grande y a lo mejor nadie

va a visitarlo o porque nadie le hace caso. Este... a lo mejor dice: “Bueno ya tuve a mi familia y nadie ve, ni viene por mí”. Este... a lo mejor un adolescente más que nada se hace a la idea de que según él está solo, siendo que no es así, pero yo creo que sí tienen una manera diferente de conocer la soledad, tanto un adulto mayor como un joven y un adolescente.

Así, la soledad tiene, para casi todos, diferente concepto, origen, significado y aun validez si es experimentada por un adulto —en especial mayor— que por un joven. Parecen otorgar más justificación a la soledad sentida por los adultos que por los jóvenes, la cual incluso parece carecer de legitimidad.

En la misma línea, reitero la diferencia cuando los jóvenes hablan de la soledad desde su vivencia y significado que desde su opinión. Sin embargo, de una u otra manera esta queda “enlazada” con la importancia de los vínculos y lo que proporcionan al individuo para no “sentirse solo”.

Carlos: [...] mi concepto de soledad es ese, como que no tener apoyo de otras personas, y no lo... no estamos solos, pues siempre tenemos apoyo de otras personas.

David: Para mí la soledad, yo la llegaría a identificar como el estado en donde tú realmente te sientes sin el apoyo de ninguna persona; donde tú te das cuenta que a lo mejor que no le importas a nadie, o eso es lo que tú te quieres dar a entender o lo que tú llegas a pensar. Este... en donde... que tú piensas, pues que nadie te está apoyando, nadie te entiende y este... yo creo que es el estado donde tú mismo te haces a la idea de que nadie está a tu lado para darte la mano; para mí eso sería la soledad.

En la soledad como concepto se corre el riesgo de dar una mirada simplista y determinista. En este apartado he mostrado cómo el in-

corporar la vivencia, y desde ahí significar la soledad, da muestras de su complejidad (Munné, 2000; 2005). Aquí tiene lugar la simplicidad, pero al lado de otros aspectos que intervienen en la definición de la soledad, como la historia, e incluso paradójicos como la vincularidad (Najmanovich, 1995; Winnicott, 1981).

LA SOLEDAD: SU VIVENCIA Y SIGNIFICADO

La manera en que estos jóvenes manifestaron haber vivido la soledad, lo que llegó a significar para ellos y las formas en que la enfrentaron, da paso a dos cuestiones importantes: el lugar de la subjetividad tanto individual como social (González Rey, 2003) y de la complejidad para abordarla (Munné, 2000; 2005; Najmanovich, 1995).

Al parecer la soledad, al ser resignificada, se convierte en experiencia significativa en sus vidas. Tal como la vincularidad, esta es constituida y constituyente de estos sujetos.

Miguel: La soledad a mí me ha servido como un arma para ahorita enfrentar la vida porque... porque las cosas que he hecho mejor han sido gracias a los ratos de soledad que he tenido, a mucho dolor a veces que he tenido por estar solo, a la necesidad de querer estar con alguien más y no poder hacerlo o no atreverme a hacerlo este [...] Yo siento que de la soledad viene un cierto dolor, entonces viene una necesidad de querer como... de querer como salirte de ahí, de no sentir dolor, entonces eso lo, digo, yo lo escondí como, como con esta introspección, mi introspección fue conocerme a mí mismo y en seguida yo creo que... primero para poder, para poder entrar pues a proyectos e ideas nuevas para externamente... ocupas primero conocer qué es lo que quieres. Yo no te digo que yo sé lo que quiero, pero... pero me acerca mucho a muchas ideas así... que me gustan mucho y creo que siento que me pertenecen entonces... entonces. La soledad ha sido como de las armas más grandes mi vida.

Como un arma de la que habla Miguel, con la ambivalencia de ser destructora y herramienta de sobrevivencia, y cuyo manejo y trascendencia implica fortaleza, como señala Carlos:

Carlos: Mmmm, no me quiebra, o sea me da sentimiento mas no, porque con... en cuanto pasó eso, yo luego dije, bueno, mmm tengo que ponerme las pilas totalmente para salir adelante por mí mismo; entonces como que no me quebró, al contrario, me dio más ganas de salir adelante, la verdad. Pues no, no me quebró, hablando directamente no me quebró, me dio más fuerza para seguir adelante, porque como le digo, yo siempre le había dicho a mi papá que yo quería estudiar medicina, entonces fue como una promesa que me hice. Un objetivo más allá de salir para... para... Porque yo le había dicho a mi papá pues eso. Entonces como le digo, no me quebró, me sentí más fuerte.

Entrevistadora: Te dio más fuerza para salir adelante y lograrlo.

Carlos: Voluntad y valor. Ándele, la voluntad y valor fue lo que, mmju.

Entrevistadora: Entonces, ¿tú crees que sabes enfrentar la soledad?

Carlos: Mmm, la verdad sí, o sea sí. Porque, o sea me da sentimiento, pero no me hundo, ¿me explico? O sea, saco, trato de sacar ventaja de lo mismo. ¿Me explico? O sea, ¿cómo le digo? Yo lo apliqué en vez de hundirme en esa situación, saqué lo que yo consideraba tenía que hacer.

Esto puede encontrar también evidencia en lo dicho por Luis:

En un principio también era, como que a la soledad se le corre no, como que es un monstruo; no monstruo, son como lados oscuros de nosotros mismos, como la tristeza, el enojo, la soledad, el rencor. La inseguridad es como lados oscuros, pero alguna vez escuché una frase muy bonita que dice: “Bienaventurados los quebrados por que dejan pasar la luz”; entonces, pues como que esta soledad nos lleva

a lugares muy bonitos, en donde ha entrado luz y aprendiendo a reconocer esta soledad y aceptarla; es como la he logrado, pues no superar, pero incluir en mi ser.

La soledad implica para todos ellos un aprendizaje. Entonces, más que evitarla, coincidieron en que la han incorporado a sus vidas de manera útil y práctica, al convertirla en un referente importante y cotidiano para enfrentar situaciones.

Fidel: Al principio era como, este... mucho más intenso y mucho más depresivo y ya; como después de que estaba mucho más contento y que me acostumbré como a cortar relaciones y lazos con gente que conoces... este y que puede ser así como superpalo, superchido estar con él (cualquier persona que fuera conociendo) dos semanas, y sabes que tú te vas en tres semanas, ¿no? Y te entregas por completo a la relación con él y sabes que dices adiós y dices adiós de por vida, ¿no? “Está en India, cuándo voy a volver a ir a India”, ¿no? Y al principio pues era difícil eso y luego cuando te acostumbras, entonces el asunto de la soledad y el asunto de platicar conmigo mismo se vuelve un poquito como un juego, como un este... es un poquito como coquetear con este asunto de la múltiple personalidad, pero como mucho menos en serio, como mucho menos depresivo.

Entrevistadora: Como algo más práctico...

Fidel: Sí, sí, algo más lúdico y menos funcional, más poético y menos funcional. Yo creo que esa es en la única circunstancia en la que me he sentido así solo, y yo creo que a raíz de esa circunstancia también me ha ayudado a no sentirme solo. Por ejemplo, de que llegué aquí en Guadalajara, pues no conocía prácticamente a nadie y nunca me sentí solo.

Entrevistadora: ¿Y qué crees que hizo la diferencia?

Fidel: ¿De estar acá?

Entrevistadora: Bueno, además del idioma, además de todo eso.

Fidel: Bueno sí, por un lado, el idioma y la cultura, ¿no? Qué bueno pues eso es un común, pero sobre todo pues la experiencia que ya había tenido y la capacidad que desarrollé también de saber que no, de saber este... cómo cortar lazos sin sentirme mal por eso, cómo disfrutar lo que ya viví y no sufrir por lo que no estoy viviendo ¿no? Yo creo que eso, y también en parte pues el asunto de que yo estaba en León y estaba estudiando algo que no me estaba gustando y estar acá, pos, era diferente, ¿no?, algo nuevo; todo el tiempo es como recuperar un poquito la visión del niño, donde hay cosas nuevas y todo te maravilla y todo es brillante y todo es diferente. Como eso, o sea, dejar cosas que conoces, puede ser como triste o problemático o te puede hacer sentir solo porque estás donde no conoces, pero también estás conociendo cosas, ¿no? Y entonces eso es importante, como las experiencias de mayor crecimiento personal que he tenido han sido por eso, por ir más allá de las fronteras que conozco, ¿no? Meterme a asuntos que no conozco, que no conozco por completo.

El poder enfrentar situaciones de soledad de manera cotidiana en sus vidas, no quiere decir que el dolor desaparece, pero da cuenta de que lo manejan y canalizan (o subliman) hacia otras formas menos destructivas y tal vez más creativas de llevarlo. Miguel hizo alusión a la creatividad que desarrolló en distintos terrenos de su vida: para jugar fútbol, con las jugadas más novedosas, así como para dibujar y diseñar personajes, que es la pasión que también ha orientado su desempeño profesional, y ha devenido un potencial para escuchar y entender a otros.

Carlos comparte su experiencia por medio de un objetivo de vida forjado junto con su padre y vuelto realidad: estudiar medicina.

Entrevistadora: ¿Y qué haces cuando te sientes solo?

Carlos: Mmm, pues ahorita mi terapia es el mismo estudio, o sea me refugio ahí mismo, o sea me meto en eso para que se me olvide lo que estaba pensando y ya.

Entrevistadora: ¿Y qué piensas en esos momentos cuando te sientes solo?

Carlos: Pues de cómo sería si mi papá todavía estuviera conmigo, o sea, ¿qué tan diferente sería?, porque yo sé que él me estaría diciendo más cosas, como “échale más ganas”, o me estaría alentando más pues, por eso es por lo mismo que me siento solo, o sea sé que él me estaría dando apoyo, más del que tengo pues, o sea él me estuviera diciendo cosas.

LA ATRIBUCIÓN DE OTROS (SIGNIFICATIVOS) FRENTE A LA PROPIA SOLEDAD

He marcado hasta ahora el papel de los vínculos significativos y en general de la constitución del ser humano como ser social en la capacidad para estar solo, en el sentimiento de soledad, pero también en la necesidad de supervivencia. La relación con los otros, de una u otra manera, así como el sentido de pertenencia, son aspectos que intervienen incluso en la construcción de la propia individualidad. Hay una búsqueda de nuevos vínculos que, aunque no son idénticos a los primarios que fueron cortados en el proceso de crecimiento (en el mejor de los casos), permiten que el individuo se conecte al mundo sin privarlo de su individualidad (Fromm, 1997).

De esta manera, la subjetividad es singular y emergente de la vincularidad. La conexión entre sujeto y sociedad es dinámica y compleja, y se configuran mutuamente sin postulados *a priori*. Najmanovich (1995) aduce: “El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad” (p.22). Por lo tanto, desde esa visión compleja es más justificable que sea tratada. Y como Cesio (2000) postula: “El ser humano nace y vive en un mundo de vínculos. La soledad implica al estado mental individual o compartido de estar ligado en un vínculo impregnado de malestar” (p.3). La soledad se deriva del hecho de asumirse solo y en ausencia de vínculos significativos, no propiamente perceptibles, pero sí lo suficientemente interiorizados para sentirles aun cuan-

do no estén presentes. Al respecto, Luis menciona: “Pues cuando llegué a México hubo un año de mucha... mucha soledad muy profunda. Y muchas veces no, aunque este rodeado de gente, pues me siento solo”.

El sujeto no puede estar al margen de los otros sin verse perjudicado. Las relaciones y los vínculos que establece pueden marcarle una persecución constante de lo que tiene que ser, o un refugio donde sea lo que quiera ser. Esta perspectiva es retomada y ensalzada por los jóvenes entrevistados.

Miguel: [...] yo he durado los últimos... a ver, primero de secundaria, ¿cuántos son?, son dos años, cinco, como siete años, puede ser un poco más, como ocho años con novia, o sea con diferentes novias; pero no he durado así ni un día solo, puede ser eso. Hubo un punto en el que mi adolescencia y rebeldía así, andaba con más de una persona a la vez. Me paso muchas veces entonces como fue, luego... no es que me haya arrepentido, pero ya lo dejé de hacer, o sea ya me di cuenta que no está así como bien entonces... entonces dije, pero ¿por qué tanta necesidad? O sea, porque si me, yo me puse a pensar que si me hubiera dado la oportunidad de... de estar solo un rato hubiera aclarado mis ideas antes y haberme esperado hasta que tuviera diecinueve años o veinte o algo así. Y porque todo el tiempo me la pasaba como buscando, estar como viendo el otro que pensaba de mí y... la otra no sé, mi novia actual qué pensaba de mí, no sé si esté haciendo las cosas bien, o sea sentirme que pertenecía pues con ella o a este mundo siquiera pues así con, entonces... y así se me hizo como identidad de hecho me hice como fama en la prepa y así cuando ni siquiera... antes me daba como orgullo no, de que esté con muchas y así luego fue que, luego, uuuy, ya no o sea como ya me dio como, como vergüenza.

En este apartado se presenta desde dos horizontes el sentido de pertenencia y la vincularidad en relación con la soledad: el de la reafirma-

ción (aprobación o condena) del sí mismo y del encuentro con otros (autoafirmación y conjugación).

Miguel: La soledad en muchas épocas de mi vida, por ejemplo, cuando estaba chico, yo la veía como... como el rechazo, como... porque lo interpretaba como si no valiera, como si no... como mi autoconcepto por los suelos, se puede decir. Lo que los demás pensaban de mí era lo que importaba y obviamente si nadie estaba contigo, pues era porque no importabas, no valía siquiera tu existencia porque los demás no podían ver eso, y quién es el mejor juez del mundo: pues los demás.

Lo dicho por Miguel tiene sentido bajo lo estipulado por Winnicott (1981), quien señala que el niño al aprender a estar solo (en presencia de otra persona) será capaz de descubrir su propia vida personal; de lo contrario, esta quedará edificada de acuerdo con las reacciones producidas por estímulos externos, es decir, por el juicio y la opinión de otros hacia sí mismo.

La presencia de otros es manejada por algunos por el alcance que han tenido en sus vidas. Para Miguel, por ejemplo, su vida parecía estar girando y teniendo significado a partir de los otros, pero en una lucha constante por no permitir que lo “afecten”. Es notable cómo en el mismo relato puede ser capaz de concebirse al margen de los otros, pero otorgar un poder a los mismos sobre su propio valor como persona; o señalar la indiferencia ante el rechazo de los otros y al mismo tiempo el dolor de vivirlo.

Miguel: [...] yo me he sentido solo sí, pero... pero más bien yo creo que yo la agarré de otra manera totalmente diferente [...] que puede ser la indiferencia, pues. O sea, porque si lo intentaba... estar con, o sea pertenecer. Porque no era coraje, no era tristeza, o sea, pero tampoco era como... había un punto en el que me rendí y estaba en ese punto. O sea, en el punto en el que me rendí, no tenía coraje con

el mundo, no tenía tanta tristeza como para dejarme vencer y ya, pero fue un punto en el que, en el que empecé a... no importarme la gente, o sea, a decir pues bueno, si no les importo yo, tampoco me importan ellos.

La sumisión, indica Fromm (1997), origina inseguridad, hostilidad y rebeldía, dirigidas muchas veces a las personas con las que se establecen vínculos significativos; puede ser una forma de evitar la soledad y angustia; significa una lucha sostenida entre la valoración de la voz de los otros contra la valoración de sí mismo y su postura.

Luis, por su parte, platica de forma abierta sobre su búsqueda de aprobación a partir de lo que hace por otros:

Luis: Bueno, yo me he dado cuenta de que muchas veces cuando... cuando está uno solo, busca mucho la aprobación de los demás, ¿no?; y de una u otra forma encontré esa aprobación haciendo lo que hago, ¿no?

Entrevistador: ¿En ti mismo?

Luis: Esta aprobación no nada más es en mí mismo, también en los demás.

Tanto Luis como Miguel tienen un concepto de las relaciones actuales como una forma de reafirmar lo que es el sujeto, pero considerando que la manera en la cual se suelen establecer esos vínculos es superficial y depende del criterio de los otros, motivado por el temor a estar solos. Es como si el sujeto fuera capaz de presentarse ante los demás como los demás lo quieren ver y no como el propio sujeto es, para así encontrar su valor como persona. Es el riesgo de poner la propia valía en manos de otro, otros, sostenida en la promesa “de no estar solos”.

Miguel: ¿Cómo funcionan las relaciones ahorita? O sea, las relaciones principalmente este... maritales, de novios así, así funcionan,

o sea funcionan desde esta manera de no querer estar solos, o sea de... depender de que una persona te esté diciendo que vales algo...

Luis: Mira, yo creo que estamos viviendo en un mundo como muy superficial, de pronto en el que puedes estar rodeado de gente, en el que puedes estar rodeado de amigos, en el que puedes estar rodeado de familia, pero todo mundo queriendo ser algo más de lo que es, ¿no? Y yo creo que ahí es donde encuentras la soledad, ¿no? [...] Yo creo que la soledad es como que, todo mundo aparenta, todo mundo finge, todo mundo está viviendo como muy superficialmente, como muy con máscaras, con capas, y ahí es donde te sientes solo, ¿no? En donde no puedes ser tú con el otro, pero que en tu personaje está, tu personaje tiene a alguien, pero muchas veces no, huimos de nosotros mismos, ¿no?; es como “me da miedo enseñarte quién soy porque puede que no te guste y es lo único que tengo”. Y cuando realmente te muestras como eres, te das cuenta pues de que la gente te recibe mejor y sobre todo estás más tranquilo, y yo creo que es lo que falta hoy por hoy, gente que se atreva, gente que... que vaya un poquito más allá de las apariencias, para conectarse desde... desde el uno con el otro, desde la muralla con la muralla.

Conectarse de una manera más auténtica parecía ser la aspiración de Luis y Miguel, no solo para sí mismos sino también como una propuesta para los jóvenes en general; de manera que se pudieran establecer vínculos significativos que llevaran a la autoafirmación y un sentido de pertenencia con mayor capacidad de agencia, entendida esta como el entendimiento del sujeto como alguien que es actor y autor de su vida, como quien es proyecto social en sí mismo (Gómez, 2012).

La soledad puede tener una variedad de aproximaciones e intentos por ser definida. La experiencia e incorporación de significados alrededor de ella son los que le otorgan el carácter de experiencia subjetiva y compleja, lo que trasciende las fronteras de una estricta definición.

En sus relatos, todos los jóvenes mantuvieron la consideración de la soledad como el no *sentirse acompañado*; más que un estado meramente singular, implica la conciencia de vincularidad para su explicación.

No es el hecho de no estar acompañado lo que marca la importancia de los vínculos significativos sino la certeza de que aun en la ausencia perceptible hay presencia de otro que es capaz de acompañar desde donde esté.

CONCLUSIONES

Los jóvenes no viven ajenos ni aislados de las condiciones actuales de su contexto familiar, social y cultural, y así lo fundamentan los hallazgos producto de la presente investigación, que se retoman de lo narrado por estos cinco jóvenes. Colocan sus vivencias como si fueran tatuajes, forjadoras de lo que han llegado a hacer y ser hasta ahora. La soledad, como una de ellas, no ha pasado por sus vidas sin dejar rastro, así lo descubren en ellos mismos y son capaces de atribuirlo a toda su generación.

Haber contado con los recursos para sentirse plenamente acompañados o solos fraguó en ellos la capacidad para considerar que la relación con los otros tiene un peso importante, y ante ello han decidido poner distintos remedios. El asunto es que la superficialidad y fragmentación de los vínculos no es una posición que hayan decidido adoptar. Romper vínculos con el reconocimiento del dolor y la esperanza de siempre poder constituir nuevos de forma cada vez más auténtica, parece ser al mismo tiempo aprendizaje y expectativa; lo mismo que aprender a aligerarse el camino cuando sea necesario, al reconocer que algunos encuentros y desencuentros no constituyen una realidad permanente.

Ellos consideraron que nunca existen las suficientes razones objetivables para justificar su sentimiento de soledad, pero a la luz de la complejidad de su subjetividad fueron capaces de reconocerse vulnerables ante la idea de no ser parte de nada o importantes para alguien. Lo cierto es que para estos jóvenes la soledad va más allá de no tener

personas a su lado: implica no saberse ni sentirse acompañados, no poder mantener un lazo sólido con alguien o algo que les signifique pertenencia, o sentirse plenamente reconocidos y acogidos.

Es cierto que el vínculo primario tiene una participación importante en la constitución de la capacidad para estar solo, pero en lo manifestado por los jóvenes, y apoyado en la literatura, a lo largo de sus vidas viven con la necesidad y el acto de consolidar y constituir nuevos vínculos que les permitan amortiguar sufrimientos, identificarse en ellos o trascenderlos.

La soledad no está desligada de los otros en su vivencia, significación, enfrentamiento y conceptualización. No es un proceso meramente individual ni siquiera en la otorgación de un significado. Los otros siempre tienen un rol que fungir, inclusive en su ausencia. La experiencia es compleja y subjetiva, propia, pero a la vez de los otros, y se construye en comparación con estos.

REFERENCIAS

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ávila, H. & Cruz, T. (2006). Juventudes en la posmodernidad mexicana. *JOVENES*, cuarta época, (24).
- Bauman, Z. (1992). *Libertad*. Madrid: Alianza.
- Bauman, Z. & Tester, K. (2002). *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bauman, Z. (2005a). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Barcelona: FCE de España.
- Bauman, Z. (2005b). *Identidad*. Buenos Aires: Losada.
- Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. *Psicoanálisis*, 23(1), 9-21.
- Borges, A., Prieto, P., Ricchetti, G., Hernández-Jorge, C. & Rodríguez-Naveiras, E. (2008). Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. *Psicothema*, 20(4), 924-927.

- Carvajal-Carrascal, G. & Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. En *Aquichan*, 9(3).
- Cesio, S. (2000). Acerca del psicoanálisis de las configuraciones vinculares. *Revista Internacional de Psicología*, 1(2), 1-9.
- Cuny, J. (2001). Actitud y sentimiento de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de Lima. *Persona*, (4), 111-128.
- Fromm, E. (1997). *El miedo a la libertad*. México: Paidós Mexicana.
- Fromm, E. (2011). *El arte de amar*. México: Paidós Mexicana.
- Girgin, G. (2009). Evaluation of the factors affecting loneliness and hopelessness among university students in Turkey. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(6), 811-818.
- Gómez, N. (2012). El diálogo como vehículo de agencia. En R. Acosta (Coord.), *El diálogo como objeto de estudio. Aproximaciones a un proceso cotidiano y a su calidad*. Guadalajara: ITESO.
- González Rey, F. (2003). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórica cultural. Familias de bajos ingresos de Guadalajara*. México: Ediciones Paraninfo.
- Junghyun, K., LaRose, R. & Wei, P. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic Internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. *CyberPsychology & Behavior*, 12(4), 451-455.
- Lamoureré, O. (1988). *Los que vivimos solos: la soledad ya no es lo que era*. Barcelona: Paidós.
- Li-Jane, Ch. & Shi-Kai, Ch. (2007). Loneliness, social connectedness, and family income among undergraduate females and males in Taiwan. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 35(10), 1353-1364.
- Mahon, N. & Yarcheski, T. (1997). Loneliness and health-related variables in young adults. *Perceptual & Motor Skills*, 85(3), 800-802.
- Margalit, M. (1998). Oneliness and coherence among Preschool Children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 173-180.

- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S. & Musitu, G. (2009). Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital. *Psicothema*, 21(4), 537-542.
- Moustakas, C. (1962). *Amor y terror en soledad*. Madrid: Morata.
- Munné, F. (2000). El *self* paradójico: la identidad como sustrato del *self*. En D. Caballero, M.T. Méndez & J. Pastor (Eds.), *La mirada psicosociológica: grupos, procesos, lenguajes y culturas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Munné, F. (2005). ¿Qué es la complejidad? En F. Munné (Coord.), *Encuentros de psicología social y de las organizaciones*. Málaga: Aljibe.
- Najmanovich, D. (1995). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En E. Dabas & D. Najmanovich, *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Oxford University Press (2013). *Oxford Dictionaries Pro*. Recuperado el 2 de mayo de 2013, de <http://oxforddictionaries.com/>
- Page, R., Yanagishita, J., Suwanteerangkul, J., Zarco, E., Mei-Lee, C. & Miao, N.F. (2006). Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of taiwanese, philippine and thai adolescents. *School Psychology International*, 27(5), 583-598.
- Page, R. & Page, T. (1994). La soledad adolescente vinculada a la aptitud física y el sedentarismo. *Wellness Perspectives*, 10(3).
- Page, R., Zarco, E., Ihasz, F., Suwanteerangkul, J., Uvacsek, M., Mei-Lee, Ch., Mei-Lee, N.F., Šimonek, J., Klárová, R., Hantiu, I. & Kalabiska, I. (2008). Cigarette smoking and indicators of psychosocial distress in southeast asian and central-eastern european adolescents. *Journal of Drug Education*, 38(4), 307-328.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22a ed.). Recuperado el 2 de mayo de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/>
- Rokach, A. (2009). ¿Cómo las personas con trastornos psicológicos hacen frente a la soledad? *Psychology Journal*, 6(4).
- Rollo, M. (1974). *El hombre en busca de sí mismo*. Buenos Aires: Central.

- Schachner, D., Shaver, P. & Gillath, O. (2008). Attachment style and long-term singlehood. *Personal Relationships*, 15(4), 479-491.
- Shaughnessy, K. (2008). Soledad en los niños. *Journal of Jewish Communal Service*, 83(2-3), 194-200.
- Tapia, M.L., Fiorentino, M.T. & Correché, M.S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 163-172.
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.
- Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 8(1), 103-116.

Lo interdisciplinar en el análisis de un caso único: entre el doble-vínculo y la teoría psicoanalítica del lenguaje

TRICIA RIVERO BORRELL ZERMEÑO

*Todo sirve para algo,
aunque nada sirva para todo.*

MAFALDA, QUINO.

El establecimiento de una base segura en la infancia,¹ que impulse el desarrollo de un individuo hacia un estado de autonomía, confianza y seguridad en sí mismo en la vida adulta, parece ser una herramienta eficaz. Esta base suele ser proporcionada por alguna figura significativa —por lo general la madre— con la cual el niño interactúa de manera cotidiana y cuya asistencia le sea indispensable para sobrevivir en sus primeros años de vida. Pero esta ayuda va más allá de la atención de las necesidades básicas, ya que con ella construye un vínculo emocional como un circuito que crea pautas de interacción y estilos de comunicación mutuos; esto es, una relación bidireccional entre un sujeto y un objeto, que a su vez devendrá en sujeto.

El vínculo es, por un lado, condición de sobrevivencia orgánica y emocional y, por otro, desde una visión psicoanalítica tiene otra

1. John Bowlby afirma que “la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente” (2010, p.13).

función: junto con otras instancias psíquicas (yo, ello y superyó) es productor de subjetividad; es decir, lo propio del sujeto singular que se “construye a partir de la trama intersubjetiva y las experiencias infantiles tempranas [e] implica un arreglo singular de la pulsión, de la fantasía, de la relación de objeto y del discurso del otro, en la realidad psíquica del sujeto” (Pachuk & Friedler, 1998).

Entonces, ¿qué consecuencias trae para el desarrollo de un individuo el establecimiento de un vínculo ineficaz con un otro significativo? ¿Cuáles son las vivencias que se desprenden de este vínculo y cómo son relatadas por el individuo? ¿Qué subjetividad se construye?

La coincidencia en la localización de algunos padecimientos psíquicos en un periodo temprano de la vida del ser humano lleva a plantearnos la posibilidad de entablar un diálogo entre diferentes orientaciones psicoterapéuticas con el fin de otorgar una compilación que agregue a la comprensión de dichas afecciones.

NOCIÓN DE VÍNCULO

En el campo de la psicología, el término fue introducido por Pichon-Rivière (1985), quien lo describe como la relación particular que se establece cuando un sujeto se conecta o relaciona con otro, de la cual deriva un patrón de conducta más o menos fijo, que tiende a repetirse de forma automática tanto en la relación interna (intrasubjetiva) como externa (intersubjetiva) con el objeto (p.22).

Asimismo, Chemama y Vandermesch (2004) definen “relación de objeto” como aquella del sujeto con su entorno, paralela al desarrollo pulsional (p.589). La Planche y Pontalis (1977), por su parte, designan este término como el modo de relación del sujeto con su mundo, resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y tipos de defensa predominantes (p.374).

La relación de objeto, según Pichon-Rivière (1985, pp. 35-36), es la estructura interna del vínculo que funciona de una determinada

manera y forma dinámica, ya sea movida por factores instintivos o motivaciones psicológicas. El vínculo, por su parte, es una relación particular con un objeto de la que resultan ciertas conductas más o menos fijas que crean una pauta de comportamiento que se repite tanto en la relación interna como externa con el objeto; es una organización inconsciente constituida por un yo y un otro, así como un conector o ligadura: remite a lo intersubjetivo y se diferencia de la relación de objeto que es intrasubjetiva.

Para Bion (1988), el vínculo es ante todo una experiencia en que dos sujetos (vínculo interpersonal) o partes de una subjetividad (vínculo intrapsíquico entre distintas representaciones, entre pulsión y representación o entre pensamiento y afecto) están relacionados con la presencia de emociones básicas. La investidura libidinal entre la madre y el lactante sería la base de todo vínculo, ya que se afectan mutuamente.

Berenstein (2001a) afirma que el vínculo es un sentimiento de pertenencia que se sostiene en una serie de estipulaciones inconscientes, tales como acuerdos y pactos que contienen una cualidad afectiva y rigen las características del intercambio entre los sujetos. Así, “la significación del sujeto está fuertemente ligada a la alteridad del otro como marca que lo instituye y lo altera” (p.94).

Para René Kaës (2000), “el vínculo es un asunto con el otro. Esos otros no son solamente figuraciones o representaciones de pulsiones, de objetos parciales, representaciones de cosas o palabras, del sujeto mismo; los otros son irreductibles a lo que ellos representan para otro” (p.87). Define este como la realidad psíquica inconsciente específica construida por el encuentro de dos o más sujetos.

Por su parte, David Maldavsky (1991) entiende este concepto como “una trama compleja, producto de transacciones entre deseos, ideales y juicios, es decir, como una formación promovida por el empuje pulsional y desiderativo y acotada por las tradiciones, las exigencias contextuales y las restricciones de cada integrante” (p.15). Por ejemplo, en el vínculo entre padres e hijos, “aquello no confesado por los padres,

aparece en los hijos como un saber inconsciente que puede quedar reprimido, de lo cual derivan síntomas, o puede quedar trasmudado en actos que [...] constituyen una denuncia inconsciente de aquel secreto que han captado y cuyo yo, sin embargo, ignora” (p.17).

Tal como plantea Piera Aulagnier (1975): “De los acontecimientos que signaron ese período, solo la madre o sus sustitutos tienen la memoria; el sujeto, por su parte, puede conservar de ellos cicatrices, heridas que padecerá no obstante ignorar en qué tiempo, en qué lugar, por qué razones ha sido herido” (p.34).

La mayoría de las diferentes visiones del quehacer psicoterapéutico coinciden al poner el dedo sobre el renglón en el vínculo madre-hijo. Desde el psicoanálisis, por ejemplo, Freud (1923) sostiene que el nacimiento de la vida psíquica del ser humano —esto es, la apertura al mundo simbólico a partir de la transformación de los nexos voluptuosos en tiernos— surge no solo del cuidado y la atención básica de las necesidades biológicas sino que, además, del despertar y la tramitación de los nexos tiernos de la madre. Así, la inmadurez afectiva de ella juega un papel determinante en el impedimento de la transformación de los nexos voluptuosos en tiernos que, a su vez, darán paso a la investidura del mundo sensorial, es decir, a la significatividad.

En resumen, las explicaciones psicológicas y psicoanalíticas han destacado la importancia de lo vincular en la crianza de los niños, en la medida en que pueden alcanzar su pleno desarrollo emocional y les proporciona un modelo de comportamiento. Toda falla en el proceso traerá consecuencias negativas al sujeto.

VÍNCULOS PATOLÓGICOS

Si los patrones regulatorios internos y las expectativas derivadas de la historia de interacciones entre un cuidador y un bebé forman las bases para la interpretación y la expresión emocional y conductual del niño, las relaciones distorsionadas de apego temprano estarán ligadas con la psicopatología en el transcurso de la niñez, adolescencia y vida adulta.

Estas relaciones operan como marcadores del comienzo de un proceso patológico, un factor de riesgo para psicopatologías posteriores en el contexto de un complejo modelo de interacción entre variables biológicas y ambientales (Carlson, 1998).

Como hemos mencionado, la figura más determinante en la génesis del psiquismo del individuo es la madre; después aparecerán muchas otras influencias (el padre, otros parientes, la escuela, la sociedad, la pareja, la salud, el trabajo, etc), pero las capas más hondas de la personalidad, la actitud ante la vida, el modo de afrontar los éxitos y fracasos, dependen del tipo de relación que existió en la infancia con ella. Este vínculo no solo debió ser sano sino también transitorio. Es decir, así como hay un destete físico, también debe de haber, más adelante, uno psíquico de la madre; tras la adolescencia, este debería quedar completado. La madre no solo debe permitirlo sino promoverlo de manera activa, pese a todas las posibles resistencias del hijo (Cano, 2014).

Käes (1996) categoriza los vínculos de dos maneras. Por una parte, habla de aquellos indiferenciados que frenan los procesos de simbolización y trasmisión, lo que bloquea la autonomía del sujeto. Estos encierran al otro en relaciones objetales que los encadenan por medio de proyecciones e introyecciones conscientes e inconscientes. Un vínculo diferenciado, por el contrario, liga al sujeto y al otro, teniendo en cuenta las diferencias de opinión que pueden introducir la conflictualidad y, por tanto, la subjetividad.

Asimismo, Bowlby (1983; 1985; 1986) supuso que la receptividad de la madre (o del cuidador) era tan crucial como determinante para la seguridad del apego. Llamó “sensitividad” a la capacidad de ella de leer, comprender y dar respuesta a los signos no verbales del lactante (estados emocionales, necesidades, etc); e “insensitividad” a la pobreza en las respuestas de ella adaptadas en relación con el lactante.

Según Spitz, Bekei y Winnicott (en Repetur y Quezada, 2005), las enfermedades psicotóxicas son los síndromes resultantes de la deformación de la relación objetal durante el primer año de vida del niño.

Esto se debe al comportamiento patológico de la madre, que deforma su relación con el hijo y actúa en forma de toxina psíquica.

Esta desviación de la conducta materna es una forma de rechazo al niño. Spitz (en Repetur y Quezada, 2005) describe diferentes conductas maternas que encubren el rechazo subyacente y clasifica los trastornos del niño según su respuesta a la actitud manifiesta de ella; sea cual fuere esta, el niño percibe el afecto subyacente, ya que mientras su percepción de la realidad externa es débil, su inconsciente está en contacto directo con el de la madre desde el principio.

Así, la ineficacia en el establecimiento de un vínculo seguro durante la infancia da lugar a variados padecimientos que afectan el desarrollo psicosexual del individuo; y el relato que elabora el individuo acerca de su vivencia² afecta y determina en muchos casos su esquema de referencias acerca de sí mismo y su entorno, y le obliga a colocarse en una posición que le impele responder quién es y en relación con qué.

En este trabajo desarrollamos dos propuestas de vinculación patológica: la primera, *la teoría del doble vínculo*, investigada por Gregory Bateson (1985); la segunda, *los vínculos tóxicos y traumáticos*, estudiados por David Maldavsky (1996). Nuestra intención es dejar ver las relaciones teóricas entre estos dos autores con respecto de la formación de los vínculos patológicos.

EL DOBLE VÍNCULO

Este término fue desarrollado por primera vez por Gregory Bateson y colaboradores en 1956, como una hipótesis explicativa del fenómeno interaccional que se observa en la comunicación esquizofrénica. El doble vínculo hace referencia a la confusión que acarrea a una persona tener que vérselas con la dificultad de discriminar entre dos mensajes

2. Pichon-Rivière (2000) define la vivencia como “la experiencia vivida, inferida por la conducta exterior y comunicada por el sujeto” (p.62).

contradictorios entre sí y la imposibilidad de comunicar acerca de tal contradicción; de lo que se deriva que los dobles vínculos no son tan solo instrucciones contradictorias sino verdaderas paradojas, de tal forma que “una persona, haga lo que haga, <no puede ganar>” (Bateson, 1985, p.231).

Desde la perspectiva sistémica, el ser humano intercambia, a partir de su nacimiento, información con el mundo que lo rodea, y organiza sus percepciones de acuerdo con la información que recibe; no solo acerca de cómo ve el mundo y a sí mismo sino que también solicita información de cómo es visto por el otro. De esta manera, va construyendo pautas, patrones o formas de conducirse con cada quien. Gregory Bateson (1985) plantea que estas pautas se aprenden, y el aprendizaje se va organizando en grados de mayor complejidad.

Cuando en un intercambio de información se produce una comunicación defectuosa que sume al receptor en un estado de incertidumbre o falsa comprensión respecto a qué clase de mensaje es, se presenta una confusión; hay peligro de esta donde quiera que sea preciso traducir el sentido y la significación de una cosa de un lenguaje a otro.

El ser humano es en especial propenso a incurrir en estas confusiones dado que para comunicarse emplea no solo palabras sino también movimientos corporales; sin embargo, suele evitarla al pedir al interlocutor una aclaración, y si esta no es posible, abandona el campo de interacción. Pero, cuando la confusión tiende a bloquear los tres campos de la actividad humana, a saber, la acción, el pensamiento y el sentimiento, y resulta imposible pedir aclaración sobre la confusión o abandonar la interacción, se está frente a un doble vínculo.

Bateson (1985) considera que este tipo de comunicación patológica se quiebra de “manera continua e inevitable y que *a priori* tenemos que esperar que se produzca una patología en el organismo humano cuando se dan ciertos patrones formales de este quiebre en la comunicación entre la madre y el hijo” (p.232). El hijo se sacrifica para mantener la ilusión de que lo que dice su madre tiene sentido porque la única posibilidad de estar cerca de ella es mediante el sacrificio de su

percepción de esas incongruencias. Así, el hijo se vuelve “un cómplice de la hipocresía inconsciente del progenitor” (p.266).

El fenómeno del doble vínculo no está aislado ni es privativo de la comunicación esquizofrénica, ocurre también con mucha frecuencia en las interacciones cotidianas; puede haber comunicaciones contradictorias, aunque unas menos que otras, que no den entrada a una personalidad esquizofrénica sino provoquen estados depresivos o ansiosos, por ejemplo; de hecho, también pueden cumplir con una función beneficiosa como en el caso del uso del humor (Dallos, 1996, p.129).

Los vínculos tóxicos y traumáticos

Maldavsky (1996), desde una perspectiva psicoanalítica, propone una forma de vinculación patológica a la que nombra “procesos tóxicos y traumáticos vinculares” (p.13). Esta se enfoca en el estudio de la falta de significatividad anímica en pacientes propensos a las adicciones, las presentaciones *borderline*, las alteraciones somáticas, las neurosis traumáticas, el autismo, la violencia, la promiscuidad, el incesto, la criminalidad, la apatía, la ataxia, el fanatismo, el contagio de intrusiones emocionales, etc... debidos a traumas psíquicos.

El trauma psíquico se define como la condición en que el yo se encuentra ante exigencias endógenas o exógenas, de las cuales no puede escapar y cuya tramitación es imposible para el sistema psíquico o neuronal. El resultado es el desatar del afecto displacentero que inunda la conciencia. Cuando lo que no se tramita son exigencias endógenas, sobreviene un estancamiento de la autoconservación que arrastra consigo la libido narcisista. Cuando lo intramitable remite a exigencias exógenas, la consecuencia es un dolor incesante.

En esta condición, el yo se deja morir no solo mediante una entrega pasiva sino también por un esfuerzo activo para desarticular los fragmentos psíquicos propios, por la falta de amor desde el contexto

protector objetivo y el superyó, y por identificación con una realidad hostil (Freud, 1926, en Maldavsky, 1996).

Puesto que la ternura permite la tramitación hacia el mundo sensorial y la consiguiente apertura al mundo simbólico y significativo, Freud (1923) sostiene que un factor determinante en la tendencia a la intoxicación y exposición de vivencias traumáticas consiste en la imposibilidad de transformar los nexos voluptuosos en tiernos; lo denominó como *inhibición de la meta sensual*. Existen ciertas situaciones específicas, como la inmadurez afectiva, que desempeñan un papel en el impedimento de ese cambio.

A diferencia de las psicosis (en las que subsiste un universo simbólico), en las patologías tóxicas y traumáticas cobra valor un vínculo básicamente orgánico, “en el cual las modificaciones no tienen un carácter psíquico sino somático” (Maldavsky, 1996, p.14); en el que prevalece un modelo centrado en la indecisión y falta de organización en torno a un núcleo opositivo unificante, esto es, que da lugar a combinatorias multiparticipativas en que tienen amplio lugar los desenlaces ambiguos, no resolutivos.

La vigencia de la compulsión a la repetición de los traumas conduce al desarrollo de ciertos rasgos de carácter transmitidos intergeneracionalmente. Maldavsky (1994) los categoriza como cínico, viscoso y abúlico. Los tres dependen de un proceso de identificación con un objeto decepcionante y una fijación a un trauma. Esta última, de acuerdo con Freud (1923), se da cuando el yo se halla ante fuerzas hostiles (un déspota) de las cuales no puede fugarse y son muy superiores a sus propias fuerzas, por lo que el yo se abandona, se deja morir.

Otra característica propia de la vinculación tóxica o traumática es la aparente relación paradójal entre los miembros. Maldavsky (1996) la describe como “apego desconectado”, la cual tiene su apoyo en las teorías del apego de Bowlby (1985) y se equipara al “apego evitativo”. En el apego desconectado, la circulación libidinal entre los miembros de un grupo (pareja, familia, etc.) aparece como una adhesividad acompañada por la desconexión.

En esta forma de vinculación, además del apego desconectado, hay otra característica que se relaciona con los tipos de discursos predominantes: catártico, inconsistente y especulador; carecen de valor subjetivo y no constituyen aperturas hacia el exterior, igual que ocurre en los estados hipnóticos o el sonambulismo (Maldavsky, 1996, pp. 24-25).

Además, los tres discursos se alternan con fragmentos de frases atribuidas a un déspota, al cual el individuo valida con tal convicción que contrasta con la creencia de su propio decir, que no resulta representativo de su subjetividad. Esto es, los tres discursos ponen en evidencia un modo de relación con un interlocutor psicótico con el que ha aparecido una forma radical de empatía, por lo que recurre a sus discursos para que la propia subjetividad no tenga ocasión de desplegarse (Maldavsky, 1996, p.47).

Para comprender cómo se logra esta proyección en un interlocutor al que se considera psicótico, es necesario conocer la influencia de determinados mecanismos de defensa (desestimación del sentir, desestimación de la realidad) que entran en juego en las personas con patologías tóxicas y traumáticas.

Nos hemos referido a que una característica primordial en personas con afecciones tóxicas y traumáticas se ubica en el despojamiento de la significatividad del sentir. De acuerdo con Freud (1923), el origen de la conciencia psíquica tiene su lugar en la percepción del afecto (la ternura). Cuando esta ligazón no se logra, por deficiencias de los progenitores, no hay posibilidad de subjetivización, simbolización; como complemento de este despojamiento de la significatividad del sentir, se desarrolla, proyectada, una secuencia correlativa del proceso psicótico: una desinvertidura o desestimación de la realidad (retiro de la libido), sobreinvertidura del yo (megalomanía) y contrainvertidura como intento reconstitutivo proyectado al mundo exterior, a través de alucinaciones o delirios (Maldavsky, 1994, p.76).

Sin embargo, a diferencia del proceso psicótico, en los pacientes con patologías tóxicas y traumáticas la restitución se da proyectada en el superyó. Así pues, mientras que al salir de la retracción “un psicótico

proyecta en el mundo un sujeto transgresor³ del cual es víctima, un paciente con proceso tóxico o traumático pone en el mundo un psicótico en proceso restitutivo” (Maldavsky, 1994, p.77).

Podemos establecer un ciclo afectivo de las personas con padecimientos tóxicos y traumáticos que va del sopor al pánico y de este último a la cólera, luego a una indiferencia hostil, con un retorno final a la apatía. Esta secuencia tiene un carácter canónico, aunque pueda haber variación respecto de su aceleración cuando el paciente extrema sus defensas patógenas. Además, Maldavsky (1994) considera que esta secuencia es correlativa de la que se desarrolla en el superyó y es proyectada en un personaje psicótico, la cual explicamos más arriba.

Así, de acuerdo con este mismo autor (1994), el paciente se cree incluido en el mundo de una pesadilla de la cual es imposible despertar porque está soñada por otro. Solo puede “recurrir con urgencia a entregar un fragmento vital de sí a ese loco pleno de convicciones, de modo de aplacar su furia restitutiva, y en esta entrega anticipa el ulterior desarrollo de la cólera, con lo cual se cierra el ciclo” (Maldavsky, 1994, p.79). Así se liga la dependencia del paciente respecto de un personaje psicótico que odia la realidad y pretende abolir tanto la percepción como el recuerdo de su mundo diferencial. Como el paciente se supone parte esencial de esa realidad diferencial, opta por una solución: el fingimiento, la adulación o sobreadaptación, quedando así carente de una presentación genuina (Maldavsky, 1996, pp. 58–59).

Con lo dicho, podemos establecer una relación prototípica de los vínculos tóxicos y traumáticos en las afecciones psicosomáticas: la insuficiencia de la función materna primaria puede resultar en trauma no solo por la inoperancia de la barrera protectora sino, sobre todo, porque ante el incremento de tensiones de la necesidad surge una energía pulsional en el aparato psíquico que no encuentra objeto a investir.

3. Hemos de especificar lo que comprendemos por sujeto trasgresor y sujeto psicótico. En el primero, lo que prevalece como defensa es una desmentida de la realidad del tipo “No es cierto que...”. En el segundo, una desestimación del tipo “Eso no es...” (Maldavsky, 1994).

En consecuencia, esta energía es tomada por el aparato como si fuera mecánica, la cual llega a ser muy intensa e intramitable. Esta condición traumática conduce al vaciamiento pulsional del aparato, a modo de hemorragia, que se manifiesta como sopor o pérdida de conciencia.

Muchos teóricos caracterizan la personalidad psicósomática como una insuficiencia en la mentalización que impide la expresión psíquica de los conflictos debido a una construcción incompleta del aparato psíquico. Ubican su origen en el desamparo inicial producto del vínculo de una madre narcisista que promueve un vacío psicológico en el cual se impide el despliegue de lo simbólico a través de las fantasías, y abre camino a la acción de lo corporal.

Al no ser atendidas las señales de deseos y necesidades, el bebé las paraliza y tramita vía respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicósomáticos o alexitimia.⁴

Cabe hacer mención de las diferencias entre la hipocondría, las histerias de conversión y los trastornos psicósomáticos. En el hipocondríaco, la amenaza se simboliza en una enfermedad corporal imaginaria; en las histerias de conversión, los sujetos representan sus fenómenos mentales, sus fantasías, en el cuerpo; los trastornos psicósomáticos, por su parte, pueden definirse como si “la mente habitara al cuerpo” y se expresara a través del mismo (Gasparino, 2015).

INTERACCIÓN ENTRE LA PERSPECTIVA DEL DOBLE VÍNCULO Y LOS VÍNCULOS TÓXICOS Y TRAUMÁTICOS

Encontramos, pues, algunas correspondencias entre la teoría del doble vínculo y los vínculos tóxicos y traumáticos. Ambas establecen como fundamento de lo patológico al vínculo ineficaz entre la madre y el hijo, teoría que estipula que las contradicciones entre lo dicho y

4. Palabra derivada del griego, que significa “falta de capacidad para verbalizar los sentimientos”. Esta dificultad se hace expresiva a la discriminación entre las distintas cualidades afectivas.

lo actuado por la madre impiden al hijo dar una correcta interpretación del mensaje, al ubicarlo en una interacción paradójica de la cual no puede escapar.

Por su parte, Maldavsky (1996), con base en Freud, establece que cuando la madre ineficiente no logra tramitar su ternura hacia el hijo, provoca en este un rompimiento en el que el yo se deja morir por la falta de amor y su identificación con una realidad hostil, trabando la posibilidad de simbolización o subjetivización.

De esta manera, podemos observar que tanto para Bateson (1985) como para Maldavsky (1996), es el hijo quien sacrifica su capacidad de percepción, interpretación y posterior simbolización para poder mantenerse cerca de la madre.

En nuestro estudio de caso damos cuenta de estas correspondencias, puesto que en el curso de la lectura de las sesiones psicoterapéuticas transcritas nos llamó la atención la presencia constante de la madre en los relatos de la consultante; por lo que determinamos elegir estos últimos y los estados afectivos derivados de la relación madre-hija, con la intención de analizarlos con la lupa metodológica del Algoritmo David Liberman (ADL).

METODOLOGÍA

El Algoritmo David Liberman (ADL) fue diseñado por David Maldavsky (2004) para analizar el discurso desde una perspectiva psicoanalítica freudiana. Tiene como antecedente las nociones de Liberman (1971b) respecto a los diferentes estilos retóricos que se ponen en evidencia en el lenguaje.

A través del estudio de análisis de casos, Liberman piensa que los puntos de fijación libidinales que determinan la neurosis o la psicosis tienen una relación significativa con los modos comunicativos de los pacientes. Estos estilos tienen coincidencia con ciertos aspectos del desarrollo de la libido propuesta por Freud: oral primaria, sádico oral canibalística, sádico anal expulsiva, sádico anal retentiva, fálica y

genital; como el paso de una indiscriminación sujeto–objeto a un mayor nivel de discriminación que culmina en la relación objetal (del sujeto con el mundo que le rodea). Cuando existe una fijación en alguna de estas etapas, las pautas comunicativas pueden estar subdesarrolladas o sobredesarrolladas a costa de otras, lo que se traduce en el surgimiento de estructuras psicopatológicas.

Lo anterior le permite plantear la hipótesis de que las estructuras psicopatológicas se expresan en el discurso del individuo a través de un modo de articular el lenguaje, a manera de un estilo retórico o pauta estilística compuesta de: un plano sintáctico, concerniente a la forma en que se estructura el enunciado; un plano semántico referente a cómo se relacionan entre sí varios enunciados; finalmente, un plano de la enunciación, es decir, la estructura de la relación entre los protagonistas del discurso (emisor y receptor).

Así, Liberman (1976) estudia seis estilos comunicativos que se corresponden con determinadas perturbaciones y propone un séptimo que resulta de la combinación del estilo lírico (depresión) con el narrativo (neurosis obsesiva), el cual define aquellas personas infantilizadas con técnicas narrativas somatizadas y propensas a enfermedades psicosomáticas (pp. 18–19).

Sin embargo, la propuesta metodológica de Liberman, importante como apoyo a la observación clínica, es insuficiente en cuanto a los métodos de instrumentalización posibles de poner en marcha durante la sesión. Lo anterior hace pertinente la revisión de una perspectiva que parte de supuestos similares, pero con énfasis en el desarrollo de una serie de sistemas de categorías e instrumentos metodológicos para la apreciación de la interacción en el ámbito clínico.

Maldavsky (2000), discípulo de Liberman, retoma las propuestas de este y desarrolla un método de investigación al que denomina Algoritmo David Liberman (ADL), método que “pone el acento en el estudio del lenguaje al que formaliza a partir de los interrogantes [acerca de] la teoría de la pulsión y las defensas y su relación con las estructuras y las manifestaciones clínicas” (p.7).

La hipótesis central del ADL considera que cada lenguaje expresa una erogeneidad determinada mediante el desarrollo pulsional y la mediación del preconscious. Si se parte de esta premisa, es posible encontrar en el lenguaje características de las diversas erogeneidades. Lo anterior hace posible proponer un sistema de categorías que dé cuenta de la eficacia de las mociones pulsionales en las diversas modalidades de manifestación discursiva.

Respecto al repertorio de erogeneidades, Maldavsky (2000) destaca siete a partir de las propuestas de Freud (1926) y Liberman (1976) acerca de las etapas de desarrollo de la libido. Estas son:

- Libido intrasomática (LI).
- Oral primaria (O₁).
- Oral secundaria (O₂).
- Anal primaria (A₁).
- Anal secundaria (A₂).
- Fállico uretral (FU).
- Fállico genital (FG).

Siguiendo a Maldavsky (2000), los pensamientos inconscientes son la actividad psíquica gracias a la que se establecen nexos entre una exigencia pulsional específica, ciertos desempeños motrices y determinada configuración de la materia sensible. Así, estos son una actividad anímica que tiende a enlazar la vida pulsional y afectiva con el mundo motriz y, una vez plasmadas las vivencias (en el preconscious), trabaja para darles destino en el universo representacional o simbólico. De esta forma, la conquista de este universo simbólico será patrimonio del yo (Maldavsky, 2000, p.21).

Es a partir de esta estructura del preconscious de donde derivan las manifestaciones discursivas, como una consecuencia del proceso de transformación de cada erogeneidad en un mundo interno simbólico.

El ADL pretende detectar las erogeneidades y las defensas expresadas en tres niveles de lenguaje: redes de palabras, estructuras-frase y

secuencias narrativas. Un aspecto central de este enfoque consiste en considerar a cada paciente como “un conjunto de erogeneidades y defensas, y no como una estructura unitaria” (Maldavsky, 2004, p.31).

Elegimos el análisis de las secuencias narrativas, ya que “presupone una organización del discurso con una cierta linealidad objetiva, pero sobre todo construida, con una serie de pasos o escenas en secuencia” (Maldavsky, 2004, p.35). Así, este método de análisis del relato se emplea para investigar el discurso del paciente (las escenas narradas) y toma la sesión terapéutica como punto de partida.

Entenderemos por escena el equivalente a “episodio” en el que figura al menos un personaje. Las escenas describen estados o acciones, puesto que “son despliegues espacio-temporales de una secuencia prototípica basada en la relación entre un sujeto y un verbo, el cual puede ser de estado o de acción” (Maldavsky, 2008). Por su parte, el relato será entendido como una narración construida que tiene un antecedente, un consecuente y un ordenamiento de tipo cronológico lógico que responde no al tiempo del relato sino de los hechos narrados por el sujeto.

Los relatos, de acuerdo con Maldavsky (2000; 2001; 2004; 2007; 2013), pueden ser categorizados en un conjunto más amplio de relatos prototípicos, siguiendo la expresión de los deseos y las defensas. Así, el autor desarrolla los rasgos de los relatos prototípicos caracterizados por cinco momentos en una secuencia de estados y transformaciones (Maldavsky, 2000, p.20):

1. El estado inicial se caracteriza porque las tensiones que surgen pueden ser resueltas con los recursos ya disponibles; pero si no puede, el sujeto se colocará en una posición tal que dará pie a diversas sensaciones displacenteras o disfóricas que romperán el equilibrio.
2. El surgimiento del deseo (primera transformación) pone en evidencia un quiebre en el sistema precedente y presenta al sujeto problemas alternativos y consecuencias múltiples, dependiendo de la posición en que se ubique y las tentativas que realice para consumir

el deseo. Por un lado, el sujeto podría aspirar a recuperar el estado anterior y permanecerá paralizado en este anhelo; por otro, podría desarrollar un proyecto que lo lleve a un fin vindicatorio.

3. La tentativa de consumir el deseo consiste en un conjunto de escenas en las cuales se despliegan prácticas amorosas y hostiles que involucran a los actantes que intervienen en la trama. Tiene importancia el lugar en que se ubique el narrador (el paciente), pues según su posición será la clase de decisiones a tomar. En este conjunto de escenas hay que distinguir entre las que son preparatorias y aquellas que son centrales derivadas de las primeras. Entre las primeras, algunas consisten en la conquista de ayudantes, otras en la obtención de reconocimiento o búsqueda de orientación por parte de un modelo.

4. Las consecuencias de la tentativa de consumir el deseo pueden presentarse de un modo eufórico o disfórico. Estas se expresan en términos de los vínculos del sujeto con el modelo, que puede o no reconocer un éxito alcanzado en la conquista de una meta y también en la relación del sujeto con sus ayudantes.

5. El estado final es la perpetuación de la sensación eufórica o disfórica de la tentativa de consumir el deseo, las cuales son representativas de cada lenguaje del erotismo.

Además, las historias involucran clases de actores, esto es, relaciones intersubjetivas en que el sujeto se coloca y ubica a otros como desempeñantes de diferentes posiciones (sujeto, modelo, objeto, rival, ayudante, doble).

De acuerdo con Maldavsky (2004), este método enfatiza la importancia de la repetición, redundancia e insistencia de un mismo relato tipo. Esta última muchas veces es un indicio que nos permite acceder a un aspecto importante de los procesos psíquicos de un paciente, aun cuando dentro de una misma sesión se desplieguen varios temas.

Consideramos necesario introducir algunos preceptos básicos de la terapia narrativa, ya que parte de los resultados obtenidos en el análisis

de este caso pueden comprenderse con mayor cabalidad desde esta perspectiva.

Su postulado principal asume que las identidades de las personas se construyen en función de las historias que relatan acerca de sus vidas. Las historias se arman con la unión de ciertos eventos, vinculados en una secuencia a través del tiempo y en torno a un tema. Estos eventos están asociados a significados particulares, los cuales construyen la identidad del sujeto (White & Epston, 1993).

Bruner (1986, en Ramos, 2001) sostiene que cualquier narración despliega un doble paisaje: la acción (lo que sucede) y la conciencia (lo que los protagonistas piensan y sienten a cuenta de lo que les sucede). De hecho, Ramos define como “historia relatada” lo que sucede en la narración (lo dicho y lo no dicho); y como “historia del relato” la forma de componer el relato (secuencias, temporalidad, modos), con la intención de conseguir un efecto pretendido en un auditor. Así, “detrás del relato de algo que sucedió hay siempre alguien que lo cuenta” (Ramos, 2001, p.49).

Por su parte, White (en Ramos, 2001, p.55) plantea que en la gestación y plasmación de cualquier historia hay una multiplicidad de efectos explicativos y formas de explicarse. Su supuesto es que el paciente tiene una “matriz narrativa” mediante la cual vive las cosas que pasan en su mundo, la cual no es consciente, pero se revela a través del significado de las historias narradas (de su semiología).

Presentamos a continuación los resultados de nuestro análisis de este caso único, en donde podremos observar un diálogo entre lo sistémico, narrativo y psicoanalítico que enriquece la comprensión de los padecimientos psicossomáticos.

EL CASO

Una mujer de 27 años, a quien llamaremos C, se presentó a consulta pidiendo ayuda psicoterapéutica. Describía un estado general de malestar, angustia e indecisión con respecto a quién ser y qué hacer. Decía

sentirse muy triste y nerviosa. Manifestaba que le daba mucho miedo tomar decisiones y se sentía angustiada la mayor parte del tiempo, por lo que prefería encerrarse en su habitación y dormir. Reconocía que necesitaba ayuda, pero se percibía desconfiada al respecto. Sostenía que sentía que se había perdido a sí misma y no sabía quién era o qué quería: “Quiero descubrir quién es C” (*sic*). La consultante comentaba que desde muy temprana edad había sostenido múltiples encuentros con médicos y hospitales, a partir de “síntomas” que no daban un diagnóstico claro. “Lo tuyo es emocional, ve a terapia”, le decían.

Así es como a lo largo de doce sesiones psicoterapéuticas, la consultante desplegó el relato de su historia pasada y reciente, el cual fue audiograbado con previa autorización y con énfasis, por una parte, en los fines de investigación que perseguimos y, por otra, en el manejo de la información desde el anonimato y la confidencialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

Dada la historia narrada por la consultante, nuestra pregunta central era: ¿qué relaciones había entre el vínculo madre-hija y las afecciones psicósomáticas en este caso único? Las evidencias que arrojó el análisis de los relatos de ella nos permitieron señalar tres niveles de relación que fueron nuestros objetivos:

1. Desde lo psicoanalítico, corroborar las relaciones de correspondencia entre la teoría acerca de las afecciones psicósomáticas y el vínculo madre-hija de esta.
2. Desde lo sistémico, señalar cuál es la secuencia narrativa tipo que presenta la consultante en su relación con la madre.
3. Desde lo narrativo, precisar el papel que juegan los padecimientos psicósomáticos, su recurrencia y actoría dados en los relatos vinculados con la madre.

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE DATOS

El armado de los relatos se hizo siguiendo los pasos propuestos por el ADL, a saber: descomposición del texto en fragmentos; recombinación de estos; armado de un nuevo relato; distribución de escenas y ponderación de las redundancias.

Se ordenaron los relatos de forma cronológica desde lo referido por la consultante acerca de su concepción y hasta sus 27 años, edad en que acudió a terapia. Además, clasificamos cada relato según su temática, contando así con 33 temas: 1) antes del nacimiento; 2) nacimiento; 3) primera infancia; 4) en el hospital; 5) kínder; 6) los afectos; 7) primaria; 8) interrupciones; 9) regularizaciones; 10) crisis maternas; 11) secundaria; 12) la bolita en el cuello; 13) preparatoria; 14) cambio de casa 1; 15) crece la bolita; 16) cirugía; 17) mayoría de edad; 18) cambio de casa 2; 19) universidad; 20) cambio de casa 3; 21) clima emocional; 22) viaje a Estados Unidos; 23) de regreso; 24) curso “Mexwork”; 25) sofocamientos; 26) en casa; 27) relación con el padre; 28) cumpleaños; 29) el trabajo; 30) la iglesia; 31) el dinero; 32) otras crisis; y 33) abandono de la terapia.

Agrupamos el análisis de los temas según el criterio de la coda o estado final del relato, lo que nos permitió inferir las posiciones de los actantes, determinar la especificidad del goce predominante, calificar las defensas en sus varias versiones y fines, y señalar las características comunes a los relatos.

RESULTADOS

La historia relatada por la consultante fue, por un lado, autobiográfica. Usando las palabras de Lejeune (1975, en Ramos, 2001): la autobiografía es el relato de “cómo yo he llegado a ser yo”. Por eso lo importante no es la exactitud de los hechos sino la fidelidad al significado que la consultante le dio a esos hechos: la verdad subjetiva. Aunque en este caso específico, el relato nos cuenta “cómo yo no he podido ser yo”

(véase la demanda terapéutica en datos generales: “Quiero descubrir quién es C”).

Por otro lado, la historia relatada es polifónica, esto es, que podemos encontrar la presencia de otras voces en el discurso. Pero, debido a esta polifonía, la consultante no puede posicionarse en función de su propio discurso. ¿Por qué? Ramos (2001) marca una distinción entre la historia relatada (qué se dice) y el relato de la historia (cómo se dice, con qué intención). Nos conviene hacer esta distinción porque, aunque en un relato se entremezclen tanto la forma como el contenido de la narración, en este caso encontramos una predominancia en cuanto a la forma; pues la consultante nos contó qué le pasó, pero, como interlocutores de su relato, quedamos excluidos: es un relatar catártico característico de los vínculos tóxicos y traumáticos, propuesto por Maldavsky (2000).

Sin embargo, estas otras voces son internalizadas, lo que las vuelve perdurables y coadyuvan al armado de la “historia oficial” (White, 1986 en Ramos, 2001). Así lo ilustra el tema 2, nacimiento, del cual se deriva la viñeta de la tabla 6.1.

Podemos inferir un mensaje no-dicho que marca el comienzo de la relación de la consultante con su madre: “No fuiste deseada ni por tu padre ni por mí”. Entonces, nos surge la pregunta: ¿qué posibilidades de tramitación hacia la afectividad y lo simbólico existen en esta situación en la que, de inicio, queda descartada la investidura de los nexos tiernos?

Es a partir de esta imposibilidad de convertir los nexos voluptuosos en tiernos —y que Freud (1923) denominó “inhibición de la meta sensual”— lo que impedirá el paso a la investidura del mundo sensorial, es decir, la significatividad. Esta condición traumática conduce al vaciamiento pulsional del aparato, a modo de hemorragia, que se manifiesta como sopor o pérdida de conciencia.

Así, la consultante narró las travesías por médicos y especialistas que buscaban explicaciones físicas para sus síntomas, por ejemplo: tiene constantes hemorragias nasales, la madre busca ayuda, la internan

TABLA 6.1. TEMA 2: NACIMIENTO

1. Mi mamá me dijo que; 2. Yo tenía una gemela; 3. Pero que cuando estaba embarazada;
4. Mi papá le dijo que abortara; 5. Ella tomó una pírcima; 6. Que le dio dolores muy fuertes;
7. Yo sí nací; 8. Pero a veces siento que yo no soy yo.

en el hospital y le hacen estudios, la operan del corazón, no le “encuentran nada” (*sic*) (tema 4: en el hospital). Otro ejemplo: es retraída en la escuela, suponen que tiene déficit de atención, la madre busca ayuda, le hacen estudios, no le “encuentran nada” (*sic*) (tema 5: el kínder). Esta misma coda del relato la encontramos en los temas 3, 7, 11, 12, 23 y 25. Esto es, hay un estado de equilibrio que se afecta con una manifestación física a modo de síntoma; la madre le procura ayuda, hay una búsqueda de las causas por parte de los profesionales que no encuentran nada, dejando a la consultante en un *estado final de no saber* (desestimación de la realidad).

Los temas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 23 y 25 quedan agrupados en esta categoría debido a los desenlaces comunes que presentan. En todos ellos hay un estado de equilibrio que se afecta por un “algo” que provoca dolor corporal en la consultante. Suponemos que este “algo” es la imposibilidad de tramitación de las pulsiones, y queda definido a partir del tema 6 y subsiguientes, los cuales abarcan una edad de la consultante comprendida entre los 10 y 17 años: el paso de la infancia a la pubertad y adolescencia. La secuencia canónica es similar a la ya mencionada más arriba, sin embargo, hay un cambio en la coda del relato: la consultante queda en un *estado final de no sentir* (desestimación del sentir) debido a un movimiento en la posición de los personajes en esta trama vincular.

Para comprender este cambio, es necesario señalar el papel que juegan los actantes⁵ en la historia. Retomemos la narrativa de los te-

5. Greimas (1982) propone el modelo actancial: una estructura simplificada de los roles que los personajes (actantes), en un relato o texto cualquiera, asumen para el desarrollo de la historia o el argumento.

mas 1 y 2: la madre es colocada como víctima de un padre déspota con atributos de abusador–abusado. La madre obedece al padre, quien aparentemente triunfa (tabla 6.1) y toma la pócima; sin embargo, el embarazo continúa e impide la victoria del padre. De esta manera, la consultante será una aliada de la madre en la “lucha vindicatoria entre un héroe frente a un rival más poderoso e injusto” (Maldavsky, 2000, p.119). Dentro de la trama de los actantes, un aliado es un ayudante, esto es, alguien o algo que usa un sujeto para consumir un objetivo.

Siguiendo a Maldavsky (2000), la posición del ayudante tiene dos vertientes: “o bien como víctima del abuso de un líder injusto que obtiene la omnipotencia a su costa... o como instrumento de la gesta de otro, de quien no recibe reconocimiento alguno, sino que por el contrario lo abandona a la agresión del grupo hostil” (pp. 119–120).

Aun cuando pareciera que la consultante es una ayudante utilizada como víctima por la madre en la batalla contra el padre —pues gracias a ella obtiene poder—, en realidad es un instrumento que le servirá a esta en la batalla aún no resuelta contra él.

Con el análisis de las secuencias narrativas del tema 6, podemos observar que hay una pauta de interacción madre–hija constante a lo largo de la vida de la consultante y prevalente en situaciones críticas. Esta se presenta con un esquema de interacción siempre en referencia al padre, tal como lo vemos en la tabla 6.2.

Como lo describimos más arriba, en el tema 6, la madre ordena a la hija que sea cariñosa con el padre; la hija obedece, pero su defensa (sentir asco) no es exitosa para detener la embestida agresiva de celotipia que empieza a desplegar la madre y se manifiesta en el punto “h”. La paciente queda así atrapada en una situación de *doble vínculo* de la que no puede escapar: hay un mandato primario (“a”) que entra en conflicto con otro reforzado por señales de castigo (“c”) y le impide juzgar de forma adecuada lo que la madre quiere decir. Así, se defiende mediante desestimaciones del sentir; pero, ante el fracaso de la defensa, desiste intentar discriminar entre los niveles del mensaje y se defiende mediante un procedimiento de bloqueo —catatonia— de los

TABLA 6.2. TEMA 6: LOS AFECTOS

- a) Un decir de la madre: “Tu papá no te quiere, no le hagas caso” (mensaje 1).
- b) Un padre que cuestiona el afecto de la hija: “¿Por qué no me quieres?”.
- c) Un mandato por parte de la madre: “Abraza a tu padre” (mensaje 2 que niega al mensaje 1).
- d) C obedece a la madre, pero siente asco.
- e) El padre percibe el rechazo de C y culpa a la madre.
- f) Un mensaje de descalificación de la madre: “Yo no sé por qué C no es como las otras niña que sí abrazan a sus papás” (mensaje 3 que niega el mensaje 2).
- g) La madre acusa al padre de prestarle demasiada atención a C.
- h) C guarda resentimiento al padre (mantiene su lealtad hacia la madre —apego).
- i) La madre acusa a C de ser “chiqueada, desidiosa y de tener un trauma”.
- j) C se encierra en su habitación y se duerme (evitación del sentir).

canales de comunicación (no hablar, dormir); que desde el punto de vista psicoanalítico corresponde a la claudicación del yo como defensa ante una realidad hostil.

Parece, entonces, que nos encontramos con una claudicación de la voluntad, con un darse por vencida. En esta condición, el yo (de la consultante) se deja morir por la falta de amor (de la madre) desde un contexto protector. Hay un quiebre en el matiz afectivo de la consultante, pues la madre, otrora aliada y protectora, la opone como rival con respecto al padre y, por consiguiente, la agrede. Así, vemos cómo la consultante queda colocada como rival de la madre por el amor del padre, a través de órdenes paradójicas tal como lo explica la teoría del doble vínculo.

Recordemos que desde la visión sistémica, los grupos / sistemas —diadas, triadas, parejas, familias, etc— operan a través de pautas transaccionales, las cuales, al repetirse, establecen el cómo, cuándo y con quién relacionarse, lo que refuerza al sistema. De este modo, este se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo como les sea posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia

del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual. Aparecen, por tanto, requerimientos de lealtad y maniobras de culpabilidad.

Por su parte, Maldavsky (1994) nos explica la secuencia canónica del ciclo afectivo de las personas con padecimientos tóxicos y traumáticos: del sopor al pánico, de este último a la cólera, luego a una indiferencia hostil, con un retorno final a la apatía, aunque pueda existir variación respecto a su aceleración cuando el paciente extrema sus defensas patógenas.

De esta forma, la defensa patológica que prevalece en la consultante es una desestimación del sentir que procurará evitar la mezcla de apego-desconexión, ya que, al oponerse al desarrollo y la diferenciación de los afectos, los sustituye por estados de apatía (dormir).

Lo anterior establece relaciones de semejanza con la teoría del doble vínculo, ya que Bateson (1985) sustenta que, en las relaciones de doble vínculo, “el hijo se sacrifica para mantener la ilusión de que lo que dice su madre tiene sentido porque es la única posibilidad que tiene de estar cerca de ella” (p.266).

Sin embargo, en este caso único, el desenlace no se presenta como un padecimiento esquizofrénico sino psicósomático. Maldavsky (1994) afirma que, a diferencia del proceso psicótico, en los pacientes con patologías tóxicas y traumáticas la restitución se da proyectada en el superyó. Así pues, mientras que al salir de la retracción “un psicótico proyecta en el mundo un sujeto trasgresor del cual es víctima, un paciente con proceso tóxico o traumático pone en el mundo un psicótico en proceso restitutivo” (p.77).

En efecto, en el tema 10, crisis maternas, encontramos los relatos que la paciente elabora acerca de los comportamientos erráticos de la madre (ideas extrañas, suspicacia, comportamiento inusual y sin sentido aparente, pérdida del sentido de realidad), que bien pueden definirse como brotes psicóticos. Observamos los intentos de explicación de la conducta de esta por parte de la consultante, que coinciden en atribuir los hechos a situaciones paranormales (los espíritus de los

gitanos, la transformación del padre en monstruo). La consultante se apropia de estos discursos porque queda atrapada en una relación de dependencia con la pesadilla de la madre —la cual odia la realidad y pretende “abolir tanto la percepción como el recuerdo de su mundo diferencial” (Maldavsky, 1996)—; y queda así porque se supone parte esencial de esa realidad, por lo que su única opción es sobreadaptarse y fingir a costa de su representación genuina.

En resumen, hay una combinación entre la defensa de la desestimación de la realidad y la desestimación del sentir, lo que provoca que, de acuerdo con Maldavsky (2000), “la situación clínica se presente de manera tal que el fragmento anímico que desestima a la realidad es proyectado y vuelto en contra” (p.180). Así, la paciente se supone dependiendo de un psicótico (la madre) que pretende suprimirla del mundo de sus percepciones.

Este quiebre del yo se relaciona con la diferencia que Freud (1950) distingue entre vivencia del dolor y dolor: hay un salto para atrás. Ante el fracaso de la desestimación del sentir como defensa (temas 8 y 9), hay un movimiento hacia la desestimación de la realidad que se manifiesta como coda del tema 11. Recordemos que Freud (1933) propone que las pulsiones orgánicas (dormir, respirar y curar) son defensas ante la amenaza de riesgos tóxicos que procuran la neutralización de las incitaciones exógenas que perforan la coraza antiestímulo.

De esta forma, la paciente, en el periodo de edad que oscila entre los 10 y 17 años, esto es, en la adolescencia, claudicó a la formación de su identidad a través del reconocimiento del otro (el amor como ideal) debido al cambio en la posición de la trama vincular (de ayudante a rival); dando muchos pasos hacia atrás en su desarrollo y, por consiguiente, se colocó en un espacio intracorporal porque “la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento... mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar” (Freud, 1914).

Freud (1914) problematiza la necesidad de la vida anímica de traspasar los límites del narcisismo (libido del yo) y poner la libido sobre objetos. Sostiene que esta sobreviene cuando la investidura del yo con libido ha sobrepasado cierta medida: “Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por consecuencia enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar” (p.82).

Así, podemos observar que ya no hay un despliegue de defensas para acceder al Amor sino un paso directo a los padecimientos psicósomáticos. Tal y como lo sostiene Freud, la percepción de la impotencia de amar y ser amado tiene un efecto muy deprimente en el sentimiento de sí. La fuente de ese sentimiento está “en el empobrecimiento del yo que es resultado de la enorme cuantía de las investiduras libidinales sustraídas de él” (1914, p.95). De esta manera, no existe la posibilidad del distanciamiento del yo respecto del narcisismo primario, lo que provoca una involución o regresión.

Si calificamos la globalidad de lo narrado, podemos afirmar que la historia de la consultante cae en la gama de lo trágico. La historia acaba con una mujer que creyó poder vencer a su destino, sus circunstancias, pero a pesar de sus esfuerzos acabó derrotada por ellos. Así lo ilustran los temas 13, 16, 17, 18, 19, 24, 29, 30 y 33. Estos tienen en común que, a raíz de la intervención de fuerzas exógenas (la preparatoria, el curso de modelaje, el viaje a Estados Unidos, la universidad, el trabajo, la iglesia, la terapia) —llamémoslas “liberadoras”—, la consultante logra estados de paz y felicidad (*me sentía cómoda, bonita, tranquila, apoyada, útil*). Sin embargo, las interferencias de la madre (*me cambia de escuela, no le gustan mis amigos, dice que el trabajo me está enfermando, dice que no me conviene la terapia, que mi papá no me apoya, que paso mucho tiempo en la iglesia*) sabotean la posibilidad de huida de la consultante, dejándola atrapada en una relación diádica de la cual no puede escapar. Desde aquí podemos inferir que este atrapamiento vincular es fuente de sus padecimientos somáticos y su aislamiento social.

Los intentos de la consultante por “salir” a encontrarse, a través de buscar algo o alguien “afuera” que le dé comprensión, refugio, identidad, resultan en fracaso. Esos “otros” que en un principio parecen ayudarla, la traicionan (*no me salvan*).

Igualmente, vemos cómo en nuestro caso el vínculo madre-hija queda atrapado en una simbiosis que Käes (1996) nombra como “indiferenciada” y tiene como consecuencia frenar los procesos de simbolización al bloquear la autonomía de la paciente. De esta manera, podemos inferir que los padecimientos psicosomáticos son la última respuesta que la consultante puede desplegar ante las barreras impuestas para evitar la diferenciación y el posterior desarrollo de su subjetividad.

Entonces, a la pregunta que nos guía, ¿qué relaciones existen entre el vínculo madre-hija y las afecciones psicosomáticas en este caso único?, podemos responder que hay atrapamientos tipo doble vínculo en que la única posibilidad de vinculación se da a través de mantener un estado de sonambulismo en donde la consultante no pueda dar cuenta de quién es, qué quiere, de dónde viene, qué siente o piensa; porque cada intento que hace para obtener significado (es decir, para diferenciarse) será obstaculizado.

Así, respecto de los padecimientos psicosomáticos, en la consultante predominan discursos resistenciales, sin sostén identificadorio, que no permiten la entrada a la reflexividad desde los aportes que pueda hacer un interlocutor.

CONCLUSIONES

Los enfoques psicoanalíticos, sistémicos y narrativos utilizados en este análisis de caso nos ofrecen una comprensión más precisa de las posiciones, los atributos, los ideales y las defensas desde donde los consultantes relatan sus situaciones de vida y problemas.

La terapia familiar sistémica afirma que los trastornos de la conducta son el resultado de los efectos pragmáticos de la comunicación humana, y las reacciones de estos últimos sobre aquellos dentro de un

contexto; es decir, la relación emisor-receptor, que se establece por medio de la comunicación y retroalimentación y redundancia, que crearán a su vez secuencias o pautas de interacción dominadas por un conjunto de reglas (Watzlawick, Helmick & Jackson, 1981, pp. 24-48).

En el caso del doble vínculo, Bateson (1985) señala una pauta de interacción específica a la manera de mensajes paradójicos que se mantienen a lo largo de la vida.

Y, como describimos más arriba, Maldavsky (1996) afirma que puede observarse una secuencia canónica del ciclo afectivo de las personas con padecimientos psicósomáticos (como se explicó en los resultados).

De esta manera, podemos resaltar la distinción que las teorías elaboran acerca de un modo de relación / intercambio específico entre la madre y el hijo, que promueve una pauta de interacción paradójica (secuencia canónica) cuya consecuencia final es la claudicación de la construcción de una subjetividad.

Por otro lado, la preferencia de las personas para elegir una manera de narrar sus historias nos remite tanto a la propuesta de la terapia narrativa como a la de los estilos retóricos de Liberman. Recordemos que esta asume que las identidades de las personas se construyen en función de las historias que relatan acerca de su vida. De ahí la importancia para atender tanto el *relato de la historia* (cómo se elabora: modos, secuencias, personajes, etc.) como la *historia relatada* (lo dicho y no dicho).

El *relato de la historia*, desde la narrativa, enfatiza captar los modos en que se despliega este, atendiendo las figuras poéticas utilizadas en la narración: 1) la metáfora (un objeto está representado por una figura poética); 2) la metonimia (el objeto está representado por una parte de ese objeto); 3) la sinécdoque (integra al objeto en una cualidad esencial); y 4) la ironía (desmiente a nivel de significado lo que afirma a nivel literal) (White, 1973, en Ramos, 2001, p.60).

Esta significación de lo narrado puede a su vez constituirse de cuatro maneras posibles. Ramos (2001) propone la clasificación que elabora Northrop Frye (1973) —quien la toma de Aristóteles— para

designar los cuatro derroteros (los llama relatos arquetípicos) de una trama: novela, tragedia, comedia y sátira. Será una novela si alguien lucha contra sus circunstancias y vence; una tragedia si pierde; si vence por suerte, será una comedia; y si pierde el sentido de la lucha, una sátira.

De la misma manera, Liberman encuentra que los estilos comunicativos de los pacientes coinciden con ciertos aspectos del desarrollo de la libido, y que cuando existe una fijación en alguna etapa esta se expresa en el discurso a manera de un estilo retórico: 1) reflexivo; 2) lírico; 3) épico; 4) narrativo; 5) dramático; y 6) estético (Liberman, 1976, en Hebe, 2000, pp. 186-187).

Inclusive, el psicoanalista Alberto Konichekis (2014) propone el concepto de *novela afiliativa* como una formación simbólica que aporta al niño una forma de tramitar la heterogeneidad en la sucesión de una generación a la siguiente.

La novela afiliativa pone principalmente en escena las apuestas afectivas y emocionales en los vínculos de parentesco. El niño está llevado a traducir bajo la forma de la novela los aspectos enigmáticos de las historias familiares; es entonces sensible tanto a los relatos positivos e históricos de las historias que los adultos de su entorno le cuentan como a los secretos, las imposibilidades de decir y perturbaciones en las evocaciones de estos mismos hechos históricos.

Distinguimos que estas perspectivas psicoterapéuticas asumen que el decir de las personas se sustenta en verdades subjetivas, esto es, representaciones limitadas que les impiden elaborar, reinterpretar, reconstruir, resignificar sus propias historias; lo no dicho también juega un papel relevante en los fines terapéuticos perseguidos por cada perspectiva.

Consideramos que la metodología que elegimos para el análisis del caso, el ADL, nos ofrece la posibilidad de corroborar algunas intuiciones o hipótesis durante las sesiones, así como intencionar las intervenciones psicoterapéuticas de una forma más efectiva, tomando como base los estilos retóricos y sus equivalencias.

La *teoría sistémica* nos permite encontrar las pautas de interacción (las intersubjetividades puestas en juego) en relación con otro (u otros) que pudieran resultar disfuncionales para la persona que asiste a un proceso psicoterapéutico. Desde aquí, las intervenciones pudieran encaminarse a lograr un cambio en la secuencia interaccional.

Por su parte, la *teoría narrativa* nos ofrece como guía que interpretar un relato “no es acercarse a su verdadero significado, sino adecuar el propósito que teníamos al tratar de interpretarlo. No se interpreta algo bien o mal, sino en consonancia, o no, con el propósito del intérprete al interpretarlo” (Ramos, 2001, p.80).

Los alcances de los diálogos interdisciplinarios son enriquecedores para el quehacer psicoterapéutico, pues nos brindan la oportunidad de una comprensión global del sufrimiento humano, a la vez que nos permiten adecuar modos de intervención aptos para cada caso.

Por ejemplo, en el análisis de este caso único, como reflexión *a posteriori*, encontramos que las teorías utilizadas nos permitieron dar cuenta de las complejidades inter e intrasubjetivas que se manifiestan en esta relación vincular madre-hija.

Desde el psicoanálisis, pudimos reconocer ciertas marcas, invariantes y transformaciones del relato intra-subjetivo de la consultante que nos permitió explicar cómo los niveles de intercambio de la relación madre-hija quedan sometidos a un cerco infranqueable que no admite un verdadero pacto de fundación psíquico.

Y desde lo sistémico y la narrativa, se logró “convocar” a los personajes que juegan un papel relevante en la trama vincular del padecimiento psicósomático desde una tópica inter-subjetiva, esto es, a partir la bidireccionalidad de un sujeto en relación con otro. Por su parte, la secuencia narrativa tipo nos llevó a encontrar la trama relacional implícita entre las afecciones psicósomáticas y el vínculo madre-hija.

Por último, como lo afirmamos en el epígrafe: “Todo sirve para algo, aunque nada sirva para todo”. De la misma manera, las corrientes psicoterapéuticas tienen sus propios alcances y limitaciones, mismos que no nos corresponde señalar en este apartado. Sin embargo,

consideramos importante comprender los límites de todo diálogo interdisciplinario, para lo cual es necesario tener a la mano un estudio de los modelos psicoterapéuticos con la intención de conocer las bases antropológicas, epistemológicas y éticas en que se sustentan; así como el contexto sociocultural de los autores de las teorías, las intenciones de la relación psicoterapeuta–consultante, los modos de intervención, comunicación y las metas o fines que se persiguen.

REFERENCIAS

- Abraham, N. & Torok, M. (2005). *La cascara y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Barthes, R., Greimas, A.J., Eco, U., Gritti, J., Morin, V., Metz, C., Genette, G., Todorov, T. & Bremond, C. (1982). *Análisis estructural del relato*. México: Premiá.
- Bajtín, M. (1992). El problema de los géneros discursivos. En *Estética de la creación verbal*. Madrid: Siglo XXI.
- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé / Lumen.
- Bekei, M. (1992). Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. En *Trastornos psicotóxicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Benveniste, E. (1974). Los niveles del análisis lingüístico. En *Problemas de lingüística general*, I. México: Siglo XXI.
- Berenstein, I. (2001a). *El sujeto y el otro*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2001b). El vínculo y el otro. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1), 9–21.

- Bernard, M. (1999). Los organizadores del vínculo, de la pulsión al otro. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 22(1).
- Bertalanffy von, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
- Bion, W. (1988). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. En *El apego y la pérdida*, vol. 3. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). La separación. En *El apego y la pérdida*, vol. 2. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (2010). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. México: Paidós.
- Buet, G., Echegaray, G. & Scilletta, D. (2006). Predominio de procesamiento tóxicos en vínculos familiares. *Revista Científica de UCES*, 10(1), 135-148. Recuperado el 24 enero de 2015, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/328/Predominio_de_procesamientos_t%C3%B3xicos.pdf?sequence=1
- Cano, J. (2014). *El vínculo patológico*. Recuperado el 19 noviembre de 2014, de http://www.psicodinamicajlc.com/articulos/jlc/vincpat.html#VLbE_2BoxMs
- Carlson, E. (1998). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, 69(4), 1007-1128. Recuperado el 24 enero de 2015, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
- Chemama, R. & Vandermesch, B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Coseriu, E. (1990). *Introducción a la lingüística*. México: UNAM.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del Apego: una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*, (3), noviembre. Recuperado el 9 octubre de 2014, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Revista de Psicoanálisis*, (4), abril. Recuperado el 9 de febrero de 2015, de <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo analítico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del Yo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950). *Los orígenes del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frye, N. (1973). *Anatomía de la crítica*. Caracas: Monte Ávila.
- Gaddini, R. (1967). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En M. Bekei (Comp.), *Lecturas de lo psicossomático*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García, J.D. (2011). *Manual de semiótica. Semiótica narrativa, con aplicaciones de análisis en comunicaciones*. Lima: Instituto de Investigaciones Científicas-Universidad de Lima. Recuperado el 20 de enero de 2015, de http://www.academia.edu/1079461/Manual_de_semi%C3%B3tica._Semi%C3%B3tica_narrativa_con_aplicaciones_de_an%C3%A1lisis_en_comunicaciones

- Gasparino, A. (2009). Psicósomática y adolescencia. *Clínica y Salud*, 20(3). Recuperado el 22 de enero de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300009&lng=es&nrm=iso
- Gil, J.M. (2001). *Introducción a las teorías lingüísticas del siglo XX*. Santiago de Chile: RiL Editores.
- Greimas, A.J. (1971). *Semántica estructural*. Madrid: Gredos.
- Greimas, A.J. (1982). Elementos para una teoría de la interpretación del relato mítico. En Barthes et al., *Análisis estructural del relato*. México: Premiá.
- Greimas, A. & Fonanille, J. (1994). *Semiótica de las pasiones. De los estados de cosas a los estados de ánimo*. México: Siglo XXI.
- Hebe, G.E. (2000). Tartamudeo. Notas de un síntoma a investigar. *Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 22(1). Recuperado el 5 de enero de 2011, de <http://www.apdeba.org/images/stories/Publicaciones/2000/01/pdf/012000ogarzoli.pdf>
- Kaës, R. (1996). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaës, R. (2000). *El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo*. Barcelona: Gedisa.
- Kopittke, C. (2008). Vínculos tóxicos y traumáticos, y la paradoja de la subjetividad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1(12). Recuperado el 12 de enero de 2012, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/455/1/V%C3%ADnculos_t%C3%B3xicos_y_traum%C3%A1ticos.pdf
- Konicheckis, A. (2014). La novela afiliativa y los universos psíquicos individuales. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1). Recuperado el 16 de enero de 2015, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v18n1/v18n1a08.pdf>
- Labov, W. (1983). *Modelos sociolingüísticos*. Madrid: Cátedra.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1977). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Liberman, D. (1970; 1971a; 1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, vols. 1–3. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Liberman, D. (1971b). *La comunicación en la terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Liberman, D. (1976). *Lenguaje y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Liberman, D., Gassano de Piccolo, E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Santiago de Chile: Anaké.
- Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1994). *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2000). *Lenguaje, pulsiones y defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación aplicada del algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires: Lugar.
- Maldavsky, D. (2008). Yo–realidad inicial: conceptos e investigaciones sistemáticas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11). Recuperado el 23 de enero de 2015, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/122/Yo_realidad_inicial.pdf?sequence=1

- Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D., Roitman, C., Álvarez, L., Neves, N., Britti, A. & Tate de Stanley, C. (2010). Sobre la investigación de procesos subjetivos e intersubjetivos en psicoterapia de pareja. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(3), 648–670. Recuperado el 11 de noviembre de 2011, de <http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=Tf%2F44%2BZH%2BA%3D&tabid=729>
- Marty, P. (1991). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mejía, M. (2002). El ECRO y su concepción de sujeto en Enrique Pichón-Rivière. *Poiésis*, (5). Recuperado el 22 de enero de 2011, de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/719/688>
- Mendiola, R. (2008). Teoría del apego y psicoanálisis. *Clínica y Salud*, 19(1), 131–134. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11305274200800010007&lng=es&nrm=iso
- Merino, M. (2000). El relato natural en las ciencias sociales y en el discurso científico. *Literatura y Lingüística*, 12. Recuperado el 20 de enero de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071658112000001200007&lng=es&tlng=es
- Mondragón, C. (Coord.) (2002). *Concepciones de ser humano*. México: Paidós.
- Pachuk, C. & Friedler, R. (1998). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Del Candil.
- Palombo, M.A. (2012). Variaciones sobre el psiquismo temprano. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 95–122. Recuperado el 23 de enero de 2015, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1969/Variaciones_Palombo.pdf?sequence=1
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Otruño, M. (1971). *Teoría y práctica de la lingüística moderna*. México: Trillas.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas, un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23a edición. Madrid: Espasa.
- Repetur, K. & Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*. *Revista Digital Universitaria*, 6. México: UNAM. Recuperado el 22 de enero de 2015, de <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>
- Ricoeur, P. (1987). *Tiempo y narración: configuración del tiempo en el relato histórico*. Madrid: Cristiandad.
- Sánchez, A. (2013). El análisis del relato y su qué ver en el método del Algoritmo David Liberman; bajo un epílogo: problematización. En T. Zohn, E.N. Gómez & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas*. Guadalajara: ITESO / Universidad de Guadalajara / Universidad Iberoamericana León.
- Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicosomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11), 194–211. Recuperado el 23 de enero de 2015, de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/128>
- Watzlawick, P., Helmick, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1964). Elementos positivos y negativos en la enfermedad psicosomática. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Toxicidad vincular en sujetos con intento de acabar con la propia vida.

Análisis actancial de sus relatos

ANTONIO SÁNCHEZ ANTILLÓN

*[...] que los que se suicidan
son de ánimo impotente,
y están completamente derrotados
por causas exteriores
que repugnan a su naturaleza.*

ESPINOZA (1980, P.184)

El problema de intentar acabar con la propia existencia es un asunto que no se puede pensar solo como un acto aislado y personal sino una derivación del entramado social, es decir, del tipo de vincularidad que se establece con los otros en sus relaciones primarias; enlace y desenlace relacional.

El propósito de este escrito es exponer los resultados del estudio de caso de tres consultantes con intento de acabar con la propia vida. Se hace un ejercicio de diálogo interdisciplinario, el cual está presente a lo largo del texto:

- En la metodología, con un deslinde sobre la forma de entender el estudio de caso en las ciencias sociales, así como en la investigación clínica, al señalar su diferencia con la clásica integración de casos propios en supervisión.

- En el método se desarrollan los tipos de personajes propuestos en el análisis del relato, además de establecer un diálogo desde la semiótica de Greimas y Barthes, con el análisis narrativo desde la teoría psicoanalítica (Maldavsky, 2004; 2013). Este diálogo puede llevarse a cabo en tanto que hay un referente epistémico común: el giro lingüístico.¹
- Finalmente, en el análisis y la discusión, al hacer dialogar la teoría estructural de sistemas de Minuchin y la psicología narrativa, con la propuesta psicoanalítica (Maldavsky, 2004).

Así pues, el capítulo está desarrollado en los siguientes apartados: metodología, presentación de resultados, análisis y discusión de datos, en donde se articula el referente teórico con los datos obtenidos y conclusiones.

METODOLOGÍA

La perspectiva de este trabajo es cualitativa en tanto explora el campo de significados individuales de los consultantes. Es heurística o de descubrimiento porque precisa, mediante la descripción de las narrativas, una serie de constantes que permiten generar hipótesis cada vez más complejas respecto de la problemática del intento de acabar con la propia vida.

Nuestra hipótesis es que él o los actantes hostiles participan de manera vinculante con el narrador con intento suicida, por lo que aparecen como causa eficiente del mismo.² Desde un enfoque narrativo, a este

1. “Podríamos decir que con el giro discursivo se pasa de un paradigma que ponía las ideas y la introspección racional en el centro de la observación certera del mundo, a otro que prioriza la observación y el análisis de los discursos. Esto implica un cambio epistémico radical en la mirada científica. Como bien lo aclara Ibáñez (2003), la dicotomía mente / mundo es reemplazada por la dualidad discurso/mundo” (Santander, 2011, p.209).
2. Esta hipótesis surge del análisis previo (Sánchez et al., 2017). Como advierte Santander (2011), el uso de hipótesis en estudios cualitativos se justifica desde el análisis del discurso cuando el tema ya ha sido tratado y se pone a prueba análisis más detallados alrededor de este.

tipo de personajes se le atribuyen ciertos caracteres y actos verbales que van en deterioro de la actitud vital, siendo precursores de secuencias narrativas que llevan a estados finales disfóricos en escenas autodestructivas de la voz narradora.

Bajo esta hipótesis, se producen las siguientes preguntas: ¿cuál es el perfil relatado de estos actores hostiles? ¿Cómo influye (bajo qué acciones verbales) en las consultantes que han atentado contra su vida? ¿Cuál es la posición relacional en la que aparece con las consultantes y otros miembros del núcleo familiar? ¿Hay alguna constante en ellas que nos permita inferir que son representantes y promotores de vivencias traumáticas que derivan en desmezcla o estasis pulsional de las consultantes?

Para responder estas preguntas tendremos que describir y analizar las narraciones, con el propósito de alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Describir bajo qué acciones y atributos son narrados.
- Mostrar cómo estas acciones derivan en escenas de agresión o intento de autodestrucción de la voz narradora u otro miembro de la familia.

Sopesar la hipótesis teórica, así como dar respuesta a estas preguntas vía los objetivos particulares, es la tarea que se ejerce en este escrito.

Sujetos

En concordancia con lo dicho sobre el análisis de caso, se trabajó a un sujeto determinado: consultantes con intento suicida. La unidad de análisis seleccionada fueron aquellas secuencias narrativas en que las voces narradoras se vinculan con los personajes hostiles de sus relatos, tomadas de tres consultantes mujeres de 25 a 35 años que han participado en procesos psicoterapéuticos.

Si bien hay distintos tipos de manejo de la información, el muestreo fue relacional fluctuante, codificado de manera axial (Sandoval, 2002), ya que el objetivo era hacer patente el hallazgo de ciertos actantes que inciden de forma directa con el narrador en su intento de acabar con su vida. La selección de los relatos y las secuencias fue deliberada con el fin de ponderar las diferencias y dimensionar la participación narrativa de esos actantes.

Para la obtención de los datos, se hizo una convocatoria en varias instituciones con el ofrecimiento de servicio de acompañamiento terapéutico gratuito para personas que habían tenido uno o más intentos de acabar con su propia vida. A quienes acudieron al llamado se les informó que el material de las sesiones se usaría para tratamiento investigativo, quienes firmaron una carta de autorización en que se especifica la privacidad de los datos de identificación. Por ello, la presentación del material se enfoca en las lógicas narrativas, los atributos y las acciones de los actantes sin referir en ningún momento el nombre, tiempo o espacio posible de identificación de la voz narradora o algunos de los personajes presentados en los relatos.

Material de análisis

Las entrevistas de las consultantes fueron grabadas y *desgrabadas* para el uso de la textualidad del discurso.

Si bien a cada consultante se le ofreció acompañamiento por al menos 10 sesiones, muchas llegaron a proceso de mediano plazo con 20. El material que se utilizó para determinar la unidad de análisis fue tomado de las primeras 14 sesiones, de las que se seleccionaron aquellas secuencias en que la voz narradora relata los intentos de acabar con la propia vida, en las cuales aparecen actantes modelos, semejantes-ayudantes u hostiles.

Tratamiento de los datos

Con el material transcrito, se siguieron algunas de las indicaciones de fragmentación propuestas por Maldavsky (2004):

- Detectar los relatos en donde aparecen actantes adversos a la voz narradora.
- Reorganizarlos de manera diacrónica, precisando los cinco momentos narrativos canónicos de las secuencias: estado inicial, despertar del deseo, intento de consumación, consecuencia del intento y estado final.
- Dado que este material tiene una gran riqueza investigativa, se tomó como unidad de análisis solo aquellos relatos de las consultantes en donde aparecen actantes que por su hostilidad se le atribuye participación directa o indirecta en el intento de terminar con la propia vida.
- Para analizar las constantes entre los casos, se compararon los actantes adversos en sus atributos y las acciones referidas por las voces narradoras (las consultantes).
- Posteriormente, se realizó una tabla comparativa de los relatos con el fin de precisar las consistencias y diferencias entre ellos.

En congruencia con lo dicho sobre la teoría del relato, el uso del análisis fue desde la perspectiva del Algoritmo David Liberman (ADL), que se caracteriza por proporcionar al investigador un inventario de personajes y escenas prototípicas resultado de años de investigación y sistematización, y vincula el análisis descriptivo de las manifestaciones del discurso a una fuente teórica (Plut, 2012; Maldavsky, 2004; 2009; 2013).

Método

En este apartado se presenta la metodología utilizada, a saber: tipo de investigación, hipótesis, sujetos, material de análisis y tratamiento de los datos. En segundo lugar, si bien en otros escritos se ha desarrollado de manera extensa el marco teórico y metodológico (Sánchez, 2015), aquí se ahonda en las categorías de actantes propuestos en el ADL, el cual tiene su cimiento en otra disciplina: la semiótica y la teoría del relato de Greimas y Barthes,³ y, finalmente, se desarrolla qué se va a entender por estudio de caso.

Los actantes en la teoría del relato

Los referentes teóricos metodológicos son: la teoría del relato, puntualizando el tipo de escenas y actantes que tanto Maldavsky (2004) como Ramos (2001) proponen como referente común, así como estudios semióticos cuya fuente son Barthes y Greimas. Este desarrollo permitirá evidenciar, en la presentación de resultados, las pre-categorías usadas para analizar los extractos de las entrevistas.

Para Greimas y Courtes (1982), en las narrativas aparecen una variedad de actantes que interactúan con objetos referentes a los que se otorgan expresiones predicativas de deseo. Por ejemplo, la relación de un sujeto que narra y predica sobre un anhelo referido a un objeto. En la narrativa aparecen actantes que pueden jugar como ayudadores del sujeto con el propósito de obtener ese objeto desiderativo y quienes se oponen a ese logro. Además de esta vía discursiva de enlace entre ayudante y opositor con el sujeto, hay posiciones intercambiables respecto a quién destina el objeto y a quién se destina. Las narrativas

3. En el apartado de método se desarrolla la propuesta de análisis del relato desde el ADL, en su especificidad de análisis del relato, el cual se pone en diálogo con el análisis semiótico de Greimas y Barthes, de quienes se retoma el sentido de análisis actancial que se enriquece con las pre-categorías propuestas por Maldavsky.

no suelen ser homogéneas y lineales, ya que un actante puede aparecer jugando diversos estados narrativos o roles actanciales que se van determinando por la posición del actante y su vertimiento modal. Los valores modales de querer, deber, poder y saber modalizan el ser y hacer actancial.

Por ejemplo, un destinador (anciana) que ofrece una manzana a una destinataria ingenua que la recibe, puede transformarse en un objeto oponente (bruja) que pretende obstaculizar el *querer* entre la destinataria de la manzana y su objeto de deseo: el príncipe.

Desde luego, esta referencia clásica es sencilla de localizar en el conocido cuento; no es igualmente fácil cuando se trata de descifrar tramas más complejas como *El nombre de la rosa*, de Umberto Eco. En esta obra, el objeto de deseo del actante Guillermo de Baskerville es *saber* sobre el tratado de la risa de Aristóteles; tal propósito entra en tensión con opositores, quienes movidos por el deber ocultan la obra y ejercitan su poder (ejercicio de la fuerza) para aniquilar a los potenciales favorecedores de ese intento. Es importante advertir que un análisis semiótico es mucho más complejo que lo que aquí se ejemplifica, en tanto se pretende solo enunciar los modelos de actantes de Greimas.

A nivel actancial, hay tres elementos fundamentales a destacar: qué se hace, cómo y quién. Si bien distintos estudiosos han tipificado las tramas de los cuentos, las novelas y las tragedias, Maldavsky articula esta teoría del relato con el saber psicoanalítico y caracteriza secuencias prototípicas (2000b; 2004; 2013; 2015); estas se sostienen en la propuesta freudiana de que las manifestaciones verbales son expresión de cierta erogeneidad, además de las defensas entendidas como destinos de pulsión. El análisis de la erogeneidad y las defensas permiten inferir las manifestaciones clínicas. Así pues, Freud hizo orbitar ciertas palabras como “morder”, “chupar”, “fuego”, etc, alrededor de determinadas erogeneidades, así como la aparición de defensas en enunciados como “no”, “pero” (Maldavsky, 2000a). Este es el punto de arranque de este

autor, quien en escritos posteriores genera un repertorio de palabras, enunciados y secuencias narrativas prototípicas (2004; 2013).

Maldavsky (2000a) ha desarrollado los supuestos de los lenguajes erógenos y las defensas en metodologías específicas de análisis que se precisan en el ADL: palabras, relatos y estructura frase (2004; 2013). En el presente trabajo se aborda solo desde el análisis del relato y a nivel de las manifestaciones erógenas; no se estudian las defensas concomitantes, tema que se precisa en otro artículo en curso.

En el análisis del relato se pueden diferenciar dos momentos: el descriptivo y el teórico. El primero permite recuperar la estructura narrativa expresada, siguiendo la textualidad de la voz narrativa, mientras que el segundo implica hacer dialogar esos datos con el cuerpo teórico, que en este caso es psicoanalítico.

Ramos (2001) destaca que en las autonarraciones pueden discriminarse escenas que llevan como objetivo entender qué paso, en tanto otras cómo paso. Barthes (1977), por su parte, desde su análisis estructural del relato, apunta que hay ciertas escenas puente e informativas que tienen por objeto informar al lector sobre los espacios o las características de ciertos personajes.

Este autor precisa que, en una narración, se articula alrededor de un tema, una secuencia que tiene inicio, medio y fin, giros o *peripetia*, y una voz narrativa que enuncia. Por otra parte, Maldavsky (2004; 2013) lleva estos presupuestos de la teoría del relato a indicaciones técnicas y metodológicas para saber cómo construir un relato y analizarlo de manera sistemática, a saber: una isotopía, un antes y un después, y una construcción lógica. Apoyado en la teoría estructural del relato, pondera que hay cinco momentos narrativos: un estado inicial, un despertar del deseo, un intento de consumación, una consecuencia y un estado final. De acuerdo con estos momentos canónicos de la narrativa, los actantes hostiles aparecen entre el tercero y cuarto: en el intento de consumación del deseo y la consecuencia (Maldavsky, 2000b). La superación de los obstáculos es determinante para identificar si el estado final de la secuencia es exitoso, fracasado, o ambos.

Son siete los esquemas tipificados por Maldavsky en secuencias, que corresponden a los lenguajes erógenos: libido intrasomática (LI), oralidad primaria (O1), oralidad secundaria (O2), analidad primaria (A1), analidad secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Dada la extensión del presente trabajo (2004, pp. 52-53).

Maldavsky (2004) refiere siete aspectos posibles de analizar en las secuencias: atributos de los personajes, ayudante de estos, ideal expresado en el relato, personajes dominantes, espacios, estados afectivos y acciones motrices. Estos pueden o no aparecer en las secuencias, si bien tenerlas en cuenta mediante una tipología descrita por Maldavsky (pp. 59-63) permite ponderar y articular el campo descriptivo con el fundamento teórico del método.

Dado nuestros objetivos, a continuación destaco los siete tipos de personajes que por sus atributos son propuestos por Maldavsky como pre-categorías de análisis (2004; 2013), que corresponden con la nomenclatura enunciada en el párrafo anterior: el especulador-objeto de especulación; el observador hiperlúcido (LI), quien se considera objeto de observación y experimentación (OI); el útil-inútil (O2); abusador-abusado (A1); orden y corrección-desorden e incorrección (A2); quien tiene por meta la valentía, el respeto como sostén de su dignidad, o si fracasa se vuelve indigno (FU); y el que gira alrededor de lo estético sea por su belleza o fealdad (FG).

Como se ve, cada uno de estos personajes puede ser tomado por su lugar activo o pasivo. Organizados alrededor de sus atributos, se corresponden en narrativas tipo y lenguajes erógenos. Asimismo, Maldavsky (2004; 2013), de acuerdo con las posiciones actanciales de Greimas (las cuales desarrollamos anteriormente), infiere la posición psíquica de la voz narradora a partir del análisis de los personajes presentes en los relatos: tipo de modelo, ayudante, objeto hostil, así como la aparición o no de otros como semejantes, y si surge o no un objeto de deseo.

En resumen, según la gráfica metodológica de Santander (2011, p.217), nuestro objeto es un estudio de caso de consultantes con intento suicida, las categorías metodológicas son los tipos de papeles que juegan los

actantes de los relatos, los cuales se sostienen tanto en la teoría de las erogeneidades como en la teoría semiótica del relato. El marco teórico que ayuda a interpretar los personajes en las narrativas es la perspectiva psicoanalítica sobre los linajes y vínculos tóxicos (Maldavsky, 1991; 1996), así como la teoría de sistemas, la psicopatología relacional y comunicativa (Minuchin, 1979; Linares, 2008).

Estudio de caso

Es importante advertir que el diseño del estudio de caso es diferente si está referido a una metodología cualitativa que a una cuantitativa, además del *habitus* de cada disciplina. Es distinto presentarlo en el área de mercadotecnia que en la de psicología clínica; construir un estudio de caso desde la psicología experimental que desde la psicología narrativa o psicoanalítica.

En el trabajo de la psicología clínica hay una larga experiencia respecto de procesos de sistematización de la práctica, la cual se realiza en los procesos de supervisión. Esta práctica habitual entre los psicoterapeutas se lleva a cabo alrededor de los historiales clínicos que se obtienen por medio de las entrevistas iniciales o de evaluación; estas últimas estructuran la información alrededor de los rubros: “ficha de identificación, descripción breve del paciente, motivo de consulta y padecimiento actual, historia familiar, historia personal, clave psicodinámica, impresión diagnóstica, tratamiento y pronóstico” (Rossi, 1993, p.243). El acomodo de esta información, como puede verse en la cita anterior, tiene cierto parentesco con las entrevistas médicas, enfoque del cual se fue desgajando poco a poco la psicología clínica. Estos esquemas de recolección de información son idóneos sobre todo cuando se hace acompañamiento de supervisión de casos, si bien hay que hacerse ayudar de otros saberes para después sistematizar la información, de modo que pueda entrar a procesos de pesquisas investigativas más rigurosas. Como advierte Wainer (2012), ya desde hace más de una década se han venido generando procesos sistemáticos para el se-

guimiento de la información en el campo de la psicología clínica. Cuando refiere “sistemáticos”, quiere decir secuencia de pasos, claridad sobre el objeto u objetos de estudio e instrumentos de análisis. Por su parte, Stiles (2009) advierte cómo algunas teorías como el psicoanálisis se han venido construyendo gracias a los estudios de caso único, en donde “el investigador simultáneamente compara un gran número de observaciones acerca de un espécimen particular con un número correspondiente grande de enunciados teóricos” (p.216).

En las ciencias sociales se refiere que “El caso en estudio puede ser una cultura, una sociedad, una comunidad, una subcultura, una organización, un grupo o fenómenos tales como creencias, prácticas o interacciones, así como cualquier aspecto de la existencia humana” (Sandoval, 2002, p.91). Mientras que en la investigación clínica se tiene como fuente primera el dispositivo de la consulta —en donde el terapeuta trabaja con uno o más pacientes para generar un saber sobre el sujeto bajo ciertas normas que regulan el encuentro—, en el trabajo clínico no se busca sino que se trabaja con lo que se encuentra. Este mismo dispositivo es fuente de información para el diálogo e interpe-lación de la teoría.

El analista, cuando somete la información a procesos investigativos, no trata de alterar los datos sino que los toma tal cual fueron consignados o grabados para generar un saber para la comunidad epistémica a la que pertenece. Así pues, de un mismo dispositivo se posibilitan dos tareas (la escucha clínica y la pesquisa investigativa) y productos distintos (el saber singular del sujeto y el enriquecimiento para la teoría).

Como advierte Wainer, “Freud en el historial del hombre de los lobos, sostiene que las discusiones teóricas dentro del psicoanálisis deben dirimirse contrastando las mismas con la clínica, es decir que propone el uso del caso como método de prueba” (2012, p.220). Si bien esta perspectiva de Freud estaba bajo la *episteme* médica o sujeto de la ciencia en donde se aspiraba poder describir el conocimiento de manera positiva, es importante advertir, desde las ciencias de la subjetividad y el construccionismo, que finalmente el campo de la descripción como

del análisis teórico es un interjuego narrativo que construye mundo.⁴ Esta perspectiva embona con la propuesta de la psicología narrativa, en donde se asume que las narrativas no aspiran al saber lógico-científico del objeto sino a la verosimilitud subjetiva que aspira a reconocer la particularidad de la experiencia vivida (Barceló, 2006); si bien hay que reconocer que la acumulación de estudios de caso permite generar perfiles que pueden nombrarse por su homogeneidad, sea por el análisis autobiográfico (Ramos, 2001), narrativas colectivas (Denborough, s / f.; White, 2008) o estudios de caso con la utilización del modelo de asimilación (Stiles, 2009).

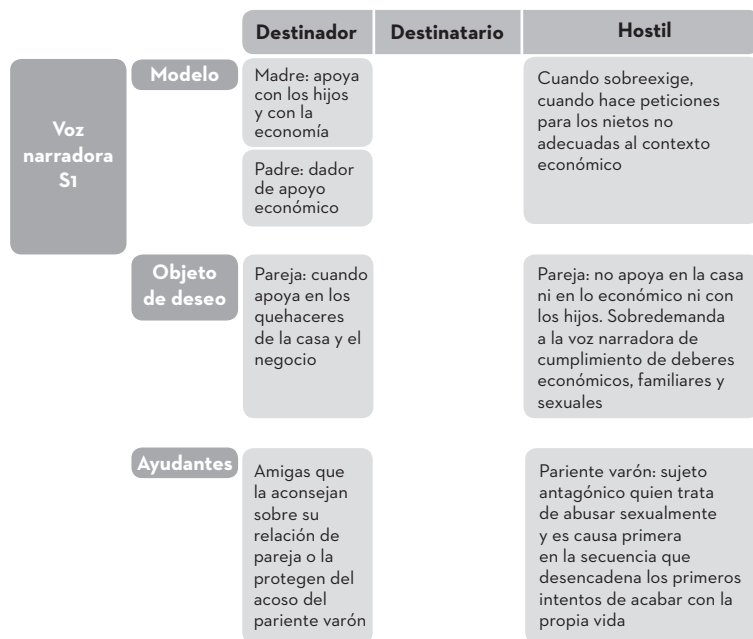
La emergencia de un saber sistemático en el estudio de caso siempre estará condicionada por la relectura que realiza el investigador, en tanto hay una intención en el uso de la información para mostrar un algo.⁵

RESULTADOS: EL CASO DE LOS SUJETOS CON INTENTO SUICIDA, DESTACANDO LOS ACTANTES EN SUS NARRATIVAS

Presentaremos los resultados en las figuras 7.1, 7.2 y 7.3, las cuales señalan a los actantes intervinientes en las narrativas analizadas, quienes aparecen alrededor de las tramas o secuencias que derivan en el intento de acabar con la propia vida. En estas figuras se encuadra la voz narradora y su relación con los actantes modelo, objeto de deseo y ayudante (fila vertical, cuadros con fondo rosa); y en la fila horizontal se puntualiza si el actante aparece como destinador, destinatario

4. Aquí se propone que el trabajo del investigador está colocado en la lógica del concepto de *construcción* en psicoanálisis: "Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto" (Laplanche & Pontalis, 1993, p.80). Es importante agregar que esta *construcción* apunta en la clínica a una verdad histórica del sujeto que puentea de sentido la falta entre lo recordado y lo olvidado.
5. Como refiere Basz (2001, s / p): "Visto desde otro ángulo, el caso clínico se pone en serie con los paradigmas admitidos en una determinada comunidad epistémica, de modo tal que aspira a representar una variación estructural pertinente. En este sentido no puede escapar a la confrontación con cierta generalización, con algo que está del lado de lo universal, ya que el caso está del lado de lo particular. Particularidad que en el psicoanálisis solo se obtiene por la vía de lo singular".

FIGURA 71. MAPA DE ACTANTES DEL SUJETO 1



u objeto hostil. Esta puntualización de los actantes por su posición y función permite apuntalar más claramente el interjuego actancial entre la voz narradora y los actantes de sus relatos.

Para mayor claridad, presentamos una breve explicación de cada figura. Señalamos con S1 al sujeto uno, y así de forma consecutiva al S2 y S3. Después de la descripción de los tres sujetos, se dará una explicación general de las constantes en las narrativas de los tres, de modo que quede evidenciada la secuencia y los atributos constantes de los actantes, cumpliendo así lo prometido en los objetivos específicos. Al presentar de este modo los datos, lograremos el primer momento del análisis, es decir, el descriptivo, posterior al cual recurriremos al análisis teórico que se expone en la discusión y las conclusiones.

Descripción sujeto 1 (S1)

Como puede apreciarse en la figura 7.1, la madre aparece en el papel de modelo en escenas en que, por dificultades con la pareja, la apoya para salir de esa situación. También asoma como quien proporciona infraestructura para el trabajo y ayuda con los hijos.

Sin embargo, la madre se vuelve hostil en los relatos, hiperactiva cuando demanda cosas y pide que se comporte la voz narradora y los hijos de acuerdo con sus principios. Una escena principal de conflicto tiene que ver con las peticiones que hace la madre y están fuera del alcance de la hija.

La madre se halla en las secuencias narrativas, los estados iniciales, como quien por sobredemandas lleva a la voz narradora a decidir salir del núcleo familiar para unirse a una pareja. Además, en otro comienzo de secuencia se presenta como quien, por ausentarse, deja a la voz narradora a merced del abuso de un personaje cercano al núcleo familiar; si bien en el estado final del relato del intento reciente de acabar con la propia vida se vuelve destinadora de apoyo en los servicios de atención. Así pues, la progenitora aparece en las distintas secuencias estudiadas bajo una doble valencia: otro hostil y ayudante de la voz narradora.

El padre se ubica poco en las narrativas y solo es referido como sostenedor económico y con una incapacidad de poner límite al pariente abusador y la madre.

La pareja actual es ayudante cuando apoya en los quehaceres de la casa y se hace cargo del negocio, pero es hostil cuando se vuelve sobredemandante en el trabajo, la casa y con los hijos, así como cuando le atribuye a ella su estado de infelicidad. De forma secuencial, la pareja está en un proceso de acrecentamiento de demandas: primero de deberes económicos, después en quehaceres familiares y finalmente en sobreexigencia de relación íntima, lo que provoca una experiencia de ahogo que la lleva al intento de acabar con la propia vida. Este actante pasa de ser un compañero a un perpetrador sexual, y a la vez se

presenta como un doble actualizado del personaje que intentó abusarla en la adolescencia.

Las acciones de los actantes hostiles consisten en acrecentamiento de demandas presentadas como secuencias preámbulo de las acciones de abuso, las cuales inciden en la voz narradora de manera determinante por la fuerza de la impresión afectiva, traumática, y derivan en escenas posteriores de autoagresión que se acrecientan hasta llegar al intento de acabar con la propia vida.

El pariente varón se presenta como hostil y antagonico cuando aparece en escenas en las cuales trata de abusar. Este actor se muestra como alguien que está en el margen de la relación familiar y de quien se hacen cargo otros miembros de la familia, además de que es descrito como alguien que fue engañado y abandonado por su propia pareja años atrás.

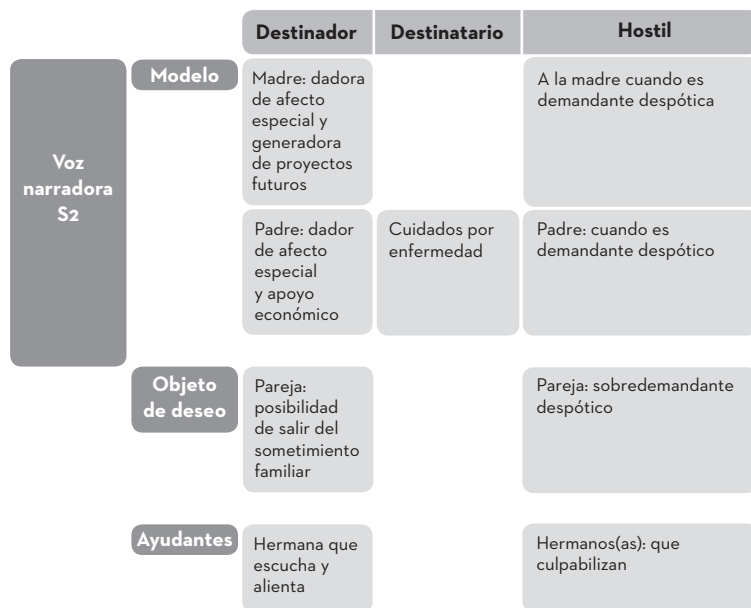
El pariente aparece en la secuencia inicial como un perpetrador de intento de abuso, y la voz narradora atribuye a esa escena la consecuencia de otras posteriores en donde emerge la angustia experimentada en aquella ocasión, a modo de revivencia. Esta vivencia del atentado se presenta como una escena nodal que desencadena intentos de exorcizar el afecto de temor y angustia, los cuales aparecen después como disparadores de acciones de autodestrucción como beber, estallidos de ira e intentos por acabar con la propia vida.

Descripción sujeto 2 (S2)

En la figura 7.2, la actante madre aparece como destinadora; un modelo a quien se le atribuye actividades con la voz narradora que le generan expectativas futuras de vida; es por ella que la voz narradora se veía estudiando y acompañándola toda su vida.

El doble hostil de la madre es el actante padre, quien por un lado maltrata, amenaza e insulta a la modelo madre, y por otro destina cumplidos a la voz narradora. Este entramado actancial toma un curso

FIGURA 7.2. MAPA DE ACTANTES DEL SUJETO 2



diferente a raíz de la muerte de la madre, que es vivida por la voz narradora como una defraudación a los proyectos que habían conspirado. Dado que fue intempestiva y violenta, dejó un sentimiento de culpa porque la voz narradora hubiera querido hacer algo para remediarlo. Desde esta tragedia, la madre obtiene doble valencia: por un lado en el recuerdo como modelo buena que cuidaba, atendía y acompañaba con su presencia todos los proyectos de la voz narradora, y por otro se vuelve un personaje que abandona y causa sufrimiento. Desde esta *peripezia* narrativa, el actante padre toma a la hija y la coloca en el lugar de maltrato que tenía la madre; le pide a la voz narradora que lo atienda en todo, y en lugar de agradecimiento le otorga frases de desprecio, haciéndola sentir ineficaz, insuficiente y provocando afectos de ahogo, autodesprecio e inutilidad. Ella hace intentos por salir de esta relación

con proyectos personales que le son desestimados por el padre y mal vistos por los hermanos.

El padre aparece, pues, de manera central en las secuencias bajo demandas tiránicas, además de que, por su estado de indefensión dado su padecimiento, se presenta como justificado de estas. Es importante advertir que antes de la enfermedad, en las secuencias de relación con la madre y el hermano, el tipo y modo de demanda es el mismo.

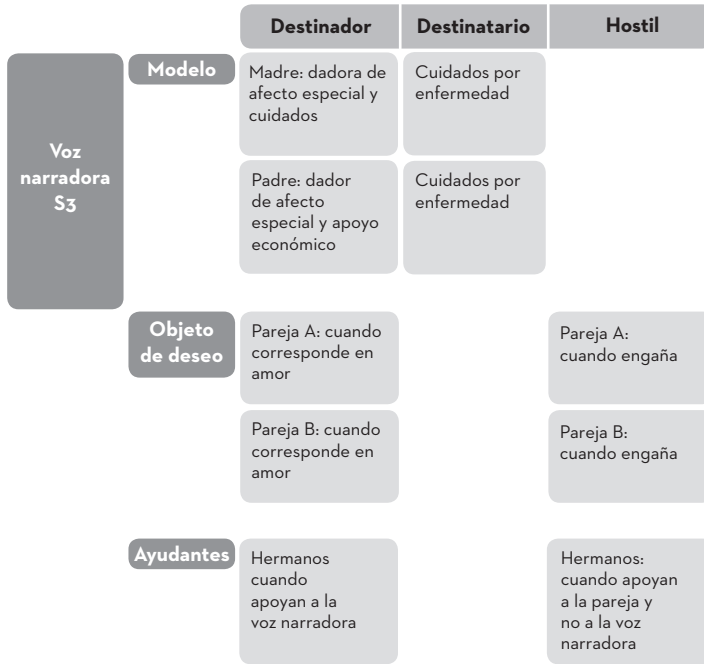
Los actantes hermanos aparecen como hostiles y lejanos a su padecimiento, con excepción de un hermano mayor que la escucha y alienta.

Frente a esta secuencia, surge el actante pareja, quien se presenta como alternativa frente al maltrato del personaje padre. Si bien en un principio tiene valencia positiva, termina siendo un doble del personaje padre en tanto toma a la voz narradora como objeto de desprecio y sobredemandando atenciones; esto provoca afectos de inutilidad, ahogo, ansiedad y desorientación cognitiva en la voz narradora. El entramado secuencial, en donde solo hay sobredemandas del padre, la pareja y los hermanos, lleva a estados de angustia y desesperanza que precipitan un intento de acabar con la propia vida.

Descripción sujeto 3 (S3)

En la figura 7.3, la madre es destinadora de cariño y cuidados, quien le expresa en forma de broma que la quiere como una pareja y no le permite tener novio hasta pasada la mayoría de edad. La cercanía con ella le enuncia como fuerte, de modo que era muy apegada y formula que no podía separarse; siente privilegios de ella sobre sus hermanos y supone que esa preferencia de cariño tiene que ver con su forma de ser. La madre se vuelve destinataria de cuidados de sus hijas, incluyendo la voz narrativa por una enfermedad en la que pierde capacidad de reconocer a los hijos, y más tarde entra en fase terminal. El desenlace narrativo es mixto, en tanto que muere, pero la voz narrativa siente que pudo despedirse de ella.

FIGURA 7.3. MAPA DE ACTANTES DEL SUJETO 3



Narrativamente, al padre se le presenta como un destinador de recursos económicos de la mamá y la familia. Aunque vive en conflicto con la madre, de alguna forma tienen una relación de pareja. El segundo atributo que le otorga al padre es el de mujeriego. Es por ello que cada uno de los padres vive separado y sostenían encuentros cuando lo requerían.

El padre transforma su lugar de destinatario a destinador de la voz narradora a partir de caer enfermo. Ella le destina cuidados en su enfermedad. La secuencia narrativa termina con la muerte del padre, de quien recuerda que le aconsejaba fuera buena con su pareja.

La voz narrativa tenía a la pareja A, con quien se iba a casar, si bien descubre que era engañada y, al encarar la situación, termina la relación

con un final disfórico, ya que la deja en un resentimiento permanente, pues nunca más la vuelven a buscar. De frente a esta secuencia de dolor, aparece la pareja B, quien la consuela en su dolor y poco a poco va remplazando la relación amorosa.

La pareja B aparece con doble valencia: por un lado, la rescata del dolor de la separación, y, por otro, le replica la experiencia de engaños que tuvo con la pareja A. Después de varias secuencias narrativas donde se vive engañada, la voz narradora cuenta que también inició una relación paralela. Ante esto, la pareja B se intenta suicidar. Después de esto, la pareja B se presenta en el círculo de las relaciones primarias como víctima de engaño, volviendo el clima social hostil para la voz narradora.

En otra secuencia, la pareja B aparece de nuevo engañando a la voz narradora, quien cuando se entera, la corre de su casa. La pareja B le dice que nunca más estarán juntas, lo que le provoca un dolor muy fuerte, pues la voz narradora la considera el amor de su vida, por lo que posterior al engaño intenta acabar con su propia vida. En este final de secuencia llegan actores externos: el médico y la terapeuta, quienes, como medida de protección, le prohíben ver a la pareja B.

Los hermanos y hermanas se ubican primero como ayudantes de la pareja B, pero después como soporte de la voz narradora: la apoyan y cuidan antes y después del intento.

DISCUSIÓN

Podemos presumir que la presencia de los actantes modelos madre, en todos los sujetos analizados, aparecen bajo la doble valencia como destinadores de apoyo, amor y fuente de coacción o punitivas. De acuerdo con Maldavsky (2004), el atributo punitivo del personaje tirano se destaca por tener estallidos de ira y no regirse por el orden consensuado sino por la arbitrariedad y búsqueda de satisfacción inmediata. Las madres del S1 y S3 son actantes que suman a su sobredemanda mordaz el maltrato y sobajamiento del otro con miras de mantener

su sentimiento de sí bajo actos autoritarios. Si bien en el caso del S2 también el padre es colocado bajo esta combinación de atributos.

En el S2 y S3 viven no solo la pérdida de la modelo madre por muerte sino el lugar de hijas predilectas: ambas terminan siendo cuidadoras de los padres en sus padecimientos físicos. Esta alteración en las funciones hace que las hijas se sostengan en una relación parental, lo que genera un vínculo de *patología jerárquica* en donde la presencia de un hijo emerge como reparador de la deficiente función de uno de los padres; con ello se altera la estructura de la familia, “constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa” (Sauceda, 1991, p.61). La alteración por exceso o falta de autoridad, límites o funciones en el orden relacional degrada la homeostasis del sistema, y se llega a provocar efectos devastadores en algunos miembros de la familia como problemas de adicción o procesos psicóticos de relación (Minuchin, 1979), que en los casos analizados se deriva en autoagresión. Por el análisis realizado, podemos inferir que en los sistemas familiares se destaca el maltrato y la rigidez de la autoridad, la cual coincide con la patología de frontera, así como de alianza (Minuchin, 1979). Aceptar el lugar del “mártir” va acompañado en los relatos de enunciaciones sobre sensación de ahogo o angustia.

Desde la teoría de los linajes tóxicos, este tipo de vincularidad es fuente de desenergetización libidinal (Maldavsky, 1996), lo que deja vulnerables a las voces narradoras en su proceso de desarrollo e influye en la elección de pareja: cuando las llegan a conocer, dadas las pérdidas no elaboradas, quedan susceptibles, en cierto estado de indefensión que sin duda repercute en su intento de construir una familia.

Las tres viven experiencias de fracaso con sus parejas, ya sea porque ellos son abusivos (S1, S2) o engañadores (S3). En lugar de tener un apoyo para enfrentar los propios conflictos de desarrollo y resolución de los quehaceres de la vida, el S1 y S2 las parejas aparecen como actores sobredemandantes, a modo de hijos golosos e insaciables (personajes

propios del lenguaje oral secundario, O₂); por lo que la posición de mártir de las voces narradoras lleva a desenlaces del intento por acabar con la propia vida. Dicho esto, desde la teoría, se puede sostener que las parejas de las entrevistadas tienen los atributos de demandantes (O₂) y abusadores (A₁) y ellas quedan sometidas a la posición sacrificial (O₂), y la fuerza motriz queda como descarga de la agresión sobre sí mismas (A₁). Se genera un vínculo bajo la lógica del sado-masochismo moral y la autopunición, al infringirse el daño.

Los hermanos o las hermanas aparecen como fuente posible de apoyo y cuidado en S₂ y S₃, así como de obstáculos para enfrentar los conflictos con las parejas.

Después de este análisis, se confirma nuestra hipótesis, a saber: que las tres sujetas analizadas coinciden en ser víctimas de abusadores o engañadores y quedan vulnerables ante un desamparo de quienes son fuente de ayuda en las relaciones primarias: los hermanos y los papás. Podemos inferir que el intento de acabar con la vida no es un deseo de acabar con la propia vida sino de tratar de escapar de relaciones de sobredemanda, desestimación, maltrato por parte de padre, madre o pareja, cuyas exigencias son leídas como peticiones de renuncia a sus propias aspiraciones, al amor propio y a tener un lugar más allá del deber familiar, es decir, a la propia singularidad o subjetividad.

Estas acciones y verbalizaciones de descalificación del esfuerzo y la renuncia de los anhelos personales de las consultantes, por parte de los padres o las parejas, coinciden con la descripción que hace Diet (2005) de los sujetos tanatóforos en sus estudios de las instituciones formales. Esta autorreferencialidad de los padres o las parejas por ser atendidos a costa del otro, como en el caso de S₁ y S₂, permite evidenciar una actitud narcisística perversa, en tanto cruel y anuladora del otro. El sujeto arbitrario que enuncia Enríquez (2002) es propio de un discurso social en los casos estudiados, de los cuales son voceros tanto los padres como los hermanos o las parejas. Así pues, podemos aseverar que no se trata solo de acciones individuales hechas por actores específicos sino que son representantes de un imperativo social, una

voz de ese Otro (estructura social discursiva) que demanda sacrificio y renuncia a la propia subjetividad. Además, tenemos que reconocer en ese Otro que la variable de género y la expectativa de función social que se le da dispone una “mente” que White (2008) llama psicología popular, sustentada en narrativas bajo secuencias de imposición de poder; esta es determinante en la naturalización de mujer mártir ayudadora y desestimada en sus anhelos, papel jugado por las consultantes en su vida social.

Estas lógicas vinculares son propias de los linajes tóxicos. Si bien Maldavsky (1996) pondera que los desenlaces pueden llevar a estados de abulia o problemas psicósomáticos, por el estudio aquí realizado se propone que los intentos de acabar con la propia vida de manera directa sean también un modo de salir de esas lógicas tóxicas; una salida embebida en la desmoralización frente a actantes parentales abusadores. Estos personajes madre, padre o pareja no toman al otro como sujeto de anhelo sino como objeto útil (O₂) para sus necesidades; actantes que demandan de manera imperativa.

Con los datos aquí esbozados, podemos inferir que, dada la trama relacional, las voces narradoras están envueltas en una atmósfera tóxica que les impide diferenciar los anhelos propios de los de los otros, por lo que su yo (como voz narradora) queda amalgamado en las voces de los otros y en los imperativos sociales que estos les presentan, difuminando así el anhelo singular.

Por último, hay que ponderar que en los tres casos hay un deterioro de la propia energía de vida, ya que se tuvieron eventos traumáticos durante la adolescencia, sea por el intento de abuso sexual o la muerte de uno de los progenitores. Esta vivencia no tramitada deriva en un agravamiento del proceso normal de maduración, separación y destete del vínculo de los progenitores, del núcleo familiar, lo que los deja en un mayor estado de vulnerabilidad. De modo tal que la revivencia traumática en la relación de pareja es determinante en la precipitación de los intentos de acabar con la propia vida. De forma metapsicológica, puede afirmarse que hay una sangría de la energía pulsional de vida

que impide la complejización libidinal, lo que agrava la desmezcla pulsional hasta llegar a optar por la descarga total como último remedio con miras de proteger el último reducto de singularidad o anhelo de vida; no es que renuncien a la vida sino a aquella de anulación, engaño y sometimiento.

Desde la teoría de sistemas es posible observar que los papeles vividos de las consultantes generan en sus familias una serie de patologías relacionales y afectos negativos.⁶ Pues los papeles, como pautas de acción y relaciones repetitivas y asumidas por los miembros de un grupo, son funcionales en tanto se adaptan o no al contexto y orden jerárquico esperado. Los papeles funcionales positivos y esperados pueden darse cuando los padres son proveedores y protectores del orden del grupo; pero disfuncionales cuando se coloca a ciertos miembros en el papel de chivo expiatorio o emisario, tonto, mártir o loco, como los casos analizados. La falta de estimulación para que sigan su desarrollo, por parte de los otros actores secundarios como los hermanos o las parejas actuales, limita también el proceso dinámico de socialización y progreso de la familia, ya que un papel funcional de “desarrollo profesional” puede volverse no funcional si no se le permite acceder a procesos mayores de compromiso con grupos externos al núcleo base. Así pues, en este escrito asumimos que las triangulaciones y los personajes, como el chivo emisario, el mártir o el héroe, no son sino modos narrativos de expresión en donde se coloca a los personajes de las narrativas o la voz narrativa misma. Los términos nosológicos son caracterización de las posibles alteraciones en el sistema comunicacional de la familia.

La propuesta de la terapia estructural para su diagnóstico e intervención contempla temas como pautación escénica, ordenamiento

6. El término psicopatología “está vinculado a fenómenos comunicacionales como la desconfirmación y la mistificación, vehiculizadas por situaciones organizacionales como la triangulación que involucra a padres negadores de su confrontación simétrica a hermanos prestigiosos y miembros pseudo parentales de la familia” (Linares, 2008, p.86).

deliberado de un sistema natural detectable para promover los cambios; la escena o etapa de tratamiento, que es la selección de episodios y miembros de la familia con el fin de intervenir en esos procesos inherenciales, y la secuencia de episodios entendida como aquello que permite ver la globalidad de la estructura en la trama.

Desde este análisis, quizá puedan proponerse intervenciones familiares que modifiquen los papeles rígidos, en donde las pacientes terminan por padecer, en dramas particulares, la ideología y cultura de sometimiento de la sociedad mexicana.

CONCLUSIONES

Los resultados y el análisis anterior aportan luz en tres temas fundamentales atinentes al fenómeno suicida: intencionalidad, pensamiento instrumental y conducta (O' Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney & Silverman, 1995, en Hernán, 2009). Si se toma en cuenta el tercer elemento, dado que el resultado del acto en los sujetos analizados no fue la consumación, los podemos considerar parasuicidas (Maris, 2002, en Hernán, 2009) o solo intentos en tanto que, como señala Durkheim (2004), fue un acto detenido por otra persona. Si bien en la interrupción de este se ve con claridad la injerencia del otro, no todos los estudios asumen que la causa eficiente del intento o la consumación puede ser también un proceso desencadenante desde y con el (O) otro; por lo que se considera clásicamente el suicidio un acto positivo o negativo por acabar con la víctima o el agente mismo (Hernán 2009). Los resultados aquí presentados dislocan esta perspectiva en tanto que, como podemos ver en las secuencias narrativas, el agente del acto material no coincide por fuerza con la causa (agente) eficiente. Desde el punto de vista narrativo, hemos dicho que actantes significativos del sistema familiar pueden ser precursores de lógicas degradantes, tóxicas (Maldavsky, 1991; 1996) que entrampan las voces narradoras y las colocan como chivos expiatorios, hijos parentales o mártires de sobreemandas (Minuchin, 1979). Así pues, el acto material no se entiende sino

en un entramado vincular en donde unos actores ejercen una fuerza negativa en contra de otros, a modo de causa eficiente. De frente a esta lógica vincular, los sujetos identificados precipitan el acto suicida de forma paradójica bajo un reducto de anhelo de salvar su singularidad en la vida, escapar de sujetos abusadores. Por lo que, podemos inferir, el parasuicidio en los sujetos analizados no solo es una determinación personal sino vincular, ya que el acto material, la intención e ideación son co-construcciones entre el proceso de pensamiento del individuo y su entramado relacional. La deliberación del acto material aparece de forma narrativa más que como una aspiración, como escapatoria al lugar y la función en que fue colocado por el sistema vincular. Desde aquí se puede entender que la intención no es una determinación tomada en estado eufórico sino en una situación disfórica, de estrés y crisis, en donde, dada la pérdida de esperanza de *ser rescatada*, opta por acabar con la propia existencia. Esta conclusión coincide con lo dicho en el epígrafe de este texto: el impulso de sostener la existencia (*canatus* de vida) puede ser derrotado por la desestimación que hace el medio sobre la naturaleza del individuo.

La saturación de estudios de caso como el realizado aquí puede generar un perfil más consistente de narrativas colectivas de sujetos con intento de acabar con la propia vida. Este saber sistematizado posibilitaría intervenciones grupales, además de las focalizadas con el sujeto identificado. Del mismo modo, podrían hacerse intervenciones comunitarias familiares, no solo con el parasuicida que termina siendo el “paciente identificado” sino con los actantes que ejercen las lógicas de desmezcla pulsional, desenlace vincular.

Queda pendiente reportar en futuros escritos cómo el actante externo, el psicoterapeuta, interviene en estas patologías vinculares, tóxicas, y describir qué se hace en el proceso de acompañamiento para revertir estas narrativas dramáticas que desdibujan la presencia del sujeto, así como precisar en esa nueva interacción, el proceso de elaboración de las vivencias traumáticas y las vincularidades tóxicas.

REFERENCIAS

- Barceló, M. (2006). *Vida en los ruedos*. Madrid: Visión Net.
- Barthes, R. (1977). *Introducción al análisis estructural de los relatos*. Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.
- Basz, S. (2001). Apuntes para la construcción del caso en Psicoanálisis. X Jornadas Anuales de la escuela de Orientación Lacaniana (EOL). Recuperado el 20 de noviembre de 2015, de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/010/inicio.html
- Denborough, D. *Una línea histórica de la práctica narrativa colectiva: una historia de ideas, proyectos sociales y colaboraciones* (1ra parte). Recuperado el 15 de diciembre de 2015, de <http://www.uv.mx/psicologia/files/2014/09/Una-linea-historica-de-la-practica-narrativa-colectiva.pdf>
- Diet, E. (2005). *El tanatóforo. Trabajo de la muerte y destructividad en las instituciones. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. México: Tomo.
- Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532–550.
- Enríquez, E. (2002). *El trabajo de la muerte en las instituciones. La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Espinoza, B. (1980). *Ética*. Madrid: Orbis Hyspamerica.
- Freud, S. (1989a [1895]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas* (2a reimpresión), vol. I. Buenos Aires: AE.
- Freud, S. (1989b [1916–1917]). 18a Conferencia. “La fijación al trauma, lo inconsciente”. En *Obras completas* (2a reimpresión), vol. XVI. Buenos Aires: AE.
- Freud, S. (1989c [1916–1917]). 19a Conferencia. Resistencia y represión. En *Obras completas* (2a reimpresión), vol. XVI. Buenos Aires: AE.
- Freud, S. (1989d [1938]). Moisés y el monoteísmo. “La analogía”. En *Obras completas* (2a reimpresión), vol. XXIII. Buenos Aires: AE.

- Freud, S. (1989e [1940–1938]). Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas* (2a reimpresión), vol. XXIII. Buenos Aires: AE.
- Greimas, J. & Courtes, J. (1982). *Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos.
- Greimas, J. & Fontanille, J. (1994). *Semiótica de las pasiones*. Puebla: Siglo XXI.
- Hernán, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Tesis doctoral. Recuperado el 15 de diciembre de 2015, de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Lacan, J. (2003). *La familia*. Buenos Aires: Argonauta.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Liberman, D. (1983). *Lingüística, interacción comunicativa y procesos psicoanalíticos*. Buenos Aires: Kargieman.
- Linares, J. (2008). ¿Acaba la historia en el posmodernismo? Hacia una terapia familiar ultramoderna. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, (7), 73–86.
- Maldavsky, D. (1982). *El complejo de Edipo positivo: constitución y transformación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2000a). Erogeneidades, defensas, y lenguajes: aportes al desarrollo de una metodología psicoanalítica de investigación (ADL). *Revista de Psicoanálisis ApdeBA*, 22(3), 699–718. Recuperado el 10 de julio de 2015, de <http://myslide.es/documents/erogeneidades-defensas-y-lenguaje-maldavsky.html>

- Maldavsky, D. (2000b). *Lenguaje, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar.
- Maldavsky, D. (2009). Testeos de validez convergente, de validez de constructo y de validez externa del algoritmo David Liberman (ADL). *SUMMA Psicológica UST*, 6(1), 125-134. Recuperado el 12 de noviembre de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020387>
- Maldavsky, D. (2013). *Algoritmo David Liberman*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D., Argiba, J. & Truscillo, M. (2015). Cuestiones clínicas y metodológicas en el estudio de los relatos en tres sesiones con el algoritmo David Liberman. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61(4), 269-282.
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319, 27 de julio.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193. Recuperado el 30 octubre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Minuchin, S. (1979). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Montalvo J., Rivas, L., Guerrero, T. & Fernández, T. (2001). Intento de suicidio. Un estudio de caso bajo el modelo estructural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4(1), septiembre.
- Moscovici, S. et al. (1988). *Psicología social I*. México: Paidós.
- O`Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Plut, S. (2012). *Psicoanálisis del discurso político*. Buenos Aires: Lugar.
- Ramos, R. (2001). *Narraciones contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso púnico en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), noviembre,

- 261-270. Recuperado el 10 de febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Rossi, L. (1993). Dinámica de la entrevista psicoanalítica. Historias clínicas. *Rescate Gradiva*, 5(3), 241-249. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22822/21548>
- Sánchez, A. (2012). Estudio exploratorio sobre el ideal de diez psicoanalistas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 165-195.
- Sánchez Antillón A. & Vázquez, X. (2015). Fundamentación teórico-metodológica desde el psicoanálisis sobre el intento suicida. En T. Morfín & A. Ibarra (Comps.), *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. México: Manual Moderno / Universidad de Guadalajara / ITESO.
- Sánchez, Antillón A., Vázquez, X., Santiago, V. & Penilla, O. (2017). Consistencias en las secuencias narrativas de los sujetos con intento suicida; elementos protectores y desencadenantes. En *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*. Manual Moderno / ITESO / Universidad de Guadalajara.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta de Moebio*, (41), septiembre, 207-224.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Editores e Impresores Ltda.
- Sauceda, J. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 29(1), 61-67.
- Stiles, W.B. (2009). ¿Qué requiere un estudio de caso para ser investigación científica? *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(2), 215-225.
- Toman, W. (1981). *Family constellation*. Nueva York: Springer.
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214-222. Recuperado el 10 de noviembre de 2017, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1974/Estudios_Wainer.pdf?sequence=1

- White, M. (2008). Psicología popular y la práctica narrativa. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, (7), 11-75.
- Yin, R.K. (1984-1989). *Case study research: Design and methods* (Applied Social Research Methods Series, vol. 5). Newbury Park, CA: Sage.

Acerca de los autores

Diana Astrid Aguiar Aguirre es maestra en Psicoterapia Psicoanalítica para Adolescentes y Adultos por la Asociación Psicoanalítica Jalisciense. Es profesora en la Licenciatura en Psicología del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y académica de tiempo fijo en el Centro de Acompañamiento y Estudios Juveniles (C-Juven) de la misma institución. En el C-Juven coordina la investigación de prácticas de riesgo psicosocial y bienestar psicológico en estudiantes universitarios, y brinda acompañamiento psicológico individual y grupal a estudiantes y empleados de la comunidad universitaria. Es autora del libro *Estudiar lejos de casa: guía para mejorar la experiencia de ser alumno foráneo*.

María Gabriela Castro Soto es psicóloga y psicoanalista con una maestría en Teoría Psicoanalítica por el Centro de Estudios e Investigaciones Psicoanalíticas (CEIP). Es doctorante de Filosofía en la línea de investigación de Psicoanálisis y Teoría de la Cultura en la Universidad Complutense de Madrid. Brinda atención clínica psicoanalítica en centros de atención a la violencia y la agresión sexual, así como en consultorio privado. Se ha desempeñado como docente en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, en la Universidad Marista y en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es docente en la Maestría en Psicoanálisis de Espacio Psicoanalítico, AC.

Rocío Enríquez Rosas es maestra en Psicoterapia Familiar Sistémica y doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Occidente. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de México. Es profesora investigadora numeraria en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), donde coordina el Programa Formal de Investigación del Departamento de Estudios Socioculturales. Dirige el proyecto de investigación “Subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social. Un estudio comparado: México, España y Uruguay” (2017–2019). Es autora del libro *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*.

Tania Karina Magdaleno Hernández es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Ha sido profesora en la Licenciatura en Psicología del ITESO y en la de la Universidad del Valle de Atemajac (Univa). Actualmente ejerce como psicoterapeuta en práctica privada. En el ITESO ha participado en investigaciones como: “Agentes y lazos sociales. La reconstrucción del tejido social en Lomas de Polanco” y “El proceso de simbolización en mujeres con intento de suicidio”, proyectos que contaron con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México.

Cristina Marrón Nielsen es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y estudió los cursos de Estudios de la Mujer I y II por SDSU, Universidad de San Diego. Está certificada como Teen Life Coach por Teen Wisdom Inc. / International Coach Federation. Ha realizado investigación en torno a la mujer / madre y los cambios en el posparto, así como sobre las emociones y los vínculos relacionados a la depresión posparto. También ha participado en coloquios relacionados con este tema. Su trabajo actual se centra en su práctica clínica privada con población adolescente y familias.

Ricardo Ramos Gutiérrez es psiquiatra, terapeuta familiar, supervisor docente y profesor emérito del Master de la Escola de Teràpia Familiar del Hospital de Sant Pau de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha trabajado en un modelo de integración de las terapias narrativas y dialógicas, el modelo narrativo temático, que ha aplicado a las familias multiproblemáticas y al duelo. Actualmente trabaja en un modelo de análisis de la comunicación interprofesional para facilitar la cooperación en casos multiasistidos de alta complejidad. Es autor de los libros *Temas para conversar* y *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*.

Tricia Rivero-Borrell Zermeño es maestra en Psicoterapia por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es psicoanalista en formación por el Círculo Psicoanalítico Mexicano y profesora en el Departamento de Estudios Socioculturales del ITESO. Ha trabajado el tema de lo vincular, con énfasis en el análisis de los discursos. Ha participado en conferencias que giran en torno a las relaciones de la pareja, en particular sus conflictos y modos de vinculación. Se dedica a la consultoría psicoterapéutica.

Antonio Sánchez Antillón es doctor en Psicología por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) de Buenos Aires. Es profesor del Departamento de Psicología, Educación y Salud en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Su objeto de estudio es la ética en perspectiva, es decir, investigaciones teóricas donde se hace dialogar a la filosofía con el psicoanálisis, así como empíricas, haciendo análisis del discurso de los ideales de actores sociales, psicoanalistas, jerarcas de la iglesia católica o comunidades de base. Autor del libro *Introducción al discurrir ético en psicoanálisis*, así como de capítulos de libro y artículos en revistas indexadas. Trabaja como psicoanalista, lo que le permite producir artículos donde se analizan sesiones de acompañamiento psicoterapéutico.



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

La Colección Psicoterapia y Diálogo Interdisciplinario busca convertirse en un espacio de encuentro, reflexión y difusión en torno a la práctica, la formación y el diálogo interdisciplinario en el campo de la psicoterapia. Ofrece conocimiento, más allá de los enfoques unidisciplinares o particulares, para ayudar al mejor entendimiento y abordaje de la complejidad de la vida humana hacia la promoción del bienestar.

La soledad, el incesto, la depresión posparto, el abandono paterno y los intentos de suicidio, entre otros problemas psicosociales relacionados con el bienestar / malestar emocional, son objeto de análisis en este volumen, en el que a partir de estudios de caso y su examen desde distintos referentes teóricos, se muestra la importancia de la investigación en la formación y labor profesional del psicoterapeuta.

Las investigaciones incluidas ejemplifican además sobre las formas posibles de abordar estos conflictos y presentan alternativas para la comprensión de la familia multiproblemática, las implicaciones, los desafíos y las posibilidades desde el apoyo psicosocial. Los estudios orientan también sobre las claves teóricas y de carácter metodológico, técnico y de análisis de datos que resultan valiosas para todo profesional interesado en la investigación en psicoterapia contemporánea.

En su conjunto, un volumen con una propuesta multifacética e integradora que permite profundizar en diversas líneas y tramas centrales para la psicoterapia, y que contribuye a aportar elementos de juicio a todo aquel interesado en el campo de la salud mental y la generación de conocimiento para esta disciplina, así como para el fortalecimiento de los vínculos y las capacidades de las familias.

