

**VÍNCULO MATERNO QUE DERIVA EN CULPA,  
MASOQUISMO Y DIFICULTADES EN EL EJERCICIO SEXUAL**

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA  
CLÍNICA PARA ADULTOS**

PRESENTA  
**LIC. EN PSIC. MIRIAM NOEMÍ ORTIZ GARCÍA**

DIRECTORA  
**MTRA. NANCY MARINE EVIA ALAMILLA**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO**  
**SEPTIEMBRE 2016**

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 384283 durante el periodo agosto 2014 - julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con este trabajo terminal, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

## RESPONSABILIDAD AUTORAL

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

## AGRADECIMIENTOS

*A mis hermosos sobrinos, Daniel y Santiago por mostrarme lo que es el amor incondicional, por despertar lo mejor en mí, por ser mi motivación.*

*A mi madre Aurora por darme la vida, por enseñarme a cuidar de los otros, por recordarme que la vida es fugaz y merece ser disfrutada.*

*A mi padre Oscar por apoyarme en la consecución de mis sueños, por estar a mi lado cuando lo he necesitado, por ser un ejemplo de fortaleza.*

*A mi hermana Saraí por ser mi compañera, por compartir mis logros y mis penas, por darme dos sobrinos maravillosos, por ser mi cómplice en el camino.*

*A mi directora de tesis, Mtra. Nancy Evia por acompañarme y ayudarme en la realización de este trabajo, por su humildad y paciencia.*

*A la Dra. María Rosado por mostrarme la luz del psicoanálisis y por compartir conmigo sus conocimientos.*

*Al Mtro. Jesús Sosa por tomarse el tiempo para brindarme parte de su experiencia y de sus conocimientos en el psicoanálisis.*

*A todas y cada una de las personas que estuvieron a mi lado en este trayecto... les agradezco profundamente y les dedico este trabajo.*

## CONTENIDO

	Página
Resumen.....	7
Introducción.....	8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Justificación.....	11
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES.....	14
2.1 Vínculo materno.....	14
2.1.1 Teoría del vínculo de Melanie Klein.....	14
2.1.2 Teoría del apego de John Bowlby.....	16
2.1.3 Teoría de las relaciones objetales de Ronald Fairbairn.....	18
2.1.4 Teoría de las relaciones objetales de Donald D. Winnicott.....	19
2.1.5 Teoría de la simbiosis e individuación de Margaret Mahler.....	20
2.2 El Superyó, su formación y sus funciones.....	22
2.2.1 Desarrollo del Superyó en la mujer.....	24
2.2.2 Sentimiento de culpa.....	25
2.3 La culpa y el masoquismo psíquico.....	26
2.4 Desarrollo psicosexual de la mujer.....	28
2.5 El sentimiento de culpa y el ejercicio sexual.....	31
2.6 Teoría y técnica psicoanalítica.....	32
2.6.1 Tres principios básicos.....	32
2.6.2 Hipótesis metapsicológicas.....	33
2.6.3 Etapas psicosexuales.....	36
2.6.4 Funciones del Yo.....	37
2.6.5 Mecanismos de defensa.....	39
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	42
3.1 Motivo de consulta.....	42

3.2 Datos generales.....	42
3.3 Hipótesis de trabajo.....	43
3.4 Objetivo general.....	44
3.4.1 Objetivos específicos.....	44
3.5 Definición de términos.....	44
3.6 Instrumentos.....	45
3.7 Diagnóstico.....	46
3.8 Técnicas psicoterapéuticas.....	47
3.9 Evaluación del proceso.....	48
3.10 Diseño de intervención.....	48
3.10.1 Objetivo general de intervención.....	48
3.10.2 Objetivos específicos de intervención.....	48
3.10.3 Fases de intervención.....	49
3.10.4 Diseño de la psicoterapia.....	49
 CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	51
4.1 Historia Clínica.....	51
4.2 Examen mental.....	58
4.3 Análisis de las etapas psicosexuales.....	59
4.4 Evaluación de las funciones del Yo.....	60
4.5 Evaluación de las funciones del Superyó.....	62
4.6 Pruebas.....	63
4.6.1 Test de la figura humana de Karen Machover.....	63
4.7 Diagnóstico psicodinámico.....	65
4.8 Sesiones terapéuticas.....	66
 CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	103
5.1 Alcances y limitaciones.....	110
5.2 Sugerencias.....	111
Referencias.....	113
Anexos.....	119

## Resumen

El presente trabajo expone los resultados alcanzados a partir de una intervención clínica psicoterapéutica, la cual es llevada a cabo bajo el enfoque psicodinámico. Asimismo, se utiliza la metodología de investigación circular para estudios de caso único planteada por González Núñez (1997). El caso particular se trata de una mujer de 20 años de edad al inicio del proceso psicoterapéutico, cuyo motivo de consulta es relativo a una relación conflictiva con su madre, lo que afecta diversas áreas de su vida. A lo largo del trabajo, se encuentra que dicho vínculo con la madre le provoca a la paciente un sentimiento de culpa, el cual es especialmente constante en sus relaciones interpersonales y de pareja. Además afecta su vida sexual, manifestando diversos comportamientos que le generan problemas familiares y sociales.

El desarrollo del trabajo se inicia con el sustento teórico psicodinámico del abordaje terapéutico, en el que se enfatizan las diferentes teorías que explican el vínculo materno, así como las repercusiones cuando este es hostil e inseguro. Dentro de las consecuencias del vínculo conflictivo, se resaltan la culpa persecutoria o punitiva y el masoquismo psíquico, así como la influencia de ambos en el ejercicio sexual. De igual modo, se explica de manera breve la teoría y técnica psicoanalítica que se utilizan durante la investigación.

Posteriormente se presenta el caso clínico, el cual se llevó a cabo en una clínica de atención psicológica dentro de una universidad pública. En dicha presentación, se incluye la historia clínica psicológica, el diseño de intervención psicoterapéutica con base en el enfoque psicodinámico, los instrumentos aplicados tanto para el diagnóstico como para la intervención, así como los resultados obtenidos de las 47 sesiones clínicas llevadas a cabo, 45 con la paciente y 2 con la madre.

Finalmente se muestra la discusión de los resultados obtenidos de la evaluación psicoterapéutica, dentro de los cuales se logra una mejoría en la relación entre la paciente y su madre, así como una notable disminución del malestar emocional. También se realiza la descripción de los alcances y limitaciones del trabajo, y las observaciones pertinentes para futuras investigaciones que se relacionen con la intervención y la mejora del vínculo entre madre e hija.

## Introducción

A pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos, la distinción y el respeto por los derechos sexuales de la mujer parece no haber progresado mucho en nuestra sociedad. Este rezago en la evolución de dichos derechos, podría explicarse a que el reconocimiento de la libertad sexual de la mujer no está totalmente sujeta a la influencia de los cambios externos y sociales, sino a que está más íntimamente ligada a los afectos, las relaciones y la educación dentro del núcleo familiar.

La culpa y las dificultades en el ejercicio sexual en las mujeres tienen una amplia historia en nuestra cultura, a lo largo de esta han sido juzgadas y castigadas. En especial por la religión judeo-cristiana que es la que prevalece en nuestro contexto, ya que exalta el dolor y el sufrimiento en la mujer, promoviendo un papel pasivo y masoquista, y generando culpa en aquellas que no sigan la norma (Hurtado de Mendoza, 2015).

El movimiento feminista ha venido a reconocer y rescatar los derechos de la mujer, ha llevado lo privado al espacio público, exponiendo la discriminación, el aislamiento, el acoso y la fragmentada sexualidad de las mujeres (Maier, 2008), entre otras arbitrariedades.

Sin embargo, pocas son las mujeres que logran romper con los mandatos persecutorios, puesto que para muchas de ellas ejercer su derecho al placer y al libre ejercicio de su sexualidad implicaría romper no sólo con el estigma social, sino con lo inculcado en el núcleo familiar, en particular con la enseñanza materna, con lo cual se produciría un malestar difícil de sobrellevar.

Esto significa que se ha repetido el patrón de culpa, castigo y con ello el masoquismo, este fenómeno ha sido ampliamente abordado por el psicoanálisis, en particular por Freud (1924), Klein (1933/1976) y Bergler (1949), entre otros. De manera general, el psicoanálisis postula que las personas reproducimos las relaciones de la infancia, debido a que la libido se conserva unida a estas, independientemente de su calidad (Mitchell, 1993).

Esto ayuda a comprender porque para una mujer será menos complicado afrontar el señalamiento social que el rechazo de sus padres al ejercer su sexualidad libremente. De igual manera, si en el ejercicio sexual se da una ruptura en la transmisión de valores familiares y, en específico, de los valores maternos, en la mujer se puede generar una difícil lucha entre su deseo y lo inculcado. Si dicha lucha es constante y no tiene una resolución satisfactoria, se puede caer en una familiarización de la unión entre castigo y placer. Este tipo de casos es claro en aquellas mujeres que tienen relaciones sexuales de riesgo, donde primero las motiva el fuerte deseo de

experimentar placer, y más tarde se sienten culpables por no haber sido responsables y no haberse cuidado en el encuentro sexual.

Por lo que el verdadero reto de la mujer es lograr ajustarse a sus necesidades y al medio, con la finalidad de no ser señalada por su madre internalizada, ni por la sociedad. Con el objetivo de poder disfrutar del ejercicio sexual responsablemente.

## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema de investigación

La primera relación y la más significativa de todo ser humano, es la relación materna, ya que es a partir de esta que el infante comienza la construcción de su mundo interno, a través de la introyección de las emociones derivadas de dicha interacción. Una satisfactoria relación con la madre resulta en el desarrollo del sentimiento amoroso, de la creatividad y de la gratitud, por lo que si no se dan los factores nutricios necesarios, el niño formará sentimientos relativos a la destrucción, la depresión y la culpa patológica (Klein, 1957).

Lo anterior tiene dos connotaciones, la primera que la culpa tiene su origen en el vínculo del bebé con la madre, y la segunda que la culpa no es necesariamente perjudicial para el ser humano. Holmes (2011) habla de la existencia de dos tipos de culpa, la sana y la patológica, cuando la culpa patológica se instaura en el sujeto, surgen sentimientos de merecer un castigo ante la realización de actos relacionados con placer y que son necesarios para la vida, como el descanso, el comer y el ejercicio sexual.

La sexualidad se considera un aspecto de la salud general de toda persona, es un componente que contribuye al bienestar, la calidad de vida (Cerruti Basso, 2007) y el desarrollo total del individuo, indistintamente de su sexo biológico y de su género. Es un derecho y una necesidad que no puede ser negada, y que si así se hace, tiene repercusiones a nivel individual y social.

A pesar de lo anterior, culturalmente esto no ha sido completamente aceptado, un ejemplo es la disparidad de la educación sexual entre sexos. A la mujer se le instruye para negar sus necesidades sexuales, mientras que al hombre se le incita para que las satisfaga de forma abierta sin ser objeto de discriminación (Estrada-Carmona, Wong-Borges, Pérez-Arada, & Pacheco-Quijano, 2008).

Dicha diferenciación de derechos y libertades sexuales con base en el sexo, ha tenido gran parte de su génesis en la religión. En México el peso de esta sobre los comportamientos sociales tiene su origen desde la conquista y la evangelización por los españoles católicos, los cuales impusieron sus principios morales y su concepción del mundo fundada en un Dios castigador y censurador del sexo (Collignon Goribar, 2011).

Debido a esta enseñanza cultural donde se asocia el ejercicio de la sexualidad con la culpa, el Instituto Nacional de las Mujeres en su reporte de los Derechos Humanos de la Mujeres (2007),

ha exhortado sobre la importancia de que las mujeres aprendan que es posible separar el papel de la reproducción de la sexualidad, así como recalca los derechos a la información y la educación sexual, el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad, la decisión propia de la mujer sobre la maternidad, la elección libre de los métodos anticonceptivos y la sexualidad libre de violencia.

No obstante, los avances en materia de información y educación sexual referente a derechos reproductivos, poco se ha logrado en el cambio del modelo sexual interiorizado socialmente. Dicho modelo se rige por cuatro principios que son la heterosexualidad, la monogamia, el matrimonio y la reproducción (Collignon Goribar, 2011). Esto significa que toda práctica que se salga de esta norma es reprobada, por lo que aquella mujer que mantenga relaciones sexuales sin estar casada en muchas ocasiones es juzgada, a diferencia del hombre.

En un espacio más local, específicamente en Yucatán, se ha encontrado que las mujeres presentan varias dificultades para disfrutar de su sexualidad, pocas son capaces de sentir o reconocer un orgasmo (Barbachano Zetina, 2008), así como de atreverse a explorar libremente y sin remordimiento de su cuerpo.

Referente al ámbito privado y de importancia clínica, se observa el impacto que tiene en la mujer el reconocimiento de su sexualidad, así como su ejercicio responsable. Del mismo modo, dentro de las diferentes dificultades en esta área, es especialmente significativo el vínculo conflictivo entre madre e hija. Dicho vínculo tiene la facultad de instaurar un superyó severo en la mujer (Zawady, 2012), que se manifiesta en actuaciones generadoras de culpa y que no permiten un comportamiento consciente y adulto, con lo que se ve afectada su madurez.

## 1.2 Justificación

La sexualidad es parte inherente del ser humano, lo acompaña a lo largo de su desarrollo y, sin embargo, sigue siendo un tabú en la mayoría de las culturas, esto se debe a que la educación sexual se ha basado durante muchos años en el silencio, dando a entender que no hay nada que decir ni saber (Foucault, 2002). Aquellos que propusieron esta posición, postulaban que la mejor manera de lograr personas íntegras era aislarlas durante su infancia y juventud de todo contacto relacionado con la relación sexual.

Actualmente aún se observan comportamientos y pensamientos que perpetúan dicha posición de callar, sobre todo en la mujer, manteniendo así estereotipos sexuales en los que se considera al

hombre agresivo y con el derecho de tener múltiples parejas sexuales, y a la mujer pasiva y complaciente sexualmente (Pérez-Jiménez & Orengo-Aguayo, 2012).

Esto confirma la idea de que tanto el hombre como la mujer han sido educados y socializados de distintas formas, ya que el medio impone una serie de normas acerca de lo deseado y esperado de cada uno. Dando como fruto respuestas constantes en las que el hombre toma la iniciativa y conduce su impulso sexual hacia la búsqueda del placer, y la mujer queda a la espera de ésta (Fischman, 2000).

Otro factor influyente, es la visión religiosa que permea en nuestra sociedad acerca del placer y las conductas sexuales. Si bien la presión moral es menor que en épocas anteriores, dicho control social sigue estando presente (Gómez Zapiain & Etxebarria Bilbao, 1993). En México los cambios socioculturales no son tan rápidos ni avanzados como en otros contextos, por lo que surge la necesidad de contribuir en esta transformación hacia la igualdad en los derechos y prácticas sexuales.

Debido a lo anterior, la nueva educación sexual ha surgido como respuesta y alternativa de solución a los problemas que surgen de la educación tradicional basada en el miedo, la desinformación y el castigo (Aguirre & Chávez, 2008). Por lo cual, su herramienta principal es la información referente al desarrollo sexual, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y diversas dificultades sexuales. Sin embargo, esto no ha sido suficiente ya que sólo aborda los aspectos cognitivos, con lo que continúa una falta de atención a la parte emocional y psicológica de la sexualidad.

En cuanto al ámbito psicológico de la problemática, en la práctica clínica ha aumentado el número de casos donde las mujeres presentan culpa asociada a su ejercicio sexual, en especial a las relaciones sexuales antes del matrimonio o a la masturbación (Clark, 2011). Dicho sentimiento de culpa genera ansiedad, angustia y desesperación, lo que afecta negativamente la vida sexual. Asimismo, se ha encontrado que la culpa producida es resultado principalmente de la relación materna (Gómez Zapiain & Etxebarria Bilbao, 1993).

Igualmente en el campo clínico, el problema del ejercicio sexual en las mujeres queda más claro cuando hay presencia de alteraciones sexuales como vaginismo, disparesuria y anorgasmia. Y se ha descubierto que estas disfunciones son multicausales, un ejemplo es la incapacidad de la mujer de abandonarse a la experiencia erótica, que es resultado de la autocrítica, la influencia de

la cultura, la vergüenza y los discursos familiares negativos (Sánchez Bravo, Carreño Meléndez, Corres Ayala, & Taracena Ruiz, 2010).

En particular, se considera relevante abordar la problemática sexual y vincular en la mujer, ya que cuando se ejerce la sexualidad con culpa se pueden tener riesgos emocionales y de salud. Esto se confirma en investigaciones donde se asocia la baja asertividad y los conflictos emocionales, con conductas sexuales de riesgo, como no usar condón o someterse a actos que realmente no se desean (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

En el trabajo que se presenta, se advierten diversos factores antes mencionados que operan en detrimento de la salud mental y emocional de la mujer. Como el peso de la sociedad en el ejercicio sexual, la culpa al experimentar placer, el despliegue de la sexualidad que conlleva a rechazo social, y la forma en que todo eso se liga con el tipo de relación establecida entre madre e hija. Asimismo, se da la oportunidad de brindar herramientas para contribuir a la mejora de la vida de una joven, por medio de la psicoterapia psicodinámica, la cual tiene un enfoque histórico y da suma importancia a las relaciones que se establecen desde la infancia. Siendo el objetivo último, lograr que la mujer pueda vincularse de una manera saludable y sentirse satisfecha consigo misma.

## CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES

### 2.1 Vínculo materno

El vínculo es la relación afectiva que se funda entre el bebé y su cuidador, dicho vínculo se pone de manifiesto a través de todas las expresiones que ambos realizan para mantenerse cercanos. Algo similar sucede en las relaciones objetales, que son el lazo afectivo que se crea entre el bebé y sus objetos primarios o más representativos. En este caso se considera el vínculo materno como parte fundamental de las relaciones de objeto.

Existen diversos teóricos que hablan acerca del vínculo y las relaciones objetales, todos ellos comparten la visión del alcance y la trascendencia que tiene la relación del bebé con su madre, considerándola la base de sus afectos y de sus futuras relaciones.

A continuación, se exponen varios autores clásicos de la teoría psicoanalítica como Melanie Klein, John Bowlby, Ronald Fairbairn, Donald D. Winnicott y Margaret Mahler. Quienes son reconocidos por explicar las teorías vinculares y de las relaciones objetales, y de establecerlas como el núcleo de las dificultades psíquicas del individuo. Postulado que se retoma en el presente trabajo de investigación.

#### 2.1.1 Teoría del Vínculo de Melanie Klein

Melanie Klein (1975) explica que el ser humano desde su nacimiento se encuentra en relación con objetos, siendo la relación principal la que se da con la madre. Al inicio de la vida del bebé, la madre es representada por el pecho, con lo que se convierte en su primer objeto de amor y odio.

El lactante percibe a la madre como objeto bueno cuando esta responde a sus necesidades y cuando es fuente de placer al brindarle su pecho para ser succionado, sensación que constituye la base de la sexualidad y del amor. La situación cambia cuando la madre no gratifica al bebé, entonces se transforma en un objeto malo y aparece en el lactante odio y agresión, junto con un profundo impulso de destruirla. Lo que significa que el bebé va continuamente del goce al dolor, dependiendo completamente del objeto madre. En la mayoría de las ocasiones, la madre al presenciar el malestar del lactante responde para aliviarle esa tensión, convirtiéndose así de nuevo en la fuente de satisfacción de sus necesidades, dándole así un sentido de seguridad que a

partir de ese momento se ligará inevitablemente como parte de la sensación de ser amado (Klein, 1935).

No obstante, cuando la madre no logra corresponder a la necesidad del bebé como este ansía, permanece el odio y la agresión que desembocan en un deseo de devorarla. La voracidad es un deseo violento e insaciable que sobrepasa la necesidad del sujeto y lo que el objeto es capaz de brindar. Proviene de la fantasía inconsciente de vaciar, chupar, morder y devorar el pecho de la madre, esto conforma la introyección destructiva. Cuando la voracidad se vuelve indiferenciada, se favorece la falta de discriminación entre el objeto bueno y el objeto malo y se daña aquello que se ama. Por lo que en el futuro el niño o niña que como adulto desarrolla un rasgo de personalidad de este tipo, se inclinará a establecer relaciones objetales promiscuas y no estables (Klein, 1957).

En realidad, no existe un pecho completamente bueno o completamente malo, el bebé lucha constantemente para unirlos en su interior, sentimiento que se reproduce en la adultez especialmente en la relación de pareja. Debido a la existencia de dicho conflicto entre afectos, y a que inevitablemente el infante en algún momento experimentó la fantasía de destruir a la madre, se deriva un malestar que se manifiesta como culpa, lo que lo impulsa a repararla y reconstruirla para así volver al placer brindado por el amor de la madre (Klein, 1975).

Para poder lograr apropiadamente dicha reconstrucción de la madre, el bebé pasa por dos posiciones; la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva. En la posición esquizo-paranoide, el niño se encuentra con el conflicto de determinar su objeto amoroso, lo que implica trascender la agresividad voraz antes mencionada, no tiene aún la capacidad para integrar ambos aspectos del mismo objeto, por lo que hace uso de la escisión como mecanismo defensivo. La elaboración del conflicto sucede cuando el niño puede ver a su madre como un objeto completo.

Posteriormente ocurre la posición depresiva, en la que el niño puede ver a su madre como un objeto que no es parte de él, que es una entidad aparte. Se rompe con el narcisismo primario y surge el miedo por perderla, de nuevo luchan dentro del niño los sentimientos de amor y odio, el deseo de estar con ella y la tristeza ante el abandono. La tarea es la elaboración depresiva, que se caracteriza por la movilización del amor que da paso a una culpa genuina, que busca reparar el daño que se pudo haber causado al objeto (Klein, 1935).

El proceso de reparación objetal requiere de contar con la capacidad de identificación y empatizar con el otro, se realiza una síntesis de las características del objeto, introyectando al

objeto bueno como base para el ideal del yo y la culpa reparatoria. Dando paso a la meta máxima que es la totalización de objeto, en la que el sujeto ha superado diversas etapas del desarrollo, así como los sentimientos destructivos, y predominan la gratitud por el amor brindado por la madre, así el sentimiento amoroso derivado del objeto bueno internalizado que se manifiesta con la creatividad (Klein, 1957).

### **2.1.2 Teoría del Apego de John Bowlby**

El concepto de apego introducido por Bowlby (1988), surge de su interés por las bases biológicas del ser humano, Bowlby en sus diversas investigaciones se da cuenta de que el bebé no sólo depende de la satisfacción de sus necesidades físicas como el hambre y la sed, sino que también presenta necesidades relacionales, en especial la proximidad y constancia de la madre, siendo así la “necesidad de la madre” la más perentoria y condicionante para la satisfacción del resto. Es por ello que el bebé se apega a la madre o la figura que la sustituye, dicho apego incluye distintos sistemas como el biológico, el conductual y el emocional.

Para el desarrollo del concepto de apego, Bowlby (1972) se basa en estudios con animales y en observaciones de las consecuencias de la separación entre madres e hijos, a esta situación particular la denominó “deprivación materna”. Los bebés e infantes que eran separados de su madre se veían fuertemente retrasados en su desarrollo físico y emocional, dando pie a distintos trastornos comportamentales y psicológicos, a diferencia de aquellos que permanecían junto a su madre o que tenían un sustituto de esta. Gracias a estas investigaciones longitudinales llevadas a cabo en Europa, este autor se da cuenta de que el ser humano es relacional por herencia, que la relación con la madre es en sí misma satisfactoria y gratificante en distintos niveles, por esa razón el bebé sonríe y se dirige con urgencia a esta fuente de satisfacción, y ante la privación de esta relación fundamental es que surge la psicopatología.

Continuando con la relevancia de las relaciones en la vida del sujeto, Bowlby (1988) habla de una base segura. Esta base es brindada por los padres al niño, es la confianza de que se puede salir a un mundo incierto donde existe la posibilidad de sufrir alguna desventura, teniendo la certidumbre de que al volver a casa hay una fuente amor y seguridad que estimula y alienta, y que cuando el caso lo amerite, se puede intervenir en su auxilio. Es una analogía sobre una base militar en la que existe un comandante que envía a sus soldados a luchar la contienda asignada, y que espera por estos con la confianza de que podrán responder de la mejor manera, puesto que los ha

entrenado y les ha trasmitido lo necesario para poder hacerlo, pero que si las cosas no resultan satisfactoriamente y los soldados se encuentran en riesgo, saldrá a asistirlos.

Por lo que sentar una base segura para el infante supone que este tendrá que separarse en algún momento de la madre, se espera que en la mayoría de los casos la madre realice una tarea exitosa al crear dicha base, para que el niño pueda alejarse de ella y sea capaz de experimentar con confianza y tranquilidad su entorno. Sin embargo, no es la generalidad, por lo que existen distintas maneras de vivir dicha separación de la madre, dependiendo del tipo de apego que se haya establecido entre ambos. Existen tres estilos de apego según Bowlby (1969, 1973) estos son seguro, ansioso-ambivalente y evitativo.

El apego seguro es el más sano de todos, probablemente el ideal, ya que la madre es la base segura del niño, por lo que este puede explorar libremente su entorno con la certeza de que su madre volverá y estará para él cuando haya necesidad, así que cuando ella vuelve después de un tiempo de ausencia, el niño exhibe una serie de comportamientos que tienen la finalidad de lograr el acercamiento hacia ella. De alguna manera, el niño sabe que cuenta con su madre cuando necesita confort y amor, y que un alejamiento no romperá el lazo que existe entre ellos (Bowlby, 1969).

El apego ansioso-ambivalente implica una sobre dependencia del niño por su madre o su sustituto, se caracteriza por un comportamiento en exceso posesivo y demandante, además de una rotunda negativa ante cualquier indicativo de separación. El infante es celoso de su madre y se aferra a ella independientemente de la situación, lo que es un impedimento para el desarrollo de ambos ya que prevalece el miedo por todo aquello externo a ellos. Pero como inevitablemente en toda relación se da un periodo de separación, el niño genera además de ansiedad, enojo hacia su cuidador porque vive como un rechazo el que se vaya de su lado. Es entonces cuando se da la ambivalencia, ya que el infante va de la ansiedad por estar cerca de su cuidador al enojo por su ausencia y por la posibilidad de que se vuelva a ir.

El apego evitativo se caracteriza por una aparente independencia y autosuficiencia del niño hacia su madre, superficialmente se observa que no la necesita, cuando ella se aleja no parece afectarle, tampoco cuando regresa a su lado, por lo que el infante no demuestra necesidad de ella, ni se alegra ante la posibilidad de que se establezca un contacto entre ambos (Bowlby, 1973). En este estilo el niño ha aprendido a sobrevivir emocionalmente sin su madre, utilizando la evitación

como defensa de la experiencia dolorosa de perderla, ya que la madre al estar físicamente no lo está de forma afectuosa.

Cada ser humano gracias al tipo de interacción que haya tenido con su madre, ha interiorizado un modo de apego, el cual repite de manera inconsciente a lo largo de sus relaciones más cercanas, en especial en la relación de pareja. Por lo tanto, el sujeto revive continuamente las emociones derivadas de su sistema de apego, dando oportunidad al terapeuta de reconocer e intervenir en aquellos que sean perjudiciales para la persona, así como para crear una nueva base segura.

### **2.1.3 Teoría de las Relaciones Objetales de Ronald Fairbairn**

Al igual que otros teóricos del vínculo y de las relaciones objetales, Fairbairn (1952) argumenta que la necesidad real del niño no es la gratificación sino crear una relación con sus cuidadores, es a través de dicha interacción y de la experiencia resultante que el infante crea una estructura interna relacional.

Si en esta primera relación se le proporcionan experiencias placenteras, el niño será capaz de relacionarse de ese modo, en cambio sí sólo se le otorga dolor en esta interacción, dicho dolor será el que buscará en sus próximas relaciones significativas, así que un niño que vivió relaciones tempranas destructivas en su adultez repetirá el mismo tipo de vínculo. Por lo tanto, la libido no busca el placer sino el objeto, el otro no es sólo un medio sino un fin en sí mismo, por lo que el vínculo con el objeto se convierte en una realidad interna.

Fairbairn (1946, 1952) desarrolla su teoría a partir de la observación de niños que eran maltratados por sus padres, estos niños a pesar de dicha situación, continuaban siendo fieles a sus padres cuando se les daba la oportunidad de que otras personas cuidaran de ellos. Por lo cual, este autor sostiene que las personas conservan sus relaciones sin importar si éstas son fuente de malestar, y es en este punto donde se da la patología, que es la compulsión a repetir patrones relacionales que provocan sufrimiento.

De igual manera, este autor establece un sistema (Fairbairn W. R., 1946), en el cual el niño instaura un contacto compulsivo con la patología de sus cuidadores y lo hace suyo, porque de esa manera siente que están con él. Es un proceso de identificación patológico inconsciente, la patología del niño está situada en su yo y se manifiesta en la repetición de los modos de establecer relaciones. Por lo tanto, las dificultades de personalidad son inherentes a las relaciones

objetales, en particular a la internalización de dichos objetos. Como resultado, la internalización en el yo de un objeto malo y rechazante, provoca que en la adultez se recree el vínculo patológico, porque de lo contrario, significaría una pérdida y una vivencia profundamente angustiante.

Para Fairbairn (1952), la salud mental implica un desarrollo relacional que se da de manera sucesiva en el sujeto, que inicia por una dependencia infantil y finaliza en una dependencia madura de objeto. Al principio el bebé depende totalmente de sus objetos primarios para sobrevivir, en cambio el adulto presenta una dependencia parcial de objeto, en la cual no sólo es receptor sino dador de afecto y cuidados, además de que en caso de pérdida, puede recurrir a otros objetos que lo conforten y le ayuden a superar el vacío emocional. Esto es en otras palabras, el recorrido desde la etapa oral hasta la genitalidad compartida, en la que el sujeto es capaz de establecer relaciones objetales maduras.

#### **2.1.4 Teoría de las Relaciones Objetales de Donald D. Winnicott**

Winnicott (1986) afirma que en la relación entre el bebé y la madre se da un proceso bidireccional, en el cual el bebé vive en un mundo subjetivo y la madre se adapta para proporcionarle una experiencia de omnipotencia, la cual es la base para la construcción del principio de realidad del infante.

De igual forma, hace una división del desarrollo de vida del bebé que inicia por un periodo que va desde el nacimiento hasta los 6 meses, es en el cual el bebé depende totalmente de la madre; el segundo periodo es de los 6 meses a los 2 años de edad, en éste la dependencia no es absoluta. Por lo que el primer periodo de vida del bebé es el más crítico, ya que sus necesidades corporales están estrechamente relacionadas con su desarrollo psíquico, y a la vez la satisfacción de éstas depende de la madre.

Winnicott (1986) da suma importancia al ambiente en el desarrollo psíquico temprano, y bajo esta mirada le otorga un gran peso a la relación del bebé con su madre, ya que ella es parte de ese medio. El niño nace indefenso, desintegrado y no logra organizar los estímulos externos, y a su vez, también se encuentra dotado de una tendencia al desarrollo conocida como yo autónomo, por lo que es tarea de la madre proveer un soporte apropiado para que el yo logre un desarrollo superior. La madre se adapta al infante a través de tres funciones básicas: la presencia del objeto o el pecho materno, el “handling” y el “holding”, las cuales se explican a continuación.

La presencia de objeto requiere que la madre, representada por el pecho, brinde la constancia necesaria para el desarrollo interno del bebé; junto con el sostenimiento o “holding” que incluye el cuidado cotidiano y físico, aunado con el cuidado especial que demuestra el amor que se tiene por el bebé; y finalmente, se añade la manipulación corporal del bebé o “handling” que fomenta su desarrollo físico y su manejo del entorno.

También Winnicott (1971) instaura el concepto de “madre suficientemente buena”, que es aquella que se adapta a las necesidades del bebé de forma satisfactoria, brindándole de esa forma una base y un sentimiento de continuidad. Dicha continuidad va desde ser la fuente de satisfacción de las necesidades del bebé, hasta la paulatina e inevitable separación necesarias para el desarrollo adecuado del mismo. En contra parte existe la “madre insuficientemente buena”, que es la que no logra identificarse con las necesidades del bebé, es una madre imprevisible que satisface de manera intermitente, ocasionando incertidumbre en el bebé y entorpeciendo su desarrollo del yo, que en el futuro se puede manifestar en angustia.

Finalmente, para este autor el individuo sano es aquel que ha crecido y luchado por su independencia, aunque esta no existe en su totalidad, ya que implicaría la presencia de patología, porque todo ser humano tiene cierto grado de dependencia y de vulnerabilidad. Entonces la salud se relaciona con el grado de madurez correspondiente a la edad y la etapa de desarrollo. Para poder alcanzar dicha madurez, el individuo en algún momento de su vida debió contar con una madre suficientemente buena, que le dio una constancia objetal adecuada para experimentar por sí solo en su ambiente.

### **2.1.5 Teoría de la Símbiosis e Individuación de Margaret Mahler**

Margaret Mahler (1975) en su teoría acerca del desarrollo psíquico del ser humano, habla sobre el proceso de símbiosis e individuación, en el que el infante recorre un camino que inicia con la símbiosis física, psicológica y emocional con la madre, hasta lograr la independencia e individuación de los procesos mentales y emocionales. A continuación se explican de manera breve las distintas etapas que recorre el ser humano para lograr dicha individuación.

Fase de pre separación – individuación que va del nacimiento a los 5 meses de edad del bebé, e incluye las fases autística y simbiótica. Durante las primeras semanas el recién nacido se encuentra en una etapa autística normal, en la que no percibe el mundo exterior y sólo responde de manera refleja ante los estímulos, paulatinamente va progresando hasta acomodarse a la madre

y formar una unidad con ella. Después del primer mes hasta los 5 meses de edad del bebé, se crea la simbiosis normal entre el bebé y la madre, en la que para el bebé el mundo exterior no existe y la madre es vivida como una extensión de sí mismo (Mahler, 1958).

La simbiosis como concepto psicoanalítico fue tomado de la biología, se define como una relación cercana funcional de dos organismos, en la cual ambos son beneficiados. Mahler (1958, 1968) retomó esta acepción para explicar la relación que se da entre dos individuos que aunque física y espacialmente se encuentran separados, mantienen una fusión y no logran diferenciarse. En estas primeras etapas de la vida, la simbiosis es un proceso natural del desarrollo psíquico, incluso se puede presentar una psicosis también normal, en la cual el bebé se resiste a separarse de la madre, presentando angustia y retrasando el desarrollo. Si esto no sucede y todo acontece como se espera en un desarrollo adecuado, se continúa con la siguiente etapa y se inicia la separación - individuación.

La fase de separación – individuación (Mahler, 1958), transcurre de los 5 meses a los 2 años y medio aproximadamente, incluye diversos estados que son diferenciación, ejercitación, acercamiento y consolidación de la individualidad e inicios de la constancia objetal.

En la diferenciación el bebé enfoca su atención no sólo a su madre sino al resto de los estímulos, pasando así a la exploración del entorno que le ayuda a reconocer su cuerpo y los límites entre este y el exterior, examina a la madre y a lo “no madre”. Cerca de los 8 meses hay un mayor interés y conocimiento del entorno, el infante puede alejarse y explorar, con ello se da la eclosión o la ruptura del cascarón, es decir de la membrana simbiótica, ahora el infante es capaz de sentir ansiedad ante los extraños, lo que hace más profundo su vínculo materno. A los 9 meses el bebé siente angustia cuando su madre se ausenta, lo que es la más clara señal de diferenciación, la sensación de sí mismo como alguien distinto al objeto amado (Mahler, 1975).

Así el pequeño empieza a tomar distancia del objeto amado a través de la ejercitación, de los 10 a los 15 meses es capaz de moverse lejos de su madre, jugar y explorar su entorno y a otras personas, busca a sus objetos primarios desde la distancia, lo que le proporciona seguridad y la fuerza emocional para poder estar separado. Cuando el infante ha estado lejos de su madre por mucho tiempo, la busca como fuente de confort y seguridad para poder volver a separarse, o bien, para que intervenga en una situación peligrosa. Los pequeños periodos de separación de los objetos primarios, así como la interacción con otros, ayudan al niño a desarrollar habilidades para enfrentar la pérdida.

A continuación inicia la etapa de acercamiento, después de los 15 meses hasta cerca de los 2 años, donde hay una compensación del alejamiento necesario debido al crecimiento y la exploración. A medida que crece el niño, también aumenta su conciencia de separación de sus objetos primarios, lo que propicia su necesidad de compartir sus experiencias con aquellos a los que ama. Todo este trayecto lleva al niño al afianzamiento de su individualidad, si ha cursado el camino con éxito, en este punto será capaz de sobrellevar la ausencia de la madre porque cuenta con una internalización de objetal que es suficiente para no caer en desesperación, esto es el origen de la constancia objetal (Mahler, 1968).

No obstante, no todos los casos son exitosos, Mahler (1975) descubre en sus estudios una madre que adelanta la independencia del niño puede inducir una diferenciación prematura y complicada. Al igual que aquella, que en su deseo de protección se torna demasiado envolvente con su hijo, lo empuja a una diferenciación precoz por el deseo de huir del vínculo que le resulta abrumador. En ambas situaciones surge la psicopatología, que es manifestada por medio de una simbiosis no superada entre el sujeto y la madre, y que se expresa por una ambivalencia afectiva por el deseo de alejarse e independizarse de la madre, pero a la vez sentir enojo u hostilidad por no tener la fuerza interna para hacerlo. También se puede observar casos más graves, en los que el sujeto, no es capaz de diferenciarse de la madre y no logra crear una personalidad propia, fragmentando su yo hasta llegar a la psicosis.

Por lo que la meta última de un adecuado desarrollo psíquico, es que el sujeto sea capaz de romper con la simbiosis normal de forma satisfactoria, logrando diferenciarse y reconocerse como un individuo distinto a su madre. Dicho desarrollo y crecimiento del ser humano hacia la individuación, es más rápido en el área física y corporal, a diferencia del ámbito emocional (Mahler, 1972). Ya que toma más tiempo una satisfactoria internalización de la madre así como el logro de una constancia objetal, lo cual significa que el individuo no está completamente separado de sus objetos, sino que puede recurrir a ellos en su interior en cualquier momento que lo necesite gracias a sus representaciones.

## 2.2 El Superyó, su formación y sus funciones

Para Freud (1923) el Superyó es una de las tres instancias psíquicas de la hipótesis estructural y tiene su origen en los mandatos de los padres hacia el individuo. El sujeto eventualmente introyectará estos mandatos para formar el Superyó que sucederá la función de los padres de

vigilar que sus acciones sean las correctas, por lo que mantendrá bajo presión al Yo para que cumpla dicha tarea.

La formación del Superyó comienza con la identificación e integración de las experiencias del niño acerca de sus padres, dichas experiencias tienen lugar principalmente en la etapa edípica, que es cuando el padre y la madre contienen las pulsiones del niño o la niña (Gabbard, Litowitz, & Williams, 2012), por medio de los límites y las reglas en el hogar.

Una vez formado el Superyó, su función principal será la de cuidar que los actos de la persona se apeguen a las normas y los valores introyectados, y si en algún momento esto no sucede, censurará y castigará al sujeto por no cumplir con lo esperado tanto familiar como socialmente. Existen casos en los que el Superyó se convierte en una entidad extremadamente severa, que persigue al sujeto y no le permite actuar libremente conforme a sus motivaciones y deseos, incluso aunque estos no vayan en contra de lo establecido, lo que provoca que el individuo presente problemas para establecer relaciones interpersonales satisfactorias (Clark, 2011). Esto se observa en personas exitosas en lo profesional pero con conflictos para vincularse.

Sin embargo, el Superyó no sólo está constituido por la censura ante las acciones que se consideran reprobables, ya que también incluye al Ideal del Yo (Freud, 1923), en este se encuentran todas las metas, aspiraciones y el concepto de perfección que tenga el sujeto, es todo aquello que se desea alcanzar. Tiene dos partes, una que motiva el crecimiento y otra que castiga cuando la aspiración no se obtiene. La parte castigadora tiene lugar cuando el Ideal del Yo es inalcanzable e irreal a los recursos del sujeto, sin embargo su existencia se enfoca en llegar a estos estándares, al no poder concretarlo el Superyó castiga y lastima al sujeto, quien para liberarse del castigo sigue buscando ese concepto de perfección.

El Superyó también tiene un perfil que no es el de castigador permanente, es aquel que se nutre de la libido y que se expresa en una identificación basada en el amor (Gaione, 2009). Este aspecto tiene lugar cuando el sujeto ha introyectado normas y reglas a partir de la dependencia hacia sus objetos, generando en sí un sentimiento de amor y aceptación cuando se guía por estas. Dicho sentimiento sólo se presenta cuando esos valores y metas son lo suficientemente altos que impliquen un esfuerzo, al mismo tiempo que son lo suficientemente cercanos para ser alcanzados por el sujeto.

### **2.2.1 Desarrollo del Superyó en la mujer**

El Superyó como instancia psíquica ha sido estudiado primordialmente desde el enfoque masculino, se ha hecho énfasis en su formación y desarrollo como resultado del complejo de Edipo, así como en la carga emocional resultante de la relación entre el padre y el niño. Sin embargo, esto tuvo que cambiar, ya que este abordaje no daba una respuesta satisfactoria al desarrollo de la mujer. Ante esta carencia nace el concepto de “superyó materno”.

El Superyó materno (Klein, 1933/1976) surge por la identificación de la niña con la madre, creando así las bases para el Superyó resultante del conflicto edípico. El complejo de Edipo está influenciado de manera importante por la relación con la madre, en este estadio nacen los celos hacia el padre rival. La satisfactoria resolución de esta etapa deviene en una adecuada identificación con el padre del mismo sexo, así como en una posibilidad de otorgar los afectos amorosos y creativos hacia nuevos objetos fuera del núcleo familiar.

Pero si el vínculo materno no ha sido satisfactorio y el objeto bueno no se ha consolidado en el yo, la ansiedad, la desconfianza y los celos se desplazarán a la nueva relación paterna. Por lo que la rivalidad con el progenitor correspondiente iniciará precipitadamente, cuando el niño todavía no ha llegado a la posición depresiva y no ha logrado integrar a sus objetos, porque la envidia hacia el pecho y el deseo de destruirlo no se lo permiten.

Estos afectos generan ambivalencia y un malestar interno, que al no poder superarse, produce un salto de la oralidad a la genitalidad (Klein, 1928). Dando como resultado una madre que se vive como un objeto malo que frustra, que es causa de envidia y que no ha permitido ni brindado la posibilidad de disfrutar libremente, así que no es una fuente de seguridad ni de amor suficiente, sino primordialmente un objeto castigador.

Explica Klein (1933/1976) que en el caso específico de las mujeres, cuando la envidia primaria (la dirigida a la madre), es exacerbada, surge en la niña un fuerte deseo de conquistar al padre para derrotarla. Esta dinámica se trasladará en el futuro al resto de los hombres, y se observará en su intento de ganar sobre las mujeres al quitarles a su pareja. Esto obstaculiza la genitalidad madura, por lo que en la adultez, la mujer no será capaz de disfrutar de una sexualidad plena ni adecuada, y tenderá a la frigidez como rasgo histriónico. Eso se explica porque la capacidad de gratificación sexual tiene su base en la etapa oral, y si esta no fue satisfecha, la mujer no podrá llegar a un orgasmo.

La genitalidad provocada por el escape de la oralidad no es segura, y se asocia con la masturbación compulsiva, la promiscuidad sexual y la frigidez antes mencionada. También se pueden presentar diversos rasgos histriónicos en los que la mujer busca continuamente la atención de los hombres por medio del sexo, cuando en realidad su necesidad es afectiva e infantil. Por lo que todas las actividades propias del yo se revierten de erotismo y se realizan de manera compulsiva, y ante alguna frustración oral como el abandono, la ruptura de la dependencia y el sentimiento de pérdida, el sujeto busca una falsa gratificación sexual, para evitar la angustia psíquica.

Finalmente, una mujer que no ha elaborado sus etapas tempranas, ni totalizado a su madre, no podrá entregarse de manera completa en una relación. En el caso de intentarlo no logrará disfrutarlo y estará sujeta al castigo del Superyó materno, es decir al sentimiento de culpa destructivo.

### **2.2.2 Sentimiento de culpa**

El sentimiento de culpa es el resultado del conflicto entre el Yo y el Superyó, cuando el Yo no cumple con lo esperado socialmente, con los valores y con lo introyectado de la relación con los padres, el Superyó lo castiga y le exige responder conforme a los estándares establecidos. Es en este momento y ante esta discrepancia que el sujeto se siente culpable, siente angustia por no ser lo que debe y lo que le gustaría ser (Freud, 1924).

Freud (1929) explica que para que se dé el sentimiento de culpa el Yo debe estar sometido al Superyó, por lo que cuando el sujeto se equivoca y no logra lo estipulado como correcto, se genera en él una angustia por el temor a perder el afecto de sus objetos, ya que al no hacer lo debido se considera indigno de recibir amor.

Asimismo, se entiende que no es la pugna directa entre el Ello y el Superyó, sino el fallo del Yo para mediar con ambas estructuras. Es el Yo que no logra complacer al Superyó, ya sea por realizar los deseos de Ello, o bien, por no lograr la perfección, en cualquiera de las opciones el Yo sufre ante la opresión del Superyó y el sujeto presenta el sentimiento de culpa.

El sentimiento de culpa no es nocivo en sí mismo, lo perjudicial es lo que denomina Dolto (1981/1992) como la falsa culpabilidad, que se compone por los eventos vividos que generan un sentimiento destructivo de depresión, falta de confianza propia y en la vida en general. Al

contrario de este, existe la verdadera culpabilidad, que da pie al desarrollo de la personalidad y de nuevas pautas de acción basadas en confianza, seguridad y amor.

En gran parte de los casos de falsa culpabilidad se encuentra ligada la religión estricta, aquella que no es cuestionada y que se sigue de manera ciega, siendo muy común que frases como “Dios te castigará, porque Dios todo lo ve” se introyecten en la mujer, fomentándola a realizar actos disonantes a sus deseos pero congruentes a lo exterior. En el caso que la mujer ceda ante dichos deseos, resultará en un sentimiento de merecer castigo sin oportunidad de remediar, o de aprender de los errores cometidos.

Debido al nexo entre el sentimiento de culpa, el desarrollo del Yo y de las relaciones objetales. En este trabajo, se asume que es a partir los primeros vínculos del individuo, que se crea la problemática referente al Superyó punitivo y a la manifestación del sentimiento de culpa perjudicial.

### **2.3 La culpa y el masoquismo psíquico**

El concepto de masoquismo se ha asociado durante largo tiempo al estudio y compresión de las patologías sexuales, comprendiéndose como una necesidad de experimentar dolor para conseguir placer sexual (Coderch, 2011). Asimismo, Freud (1924) describe un masoquismo erógeno, en el que el dolor es buscado para sentir placer, esto es debido a que en la infancia la tensión fisiológica indiferenciada produce una gran satisfacción, dicha tensión puede provenir del instinto de muerte o de vida, y es en los individuos que no logran hacer una separación del dolor y del placer, que se queda fijada dicha mezcla de sufrimiento y gozo sexual.

Esta definición del masoquismo ya vislumbraba su génesis en fases tempranas de la vida, no obstante, no lograba explicar aquellos casos en los que los individuos obtenían placer de situaciones dolorosas desligadas del contacto sexual. Por lo que Freud (1924) identifica el masoquismo moral y el masoquismo femenino.

Continuando con la explicación de este autor, se entiende que en el masoquismo moral la persona busca el dolor tanto en otros, como en eventos aparentemente fuera de su control, los cuales le conceden un castigo ya que de manera inconsciente se siente culpable. En este tipo de masoquismo juega un papel primordial el Superyó, el cual es el representante paterno con la facultad de ejercer poder sobre el sujeto. Por otro lado, en el masoquismo femenino la condición

principal es la castración, puede ser la ansiedad generada por el deseo del padre, o bien, por el anhelo de ser castrado y amado por él.

Aunque en esta definición de los tipos de masoquismo ya se incorpora la estructura del Superyó, todavía se adjudica este problema a la relación paterna, dejando de lado a la madre y su papel. Ante este panorama, autores como Klein (1933/1976) retoman la función materna y su influencia en el origen del masoquismo, en especial en la mujer. Ella menciona que al ser la relación con la madre la primera en la vida, es la fuente de la salud o la patología del bebé.

Siguiendo esta línea, se retoma la teoría de Margaret Mahler (1975), en la que explica que el infante pasa por una etapa de autismo o narcisismo primario, donde tiene la fantasía omnipotente de que es autosuficiente, por lo que él es la fuente y la saciedad de todas sus necesidades físicas y afectivas. Esta fantasía se rompe cuando la madre no satisface dichas necesidades y como respuesta el bebé siente enojo, toda frustración produce dolor y rabia, cuya expresión primero será contenida o reprobada por la madre, y eventualmente con el crecimiento, por ambos padres.

Son estas propuestas teóricas, en las que se basa Bergler (1949) para formular el concepto de masoquismo psíquico, el cual se utiliza para la elaboración de este trabajo. Este autor menciona que el infante puede agredir cuando se encuentra frustrado, es entonces que las figuras parentales castigan dicha acción, lo cual conduce a la censura moral y posteriormente al sentimiento de culpa. Existen aquellos niños que desplazan su enojo hacia otros objetos menos amenazantes, así como otros que a pesar del castigo continúan con la expresión de la agresión hacia el objeto original, son este último grupo en los que se origina el masoquismo psíquico.

El masoquismo hace alusión al individuo que de manera inconsciente ama la humillación, el desprecio, el sometimiento y el desdén. Bergler (1949) dilucida la génesis del masoquismo psíquico y aclara que necesariamente surge en la etapa oral, donde el infante se rige por el principio del placer, por lo que su conflicto es permanecer bajo ese principio a pesar del castigo y la censura que la madre le transmite. Es así que da un giro al dolor, a la depresión y a la culpa resultantes del rechazo de su expresión agresiva, y los fusiona con el placer.

Como el masoquismo se gesta en la etapa oral, es resultado de la vinculación con la madre y como ya se había mencionado con Klein (1933/1976), de la instauración del Superyó materno, por lo que el sujeto concibe a su madre como un objeto castigador, que lastima y de quien obtiene placer. Así que en etapas posteriores de la vida, todos aquellos objetos de los cuales obtenga ese placer en el dolor, serán identificados inconscientemente con la madre.

Para concluir, en este estudio de caso se entenderá que el masoquismo está relacionado con la culpa y con la formación del Superyó materno. De igual manera, se considerara como una manifestación la inmadurez afectiva, derivada de un conflicto oral, lo que implica que el sujeto no ha podido integrar a sus objetos, ni alcanzar la genitalidad sana que comprende la totalización, el establecimiento de una base segura, la individuación y la constancia objetal.

#### **2.4 Desarrollo psicosexual de la mujer**

La sexualidad forma parte del ser humano, es un componente de su identidad (Castaño & Palacios, 2009) y lo acompaña desde su nacimiento hasta su muerte. Es por eso que la sexualidad, con todo aquello que la integra, no sólo se experimenta de manera biológica, sino afectiva, social y cognitiva, puesto que incluye todas las diversas excitaciones y tareas que producen placer para el sujeto.

En cuanto al área fisiológica, los investigadores Masters & Johnson (1966) fueron los precursores del estudio acerca de la respuesta sexual humana, después de varios años de trabajar con hombres y mujeres determinaron las fases de la respuesta sexual. Llegaron a la conclusión que la respuesta es igual en hombres y mujeres en cuanto a sus etapas, en ambos se inicia por la fase de excitación, que es seguida de la fase de meseta hasta llegar al orgasmo y la resolución.

Helen S. Kaplan (1979) propuso un modelo trifásico de la respuesta sexual humana complementario al realizado por Masters & Johnson, en dicho modelo incluye el concepto deseo sexual, el cual describe como parecido a otros impulsos del ser humano ya que depende de una función cerebral de excitación e inhibición. Estos impulsos son experimentados de manera totalitaria por el individuo, lo movilizan a la búsqueda de experiencias sexuales, o bien, lo vuelven receptivo a las mismas. Es decir, es un sistema que se retroalimenta y no puede ser fragmentario.

Complementario a la aportación de Kaplan, el deseo sexual también tendría que contemplarse como un elemento de la experiencia y no sólo como una respuesta fisiológica, teniendo tres componentes: la cognición y creencias de la persona, los afectos y emociones, y las bases neurofisiológicas (Bancroft, 1988).

Bajo esta línea de integración de distintos aspectos a la respuesta sexual humana, se agrega el proceso de socialización, donde se menciona que el aprendizaje sexual recibido en la familia y en edades tempranas es igual de relevante que el resto de los factores como el fisiológico, el

cognitivo y el afectivo. Schmidt (1975) expone que cuanto más frecuentes y prematuras son las experiencias sexuales, además de ser aceptadas por el medio; la excitabilidad sexual será mayor en la persona, siendo ésta una vivencia anticipatoria que se une a otras para lograr una vida sexual placentera.

Sigmund Freud (1923) fue el primer autor en hablar sobre el desarrollo psicosexual del niño, él menciona que la pulsión sexual se manifiesta a través de la libido o energía sexual, y ésta tiene una evolución a lo largo de la vida del sujeto que se puede entender mejor en la hipótesis metapsicológica genética (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013). Dicha hipótesis se divide en 5 etapas de desarrollo: oral, anal, fálica-edípica, de latencia y genital.

La libido en psicoanálisis es concebida como una expresión de afectividad, una energía cuantitativa en magnitud y que se encuentra ligada a las pulsiones amorosas, también como la manifestación dinámica, en el psiquismo del individuo, de la pulsión sexual (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004).

De la misma manera Dolto (1982/2001) explica que la libido es una energía psíquica inconsciente que se encuentra en la base del desarrollo de todo individuo, y que se manifiesta por medio del lenguaje, comprendido éste no sólo por la palabra, sino por los actos, los afectos, la mente, es decir que se halla y se expresa en todas las esferas del ser humano.

Helene Deutsch (1930) afirma que el desarrollo genital de la mujer se concluye con el exitoso desplazamiento de la libido oral a la genital, y es en la etapa edípica donde los impulsos sexuales se vuelcan hacia la figura paterna, al mismo tiempo que surge el reconocimiento inconsciente de la receptividad vaginal.

Es entonces en la etapa edípica donde la niña presenta un fuerte deseo por una fuente de gratificación libidinal que no es la madre, ya que el órgano que necesita ser satisfecho es la vagina y sólo el padre es quien realizar esa tarea (en la fantasía infantil). Por lo tanto, la niña desarrolla envidia y odio hacia la madre quien es la que posee el pene paterno (Klein, 1928). A diferencia del varón, la niña no sufre de la angustia de castración, pero sí desea destruir a la madre como parte normal de su desarrollo de las etapas ora y anal sádicas. Sin embargo, si dichos deseos destructivos son excesivos, la niña vive un miedo al Superyó materno que le genera una represión y fijación en esta etapa de desarrollo, lo que a su vez le provoca un alejamiento de la madre y una identificación con el padre.

Ya que la identificación con el padre no es tan temprana, produce menos ansiedad en la niña, pero el sentimiento de culpa por acercarse al padre, la empuja a sobrecompensar la relación con una nueva. Aunado a esto, existe el complejo de castración, la niña no puede sentirse como una figura masculina, es así que esta complejidad del proceso hace que no logre identificarse completamente con el padre y vuelva hacia la madre para amarla y ser amada por ella.

Siguiendo con el plano afectivo, Françoise Dolto (1982/2001) menciona que las relaciones de una mujer desde que es una niña están invariablemente matizadas por la intuición de su sexo, no en cuanto a lo biológico y anatómico, sino como una manera de anhelo de ser mirada por el otro, de ser deseada para así ser reconocida sexualmente y como persona.

Probablemente lo anterior se debe a la misma intuición que se transmite de una mujer a otra, sobre todo debido a la relación materna. Charlotte Wolff (1971) lleva a cabo una investigación con mujeres y descubre que normalmente, a lo largo del desarrollo estas tienen un intenso apego hacia sus madres, a quienes perciben como todopoderosas y perfectas. Sin embargo, durante el periodo de desarrollo para convertirse en mujeres, se dan cuenta que sus madres valoran más el papel masculino que el femenino, por lo que sus posibilidades para obtener el amor y aprobación materna les será mucho más complicado, lo que resulta en una sensación de inseguridad.

El auténtico éxito del desarrollo sexual en la mujer, es cuando esta puede obtener una total gratificación de las pulsiones amorosas, en las que se incluye la relación sexual completa, en donde se puede dar y recibir el afecto. Esto deriva en una gratitud hacia sus objetos primarios, así como en una resolución de las frustraciones de etapas psicosexuales anteriores (Klein, 1928).

Otra propuesta de desarrollo es la creada por Erik Erikson (1982), este autor retomó las etapas psicosexuales de Freud y añadió el componente social. En cada una de estas etapas el individuo se enfrenta a una crisis, que si es superada satisfactoriamente, da como resultado un fortalecimiento del Yo al obtener una virtud.

Bajo esta propuesta, la mujer joven se encuentra en la etapa de intimidad contra aislamiento y la virtud obtenida de esa etapa es el amor. Solamente se puede llegar a la intimidad psicológica y afectiva una vez que el individuo ha logrado una identidad, ya que esta intimidad complementa lo que se ha logrado de manera individual, más no lo reemplaza. Por lo tanto, una mujer que ha formado una identidad propia, puede llegar a la intimidad con el otro y a su vez, se espera que pueda establecer relaciones duraderas y significativas, las cuales en el ámbito de pareja implicarían relaciones sexuales satisfactorias.

En conclusión, una mujer que se encuentra en la etapa de la juventud está en la resolución de diversas crisis como la consolidación de su identidad, el establecimiento de una intimidad con otros, y en el camino de alcanzar una genitalidad madura, lo que implica que busque satisfacer sus pulsiones sexuales a través de la relación sexual misma.

## **2.5 El sentimiento de culpa y el ejercicio sexual**

Como previamente se explicó, el Superyó en la mujer se forma a partir de la relación materna, si dicha relación tiende al conflicto se gestará un sentimiento de culpa negativo en la mujer, en el cual el Yo no tiene la suficiente fuerza para tomar decisiones adecuadas ni adaptativas. Es en esta dinámica que el Superyó se torna cruel porque el vínculo con la madre es problemático, a la vez que no favorece a la separación, dando como resultado una identificación patológica (Gaione, 2009).

Por un lado, la mujer desea ejercer y disfrutar de su sexualidad, pero sus identificaciones patológicas que se presentan por el Superyó punitivo le generan un sentimiento de culpa, dando lugar a dos opciones, que la mujer reprima su sexualidad, o bien, que la ejerza de manera inadecuada siendo descuidada en sus actos sexuales. Esto se explica porque en la pugna entre el deseo y el deber, el Yo no tiene lugar debido a su debilidad y falta de madurez, entonces gana la expresión de la pulsión sin responsabilidad o la prohibición que niega toda posibilidad de disfrute, y es en la primera posibilidad que la mujer se siente culpable después de ceder a su pulsión sexual.

Hablando en general sobre los trastornos sexuales en la mujer, Marie Langer (1948) los relacionaba con el rechazo de la mujer de ser madre, lo cual es inseparable de la propia relación con dicho objeto. Para esta autora, al igual que los anteriormente citados, complicaciones en la etapa oral pueden desembocar en dificultades en la vida sexual.

Existen varias formas en las que la madre puede frustrar a la niña para que en el futuro desarrolle culpa en el ejercicio sexual, una de ellas es cuando se interpone en la relación entre el padre y la hija, ya que provoca que viva con culpa la etapa edípica, y que dicha culpa se repita en sus futuras relaciones con otros hombres. Otra manera es el rechazo real o imaginario que padece ante el nacimiento de un hermano o hermana menor, lo cual genera competencia entre los ellos por el amor de la madre, así como un sentimiento de inadecuación en general.

Por consiguiente, la expresión de una sexualidad fundamentalmente satisfactoria, es inherente a la resolución de las etapas psicosexuales. En especial de la etapa oral, ya que su adecuada resolución facilita la aprobación de la vagina como órgano receptor, lo que implica una aceptación profunda de la madre como objeto de identificación (Ramírez, 1975/1994), así como el reconocimiento de que dicho objeto ha sido lo suficientemente amoroso como para neutralizar las agresiones que haya recibido. Por lo que la boca, el pecho y finalmente, la vagina son receptores y dadores de placer, un placer libre de destrucción y de culpa.

## **2.6 Teoría y técnica psicoanalítica**

### **2.6.1 Tres principios básicos**

Existen tres hipótesis psicológicas básicas en las cuales se basa la teoría psicoanalítica: el determinismo psíquico, la existencia de procesos mentales inconscientes y la compulsión a la repetición (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013), a continuación se explican brevemente.

#### *Determinismo psíquico*

En la mente todo lo que acontece tiene un sentido y una causa, cada fenómeno psíquico, cada proceso cognitivo y cada acto están determinados por una historia y una serie de fenómenos mentales conscientes e inconscientes, los cuales a su vez son causa de otros efectos (Bellak & Small, 1988). Cuando una mujer presenta sentimientos de culpa existe una causa que generalmente se asocia con la relación materna, siendo ésta el objeto más importante desde el nacimiento, es el que tiene mayor impacto en el desarrollo y en el determinismo psíquico.

#### *Existencia de los procesos mentales inconscientes*

Los procesos mentales provienen del inconsciente, no existe necesidad, deseo, pulsión o afecto que no sea experimentado como una fantasía inconsciente (Lledó Sandoval, 2009). Este material sólo es accesible a través del análisis psicoanalítico, y se compone en gran parte por las representaciones de las primeras y más significativas relaciones (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013).

#### *Compulsión a la repetición*

Se explica cómo la propensión de una persona para llevar a cabo comportamientos patológicos, que le hacen daño y que realiza en contra de su voluntad consciente. Durante los primeros años de vida, a través de la relación con los padres se forman las bases afectivas, en años posteriores la persona no puede traer a la conciencia dichos recuerdos. Sin embargo,

quedan en su inconsciente y son la motivación para su actuar. La persona revive una y otra vez sus relaciones tempranas por medio de la compulsión a la repetición, ya que el afecto resultante de esas interacciones se ha reprimido (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013). Por lo que si el vínculo entre madre e hija está cargado de culpa, la hija repetirá la transmisión de dicha culpa en el resto de sus vínculos significativos, en especial cuando sea madre.

### **2.6.2 Hipótesis metapsicológicas**

La metapsicología fue creada en el psicoanálisis con la finalidad de tener una mejor comprensión de la mente humana, dicha metapsicología es una estructura hipotética de los diferentes componentes de la teoría psicoanalítica fundada por Freud (Tallaferro, 2009).

#### *Hipótesis topográfica*

Esta hipótesis se divide en tres instancias: inconsciente, preconsciente y consciente, dichas instancias también conocidas como sistemas, son consideradas fuerzas con particularidades específicas.

El inconsciente está formado por contenidos reprimidos, por lo que el preconsciente y el consciente no pueden llegar a ellos, son fundamentalmente representaciones pulsionales y deseos que tuvieron su origen en la infancia (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004). Como el inconsciente no puede ser observado de manera directa, sólo se pudo conocer a través de métodos indirectos como la interpretación de los sueños, los actos fallidos, los test proyectivos y los síntomas neuróticos y/o psicóticos del individuo. También tiene un modo de actuar y se le conoce como proceso primario, dicho proceso se caracteriza por ausencia de cronología, no da lugar al principio de contradicción, utiliza un lenguaje simbólico, otorga la misma importancia a la realidad externa e interna y tiene como predominio el principio del placer (Tallaferro, 2009).

El preconsciente está constituido por todos aquellos procesos latentes, como pensamientos y recuerdos que pueden traerse a la conciencia con poco esfuerzo y que pueden ser actualizados. Este sistema está dirigido por el proceso secundario, ligado al principio de realidad, por lo que crea una relación de causa y efecto entre los sucesos por medio de la cognición, a la vez que les da un sentido de coherencia y congruencia en el tiempo y el espacio (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004).

El consciente es un órgano de percepción de los estímulos, se localiza entre el mundo interno y el externo, por lo que tiene la capacidad para percibir el material de ambos. A pesar de dicha capacidad, el ser humano no siempre reacciona a todo estímulo ya que el sistema consciente cuenta con un método protector de aquellos eventos que pueden poner en peligro su integridad, este método recibe y amortigua el evento perturbador y lo transmite económica y progresivamente (Tallaferro, 2009).

### *Hipótesis estructural*

Esta hipótesis se fundamenta en la existencia de tres instancias del aparato psíquico, son estructuras que intervienen en los fenómenos psicológicos del ser humano, éstas son el Ello, el Yo y el Superyó.

Freud (1923) explica que el Ello está constituido por las pulsiones, se encuentra íntimamente relacionado con lo biológico que es la fuente de su energía pulsional y su misión principal es la descarga de esa energía. Su contenido además de tener raíces filogenéticas y heredadas, es primordialmente inconsciente y busca continuamente el placer; esto se explica a través de que un evento biológico genera una representación psíquica que es la excitación y ésta busca su descarga energética por medio del placer (principio del placer).

El Yo se encuentra entre el mundo interno y el externo, es el resultado de la interacción del sujeto con su realidad objetiva (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013), y es a partir de esa interacción que se desarrollan las funciones cognoscitivas superiores como la inteligencia, la memoria, el lenguaje, la atención, la concentración, el pensamiento, el juicio, etc. De tal manera que se genera el proceso secundario y con él la capacidad de demora de la satisfacción pulsional, por lo tanto, el Yo se guía por el principio de realidad.

El Superyó se constituye por las normas éticas y las reglas que sirven para la adaptación al medio, se rige por el principio del deber y con mayor frecuencia se describe como el resultado del complejo de Edipo. Es un sistema que fuerza a la persona a desistir en la descarga pulsional cuando se ven amenazadas la adaptación y las normas socialmente aceptadas. Observa y guía al Yo, y cuando éste no cumple con la imposición y las metas propuestas, responde por medio del dolor, la pena y el castigo, generando el arrepentimiento en el individuo y movilizándolo hacia la reparación del daño que haya infligido. De manera contraria, ante los actos ejemplares

recompensa con un aumento de la autovalía, a través de una de sus funciones que es el Ideal del Yo (Freud, 1923).

#### *Hipótesis dinámica*

Esta hipótesis indica que los contenidos psicológicos tienen una fuerza que explica por dirección y magnitud, por lo que estos contenidos dirigen y motivan la conducta, o bien la frenan utilizando los mecanismos de defensa (González Núñez J. , 2003).

#### *Hipótesis económica*

En la teoría psicoanalítica la explicación de los fenómenos psíquicos requiere de describir la energía psicológica que utilizan, dicha energía se encuentra regida bajo la ley de conservación y la ley de la entropía, y a lo largo del tiempo puede sufrir cambios que la aumentan o disminuyen (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013).

#### *Hipótesis genética*

Es el planteamiento de que el individuo atraviesa diversas etapas de desarrollo a lo largo de su vida, por lo mismo, los fenómenos psíquicos son resultado del transcurso de esas etapas (Greenson, 1976/2004). Su base es el desarrollo epigenético y se divide en cinco periodos: oral, anal, fálica, latencia y genital.

#### *Hipótesis adaptativa*

Propone que todo proceso intrapsíquico está relacionado con su medio, esto significa que los contenidos psicológicos se adaptan a los distintos momentos de la vida de la persona, de manera interna y externa. Existen dos tipos de procesos adaptativos los autoplásticos y los aloplásticos, los primeros implican cambios en la persona, mientras que los segundos implican la modificación del sujeto en el entorno (González Núñez & Rodríguez Cortés, Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, 2013).

### **2.6.3 Etapas psicosexuales**

El desarrollo del individuo y de su personalidad se encuentra relacionado con la concentración de la libido y su manifestación en su vida psíquica. Dicha libido tiene una evolución que recorre distintas zonas erógenas y estadios que involucran la transformación del Yo (Gomez Restrepo, Hernandez Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, & Uribe Restrepo, 2008). A continuación se describe esta evolución.

#### *Etapa oral*

Se da a partir del nacimiento del individuo y la zona erógena principal es la boca, siendo la succión la actividad más gratificante y su conexión con el medio. Al obtener la satisfacción oral el bebé obtiene una sensación de seguridad y de placer.

Esta etapa se divide en dos fases: la fase de succión y la fase sádico-oral o canibalística, que se da a partir de los 6 meses y es cuando el bebé usa sus dientes para morder (Tallaferro, 2009). Privaciones orales agudas tienen como consecuencia en el adulto depresiones o demandas sádicas para compensar la carencia, se pueden ver adultos que tienen problemas para obtener sus propios satisfactores y buscan que alguien más se haga cargo de ellos. Además de las complicaciones antes mencionadas, como rasgos masoquistas y complicaciones en el ejercicio sexual.

#### *Etapa anal*

En el transcurso de esta etapa la gratificación y el placer se encuentran en el recto y las áreas relacionadas a éste, así como en el acto de defecar y el controlar los esfínteres. El niño retiene la materia fecal con la finalidad de obtener mayor placer cuando realiza la deposición, además los excrementos son la primera creación que puede dar al medio. Al igual que la etapa oral, ésta también se divide en dos fases: la primaria o expulsiva y la secundaria o retentiva (Tallaferro, 2009).

#### *Etapa fálica-edípica*

Comienza alrededor de los 3 años de edad, una vez que se ha superado la etapa anal, y es cuando en el niño el pene tiene un valor mágico, en la niña el área corporal más importante es el clítoris. En este periodo se genera el complejo de Edipo y es cuando se vierte la pulsión libidinal en el padre del sexo opuesto. Su adecuada resolución deriva en la identificación con el progenitor

del mismo sexo y con el desplazamiento de la libido hacia objetos que se encuentran fuera del núcleo familiar (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013).

### *Etapa de latencia*

Posterior a la etapa edípica, cerca de los 6 años de edad, el niño entra en un periodo de calma sexual a consecuencia del complejo de castración, en esta etapa se refuerzan el Yo y el Superyó (Tallaferro, 2009). Se da un periodo en el cual la libido se concentra en el deseo a aprender y a desarrollar habilidades que contribuyan al crecimiento interno y profesional.

### *Etapa genital*

En esta etapa comienza después de la pubertad, la energía libidinal que antes se concentraba en otras zonas corporales, ahora para al área genital y el acto sexual se convierte en la meta más relevante, siendo la que brinda el mayor placer (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013). En un desarrollo sano, el Yo se encuentra fortalecido y es capaz de postergar las pulsiones, logrando adaptarse al ambiente. Por lo que el objetivo último de este periodo, además de poder entregarse y disfrutar del acto sexual, es el ser capaz de dar y recibir amor, así como establecer relaciones profundas en íntimas con objetos distintos de los primarios.

#### **2.6.4 Funciones del Yo**

Las funciones del Yo son contenidos o procesos mentales que se llevan a cabo durante el proceso de adaptación de la persona con su medio ambiente, asimismo integran sus capacidades o procesos internos ante los cambios externos. Son 12 las funciones y se describen a continuación con base en la teoría de Bellak & Goldsmith (1993).

1. Prueba de realidad: se compone por la distinción entre estímulos internos y externos; exactitud de la percepción que incluye la orientación en tiempo, lugar e interpretación de los acontecimientos externos; y la precisión de la prueba de realidad interna (consciencia de los estados internos).
2. Juicio: conciencia de lo adecuado y de las probables consecuencias de los actos, el grado en el que la conducta se manifiesta es una muestra de dicha conciencia.
3. Sentido de la realidad, del mundo y del self: es la medida en la que los eventos externos se experimentan como reales y como parte de un entorno familiar; el grado en que el cuerpo y

sus funciones, así como el propio comportamiento se experimentan como familiares y propias del sujeto; grado en que el sujeto ha desarrollado su individualidad, la unicidad y el sentido de sí mismo y de la autoestima; y el nivel en que las autorrepresentaciones están separadas de las representaciones objetales.

4. Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos: se integra por el rango de expresión de impulsos (desde el acting out primitivo, el acting out neurótico y las formas indirectas de expresión); y por la eficacia de la demora y el control, el grado de tolerancia a la frustración y la medida en la que los derivados de los impulsos se canalizan por medio de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.
5. Relaciones de objeto: es el grado y tipo de relaciones y del compromiso con los otros; la medida en que las relaciones presentes se ajusten o no influidas por las antiguas, y el grado en el que sirven para fines actuales y maduros; nivel en que el sujeto percibe a los otros como seres separados más que como extensiones de sí mismo; y la medida en que la persona puede mantener la constancia objetal (por ejemplo mantener relaciones duraderas y tolerar la ausencia física del objeto, así como la ansiedad inherente a la relación).
6. Procesos de pensamiento: se refiere a la adecuación de los procesos que adaptativamente guían y sostienen los procesos mentales (atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje); y la medida en la que el proceso primario-secundario influye en el pensamiento (realidad y lógica).
7. Regresión adaptativa al servicio del yo: es el relajamiento de la agudeza perceptiva y conceptual, con incremento en la conciencia de contenidos antes preconscientes e inconscientes (primera fase); y la inducción de nuevas formas que aumentan la adaptación como resultado de síntesis creativas (segunda fase).
8. Funcionamiento defensivo: es la medida en que las defensas afectan adaptativamente o no a las ideas y al comportamiento, así como el grado en que dichas defensas han sido exitosas o han fracasado.
9. Barrera de estímulos: incluye el umbral, sensibilidad y conciencia de los estímulos sensoriales principalmente externos; así como la respuesta y enfrentamiento a los distintos niveles de estimulación.

10. Funcionamiento autónomo: es el grado de inmunidad al deterioro de los aparatos de autonomía primaria (vista, audición, lenguaje, memoria, aprendizaje, movimiento e intención), y secundaria (hábitos, habilidades complejas, rutinas, pasatiempos e intereses).
11. Funcionamiento sintético-integrativo: es el grado de integración de valores, actitudes, afectos, conducta y autorrepresentaciones contradictorios; y el grado de unificación de eventos psíquicos o conductuales, sean distintos o no.
12. Relación dominio-competencia: es el nivel de desempeño del individuo en relación con su capacidad para interactuar con su entorno y dominarlo, así como el grado de sentido de competencia o expectativa de éxito.

Finalmente el estudio y evaluación de estas funciones brinda un panorama del estado del Yo del sujeto, ayuda a conocer las áreas fortalecidas y aquellas en la que presenta dificultades. De manera particular en las mujeres con un vínculo materno conflictivo, se observan problemas en funciones como juicio, regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos y relaciones objetales.

#### **2.6.5 *Mecanismos de defensa***

Ya que el Yo se encuentra continuamente en situaciones que le producen tensión, donde el Yo y el Superyó le demandan cosas contrarias, puede generarse angustia ante el miedo de sufrir una desorganización, es en esta parte donde surgen los mecanismos de defensa (Tallaferro, 2009). A continuación se describen brevemente los mecanismos de defensa más utilizados.

Represión: es el proceso por medio un fenómeno psíquico no puede hacerse consciente, por lo que continúa manifestándose en los actos, al mismo tiempo que no está sujeto a la introspección. Son generalmente recuerdos y afectos que provocan dolor al sujeto (Hales & Yudofsky, 2004).

Identificación: mecanismo mediante el cual el yo se apropiá de características deseables de un objeto (González Núñez J. , 2003).

Proyección: es la atribución a un factor externo o a una persona, las pulsiones o deseos propios que resultan inaceptables y que no han logrado reprimirse (Hales & Yudofsky, 2004).

Desplazamiento: mecanismo por medio del cual la carga afectiva hacia un objeto se dirige hacia uno nuevo, hacia una situación que es más fácil de aceptar, o que resulta menos amenazante para el individuo (Tallaferro, 2009).

Negación: es el rechazo de acontecimientos dolorosos, así como de una parte de la realidad externa o interna que el individuo no pudo tolerar y, que a su vez, son evidentes para el resto (Millon, 2006).

Vuelta contra sí mismo: mecanismo que revierte una pulsión agresiva hacia el yo, dicha agresión en principio se encuentra dirigida hacia al exterior (Tallaferro, 2009).

Introyección: proceso donde se incorpora a través de la fantasía, afectos y características de un objeto, este mecanismo busca evitar la pérdida (Sainsbury, 1978) .

Fijación: se da cuando la libido queda adherida a alguna etapa del desarrollo y no logra evolucionar, o bien, cuando se encuentra ligada a algún objeto. Puede ser resultado tanto de una carencia, o de una exagerada gratificación (González Núñez J. , 2003).

Aislamiento: es la separación de un pensamiento o acción de su carga emocional, por medio de este mecanismo se rompe toda conexión afectiva y, en los casos más graves, el individuo es incapaz de sentir (Hales & Yudofsky, 2004).

Regresión: procedimiento por el cual la actividad psicológica vuelve a etapas más tempranas del desarrollo, en las cuales se experimentó una gratificación mayor, se retoman comportamientos que no son congruentes con el estado actual del sujeto y que no contribuyen a su adaptación al entorno (Salles Manuel, 2001).

Racionalización: se trata de explicar de forma lógica y coherente la manera de actuar y sentir, de tal forma que las pulsiones se mantienen alejadas de la conciencia (González Núñez J. , 2003).

Intelectualización: es la elaboración de argumentos y pensamientos abstractos, basados en conocimientos adquiridos, para mantener alejadas las emociones y las pulsiones, con el fin de tenerlas bajo control y evitar el conflicto (Black & Andreasen, 2015).

Formación reactiva: los afectos, pensamientos, pulsiones e impulsos inadmisibles para el Yo se controlan actuando o tomando una posición opuesta (Millon, 2006).

Sublimación: procedimiento por el cual una pulsión rechazada por el Yo, abandona su objeto original para dirigirse a uno nuevo que es aceptado por el Superyó y el medio, es decir que se convierte en una actividad socialmente aceptada y útil para el individuo (González Núñez J. , 2003).

Supresión: es el proceso por medio del cual el Yo mantiene en el preconsciente eventos, afectos y pulsiones, ya que no tiene la fuerza o la voluntad para enviarlos al inconsciente (González Núñez J. , 2003).

En conclusión, se observa que el Yo es la estructura psíquica que se encuentra bajo mayor presión, ya que no sólo tiene que mediar los conflictos del Ello y del Superyó, sino que también enfrenta las variadas situaciones del entorno. Debido a esto, el Yo hace uso de los mecanismos de defensa, que son una manera en la hace frente a dichos conflictos, y a la vez, la forma en la que evita fragmentarse.

Dentro de estos mecanismos de defensa existen niveles de complejidad, que van de lo primitivo a estados más maduros y superiores de la personalidad (Millon, 2006), siendo el mecanismo más virtuoso la sublimación. Para poder alcanzar la sublimación, el Yo necesita estar fortalecido a través del previo establecimiento de vínculos sanos, o bien, de la reparación de estos por medio del proceso psicoterapéutico.

Para poder realizar una psicoterapia adecuada, que satisfaga las necesidades y demandas del paciente, es indispensable efectuar un estudio exhaustivo de las teorías y técnicas que expliquen su problemática. De esta manera se tiene la certeza de la dirección de la intervención. Continuando con esta idea, a continuación se materializa lo abordado en el marco teórico y se presenta la metodología utilizada.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

### 3.1 Motivo de consulta

Motivo de consulta manifiesto: “*tuve problemas familiares, no tomamos orden de cada papel en la familia y vengo a buscar el mío (sic)*”, menciona que debido a diversas situaciones ha tenido problemas con su madre y que sabe que gran parte de su problemática es debido a esa situación, asimismo comenta que es la relación que más le duele; “*mi mamá me dice que soy el problema, siempre me lo dice, a ella no le gusta que salga, pero no entiendo, sólo me gusta salir a bailar y divertirme, quisiera poder tener un lugar en mi familia, ya no pelear con mi mamá... que estuviéramos bien, que tuviéramos un orden (sic)*”.

Motivo de consulta latente: la paciente tiene el deseo y la necesidad de reparar el vínculo con su madre, con la que ha establecido una simbiosis hostil, dicha manifestación del vínculo se observa en el ejercicio inadecuado de la sexualidad y en la culpa derivada del mismo. El vínculo materno que genera malestar y culpa ahora permea el resto de sus relaciones interpersonales.

### 3.2 Datos generales

Nombre: Matilde

Edad: 20 años (actual 21 años)

Sexo: mujer

Estado civil: soltera

Religión: ninguna

Escolaridad: licenciatura 4º semestre

Ocupación: estudiante

Fecha de nacimiento: 18 diciembre 1994

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

Nivel socioeconómico: medio

Descripción de la paciente: Mujer joven de 1.55 m de altura aproximadamente, tez morena, complejión media, cabello largo, castaño y lacio. Su vestimenta es informal, usa pantalón de mezclilla o shorts, blusas escotadas y zapatos bajos, con lentes, aseada y arreglada, usa maquillaje, uñas de acrílico y joyería discreta. Habla con facilidad, tiene actitud abierta y

colaborativa hacia la terapeuta, llora continuamente durante la sesión, se muestra triste ante su problemática, es expresiva verbal y físicamente así como altamente emotiva.

### 3.3 Hipótesis de trabajo

El conflicto y la confusión de la paciente sobre cómo ejercer responsablemente su sexualidad, así como el establecimiento de una sana relación con los hombres, son la manifestación de una problemática más profunda, la cual se ha formado en una etapa más temprana de la vida. Es en especial el tipo de vinculación que desarrolló con su madre lo que subyace en el síntoma y el malestar.

La paciente se percibe como opuesta a su madre, siendo ella aparentemente libre mientras su madre es conservadora, lo cual las lleva a relacionarse de manera hostil, fomentando un apego ambivalente de amor-odio entre ambas y generando culpa persecutoria en la paciente cada vez que realiza algo en contra de los valores maternos. El síntoma más evidente es la confusión sobre cómo llevar una adecuada sexualidad, sin culpa y sin rasgos masoquistas en sus relaciones con los hombres.

Con base en la explicación anterior, se establecen las siguientes hipótesis:

- El origen del conflicto reside en el vínculo ambivalente con la madre.
- El tipo de relación establecido con la madre también se explica también como una simbiosis hostil.
- La madre al ser hostil instaura en la hija un sentimiento de culpa que la persigue cada vez que lleva al acto sus pulsiones sexuales.
- La hostilidad y culpa persecutoria desembocan en un masoquismo psíquico que se reedita en sus relaciones de pareja.
- Dado que el vínculo materno, la culpa persecutoria y el masoquismo psíquico se gestan en la etapa oral, la paciente no llega con éxito a la genitalidad ni puede integrar a sus objetos primarios.

### 3.4 Objetivo general

Diseñar, aplicar y evaluar una intervención con enfoque psicodinámico, utilizando la investigación circular para estudios de un solo caso propuesta por González Núñez (1997), con el propósito de explorar y reparar el vínculo materno para así disminuir la culpa persecutoria, el masoquismo psíquico, y finalmente mejorar la vida sexual en la paciente.

#### 3.4.1 *Objetivos específicos*

- Diseñar una intervención con enfoque psicodinámico con base en la investigación circular para estudios de un solo caso.
- Efectuar la intervención psicodinámica diseñada a lo largo de aproximadamente 47 sesiones considerando las metas terapéuticas generales requeridas para la mejora de la paciente.
- Explorar y reparar terapéuticamente el vínculo materno, la culpa, el masoquismo psíquico y la vida sexual de la paciente.
- Evaluar la intervención realizada con base en los objetivos, las metas terapéuticas planteadas y la percepción de la paciente.

### 3.5 Definición de términos

Apego: comportamiento y disposición del sujeto para establecer proximidad y contacto con un individuo significativo o cuidador primario, en especial bajo circunstancias difíciles, con la finalidad de encontrar seguridad (Bowlby, 1980). Abarca los sistemas biológico y psicológico del sujeto.

Culpa: sentimiento que resulta de realizar actos que van en contra de los valores introyectados, así como de todo lo adquirido a través de la relación con sus padres, es la angustia por no ser lo que debe y lo que le gustaría ser (Freud, 1924), puede ser real o falsa, lo cual depende del desarrollo emocional y la fortaleza yoica del sujeto.

Masoquismo psíquico: patología que hace referencia a la fusión que realiza el sujeto entre el dolor, el castigo y la culpa con el placer (Bergler, 1949), el individuo busca y repite relaciones en las que es humillado y obtiene una satisfacción inconsciente.

Objeto: usualmente es la persona hacia la que va dirigida la pulsión y/o el afecto del sujeto, puede ser real o fantaseado (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004).

Pulsión sexual: energía y empuje interno que persigue la satisfacción sexual (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004), la pulsión inicia con una tensión fisiológica y/o psíquica que busca saciarse, habitualmente a través del acto sexual.

Relación objetal: similar al apego y al vínculo, es el tipo de lazo afectivo que se establece con los objetos primarios durante etapas tempranas del desarrollo, y que se repite con nuevos objetos significativos (Klein, 1975).

Sexualidad: conjunto de excitaciones y actividades, que se experimentan a lo largo del desarrollo humano y que son generadoras de placer (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967/2004), abarca todas las áreas de la vida de la persona.

Simbiosis hostil: relación que se da entre dos individuos que aunque física y espacialmente se encuentran separados, no logran diferenciarse y se encuentran fusionados a través de comportamientos hostiles o agresivos (Mahler, 1968).

Superyó: instancia psíquica cuya función es vigilar que el Yo cumpla con las acciones que son correctas según sus introyectos (Freud, 1923), que cumpla con las normas y todo aquello aceptado con base en su educación, y en caso de que no lo haga, generar el sentimiento de culpa en el sujeto.

Vínculo materno: es el lazo afectivo que se establece entre el sujeto y su madre, es una unión emocional que subsiste en espacio y tiempo (Bowlby, 1988).

### **3.6 Instrumentos**

Los instrumentos empleados para la realización del diagnóstico, van desde los comunes a toda intervención psicoterapéutica como son; la entrevista psicológica, la observación, la historia clínica, el examen mental y las sesiones terapéuticas; hasta los propios de enfoque psicodinámico; como el análisis de las etapas psicosexuales, la evaluación de las funciones del yo, la evaluación de las funciones del superyó y el test de la figura humana. En seguida, se define someramente cada uno de ellos.

Entrevista psicológica: técnica de comunicación interpersonal, cuya finalidad es obtener información para clarificar el conflicto psíquico del entrevistado, y así determinar el tratamiento terapéutico más adecuado (Díaz Portillo, 2007).

Observación: método de evaluación de la personalidad que se emplea para obtener información del comportamiento espontáneo o natural del paciente (Aiken, 2003).

Historia clínica psicológica: recopilación e integración de información de las distintas áreas de vida del individuo (individual, familiar, social, escolar, laboral), con el objetivo de elaborar el diagnóstico descriptivo y/o dinámico (Gabbard G. O., 2009).

Examen mental: exploración de las actividades mentales superiores del sujeto, su estado afectivo y su capacidad o funcionamiento psíquico (Correa Márquez & Ortega Loubon, 2011)

Análisis de las etapas psicosexuales: estudio y revisión del tránsito del sujeto a través de las etapas psicosexuales postuladas por Freud; oral, anal, fálica, latente y genital. Es el análisis de la manera en que la libido del individuo recorrió dichas etapas, con la finalidad de conocer su nivel de maduración y la manera en que establece relaciones objetales (Tallaferro, 2009).

Evaluación de las funciones del Yo: estudio de los procesos psicodinámicos y las funciones de Yo, que son los contenidos mentales que se llevan a cabo durante la adaptación del sujeto a su medio. Este estudio sirve como base para la realización de una psicopatología dinámica (Bellak & Goldsmith, 1993).

Evaluación de las funciones del Superyó: estudio de las distintas partes que componen al Superyó para determinar su nivel de desarrollo y el estado psíquico del individuo (Rosado y Rosado, 2015).

Test de la Figura Humana: prueba proyectiva que tiene la finalidad de explorar y analizar la personalidad de un sujeto, a través del dibujo y las historias relatadas acerca del mismo, ya que ambos están relacionados con los impulsos, pulsiones, afectos, conflictos y compensaciones de su personalidad. Por medio de estos se realiza una interpretación y se recopila la información necesaria para un diagnóstico tanto psicodinámico como nosológico (Portuondo, 1971).

Sesiones terapéuticas: partes y tiempos en los que se divide la terapia, en las cuales se aborda la problemática del paciente con base en el diagnóstico previamente elaborado (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013).

### **3.7 Diagnóstico**

Se realiza una vez que se obtiene la información pertinente del caso clínico por medio de la aplicación de los instrumentos previamente descritos. Es la integración de la historia clínica, de la observación en las sesiones y de la psicodinamia del sujeto de estudio, para guiar la intervención que lleve a la traslaboración del conflicto.

En el siguiente apartado se describe los resultados de todos los instrumentos.

### 3.8 Técnicas psicoterapéuticas

A continuación se describen las técnicas psicodinámicas utilizadas en el proceso terapéutico, la cuales se retoman de González Núñez & Rodríguez Cortés (2013) y Greenson (1976/2004).

Asociación libre: trabajar con el material psíquico que traiga el paciente a la sesión.

Reflejar: comunicar al paciente lo observado, aludiendo al paciente mismo o a la intervención, lo que funciona como punto de realidad.

Establecer conexiones: relacionar los afectos con el material que se lleva a las sesiones, así como la vida infantil con el comportamiento actual.

Aclarar: intervención no esperada que buscar organizar todas las partes del material verbal y no verbal que es confuso o incompleto; generalmente está ligada a la confrontación. También se entiende como la actividad que busca enfocar la información significativa del resto, y se logra a través de la explicación del terapeuta del material brindado en la sesión.

Confrontar: dirigir la atención del paciente hacia situaciones, pensamientos, relaciones o afectos escindidos; señalar el comportamiento conflictivo y las operaciones defensivas. Busca hacer evidente el material o el fenómeno al individuo que se encuentra en análisis, se explica al paciente la relación de sus vivencias y de sus actos para que tengan un sentido lógico.

Interpretar: traducción y deducción por medio de la investigación psicoanalítica, del sentido latente de las expresiones verbales, no verbales y del comportamiento del paciente. Devela los deseos inconscientes, así como las funciones de las defensas utilizadas. Es llevar un fenómeno inconsciente a la conciencia del individuo, se enfoca al origen, causa y significado del evento psíquico.

Análisis de la transferencia y la contratransferencia: ambos aportan información vital para el proceso y la mejora del paciente. Por medio de la transferencia se obtiene información vital de la historia reprimida, impulsos, actitudes, fantasías y defensas inconscientes del paciente hacia el terapeuta, que son producto de sus relaciones de objeto y de la compulsión a la repetición. Díaz Portillo (2000) menciona que mediante el análisis y manejo de la contratransferencia se contempla los sentimientos, pensamientos, deseos y fantasías que despierta el material del paciente como posible resonancia del significado latente de su comunicación.

Traslaboración: también considerada como la meta última del proceso psicoterapéutico, es la actividad que se lleva a cabo después de que se logró un insight y que lleva a un cambio

perdurable en la vida del individuo, es la meta después de haber pasado por las anteriores actividades.

### **3.9 Evaluación del proceso**

Al finalizar 47 sesiones se presenta el análisis clínico y evaluación de las hipótesis postuladas, así como la intervención efectuada. Dichas sesiones de intervención se realizaron con base en el diagnóstico psicodinámico y el establecimiento de los objetivos.

Asimismo, la evaluación se efectúa desde la teoría, los objetivos planteados, el proceso, y lo que reportado por la paciente y su madre.

### **3.10 Diseño de intervención**

#### ***3.10.1 Objetivo general de intervención***

Reparar el vínculo materno patológico que se caracteriza por ser ambivalente y simbiótico hostil, para transformar la culpa persecutoria en culpa reparatoria, así como analizar y sanar el núcleo masoquista para evitar su reedición en el ejercicio sexual. De igual manera, totalizar los objetos primarios y fortalecer las funciones yoicas para alcanzar la etapa genital.

#### ***3.10.2 Objetivos específicos de intervención***

1. Establecer rapport, la alianza terapéutica e integrara el diagnóstico inicial.
2. Analizar el vínculo materno y las relaciones objetales para establecer su conexión con la culpa y el ejercicio sexual.
3. Intervenir para mejorar el vínculo materno patológico.
4. Reducir la culpa persecutoria que permea la sexualidad y convertirla en una culpa reparatoria que promueva la responsabilidad.
5. Trabajar en el núcleo oral para reparar el masoquismo psíquico que afecta la sexualidad.
6. Trabajar en la totalización de objetos primarios con el fin de evitar la reedición del vínculo perjudicial en la relación de pareja.
7. Consolidar y fortalecer el vínculo materno sano.
8. Fomentar la adecuada relación objetal, por medio de las funciones yoicas y los recursos de la paciente para mantener la genitalidad.
9. Realizar el cierre y la evaluación del proceso psicoterapéutico.

### **3.10.3 Fases de intervención**

- F1. Diagnóstico: rapport, alianza terapéutica y motivo de consulta.
- F2. Diagnóstico: vínculo materno, culpa patológica y sexualidad.
- F3. Intervención: simbiosis hostil materna y sexualidad.
- F4. Intervención: culpa persecutoria y sexualidad.
- F5. Intervención: núcleo oral y masoquismo psíquico.
- F6. Intervención: relaciones objetales y reedición del vínculo en la relación de pareja.
- F7. Intervención: vínculo materno sano.
- F8. Intervención: relaciones objetales, culpa reparatoria y genitalidad.
- F9. Cierre y evaluación.

A continuación se describen todas estas fases, su objetivo, las técnicas o instrumentos aplicados y el número de sesiones que se utilizaron.

### **3.10.4 Diseño de la psicoterapia**

<b>Factor terapéutico</b>	<b>Objetivo de la sesión</b>	<b>Técnica o instrumento</b>	<b>Fase y sesiones</b>
Diagnóstico: rapport, formación de alianza terapéutica e indagación de motivo de consulta.	Establecer rapport para formar la alianza terapéutica y aclarar el motivo de consulta para integrar el diagnóstico inicial.	Técnicas: entrevista psicológica y observación. Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar.	Fase 1: 3 sesiones
Diagnóstico: exploración del vínculo materno, la culpa patológica y la sexualidad.	Ánalisis del vínculo materno y las relaciones objetales, para establecer su conexión con la culpa patológica y el ejercicio de la sexualidad.	Instrumentos: Test de la Figura Humana, examen mental, evaluación de las funciones del yo. Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar.	Fase 2: 7 sesiones
Intervención: simbiosis hostil materna y sexualidad	Ánalisis e intervención en el vínculo materno con énfasis en la simbiosis hostil y su influencia en la sexualidad.	Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 3: 7 sesiones
Intervención: culpa persecutoria y sexualidad	Ánalisis e intervención en la formación y manifestación de la culpa persecutoria que afecta en	Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e	Fase 4: 9 sesiones

	la sexualidad, para convertirla en una culpa reparatoria que promueva la responsabilidad.	interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	
Intervención: regresión oral y masoquismo	Análisis e intervención del núcleo oral que se manifiesta en regresiones y masoquismo psíquico, que afecta el ejercicio sexual.	Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 5: 8 sesiones
Intervención: relaciones objetales y reedición del vínculo en la relación de pareja.	Análisis e intervención en las relaciones objetales, con el propósito de integrarlos y totalizarlos, para intervenir en la reedición del vínculo en las relaciones de pareja.	Instrumentos: Test de relaciones objetales Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 6: 8 sesiones
Intervención: vínculo materno sano.	Reparación y consolidación del vínculo materno sano para fomentar un adecuado ejercicio de la sexualidad y una futura relación de pareja.	Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 7: 7 sesiones
Intervención: relaciones objetales, culpa reparatoria y genitalidad	Reparación y consolidación de las relaciones objetales para preservar el fortalecimiento yoico y la genitalidad alcanzada.	Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 8: 10 sesiones
Cierre y evaluación	Afianzamiento del establecimiento de los vínculos sanos, así como de los recursos de la paciente y de las estrategias adquiridas a lo largo del proceso psicoterapéutico, con la finalidad de llegar a una traslaboración.	Instrumentos: Test de la Figura Humana. Técnicas psicodinámicas: asociación libre, preguntar, hacer conexiones, aclarar, reflejar, confrontar e interpretar. Análisis de la transferencia y contratransferencia.	Fase 9: 3 sesiones

**Nota:** El número de sesiones que se llevaron a cabo durante el proceso terapéutico difiere si realiza la sumatoria de las sesiones de todas las fases, debido a que en una sesión se abordaba más de una temática.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Los resultados que se presentan fueron obtenidos de las siguientes técnicas e instrumentos, los cuales fueron descritos en la sección anterior.

- 4.1. Historia clínica.
- 4.2. Examen mental
- 4.3. Análisis de las etapas psicosexuales
- 4.4. Evaluación de las funciones del yo
- 4.5. Evaluación de las funciones del superyó
- 4.6. Pruebas psicológicas.
- 4.7. Diagnóstico psicodinámico.
- 4.8. Sesiones terapéuticas.

### 4.1 Historia clínica psicológica

#### *Datos de identificación*

Nombre: Matilde

Edad: 20 años (actual 21 años)

Sexo: mujer

Estado civil: soltera

Religión: ninguna

Escolaridad: licenciatura 4º semestre

Ocupación: estudiante

Fecha de nacimiento: 18 diciembre 1994

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

Nivel socioeconómico: medio

#### *Motivo de consulta*

Motivo de consulta manifiesto: “*tuve problemas familiares, no tomamos orden de cada papel en la familia y vengo a buscar el mío (sic)*”, menciona que debido a diversas situaciones ha tenido problemas con su madre y que sabe que gran parte de su problemática es debido a esa situación, asimismo comenta que es la relación que más le duele; “*mi mamá me dice que soy el*

*problema, siempre me lo dice, a ella no le gusta que salga, pero no entiendo, sólo me gusta salir a bailar y divertirme, quisiera poder tener un lugar en mi familia, ya no pelear con mi mamá... que estuviéramos bien, que tuviéramos un orden (sic)".*

Motivo de consulta latente: la paciente tiene el deseo y la necesidad de reparar el vínculo con su madre, con la que ha establecido una simbiosis hostil, dicha manifestación del vínculo se observa en el ejercicio inadecuado de la sexualidad y en la culpa derivada del mismo. El vínculo materno que genera malestar y culpa ahora permea el resto de sus relaciones interpersonales.

#### *Descripción de la paciente*

Mujer joven de 1.55 m de altura aproximadamente, tez morena, compleción media, cabello largo, castaño y lacio. Su vestimenta es informal, usa pantalón de mezclilla o shorts, blusas escotadas y zapatos bajos, con lentes, aseada y arreglada, usa maquillaje, uñas de acrílico y joyería discreta. Habla con facilidad, tiene actitud abierta y colaborativa hacia la terapeuta, llora continuamente durante la sesión, se muestra triste ante su problemática y es expresiva verbal y físicamente así como altamente emotiva.

#### *¿Qué fue lo último que sucedió para que decidiera solicitar atención terapéutica?*

Menciona que el viernes anterior a la solicitud del servicio tuvo una pelea con su madre, la paciente deseaba salir en la noche con sus amigas, pero debido a que su padre llegó a la casa tomado, su madre le negó dicho permiso y empezaron a discutir.

#### *Antecedentes y evolución del problema*

La paciente relata que desde que recuerda, la relación con su madre ha sido conflictiva, recuerda que hace 4 años tenía un novio y posterior al primer año, él comenzó a maltratarla y a controlarla, por lo que decide contárselo a su madre pero esta no responde como ella deseaba, “yo le conté a mi mamá, quería su apoyo, pero me regañó, yo esperaba que me escuchara y me consolara, pero me decía cosas que me hacían sentir culpable y eso me hizo sentir peor, sentí que no podía confiar en ella (sic)”. De igual forma trae al presente que tuvo bulimia y anorexia cuando tenía aproximadamente 10 años de edad, sin embargo ella no lo recuerda, es algo que le han dicho su madre y su hermana, también le mencionan que la llevaban a terapia para recuperarse de estos trastornos, los cuales persistieron cerca de 4 años. Una vez que Matilde

superá su problema de alimentación, vuelven los altercados con su madre, los cuales son frecuentes y parecen no cesar.

#### *Nivel de padecimiento autopercibido*

Existe insight sobre la hostilidad que existe entre ella y su madre, dicha relación le genera malestar y desea hacer cambios para mejorar, en algunas cosas puede reconocer su responsabilidad, y en otras, utiliza la proyección como defensa para no asumir el daño emocional que causan sus acciones y agresiones hacia su madre.

#### *Descripción de las áreas implicadas*

En el área cognitiva muestra pensamientos recurrentes acerca de que su madre quiere molestarla, así como ideas acerca de que los demás la juzgan por sus actos que van en contra de lo establecido por la religión y las normas familiares.

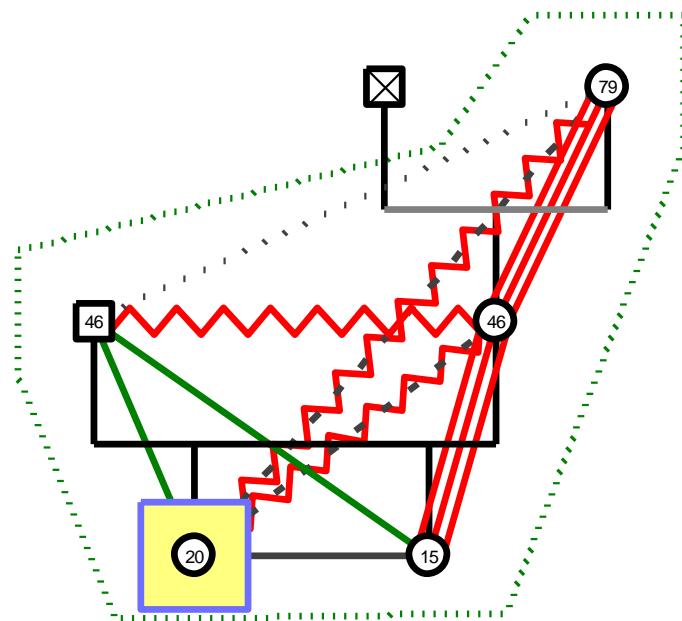
En el área afectiva sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia su madre y hacia su abuela que se reeditan en su relación con las mujeres en general, lo que le provoca tristeza y culpa. Asimismo presenta un gran deseo por agradar a las personas y complacerlas en sus peticiones a pesar de sus propias necesidades.

En cuanto a los aspectos somáticos se encuentra sin alteraciones, no refiere tener ningún síntoma referente.

En el aspecto conductual la paciente presenta explosiones de enojo hacia su madre y su abuela, tienen discusiones constantes concernientes a los permisos y salidas, así como a la vestimenta adecuada para una mujer. En las salidas con sus amigas y su novio acostumbra tomar alcohol, fumar y bailar “twerking”.

Y en el área interpersonal establece relaciones ambivalentes y conflictivas con su madre y su abuela, problemas con sus amistades del mismo sexo, respecto a los hombres es más capaz de entregarse, sin filtros y sin medir las consecuencias, por lo que tienden a verla como alguien “fácil” de conseguir. Con su papá tiene mayor confianza y su comunicación es más clara, por lo que se identifica más con él.

### *Familiograma*



### *Descripción de las relaciones familiares*

Matilde tiene una relación hostil con su madre y su abuela, al mismo tiempo que están simbiotizadas por medio de la agresión verbal. Es más apegada a su padre en el cual confía y deposita su amor, así como se siente valorada y querida por él. Con su hermana tiene una relación más distante sin mayor cercanía y con pocos conflictos, no refiere que sea muy significativa para ella. Asimismo, su hermana es más afín con su madre y abuela, a la vez que está alejada de su padre. Sus padres tienen una relación de pareja también ambivalente y conflictiva, en la que se agrede y expresan sus necesidades a través de sus hijas.

### *Descripción del entorno social y cultural*

La paciente se desenvuelve en un contexto social y económico medio, vive en casa propia cerca de la zona centro, cuentan con transporte propio, un auto de la madre y uno del padre, ambos padres tienen que trabajar para solventar los gastos del hogar. Asimismo, la paciente tiene empleos de medio tiempo para poder costear sus salidas a antros con amigas y con su novio, acostumbra salir a antros, bares y restaurantes. Asiste a una escuela privada accesible para la posición económica de los padres, en especial de la madre que es quien absorbe los gastos mayores del hogar. En general cuentan con los servicios necesarios para vivir adecuadamente, sin tener lujos.

### *Historia de desarrollo*

En su infancia Matilde tiene pocos recuerdos sobre esta etapa, evoca momentos en los que era pequeña y sus primas, a quienes quería mucho y deseaba su aceptación, le decían que era una ‘bolita de mantequilla’, se burlaban porque la consideraban una niña gorda, lo cual afectó fuertemente su autoestima, contribuyendo al desencadenamiento de un trastorno de la alimentación cerca de los 10 años de edad, el cual era una alternancia entre bulimia y anorexia. Relata que durante 4 años estuvo en terapia pero no tiene memorias acerca del proceso, únicamente que sus padres la llevaban al consultorio y que en casa su madre lloraba.

En la adolescencia, después de los 14 años la paciente narra que se cura de su trastorno alimentario, gracias al apoyo y estímulo de un novio de preparatoria, quien le decía que necesitaba comer más, también inicia clases de jazz que sumadas a su relación contribuyen a que acepte más su cuerpo. Sucesivo a este hecho comienza a tener una vida social activa, tiene otro novio que trata de controlarla y que es aceptado por su abuela, una vez que rompe esta relación se siente liberada y descubre la vida nocturna con sus amigas, empieza a tomar y a fumar. Siente que ha perdido tiempo en esa relación y que necesita vivir cosas distintas, lo que significa disfrutar sin considerar las consecuencias con sus padres, en especial con su madre, para sobrellevar ese estilo de vida miente acerca de lo que hace y los lugares que frecuenta.

Actualmente se encuentra iniciando la adultez, es una joven que presenta la crisis esperada en torno a la búsqueda de su identidad, así como en la lucha por alcanzar la independencia de su familia nuclear.

### *Historia de pareja*

Matilde tuvo su primer novio a los 15 años cuando estudiaba la preparatoria, dicha relación fue breve pero significativa, ya que la motivó a tener mejores hábitos alimenticios, así como a percibir de una manera más positiva su cuerpo.

Más adelante, cuando tenía 17 años conoce a su primer novio formal, con quien estuvo cerca de dos años, al inicio de la relación él era cariñoso, sin embargo con el tiempo ejercía presión sobre ella para tener relaciones sexuales, ella no se encontraba convencida de eso, pero cedió ante la presión, y a partir de ese momento que se siente sometida por él. Una vez que logra terminar con él se siente libre y empieza a salir con sus amigas, en una de esas ocasiones conoce en un

antro a un joven con quien se escapa para ir a la playa, a beber y a tener contacto sexual, todo ello sin que nadie más lo sepa.

Un año después conoce al hermano de su mejor amiga de la universidad, él la invita salir y ella se resiste, él es insistente y comienzan una relación a escondidas de su amiga, lo cual le genera problemas posteriores y culpa.

### *Historia de la sexualidad*

La paciente cuenta con una identificación sexual con su género, sin embargo, también ha introyectado actitudes del género masculino, esto es gracias a la cercana vinculación con su padre. Lo que da como resultado una gran sensibilidad combinada con actitudes liberales y un tanto agresivas. Se observa un arreglo personal femenino, alta expresión de afectos en conjunto con comportamientos más esperados de un hombre como son la práctica de fútbol y lenguaje soez. Cuando ella no se comporta de manera femenina, tiene problemas con su madre y su abuela, lo que provoca que se acerque más a su padre y adopte más actuaciones de este tipo.

La paciente no logra evocar eventos de su niñez, es hasta después del periodo de bulimia y anorexia que vivió cerca de la pubertad, que puede traer al presente recuerdos. Posterior a este suceso, comenta que tiene su primera relación de pareja donde recupera una imagen positiva de sí misma y se reconoce como una joven atractiva para el sexo opuesto. A los 17 años inicia su vida sexual con su primer novio formal, este hecho no es totalmente agradable para ella y lo realiza más para complacerlo que por convencimiento, por lo que el resto de los contactos sexuales se dan bajo la sombra del sometimiento.

Una vez que termina esa relación, emprende un romance con un joven que conoce en un antro, con quien tiene relaciones sexuales sin compromiso afectivo. Los encuentros con esta persona son a escondidas de su familia y amigos, por lo que la paciente miente acerca de los lugares en que se encuentra con la finalidad de poder salir con él. Todo esto la pone en riesgo, además de que en la mayoría de las ocasiones que sale con él, es bajo el influjo del alcohol, aunque menciona que siempre uso condón, pero no hay certeza de ello.

Mantener esta relación en secreto causa ambivalencia en la paciente, por un lado siente culpa por no hacer las cosas como su familia lo espera, y por el otro placer porque es la primera vez que disfruta de una relación sexual. En esta confrontación de sentimientos prevalece la culpa y la

vergüenza, por lo que decide terminar el amorío y confesarlo a una de sus amigas, quien posteriormente la traiciona.

Luego de la aventura conoce al hermano de su mejor amiga y compañera de estudios, esto es también en una salida a un antro, donde él la observa bailando twerking e inmediatamente se siente atraído hacia ella, consigue su número y persiste hasta lograr una cita. Desde el principio se establece entre ambos una relación intensa, en la que predominan los encuentros sexuales, las salidas a bares y antros, y el consumo de alcohol y cigarro. Ella menciona que no desea que esta relación sea igual a las anteriores, pero al mismo tiempo no logra poner límites con su pareja, por lo que se siente abrumada por sentimientos de culpa al ceder constantemente a sus pulsiones.

#### *Historia escolar*

La paciente no recuerda los años de preescolar ni de primaria, sin embargo menciona que siempre ha tenido un adecuado desempeño escolar. Ha estudiado en escuelas públicas desde preescolar hasta la preparatoria, ya en la universidad es que ingresa a una institución particular, donde ha obtenido altas calificaciones, además de realizar diversas actividades extra curriculares.

En su área de compensación, en la que invierte gran cantidad de energía y obtiene logros que aumentan sus recursos yoicos.

#### *Historia laboral*

El área laboral está ligada a su compensación, la paciente ha realizado distintos trabajos de medio tiempo y de verano para cubrir gastos personales menores como sus pasajes, ropa, salidas con amigos y pareja, etc. Reconoce ser especialmente hábil para las ventas, así como para la administración.

Al iniciar la educación universitaria, encuentra un trabajo de medio tiempo en una joyería, donde es vendedora, y al alcanzar las metas establecidas, se convierte en una persona de confianza para la dueña. Conforme avanzan los semestres de su carrera, cambian sus horarios de las materias, así como aumenta la exigencia, por lo que ya no cuenta con el tiempo para continuar en el trabajo, se despide y agradece la oportunidad, y queda una puerta abierta para ella.

Para no quedarse sin dinero emprende con su novio un negocio de ventas, él aporta el capital y ella realiza las compras y ventas de ropa y bolsos. Asimismo, busca realizar prácticas y talleres relacionados con su carrera que sean remunerados.

### *Actividades gratificantes*

Disfruta de salir con sus amigas y pareja, usualmente es a bares, antros y con menor frecuencia a restaurantes. Narra que desde que recuerda le ha gustado bailar, en su niñez no lo hacía por la insatisfacción con su cuerpo y el miedo a ser juzgada, pero en la preparatoria ingresa a clases de jazz y aunque posteriormente lo deja, constantemente sale a bailar con sus amigas. Asimismo, es aficionada del fútbol soccer y del baseball, deportes que la unen a su padre y a su abuela.

### *Historia de salud*

No padece ninguna enfermedad física, ni necesita tomar medicamentos. En cuanto a su historia de salud mental, a los 10 años recibió su primer tratamiento psicológico a causa de problemas de alimentación, sin haber llegado a atención psiquiátrica.

## **4.2 Examen mental**

Orientación (tiempo y espacio). La paciente es capaz de identificarse a sí mismo, cuenta con orientación en tiempo y espacio, así como capacidad para reconocer a las demás personas.

Pensamiento. Cuenta con buena capacidad de compresión y pensamiento abstracto, con ilación de ideas.

Inteligencia. Nivel de inteligencia normal.

Concentración. Sin alteración.

Juicio. Puede anticiparse a las consecuencias de sus actos y decidir sobre los mismos. Sin embargo, esta área puede verse afectada cuando la parte afectiva no está controlada.

Memoria. Conservada con capacidad de traer recuerdos pasados a largo y corto plazo.

Afecto. Alta emotividad, tiene facilidad para expresar emociones.

Sensopercepción. Sin alteración en los sentidos, puede interpretar los estímulos y compararlos con experiencias previas.

Atención. Sin alteración, cuenta con capacidad para fijar su conciencia sobre estímulos u objetos particulares externos e internos.

Voluntad. Muestra capacidad de generar y realizar conscientemente acciones en general.

Motricidad. Sin alteración.

Lenguaje. Congruente con el pensamiento, amplio vocabulario y coherente expresión de las ideas.

En términos generales se observa que la paciente no sufre alteraciones en sus funciones mentales superiores, lo cual significa que se encuentra en condiciones para recibir una atención psicoterapéutica sin necesidad de tratamiento psiquiátrico o neurológico.

#### **4.3 Análisis de las etapas psicosexuales**

Etapa oral: Mayor grado de inversión libidinal en esta etapa, observándose en la paciente una fuerte necesidad de ser aceptada y querida, en ocasiones se ha visto sometida y maltratada en sus relaciones en el anhelo de obtener el amor que considera no recibió en sus vínculos primarios, en especial en el materno. De la misma manera, se advierte el establecimiento de un apego ambivalente con su madre, por un lado desea su aprobación y cariño, y por otro se encuentra enojada con ella y la agrede a través de la transgresión de sus normas. También se observa la instauración de una simbiosis hostil, ya que no conocen otra forma de relacionarse que no sea a través de la agresión.

Etapa anal: Invierte una gran cantidad de energía psíquica tratando de no dejarse controlar en sus acciones, así como dominando a los demás por medio de su descontrol pulsional. Se encuentra en una lucha entre permitir o rechazar el control externo, y entre lograr un control interno satisfactorio. Todo esto le genera enojo, frustración, tristeza e inestabilidad emocional.

Etapa edípica. Con rasgos en esta etapa que se notan por mayor expresión del afecto amoroso hacia el padre y más alejamiento de la madre, también se percibe la identificación con el padre a través de la búsqueda de parejas que se parecen a la madre. Esto se hace más claro en la relación con su primer novio, quien le ponía límites y la controlaba, lo cual provocó rechazo en ella y por lo cual decidió huir de esa relación.

Etapa de latencia. Es la etapa donde compensa, en esta tiene más recursos ya que es buena estudiante, tiene logros laborales y lleva a cabo proyectos para obtener dinero de manera exitosa. Aunado a lo anterior, logra combinar sus actividades con sus pasatiempos, sin que se vean afectadas sus responsabilidades.

Etapa genital. En la actualidad se encuentra en esta etapa, esto es debido a su desarrollo cronológico, ya que está superando la adolescencia e iniciando la adultez temprana. Sin embargo, como resultado de los conflictos en estadios anteriores, psíquica y afectivamente aún no cumple con todo lo esperado de la genitalidad. Por lo que se está enfrentado al reto de construir su propia

identidad, satisfaciendo los valores y educación brindada en casa, y a la vez, sus deseos y pulsiones sexuales.

#### 4.4 Evaluación de las funciones del Yo

Su Yo al ser el intermediario y conciliador entre el Ello y el Superyó, se encuentra confundido y poco fortalecido en los ámbitos afectivo y relacional; respondiendo en primer lugar al principio del placer y la agresión, lo que más adelante le ocasiona culpa persecutoria.

A continuación en la tabla 1 se presenta un análisis de las funciones yoicas de la paciente.

**Tabla 1**

*Evaluación de las Funciones del Yo de la paciente*

<b>Función del Yo</b>	<b>Descripción de la paciente</b>
Prueba de realidad	No presenta alucinaciones, ilusiones o delirios, ni problemas para distinguir entre los estímulos internos y externos, así como el presente del pasado.
Juicio	La evaluación que hace sobre las posibles consecuencias de sus actos está a la baja, esto debido a que tiende a satisfacer su Ello sin ver las repercusiones y consecuencias negativas que eso conlleva. En ocasiones se ha expuesto a riesgos físicos y emocionales, sobre todo en sus relaciones de pareja y de amistad.
Sentido de la realidad, del mundo y del self	La paciente tiene conciencia de su entorno y de la realidad en la que vive; sabe que sus relaciones objetuales son la fuente de sus problemas relacionales y desea cambiarlas. Asimismo, se da cuenta de la situación económica en casa y social, por lo que aprovecha los estudios y tiene un empleo que le ayuda a cubrir sus gastos básicos. Además ha emprendido distintos negocios de venta de ropa y bolsos, en los que ha tenido éxito. En cuanto a su autoestima, se le dificulta reconocer sus fortalezas, sabe que tiene herramientas y hace uso de ellas, pero busca la validación y aprobación externos, sólo cuando una figura importante le dice que tiene aptitudes para alguna actividad, es que puede sentirse mejor consigo misma.
Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos	Constantemente responde primero a la satisfacción del Ello, lo que la lleva a actuar de manera agresiva, impulsiva sexualmente y a perder el control cuando sale con sus amigas, bebiendo en exceso. Del mismo modo, rápidamente se involucra sentimentalmente con los hombres, por lo que suele salir lastimada y afectada de sus relaciones.
Relaciones de objeto	Tiene una relación conflictiva y ambivalente con su madre, por un lado desea su amor y reconocimiento, y por otro lado la hace a un lado, pelea con ella y dice no tomarla en cuenta. La respeta por los

	<p>logros que ha tenido y, al mismo tiempo, la reta llevando a cabo comportamientos que sabe que ella desaprueba. Dicha vinculación la repite con su abuela materna, quien la juzga al igual que su madre, lo cual contribuye a que en ocasiones presente conflictos con su hermana menor, ya que se compara constantemente con ella, porque considera que sí es aceptada por su madre y su abuela.</p> <p>Con su padre se siente más libre, se identifica en el físico y el carácter. Su padre agrede en ocasiones a su pareja a través de la paciente, lo que posteriormente le causa un conflicto interno, ya que siente que es la razón por la cual sus padres no tienen una buena relación.</p>
Procesos o claridad de pensamiento	<p>La paciente cuenta con claridad de pensamiento y organización en el proceso del mismo; tiene un alto rendimiento académico, no presenta dificultad para combinar sus tareas escolares, con su trabajo y con sus actividades deportivas, y sus resultados son satisfactorios en todas las áreas.</p>
Regresión adaptativa al servicio del Yo	<p>Esta regresión ha sido parcialmente adaptativa, por un lado se percibe y actúa como una joven capaz académica, laboral y deportivamente; puede resolver problemas en esa área de manera autónoma y recurrir a sus padres si sus recursos personales no le son suficientes. Sin embargo, en lo relacional se encuentra en conflicto y tiene conciencia de que está reeditando su relación materna en sus relaciones interpersonales actuales.</p>
Funcionamiento defensivo	<p>En la paciente se pueden notar dos mecanismos de defensa más utilizados:</p> <p>a) Represión: ha dejado fuera de la conciencia varios años de su infancia y niñez, menciona no tener recuerdos tempranos de sus padres, ni de su hermana, a lo largo de las sesiones ha podido hacer consciente algunos eventos dolorosos.</p> <p>b) Regresión: es un mecanismo que suele utilizar cuando tiene problemas con su madre, recurre al berrinche; le responde de manera agresiva y llora con facilidad cuando ella no le brinda lo que espera.</p>
Barrera de estímulos	<p>Presenta problemas en esta área; se le dificulta establecer un límite ante la llegada de los estímulos externos, por lo que los vive de una manera intensa, siendo estos muy impactantes para su vida emocional, y respondiendo de una forma en ocasiones exacerbada.</p>
Funcionamiento autónomo	<p>En general no presenta conflictos en esta área, es una joven funcional y autosuficiente, tiene los recursos intelectuales para resolver los problemas se le presentan.</p>
Funcionamiento sintético-integrativo	<p>Tiene dificultades para reconciliar e integrar sus valores, afectos y conducta con lo que ha aprendido en casa. Intervienen la ambivalencia de los padres hacia ella y entre ellos mismos, así como la crisis de la etapa de la juventud, que es la búsqueda de su identidad.</p>

Relación dominio-competencia	<p>Tiene capacidad y control para cumplir sus metas académicas y laborales, realiza planes y los lleva a cabo de manera satisfactoria. Sabe que es inteligente y realiza actividades donde lo confirma, las cuales le exigen un adecuado esfuerzo que corresponden a su habilidades.</p> <p>Cuenta con los recursos intelectuales y cognitivos para llegar a una integración de los aspectos relacionales, y no quedarse sólo en el logro académico y profesional.</p>
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Una vez realizado el análisis de las funciones del Yo, se trabaja a lo largo de las sesiones sobre aquellas en las que la paciente presenta conflictos, que son; juicio, regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos, relaciones objetales, barrera de estímulos y funcionamiento sintético-integrativo. Esto se realiza con el apoyo de sus funciones más fuertes como proceso y claridad de pensamiento, relación dominio-competencia y prueba de realidad.

#### 4.5 Evaluación de las funciones del Superyó

Su superyó está orientado a ser una buena estudiante, a tener un buen desempeño académico, a tener logros laborales y obtener sus propios ingresos para cubrir sus gastos básicos, asimismo ahora desea ser una mejor hija y tener una mejor relación con sus padres.

En contra parte, al satisfacer a su Ello surge su Superyó punitivo, el cual la castiga haciéndola sentir como una mujer “fácil” en sus relaciones de pareja y que por eso merece ser castigada por su madre, su abuela y socialmente.

A continuación en la tabla 2 se presentan las funciones superyoicas de la paciente.

**Tabla 2**

*Funciones del Superyó en la paciente*

<b>Función del Superyó</b>	<b>Descripción de la paciente</b>
Aprobación o desaprobación de los actos y deseos sobre la base de la rectitud	Sus actos serán aprobados en la medida en la que estén dirigidos a que sea una buena estudiante, buena trabajadora y buena hija que cumple con los valores familiares.
Influencia principal del Superyó en la represión	No logra reprimir sus pulsiones, afectos e impulsos, lo cual le genera culpa por no cumplir con las expectativas maternas.
Enaltecimiento de los ideales	El Superyó le otorga la idea de las metas que le gustaría lograr a corto, mediano y largo plazo. Entre estas metas se encuentran el ser buena estudiante, hija, amiga y trabajadora, cuestiones que son prioridad para ella pero que no logra cumplir adecuadamente, sino de manera parcial. Tiene un Superyó punitivo.

Búsqueda de la perfección	No busca ser perfecta, es realista, sí busca ser mejor persona y poder lidiar con sus deseos y exigencias tanto internas como externas.
Culpa	Al no poder demorar la satisfacción del Ello y no cumplir con las normas y valores de la madre, presenta culpa después de dar respuesta a sus necesidades sexuales y agresivas.
Autocontrol	Debido a su Yo débil en el control afectivo y pulsional, tiende a ser impulsiva en la satisfacción del Ello, además de sentir de manera intensa sus emociones y afectos.
Valores	El ser una buena estudiante, trabajadora y en el proceso de ser una mejor hija, novia y amiga, se encuentran involucrados varios valores como; constancia, honestidad, amor, gratitud, humildad, perdón y perseverancia.

**Nota:** Tomada de Rosado y Rosado, M. (2015). *Psicoanálisis para adultos*. Notas de curso.

## 4.6 Pruebas

### 4.6.1 Test de la figura humana de Karen Machover

A continuación se presentan los resultados de la primera aplicación de la prueba, la cual fue utilizada para el diagnóstico, y realizada en la sesión número 10, el día 16 de junio de 2015.

Existencia en la paciente de una congruente identificación sexual y de género, se observa una fuerte expresión de la feminidad, lo que se combina con excesiva importancia en la sexualidad, así como cierto erotismo que expresa a través del arreglo personal. Busca fascinar a los hombres por medio del físico y al demostrar que es una mujer productiva y dominante. Es realista en sus capacidades y su desempeño, es inteligente y tiene conciencia de su poder.

En general hay un interés en aspectos superficiales que son observables por los demás, como el físico, el cuidado personal y por lucir atractiva para el sexo opuesto. Lo cual se relaciona con una necesidad de agradar, de ser reconocida y de recibir atención.

Presencia de rasgos orales dependientes, así como cierto infantilismo. La dependencia emocional está asociada a la madre, y tiene diversas manifestaciones como el consumo del alcohol y tabaco, sin embargo, se compensa con sus fortalezas latentes, ya que cuenta con recursos y deseos de alcanzar el éxito en las actividades que desempeña, así como con capacidad cognitiva e intelectual que, a pesar de su necesidad oral, lograr controlar sus afectos y pulsiones lo suficiente para poder ajustarse al medio.

La paciente se enfoca a la excelencia individual, en especial en el ámbito escolar y profesional, tal vez en su deseo por romper con la dependencia materna, lo que genera ansiedad

ante el desempeño y el contacto interpersonal, así como leves pensamientos pesimistas que se contraponen a sus anhelos de éxito.

Asimismo, hay un deseo de tener mayor contacto interpersonal, pero dificultad para lograrlo, ya que su sociabilidad está motivada por un deseo de aprobación social, por lo que sus relaciones en su mayoría son superficiales, debido a su egocentrismo, su mal ajuste en la expresión sexual y sus rasgos orales. Busca controlar y sublimar su pulsión sexual, y al no conseguirlo del todo produce en ella agresividad e inseguridad, así como susceptibilidad ante la posible crítica.

Segunda aplicación que fue utilizada para la evaluación del proceso y realizada en la sesión 46, el día 30 de junio de 2016.

La paciente refleja una mejora en varios aspectos de su personalidad, como una disminución de los rasgos narcisistas por el físico, egocéntricos e histriónicos. Hay aminoración de las características dependientes y en el deseo de controlar a través de la seducción y la sexualidad. Aunque continúa la fuerte pulsión sexual, sólo que muestra mayores recursos para controlarla y adecuarla a la situación.

De igual modo, las historias muestran mayor integración de los factores internos, externos e interpersonales; menciona a personas cercanas que son importantes a las que tendría que dejar si realiza sus metas, generando en ella dolor por la pérdida, cuestión que antes no era importante o tomada en cuenta, también manifiesta un nuevo interés en una relación de pareja.

Continúa orientada al éxito profesional y al logro en las actividades que desempeña, lo cual es parte de su conciencia de poder y de productividad.

Aún hay presencia de símbolos fálicos que indican preocupación sexual, y sigue siendo importante el aspecto físico, en especial en el hombre. Asimismo todavía existe cierta agresividad y fuerte pulsión sexual, las cuales intenta sublimar.

Por último, se interpreta que la línea debajo de sus pies está asociada a un mayor ajuste a la realidad y a que siente que tiene una base en la cual apoyarse, como resultado de la mejora en sus relaciones objetuales.

#### 4.7 Diagnóstico psicodinámico

La paciente presenta conflictos en sus relaciones objetales, en especial con su vínculo materno, el cual vive de manera ansiosa-ambivalente, desarrollando una simbiosis hostil con su madre, y una fuerte identificación paterna.

Esta problemática en las relaciones objetales ha trascendido a sus relaciones de pareja y fraternales, reeditando el vínculo con su primer novio y actualmente con una amiga sumamente importante para ella. Las dificultades vinculares provienen de la etapa oral, lo que genera problemas para manejar sus afectos y pulsiones.

Debido a la interiorización de la madre como objeto malo, al cual no ha logrado totalizar, vive con culpa la descarga pulsional del Ello, por lo que su Yo se encuentra débil e inmaduro ante las demandas del Ello y el castigo del Superyó.

Dicho Superyó es de origen materno, el cual se manifiesta por una culpa punitiva y un núcleo masoquista. Ambas características la llevan a involucrarse en actividades y relaciones en las que obtiene dolor y humillación psíquicos, combinados con placer.

Su capacidad de juicio se encuentra a la baja, y se manifiesta bajo actos impulsivos, poniéndose en riesgo física y emocionalmente, y no pudiendo anticipar las consecuencias de sus actos a largo plazo, alimentando así la culpa que ha sido introyectada de su madre.

También, como consecuencia de las dificultades en el recorrido psicosexual, presenta rasgos narcisistas por el físico, histriónicos, infantiles y levemente paranoides, siendo susceptible a la crítica y buscando aprobación social.

Compensa en la etapa latente, contando con diversos recursos intelectuales, cognitivos y con motivación para el logro, siendo competente en las variadas tareas que emprende.

Finalmente, la impresión diagnóstica general es mujer joven con dificultades orales debido a problemas en su vinculación materna. Estas dificultades provocan un inadecuado desarrollo psicosexual, presentando carencias emocionales y rasgos masoquistas que no le permiten alcanzar la genitalidad madura. De igual forma, ese grado de inmadurez afecta su ejercicio sexual, por lo que actúa de manera impulsiva y se ve involucrada en situaciones de riesgo principalmente emocional. Todo esto da como resultado que sea juzgada por su madre, familia y personas cercanas, y que ella experimente una culpa persecutoria que no logra reparar.

#### 4.8 Sesiones terapéuticas

A continuación se presentan los análisis de sesiones, para lo cual se agregan fragmentos representativos de estas por cada fase realizada.

En el texto se encuentran en los diálogos la letra T para referirse a la terapeuta y la letra P para la paciente. También se encontrarán en los diálogos la interpretación psicodinámica realizada por la terapeuta, señalada entre paréntesis.

##### ***Fase 1. Diagnóstico: rapport, formación de alianza terapéutica e indagación de motivo de consulta***

La fase 1 de diagnóstico se realiza en las primeras tres sesiones del proceso terapéutico, a continuación se presentan fragmentos de la sesión 1 junto con el análisis del material proporcionado por la paciente.

###### **Sesión 1**

Fecha: 24 de marzo de 2015

La sesión inicia con la descripción y firma de documentos propios de la institución (contrato terapéutico, derechos y obligaciones del paciente), después se indaga sobre el motivo de consulta.

*P: Hace 4 años salía con un niño de manera formal y después del primer año de relación él empezó a maltratarme, me controlaba, me decía muchas cosas... yo le conté a mi mamá, quería su apoyo, pero me regañó, yo esperaba que me escuchara y me consolara, pero me decía cosas que me hacían sentir culpable y eso me hizo sentir peor, sentí que no podía confiar en ella.*

(La paciente manifiesta dificultades en las relaciones de objeto, al tener conflictos en su relación de pareja se produce una regresión que no logra ser adaptativa debido al rechazo de la madre.)

*T: ¿Es por eso que en la entrevista mencionaste problemas con tu familia?*

*P: Sí, sobre todo con mi mamá... creo que todo empezó con mi relación con ese niño, duró tres años, pero después empecé a salir con otro niño no era formal, pero teníamos relaciones y eso me hizo sentir culpable... en casa no sabían que salía con otro muchacho, y para poder salir con él mentía, me daba cuenta que si decía la verdad no me iban a dejar salir, si les decía que iba a salir a bailar con mis amigas me decían que no, pero si les decía que iba a casa de alguien a hacer tarea me dejaban... después de salir con mis amigas me iba con este niño y luego volvía a casa... en agosto de 2014 decidí dejar de salir y de mentir, decidí cambiar.*

(Se da la experimentación de la culpa a consecuencia del comportamiento impulsivo, así como la debilidad del yo al no poder mediar entre los deseos del ello y el superyó.)

*T: ¿Qué te motivó a tomar esa decisión?*

*P: Me sentí culpable, mis papás se enteraron que yo mentía... me siento el problema, que por mí mis papás se peleen, que mis tíos se hayan separado de mis papás... Como estuve mintiendo por casi un año, tenía la necesidad de hablarlo con alguien y confíe en mi prima, pero ella le contó todo a mis tíos, y mi tía se lo dijo a mi mamá... entonces se hizo un problema entre mis tíos y mis papás, y entre mis papás... Lo que más me duele es la relación con mi mamá, me dice que soy el problema, siempre me lo dice... No le gusta que salga, pero ella no entiende, me dice que soy una puta, sólo me gusta salir a bailar y divertirme, tengo buenas calificaciones en la escuela y trabajo, no veo porqué mi mamá se enoja de que quiera salir con mis amigas los fines de semana.*

(Culpa no realista sobre la relación de sus padres, ya que esa situación no está bajo su control, asimismo, el sentimiento de que ella es la razón por la que sus padres pelean es una fantasía infantil. También se expone la relación hostil entre madre e hija.)

*T: Con lo que me has dicho de tu familia, creo que puedo tener una idea de cómo se encuentran las cosas y entiendo que el principal problema es con tu mamá. En tu expediente también mencionas algo sobre un trastorno de la alimentación, ¿puedes hablarme sobre eso?*

*P: Sí, de los 10 a los 14 años tuve bulimia y anorexia, pero no lo recuerdo... estuve en terapia me acuerdo que mis papás me llevaban y me recuperé cuando tenía casi 15 años, no sé cómo pasó... Tengo recuerdos de que me llevaban con una psicóloga, mi mamá me ha dicho que yo no quería comer, que escondía la comida, pero no recuerdo eso, sólo que después cuando estaba en la preparatoria ya estaba bien...*

(El conflicto con la comida es una manifestación de las dificultades afectivas con la madre desde una temprana edad, al ser esto muy doloroso para la paciente, hace uso de la represión).

*T: Bueno, me parece algo importante lo que sucedió en esos años, sé que ahora no puedes recordar, pero tal vez con el paso de las sesiones podamos trabajar sobre eso. Lo que me gustaría ahora, es que de todo lo que me has comentado, me digas qué es lo más relevante para ti en este momento.*

*P: Creo que los problemas con mi mamá... las dos nos molestamos, ella me agrede y yo la agredo también, la hostigo, la burlo... también hay algo que pasó en estos días, tengo problemas*

*con un grupo amigas de la universidad (llora) ... y con mi mamá... no puedo dejar de pelear con ella (llora).*

*T: ¿Qué es lo que te gustaría obtener de la terapia? ¿Qué te gustaría que sucediera?*

*P: Quisiera poder tener un lugar en mi familia, ya no pelear con mi mamá... que estuviéramos bien, que tuviéramos un orden...*

(Expresa la necesidad de tener una estructura externa, ya que no sabe cómo controlarse afectiva ni impulsivamente, sus intentos por cambiar no han sido fructíferos.)

### **Análisis de la fase 1**

Durante las primeras tres sesiones que integran esta primera fase, se observan dificultades en las relaciones de objeto, principalmente con la madre, con quien tiene un vínculo hostil. Su madre al relacionarse con ella a través de la agresión le genera culpa, y la paciente al ser regresiva en su etapa oral, considera que sus padres tienen problemas en su matrimonio a causa de ella.

Se revelan de nuevo los conflictos orales y maternos cuando expone su historia de bulimia y anorexia, así como el uso de la represión de ese periodo de vida. En cuanto a la etapa anal, se evidencia la necesidad de obtener un control externo, que le explique su rol familiar, así como le explique las normas que necesita seguir para estar en armonía con su familia.

En el primer bloque de diagnóstico se advierte la existencia de compulsión a la repetición de la culpa, la que se transmite por medio de hostilidad de la abuela a la madre y de la madre a la paciente. Al sentir esta agresión, la paciente recurre a la transgresión de las normas del hogar para herir a la madre, lo que después le genera culpa.

También se aprecia la identificación con el padre en las manifestaciones del ello como tomar, fumar, salir, maldecir y la expresión amorosa, lo cual fomenta el rechazo por la madre, por lo mismo tiene baja capacidad de juicio acerca del daño que puede hacer a los demás con sus actos.

La necesidad de ser aceptada y querida por la madre se repite en su relación de pareja, donde condensa características del padre con la repetición del vínculo materno.

Tanto la culpa, como los problemas en su vida amorosa son resultado de un yo débil que no puede mediar entre el ello y el superyó, debido a su inmadurez afectiva, por lo que al estar bien en un área se ve perjudicada en otra.

Todo lo anterior implica una necesidad de crecer, de superar la ambivalencia afectiva con su madre, así como la crisis de la juventud.

## **Fase 2. Diagnóstico: exploración de las relaciones objetales, la sexualidad y la culpa**

La fase 2 de diagnóstico se extiende varias sesiones, las comprendidas entre la 4 y la 10, esto es debido a cancelaciones de la paciente, por lo que se necesita más tiempo para retomar la alianza y permitir que pueda seguir haciendo catarsis para dar inicio a la intervención.

Se elige la sesión 5 como la más representativa de esta fase, a continuación se muestran los fragmentos.

### **Sesión 5**

Fecha: 12 de mayo de 2015

*P: Estoy mal, me fue mal, bueno, estoy rara, es que pasó algo con Orlando... es que ya no le cuento nada a nadie, estoy muy cansada y me he estado durmiendo, ya no quiero ir a la escuela desde la semana pasada... es que sucedió un incidente... el jueves salí con Orlando y hablamos de nosotros, de que sea algo formal porque tuvimos relaciones, yo no quiero decirle a nadie, él quiere llevarme a su casa, pero yo tengo miedo, ¿quién me va a aceptar?, él me dice que ya no piense en los demás, que yo sea como cuando estoy con él y que piense en nosotros dos.*

*T: ¿De quién te da miedo no tener su aceptación?*

*P: No sé pero los demás piensan que me acuesto con muchos, hasta ahora he estado con tres personas en mi vida y no me vale eso... con Orlando me siento bien, le he dicho la verdad... él es más grande, tiene 25, con él soy como de verdad soy, con él no he inventado otra vida... después de estar con él me sentía culpable, aunque no me obligó a nada, me sentía culpable por lo que podía pensar, él dice que me quiere, llevamos tres meses, empezamos a salir el 26 de enero...*

*T: ¿Con él es diferente a tus otras relaciones?*

*P: Sí, en mi primera relación llegó un momento en que mi novio me chantajeaba para que tuviera relaciones sexuales, me sentía obligada a estar con él, no podíamos sólo ver una película, o abrazarnos, él siempre buscaba tener sexo... no quería que fuera igual con Orlando y hablé con él para dejar las cosas en claro, no quiero que se repita lo que sucedió con mis dos ex novios que sólo buscaban sexo una vez que comenzamos.*

*T: ¿Cómo te fue con esa conversación, cómo te sentiste?*

*P: Me funcionó hablar con él, me hizo sentir más tranquila que él estuviera de acuerdo, me dijo que me quiere y días después fue a verme a mi casa, nos quedamos horas platicando en el porche, sin necesidad de hacer algo más.*

*T: Me da gusto que hayas podido hablar con él y que las cosas hayan salido bien, que te des cuenta lo que sucedió en tus relaciones pasadas y que ahora quieras algo distinto. En cuanto a tu familia, ¿cómo te ha ido con eso?*

*P: Recientemente entrené fútbol con papá y mi hermanita, eso ha sido una forma de acercarme más a él, es algo que a él le gusta y a mí también... pero con mi mamá no he estado muy bien, el 10 de mayo no le regalé nada, no me nació. Papá le regaló un dije de oro que yo le saqué a un precio especial de la joyería donde trabajo, mi hermanita le dio una flor y yo le publiqué una foto en Facebook, una de esas que dicen cosas especiales, mamá la vio pero no comentó nada, pero sí me dio el dinero para la colegiatura...*

*T: Eso es muy rescatable, tu mamá se molestó contigo y dijo que ya no te iba a apoyar pero sí lo hizo, lo que me hace pensar que sí se da cuenta de tu desempeño escolar.*

*P: Es cierto, yo tenía miedo de que ya no lo hiciera, no iba yo a poder pagar la colegiatura... no lo había pensado... ¡qué bueno que sí me apoya con eso!, la verdad me hizo sentir muy contenta... creo que también hay otra cosa buena, o no sé, ¿ves que tuve problemas con el grupo de amigas de la universidad?, pues ahora he tenido que juntarme con otro grupo, pero a ellas yo las criticaba, y me he dado cuenta de que son personas estudiosas, me han ayudado con mis trabajos, me han tratado amablemente y no critican, a diferencia de las otras con las que me juntaba... a ellas no puedo verlas, me sofoca cuando las veo, no aguento, no las soporto...*

*T: Pues tienes razón, eso también es algo positivo, porque has podido encontrar nuevas amistades, personas que te apoyan y no te han juzgado, por lo cual no has tenido la “necesidad” de mentir para sentirte aceptada.*

*P: Es cierto (sonríe), me han tratado muy bien, no son nada de lo que yo pensaba, y ahora me siento mal porque yo las criticaba con mis amigas, y ellas me han ayudado, me siento culpable...*

*T: ¿Pero qué puedes aprender de esto?*

*P: A no juzgar a la gente...*

*T: Sí, no adelantarte, ahora has estado en ambas posiciones, en la de ser juzgada y en la de juzgar, lo valioso de esto es que has encontrado a otras personas que te tratan bien y también te diste la oportunidad de conocerlas...*

*P: Eso es cierto, aunque todavía me duele lo de Elsa...*

*T: Claro que te duele, compartiste cosas con ella y lo que pasó no fue agradable, pero por ahora ella te ha rechazado las veces que la has buscado, la relación no depende sólo de ti...*

*P: Sí, la verdad la extraño mucho... pero sí han pasado cosas buenas.*

### **Análisis de la fase 2**

Se advierte una disminución de la represión en la paciente ya que puede traer al consciente recuerdos dolorosos, tiende a atribuirse los problemas de pareja de sus padres, ya que el padre la utiliza para agredir a su pareja, también presenta enojo hacia la madre por no demostrarle su amor como ella desea, dicha inconformidad provoca que no sea capaz de reconocer los esfuerzos que hace para mantener el hogar.

Se encuentran incongruencias entre el discurso y las enseñanzas familiares, ya que por un lado son religiosos y no desean que su hija salga, y por otro, los padres gastan su dinero apostando en casinos, lo cual resulta en una ambivalencia en la paciente.

De igual modo, se hace evidente que en su deseo de ser querida y aceptada se somete, así como un deseo de romper con la imagen de “zorra” que ha introyectado, y de ser amada no sólo por su sexualidad, lo cual contradice la imagen que muestra.

En cuanto a su área de compensación, los recursos latentes rescatan la relación con la madre. Sin embargo, tiene una débil barrera de estímulos, lo que la hace vulnerable a las críticas y a los estímulos externos, los cuales vive intensamente. También manifiesta inmadurez afectiva e ideas delirantes de que los demás la juzgan

En esta fase, se presenta la resistencia al proceso a través de cancelaciones de distintas sesiones, se interpreta que es a consecuencia del dolor que le genera traer a la conciencia eventos dolorosos de la niñez.

### **Fase 3. Intervención: simbiosis hostil materna y sexualidad**

A partir de las fases de intervención, el análisis de las sesiones se hace consecuente al diálogo. Estos diálogos son fragmentos de las sesiones trabajadas, y no se especifican el número ni la fecha debido a que en una sola sesión se pudieron abordar temas de varias fases.

En la fase 3 se analiza e interviene en el profundo conflicto de la paciente con su madre, ambas se vinculan de manera hostil. Al ser la madre rígida, rectada y religiosa, la paciente recurre a comportamientos contrarios como el histrionismo, para obtener su atención y también como forma de agredirla.

Estos rasgos histriónicos son la manifestación inconsciente del conflicto sexual, son observables a lo largo de las primeras sesiones. La paciente usa demasiado maquillaje, lentes de

contacto de color, ropa ajustada, escotada y faldas cortas, generalmente cuando está en el consultorio se mueve en exceso de su lugar debido a que la ropa no le permite estar cómoda.

Asimismo, se observa que la paciente sólo elige fragmentos de la realidad y de sus relaciones que le permiten repetir su vinculación, siendo únicamente capaz de percibir lo que le es sintónico a su historia personal, que es relacionarse con objetos agresivos y que la someten, como su madre, mejor amiga y su pareja.

También se hace evidente que su carencia oral, debido a la falta de afecto materno, lo que le genera enojo y deseo de destruir al objeto. Para neutralizar este malestar, busca amor en otras relaciones y ejerce impulsivamente su sexualidad, pero al ser esto contrario a los valores de la madre, más la aleja de ella y produce un mayor grado de agresión entre ambas. Hay un llanto constante en esta etapa, la paciente tiene una gran necesidad de apoyo y de validación de sus afectos.

A continuación se presenta un fragmento de sesión, en este se muestra cómo la sexualidad es afectada por el estilo de vinculación, así como la manera en la que la paciente se siente ante la mirada de los demás.

*La paciente narra cuando empezó a salir con su novio quien es hermano de su mejor amiga Elsa, al principio decide mantenerlo en secreto por la confusión, pero en un momento le pide consejo a su amiga Alma sobre cómo proceder.*

*T: ¿Por qué decidiste contarle primero a Alma y no a Elsa acerca de Orlando?*

*P: No le conté porque no quería que Elsa piense que soy una zorra, que yo lo busqué... pero ahora pienso que tal vez él me va a usar...*

*T: ¿Qué te hace pensar eso? ¿Ha pasado algo con él o él ha hecho algo que te haga sentir de esa forma?*

*P: Voy a contar cómo lo conocí... Orlando es ingeniero y trabaja en plataformas, se va unos días y regresa... un día que fui de antro con mis amigas, él también fue y quería bailar conmigo, a mí me gusta bailar el twerking, pero no con hombres, sólo con mis amigas y todas me decían que bailara con él, pero yo no quise, yo sólo estuve bailando con ellas, después nos quitamos del antro y cuando estaba en mi casa me llegó un mensaje de un número viejo de Elsa, era él que me decía que quería salir conmigo, yo no le creí y no le di importancia porque para mí él era como un zapato Louis Vuitton... pero él siguió insistiendo y salí con él... el 14 de febrero me envió un ramo de rosas, pero yo no sabía que de verdad le gustaba, pensaba que no era nada serio lo que*

*él decía, no lo creía... yo estaba emocionada por lo de Orlando y él me decía que yo le gustaba en serio, tenía miedo de decirle a Elsa y le pedí opinión a Alma, pero ella fue a contarle todo a Elsa antes de que yo lo hiciera (llora).*

Cuando su mejor amiga se entera de la relación con su hermano la insulta y su grupo de amigas se aleja de ellas, al analizar la pelea con sus amigas y el sentimiento generado, la paciente hace una conexión con lo que le provoca la relación con su madre.

Más adelante, se trabaja el origen de la hostilidad de la madre y la transmisión de esta hacia su hija, así como la compulsión a la repetición de un discurso dentro de la familia acerca del papel de la mujer, que resulta en detrimento de la paciente.

*P: ¿Se acuerda que le dije que me pasa con mi mamá?, no me manda WhatsApp, no me dice te quiero, te amo, es muy dura, no le gusta el cariño, dice '¡qué asco!'... Mientras más lejos esté de mi mamá mejor... siempre me pongo en su contra, no soy hipócrita, es lo mismo con mi abuela, ella es hipocondriaca, cada vez que se va de viaje mamá se enferma, todo le duele y es una chismosa... quiere controlarme y me dice puta, zorra, me pregunta que a dónde voy a zorrear...*

*T: ¿Te das cuenta cómo te dice lo mismo que alguna vez tu mamá te ha dicho?*

*P: Sí, de hecho ella me lo dice y luego me lo dice mamá, ella me acusa con mamá, por eso digo que es una chismosa, quiere saber todo lo que hago y luego le inventa cosas a mamá cuando llega de trabajar.*

*T: Entiendo que eso te lastima y molesta, lo que podemos ver aquí es lo que tu mamá ha aprendido de su propia madre, lo más probable es que en algún momento le dijera lo mismo cuando ella era joven...*

*P: Es cierto, yo quisiera que lo reconozcan y que dejen de pelearme, que mi papá no me culpe y que mi mamá ya no me reclame...*

*T: Es la forma de comunicación que has establecido con tu mamá, por medio de las discusiones...*

*P: ¡Sí!, yo le digo y la molesto y ella se enoja y me pelea.*

*T: ¿Fue a partir de eso que trataste de pasar el menor tiempo posible en casa?*

*P: Sí, no quería estar cerca de ella, me la pasaba trabajando y los fines de semana salía con mi novio o trataba de hacer algo porque no me gusta estar en casa.*

Posteriormente, se observa que la madre tiene conflictos con su propia sexualidad, ya sea deseando o repudiando el ejercicio sexual, la paciente rechaza parecerse a su madre por medio de la oposición, y así como ella está simbiotizada hostilmente con su madre, madre y abuela tienen el mismo vínculo hostil y ambivalente.

*P: Mamá ha estado enojada conmigo porque tengo una amiga que se llama Tania, ella es un poco más grande que yo, tiene 24 años, trabaja en deportes y fue quien me invitó al fútbol, es mamá soltera, tiene un hijo pequeño que es de uno de mis primos... para todos ella es una mala influencia, mamá dice que ya es una señora y que tiene que actuar así pero que no lo hace... le dejé de hablar antes porque mi ex decía que era una puta y no quería que saliera con ella, pero es por ella que ahora estoy en el equipo. Mi mamá no me apoya, no quería que estudiara Psicología, sino Medicina, decía que yo tenía capacidad para más... ella grita mucho, también mi abuela grita y yo le grito... somos muy diferentes, yo hasta los 16 o 17 me puse bikini para bañarme en la playa... una vez que nos fuimos a playa para las vacaciones, salimos a cenar y me puse un jumper negro, mamá me dijo “¿así vas a ir?, pareces una niña vulgar, pareces una puta”... es conservadora, no se baña en el mar, se mete con traje completo y short, me dice “no muestres tu piel, date a desear” pero yo siempre estoy a la contraria de ella, yo hago lo que a mí me gusta pero me importa lo que piensa la gente, es un poco contradictorio...yo veo que tampoco abuelita es cariñosa con mamá, mamá no es cariñosa conmigo.*

Una vez que la paciente ha bajado sus defensas y su rechazo hacia su madre, se cita a la madre para conocer su percepción de la problemática de su hija, así como formar una alianza con ella. En esta sesión la madre reconoce la hostilidad en el vínculo entre ambas, menciona la diferencia generacional acerca de la educación y la sexualidad, lo cual afecta el vínculo con su hija porque no logran encontrar un punto medio. También expresa enojo porque su hija se relaciona con hombres que no la valoran, lo que en el inconsciente es el miedo de que pueda seguir sus pasos y elija a un hombre que no la apoya. Comenta que se da un cambio entre ambas cuando la paciente termina su primera relación, que es cuando libera el impulso sexual y emergen los problemas latentes entre ambas. Por último, expresa su frustración y molestia ante la excesiva demanda oral de la hija de ser aceptada y querida.

*M: A veces la veo bien, a veces la veo mal... nosotras tenemos mucho conflicto porque para mí son muy importantes los valores...*

*T: Entiendo, ¿cuáles son esos valores importantes para usted?*

*M: El respeto, la disciplina... ella no lo ve así porque es muy egocéntrica, es buena chica, se esfuerza, pero yo siento que perdió el piso cuando terminó con su primer enamorado, cuando terminaron yo me alegré...*

*T: ¿Por qué considera que fue ahí cuando perdió el piso y por qué le alegró que terminaran?*

*M: Perdió el piso porque empezó a hacer cosas que antes no hacía, todo el tiempo quería salir y se enojaba conmigo, me alegró porque él era un nini... ahora tiene otro enamorado, no es que no me guste pero...*

*T: Entiendo lo del primer enamorado... parece que a partir de la ruptura ella cambió y varios problemas se dieron entre ustedes, ¿así es?*

*M: Sí, ahí empezó todo y este otro enamorado no hace bien las cosas, no se esfuerza...*

*T: Sé que él terminó con ella y usted la apoyó, eso la puso muy contenta, le ayudó mucho...*

*M: ¡Sí, claro que le gustó! ...yo la apapaché en la ruptura, lloré con ella, pero eso es lo que a ella le gusta, que esté a su lado apapachándola, si no se molesta...*

Consecutivo a esta sesión, se da un acercamiento entre la paciente y su madre, se comunican de una nueva forma, ambas bajan sus defensas y la paciente puede empatizar con su madre, reconoce que su madre tuvo una educación distinta y que por eso es tan importante para ella los valores familiares y sociales.

*P: Por la forma en que mi abuela la educó, mi abuela se quedó sola y jamás buscó otra pareja después de que mi abuelo la engañó y se fue... jamás he sabido que mi mamá haga algo malo, que hable con otra persona, mi mamá no miente, ella siempre dice las cosas como son... como yo sé que no le gusta el sexo, una vez me compré unos tampones y me dijo que no los usaría porque si a penas aguanta uno durante poco tiempo, luego le dice a papá que ni se lo pida porque no quiere, el sexo...*

A partir de este punto y gracias al inicio de una comprensión entre madre e hija, se puede trabajar con la culpa transmitida por la compulsión a la repetición.

#### **Fase 4. Intervención: culpa persecutoria y sexualidad**

Se lleva a cabo el análisis e intervención en la formación y manifestación de la culpa persecutoria que afecta en la sexualidad, para convertirla en una culpa reparatoria que promueva la responsabilidad.

En esta fase se observa la conexión entre transgresión de las normas del hogar para agredir a la madre y el sentimiento de culpa en la paciente. También se advierte un Yo débil, que no puede mediar entre el Ello y el Superyó. Este es un conflicto estructural se repite entre su vida amorosa que representa su Ello, y su hogar que representa su Superyó, por lo que al estar bien en una área se ve perjudicada en otra.

Ante esta problemática, se recurre a fortalecer las funciones yoicas, de tal manera que la paciente pueda tomar decisiones adecuadas sin reprimirse y sin transgredir las normas. Así como un fortalecimiento en la responsabilidad para alcanzar la culpa reparatoria.

En el siguiente fragmento de sesión se observa dicha debilidad del Yo y el sentimiento de culpa resultante.

*P: La verdad, tengo que contarle algo, mentí a mis papás, dije que iba con una amiga y me fui con Orlando, me sentí muy mal después y lo lloré...*

*T: ¿Cómo fue todo?*

*P: Les dije que me iba a quedar a dormir en casa de una amiga y mamá decía que no, porque iba a aplicar una prueba después de mi partido, era en la noche pero eso no tarda mucho, yo les dije que si tardaba y que me tenía que quedar, papá dijo que sí... pero mamá sabe, eso me dijo mi hermanita... me sentí mal después...*

*T: Te sentiste mal porque sentiste que hacías lo de antes, pero fue un avance porque pudiste identificarlo y reconocerlo.*

*P: Sí, fue satisfactorio porque lo hablé con Orlando y me sentí mal por lo que hice, antes hubiera sido equis, sólo que él no puede entenderlo... pero ahora yo siento diferente y me doy cuenta que me cuesta dejar de hacer cosas en la relación y poner límites.*

Se le refleja cómo en su deseo por satisfacer las demandas de su novio rompe con sus compromisos y después eso le genera culpa punitiva, lo que la perjudica porque no le permite hacer cambios en su interior. Estas dificultades en su relación de pareja, también son influidas por las labores paternales; la madre no explica a la hija cómo establecer relaciones con los hombres de manera efectiva ni amorosa, y tampoco el padre la ha guiado en ese ámbito. Esto aumenta la confusión en la paciente y su única solución es ceder ante sus pulsiones e impulsos. Por lo que, a través del vínculo con la terapeuta, se le muestra de manera empática su deficiente manejo de las situaciones sexuales, y se buscan alternativas funcionales.

De igual manera, se le hace consciente la compulsión a la repetición que existe en su familia acerca de las relaciones amorosas y la conceptualización de la mujer, lo que resulta en perjudicial en su vida. Dicha compulsión se manifiesta en la liberación del Ello con culpa, así como en la lucha con la identificación de “prostituta” o la mujer mártir abandonada que no vuelve a ejercer su sexualidad.

### ***Fase 5. Intervención: regresión oral y masoquismo***

En esta fase se realiza el análisis e intervención del núcleo oral que se manifiesta en regresiones y masoquismo psíquico, y que afecta el ejercicio sexual.

Se procede a mostrarle a la paciente su masoquismo psíquico, el que se revela al buscar el maltrato en un espacio que fundamentalmente es placentero como lo es la relación de pareja y el acto sexual. Este masoquismo tuvo su génesis en la etapa oral del desarrollo, lo que implica que haya mucha energía libidinal invertida en esa etapa y que la paciente, ante dificultades de la vida, regrese a dicho periodo. Esta regresión se expresa en una dependencia emocional materna, así como en un temor no justificado ante la posible pérdida de objeto, lo que se reedita en sus relaciones de pareja.

También se observa que ante la ansiedad o la angustia, tiene ligeras regresiones que la llevan a su antiguo trastorno de alimentación, por ejemplo come en exceso ante la ambigüedad con su pareja, cuando tiene conflictos con sus amistades y en situaciones de abandono.

Asociado a los rasgos orales y los comportamientos regresivos, a continuación se muestra cómo la paciente vuelve a al núcleo masoquista en su relación y en el acto sexual. Combina el dolor con el placer, ya que siente que debe ser rechazada y castigada para poder liberar la pulsión.

*P: No sé la verdad, todo fue muy confuso, yo sabía que no quería terminar con Orlando, todo fue muy raro... el martes él me mandó un mensaje donde decía “me siento estúpido, no tengo trabajo, no tengo dinero, no sé qué hice”, pasé por él para verlo y estar un rato juntos, pero sentí su indiferencia, llegamos a mi casa y mi mamá notó que estaba raro. Al día siguiente, el miércoles, él me mandó un mensaje que decía “mañana es mi cumpleaños y es la primera vez que vendrás a mi casa”, yo estaba muy emocionada pero el jueves no me llamó ni me invitó a su fiesta. El viernes me buscó y nos quedamos de ver en casa de una amiga, ella vive sola y en ocasiones vamos a visitarla... nos dejó solos, nos fuimos al cuarto y le descubrí un moretón en el*

*brazo y unas cosas como rasguños en la espalda, todo fue diferente, sólo veía su celular y ya cuando estábamos juntos, teniendo sexo, criticó mi cuerpo.*

*T: ¿Antes al estar juntos había hecho algo parecido?*

*P: Fue la primera vez, de hecho cuando estuvimos juntos lo sentí diferente, como si él no sintiera, hasta le pregunté, pero él fue grosero... yo sé que no tengo el mejor cuerpo, tal vez me hace falta un poco de cintura y de nalgas, y sé que no soy una mujer de 26 años... pensaba "pero te puedo hacer feliz".*

*T: Pero no se trata de eso Matilde, se trata de que ambos se esfuerzen por estar bien en la relación no de que busques complacerlo, además ese comentario fue inadecuado y tiene mayor peso porque estaban en un momento íntimo, en el que estás más vulnerable...*

*P: Sí, lo sé, ha cambiado, me di cuenta que él buscaba pelea, hacía cosas que antes no hacía... se fue a una fiesta con sus amigos de un trabajo que tuvo antes y ahí estaba su ex novia, a la que quiso mucho... su mamá quiere que regrese con ella siempre se lo dice...*

*T: ¿Ella tiene 26 años?*

*P: Sí, ella también tiene 26 años, y yo siento que él no la ha superado, que tal vez no me quiere y quiere regresar con ella...*

*T: Ahora entiendo por qué te has sentido mal, te comparas con ella, sientes que no eres "una mujer" como ella, él te hace reclamos, te critica y hace cosas sin incluirte, además de eso, su madre le dice que vuelva con ella y él no te lleva a su casa en su cumpleaños... Puedo comprender el enojo de tu mamá con él, no estoy de parte de ella, y sé que te lastima la forma en que te dice las cosas, me refiero a que puedo entender que le enoje que no traten bien a su hija... (hay un silencio y la paciente llora). No tienes por qué sentirte de esa forma en una relación, sentir que tienes que hacer constantes esfuerzos para que tu pareja te quiera, ambos se eligieron, ¿por qué tendrías que sentirte mal contigo al estar a su lado?*

*P: No sé... pero así me siento...*

Posteriormente, se da la ruptura con su pareja, él termina decide terminar y la paciente tiene una regresión oral. Esta regresión termina siendo adaptativa, ya que se refugia en su madre quien responde a sus necesidades, y esto da pie a un cambio en su relación. Gracias a este movimiento entre la paciente y su madre, se da inicio a la totalización objetual.

*P: El martes pasado él me escribió para preguntarme si no iba a hacer algo para arreglar las cosas y pensaba en lo que me decía mi mamá "tú te mereces más, eres una buena persona",*

*además cómo iba a hacer algo si me bloqueó de todos lados... empezamos a hablar de nosotros y me dijo que él no me terminó, pero sí lo hizo... le dije "no me explicaste, dime perra o estúpida esto está pasando, pero no me bloqueas", pero él dice "es que tú no me entiendes, estás de mal humor, mejor hablamos en otro momento".*

*T: ¿Por qué piensas que te tiene que insultar? ¿Eso es mejor que no hablarte?*

*P: Sé que no... ni siquiera busco cómo explicar las cosas, cómo entenderlas y cómo saber que esto no va a volver a pasar, no sé me hace justo lo que él hizo, ni que desconfíe de mí, él si sale con sus amigos... yo no le reclamo y porque yo salí con mis primas él me termina...*

*T: Te produce desconfianza la forma en la que él actúa, se desaparece y no te da explicaciones, y al mismo tiempo espera que tú hagas algo por recuperar la relación, no toma una decisión y no asume las consecuencias. Otra cosa que no es equitativa es que tú sí lo llevas a casa y lo recibe tu familia, mientras que en la suya no te aceptan, da la impresión de que no sabe qué quiere, y en lo que lo descubre tú estás a la expectativa de eso...*

*P: Algo así me dijo mi mamá, ella ya lo odia, dice que ya es un hombre y que él tiene que tomar una decisión y no seguir a las faldas de su mamá, que si me quiere que haga algo.*

*T: Pues lo positivo de todo esto es la forma en que tu mamá reaccionó, te apoyó y cuidó de ti, te das cuenta que le molestaba que él no te tratara como ella quisiera, ella ve las cosas de otra manera, pero muchas veces no sabe cómo expresarlo.*

*P: Sí, me ayudó mucho, me hizo sentir muy bien, hasta dormí tres días con ella...*

*T: Te dio el cariño y la atención que necesitabas en ese momento.*

*P: Sí, me gustó mucho.*

El rompimiento amoroso no es permanente, su relación se vuelve intermitente y ambigua. – Sin embargo, una vez que la paciente es más cercana a su madre, se percibe lista para hacer más cambios y se procede a trabajar en el resto de sus relaciones objetales.

#### ***Fase 6. Intervención: relaciones objetales y reedición del vínculo en la relación de pareja.***

Se efectúa el análisis e intervención en las relaciones objetales, con el propósito de integrarlos y totalizarlos. También se interviene en la reedición del vínculo en las relaciones de pareja.

Se inicia con el análisis de la relación de pareja de sus padres, en el cual se observa que el padre desplaza su agresión, la que originalmente va dirigida a su pareja. También que para evitar el conflicto ambos padres utilizan a sus hijas como medios para agredirse. La pareja se formó a

través de la complementariedad, característica que la paciente introyectó, por lo que para ella el padre representa el Ello y la madre el Superyó.

*“Papá ve todo lo de la diversión, paga el cable, y mamá paga los gastos de la escuela y los útiles, ella gana el doble que él y cuando él le da dinero, ella dice que es una basura eso...”*

El padre asume los gastos variables y cuando tiene la posibilidad económica compra cosas que no comparte con el resto de la familia, en contraparte la madre provee los gastos esenciales de la familia. La paciente al sentirse más identificada con su padre, no logra conciliar los deseos con las responsabilidades. Esta falta de armonía, representa una debilidad e inmadurez del Yo, y resulta en dificultades porque al elegir estar bien en un ámbito, se perjudica otro. Por ejemplo, la paciente para estar bien con su pareja falta a terapia y trasgredire las normas del hogar.

En cuanto a los logros de esta fase, la paciente consigue reconocer las virtudes de su madre y hace cambios en su comportamiento para reducir el conflicto. Esto beneficia la vinculación entre ambas y la dinámica en casa empieza a cambiar, ya que cuando la paciente demuestra su afecto amoroso, baja la defensa de la madre y se neutraliza la hostilidad.

*P: Sí, eso siento, aunque algo pasó en la semana, mamá cocinó y le mandé un mensaje de que la comida estaba muy rica, fue espontáneo...*

*T: Me da gusto que haya sido espontáneo de tu parte, ¿ella cómo respondió?*

*P: Me respondió “gracias” y con un emoji de ojos abiertos...*

*T: Entonces fue distinto en la forma en la que actuaste con tu mamá...*

*P: Y en la forma en la que ella respondió (sonríe).*

Al cambiar el vínculo madre e hija, se hace evidente el conflicto entre los padres, porque la paciente deja de ser un medio para agredirse. Pero ante la frustración, el padre llega a ser directamente hostil con ella, y la paciente no sabe cómo responder a esta nueva situación, así que se refugia en su novio, quien es la reedición de su padre.

*P: Aunque todavía hay cosas que me enojan de mamá, ella todavía es muy grosera, a veces no me quiere dar dinero y le tengo que pedir a mi papá, y el fin de semana no compartió con papá comida que compró, ella compró pollo y sólo lo compartió conmigo y mi hermanita, cuando papá llegó le dijo que no había para él, él se calentó la comida del día anterior...*

*T: Bueno algo que puede servir es que tratemos de entender a tu mamá, no porque ella tenga la razón y tú no, si no porque no sabemos lo que la motiva, por ejemplo con tu papá y lo de la comida, no sabemos si ella siente que él no la apoya, o si estaban enojados por otra cosa y esa*

*fue su forma de “castigarlo”, es parte de su relación. Por otro lado, me has dicho que ella te paga la escuela, y considerando que tú tenías dinero de tu anterior trabajo, puede ser que ahora ella no tenga el suficiente para darte para salir y por eso te orilla a pedirle a tu papá.*

*P: Eso no lo había pensado, no meterme en cómo trata a mi papá y en ver las cosas como hija, siempre me había molestado por cómo se porta con él... siempre he estado del lado de mi papá, creo que es porque me llevo muy bien con él, pero no había pensado en lo otro...*

Eventualmente se trabaja en el aumento del control de impulsos y de afectos, y la paciente empieza a demostrar respeto por la autoridad de los padres. En una ocasión su novio la invita a pasar un fin de semana a otro estado, pero sus padres no le dan permiso, lo cual no le afecta gravemente, ni causa un problema familiar.

*“Me hubiera gustado estar ahí, pero tampoco quería problemas con mis papás, no quería mentirles y escaparme con él, me hubiera sentido muy mal, estoy trabajando para recuperar su confianza.”*

Se trabaja en la reducción de la inversión de energía libidinal invertida en los vínculos, ya que estos son el centro de regulación de los impulsos en la paciente, lo cual no resulta adaptativo ni viable para la paciente. Esta disminución de la libido, se hace a través del uso de sus fortalezas yoicas y de la mejora en la relación entre madre e hija. También en esta parte de la intervención, la paciente demuestra una mayor aceptación de su madre y reconoce que puede parecerse a ella, así como seguir algunos de sus pasos, sin que con eso pierda su propia identidad.

*P: Me empezó a gustar organizacional, le he ayudado a mamá con sus cosas del trabajo porque ella está en RH y le falta poco para jubilarse, mamá me dijo “cuando termines la carrera te meto.”*

*T: ¡Qué bueno que has podido encontrar un área que te gusta y en la que eres buena!, también que tu mamá te haya hecho ese comentario porque expresa que te toma en cuenta, ¿a ti qué te parece?*

*P: No sé, no me gustaría estar tan estresada como mi mamá, no me gustaría ser esposa y mamá estresada como ella, no quisiera ser como ella.*

*T: ¿Cómo te gustaría ser?*

*P: Creo que haría cosas que ella no hace, no viviría con mi mamá, tomaría más en cuenta lo que mis hijos dicen que lo que mi mamá dice, no sería tan “tratar de aparentar” lo que soy, ni sería tan controladora con mis hijos y no mentiría, sería honesta.*

T: ¿A qué te refieres con tratar de aparentar lo que es?

P: Es que mamá quiere que todos piensen que están bien las cosas, cuando se la pasa peleando con papá, es como abuelita que le importa lo que los demás piensan nada más... en vacaciones alguien le llamó a mamá para decirle que tengo un tatuaje en la espalda y en el dedo, que me cuidara, ella nunca se había dado cuenta y no sé quién le llamó...

T: ¿Cómo lo tomó, que te dijo después de esa llamada?

P: Me reclamó, me regañó... a mí me molesta que ella no se había dado cuenta y hasta que alguien se lo dice es que me regaña, entonces le importa más lo que los demás piensen...

T: Tienes razón en que ella no se había dado cuenta, me parece que tiene que ver con que pasa la mayor parte del tiempo trabajando, también con que le preocupa lo que los demás puedan pensar de ella y de su familia, lo cual le ha sido inculcado por su madre. Sin embargo, creo que también puede estar molesta consigo misma porque no se dio cuenta antes, también le puede preocupar que los demás te juzguen antes de conocerte, tal vez que se te complique encontrar trabajo o que no te pueda meter en la empresa donde ella trabaja, que te discriminjen. A lo que voy es que tienes derecho a molestarte y no estar de acuerdo con muchas de las cosas que tu mamá hace y dice, pero también necesitamos retomar desde dónde ella hace y dice las cosas, su educación fue muy distinta a la tuya...

P: Es verdad, así es abuelita y mamá no puede separarse de ella, tienen otra forma de pensar...

T: Claro, y en algún otro momento has hablado de que tu mamá es muy responsable, entonces puedes percibir tus tatuajes como algo irresponsable, y no porque así sea, sino que ella fue educada así. Me parece que es más fácil que tú puedas entenderla, a que ella cambie su manera de pensar.

P: Sí, porque después papá me dijo que ella se preocupa demasiado por todo...

T: También considero valioso que a pesar de la llamada telefónica y del reclamo de ella, no mencionaste en ningún momento una pelea.

P: No, yo no le respondí, no quise pelear por algo así, sólo me molesté porque no se había dado cuenta hasta que le llamaron, y la verdad habíamos estado bien, me gustó ayudarle con su trabajo, siento que he aprendido mucho.

T: Entonces dentro de lo desagradable también hay cosas positivas porque en general ya puedes convivir mejor con mamá.

Más adelante, la paciente sufre una decepción de la imagen paterna al encontrar mensajes que indican que puede tener una relación extra marital. Al romper con la idealización del padre logra empatizar con su madre como mujer, por lo que se trabaja en la integración y totalización de sus objetos.

*P: Me siento mal, mi mamá tiene un problema en el corazón entonces hay una tendencia a que le dé un infarto... de hecho también por eso ya me llevo mejor con ella, ya no le mal contesto, no quiero que algo le pase.*

*T: Pero muchas cosas han influido para que en este momento estés mejor con tu mamá, no sólo el que esté enferma y que ahora descubras lo de tu padre, también su reacción cuando Orlando terminó contigo fue importante...*

*P: Es cierto, ella se portó diferente y en que regresé con Orlando quien ha estado grosero conmigo es papá, no lo tomó a bien, se enojó me ha estado diciendo cosas, cuando regresé con él me dijo “no tienes porqué humillarte así”, y otro día me lastimé una muela, yo sé que tengo que ir al dentista para que me la revisen pero no he juntado dinero y no he tenido tiempo, me dijo “te huele mal la boca, ah pero tienes el mismo novio así déjalo”... y ahora yo me he acercado más a mamá pero no por compromiso, ya no me cuesta acercarme a ella, antes era insopportable para mí.*

*T: Todo lo que ha sucedido ha contribuido a que estés mejor con tu mamá, no es que sea agradable que descubras esta parte de tu papá, donde es posible que la esté engañando o que te digas cosas hirientes porque le molesta que hayas regresado con Orlando, sin embargo, ahora puedes comprender más a tu mamá, ver las cosas desde su postura.*

*P: Sí, es verdad porque mamá siempre ha sospechado que papá la engaña, sólo que no sabe con quién, se molesta cuando no deja que nadie toque su celular, que se quede enviando mensajes mucho tiempo y que no le haga caso... me duele mucho porque papá era mi hombre, era la imagen de mi esposo...*

*T: Entiendo hay dolor por las cosas que han sucedido, insisto en que ahora puedes ver esta otra parte de tu mamá y comprender por qué en ocasiones está tan molesta con tu papá, tú también has vivido una decepción amorosa y en esa parte puedes comprenderla, así como ella a ti. En cuanto a tu papá sé que es muy difícil que la imagen que tenías de él se venga abajo, es doloroso descubrir que nuestros padres no son perfectos o no son todo lo que pensábamos, pero nadie es completamente bueno o completamente malo.*

También se fomenta la honestidad como valor reparativo de la paciente, ya que al ser honesta con sus padres aumenta su sentido de responsabilidad y su Yo se fortalece, consiguiendo ser un adecuado mediador entre las demandas del Ello y del Superyó. Asimismo, se utiliza la compulsión a la repetición sana que contribuye a la totalización de los objetos. Esto se alcanza al trabajar en el reconocimiento de sus recursos y virtudes, los cuales no son sólo mérito de la paciente, sino también resultado de la labor parental.

*T: Recuerdo que me habías mencionado un negocio que tenías con tu novio.*

*P: Sí, un negocio de bolsas, fue mi idea, él me dio la inversión, yo me dediqué a todo lo demás, las compraba, las promocionaba, buscaba a los clientes, las vendía y volvía a invertir.*

*T: ¿Qué te dice eso de ti?*

*P: Que yo puedo hacer las cosas, yo pude hacer el negocio sola, así como yo puedo irme sola sin que él tenga que pasar por mí, sólo que por ahora no tengo dinero para invertir.*

*T: ¿Y de dónde crees que sacaste esas características?*

*P: Pues mamá es súper administrativa y mi papá es súper en las ventas, los dos tienen esa facilidad.*

*T: Entonces tú tienes esas herramientas, te lo han enseñado y saben que tú puedes hacer muchas cosas sola, por lo que entiendo no es que crean que no eres capaz, sino que no les agrada que la persona con quien sales no parezca esforzarse mucho por estar contigo. Tú puedes hacer muchas cosas por tu cuenta, eres inteligente y te mueves, por lo que no “necesitas” a un hombre que haga cosas por ti, tú puedes salir adelante, pero en una relación sí se necesita el apoyo y la atención de una pareja.*

*P: No lo había pensado así, sólo me molestaba que me hicieran esas preguntas, pero entiendo que quieren lo mejor para mí... pero ahora ya no discuto con ellos, mi carácter ya no es así de “¡ay y qué!”, ya no reto a mamá, me he apaciguado, ya no siento ese rencor.*

*T: Yo también considero que has avanzado en muchas cosas, e insisto en tratar de entender las frases que te dicen tus papás, aunque de entrada pueden ser molestas, me da la sensación que lo que quieren decirte es que vales y desean lo mejor para ti.*

*P: Es verdad, no lo había pensado, pero ahora sí puedo entenderlo así.*

De igual manera, se trabaja en reparación de los rasgos orales e histriónicos, por medio del respeto de los límites en las relaciones, así como en el aumento de la capacidad de juicio, el control de impulsos y las pulsiones sexuales. En una sesión la paciente habla acerca de su

entrenador, quien le coquetea y ella le responde de manera recíproca, esto se da después de una ruptura con su novio, la cual sugiere ser definitiva. Subsiguiente a este hecho se siente ansiosa y no encuentra una razón.

*T: ¿Fue lo que hablamos de tu coach?*

*P: Eso nunca lo había hablado contigo, después de salir de aquí sólo iba pensando en eso, me hacía a la idea de que no puede ser, pero seguimos hablando hasta la mitad de la semana que fue que ya no me mandó WhatsApp, y el viernes llevó a su esposa al partido, me saludó y se puso atrás de ella... Yo sentía que él quería decirme algo como “está aquí mi esposa, no te vayas a pasar y hacer bromas de que hablo contigo”, nunca me lo dijo, pero así yo sentí.*

*T: ¿Qué es lo que él te decía en las conversaciones?*

*P: Nunca hablamos de algo así, sólo que mi falta de amor en ese momento, que él me estuviera buscando me hacía sentir bien, alimentaba que le gustaba a alguien porque ni siquiera me decía cosas insinuadoras. Y cuando llegué a casa me sentía extraña, si su esposa me decía algo ¿yo qué le iba a decir?, si alguien le contaba a Orlando que me veían hablando con él... no sé ese delirio de persecución. Hasta el domingo nos reunimos todas las del equipo y él puso en el grupo “¿Matilde pasas por mí?”, pero yo no le contesté, ya que regresé en la noche puse en el grupo “coach disculpa no leí tu mensaje” y él me contestó en privado “ajá si claro”, yo ya no respondí nada y eliminé la conversación.*

*T: ¿Cómo te sentiste después de que hiciste eso?*

*P: Bien porque ni yo debo cruzar la línea ni él, creo que si quiero respeto debo darme a respetar, la verdad yo también me pasé porque no debía hablar con él como lo hacía.*

*T: Entiendo porque te sentiste tan ansiosa durante la semana, y lo hablamos un poco, lo que te dije, que él cubría la función de Orlando, te daba la atención que deseabas, es joven y demás, pero luego se desaparece, tú te sientes mal y cuando lo vuelves a ver te cae con la realidad de una esposa y un hijo, además que se porta distante contigo.*

*P: ¡Sí!*

*T: Te diste cuenta que, aunque él te guste la realidad, es que él no tiene nada que ofrecerte, incluso que podrías meterte en un problema con su esposa y no tienes la necesidad de llegar a eso.*

*P: Pude evitarlo...*

*T: Sí, pusiste un límite donde tú te sientas bien, tienes la fuerza para decir no, reconoces que te gustó la atención, pero no la necesitas de él, no por un momento de estar bien las consecuencias pueden ser negativas.*

*P: Es verdad, le pude decir que no y a mí siempre me ha costado poner límites, me costaba mucho con mi primer novio, que por ejemplo yo no quería tener relaciones sexuales y él me decía sí, sí y yo terminaba teniendo relaciones sexuales con él, yo cedía siempre.*

*T: Es que es más difícil poner un límite cuando las cosas han avanzado tanto, es más fácil ponerlos al principio, en ese momento tú no tenías los recursos que ahora tienes y ahora pudiste hacer las cosas diferentes con el coach y no necesitas ponerte de nuevo en esa situación, tú ya hiciste un cambio.*

*P: Sí, o sea no tengo que llegar a que alguien se pase conmigo, hubiera sido diferente que estuviéramos en el carro, me hubiera besado y yo lo hubiera permitido, porque creo que en ese momento hubiera sido más difícil parar.*

*T: Y ahora no te sientes mal contigo, como dijimos te puede gustar, pero no tienes que hacer algo con él que te haga sentir culpable.*

*P: ¡Sí! Es bueno saberlo, me siento bien conmigo, ya le puse una barrera y tengo tiempo para pensar lo que va a pasar con Orlando.*

En la parte final de esta fase, la paciente consigue un aumento en su capacidad de juicio y control de impulsos. También mejora en modo de relacionarse con los hombres, y se da cuenta que la manera en la que ha expresado su impulsividad le ha generado conflictos. De igual modo, hace consciente que su ex novio no la trataba con respeto, esto se facilita cuando sale con otro joven que se comporta de una manera distinta con ella. Todo esto propicia la reflexión en la paciente, la cual se promueve para recordar los errores cometidos, extraer el aprendizaje de estos y prevenir su repetición en las siguientes relaciones.

*T: ¿Y cómo fue que decidiste salir con este viejo amigo?*

*P: Es que me trata súper bien, siempre me cayó bien, es un caballero... hasta ahora me doy cuenta, de todo lo que hemos pasado, de lo bien que me ha tratado y de lo mucho que me ha respetado, pero nunca sentí eso que sentí por Orlando, que me gustaba mucho.*

*T: Bueno, pero para que alguien te guste influyen muchos factores, existe la parte física, la parte emocional, lo que consideramos atractivo que es cultural, hasta una parte fisiológica, lo*

*importante es que puedas ver todo, no que te dejes guiar sólo por una cosa aunque lo demás no te haga sentir satisfecha...*

*P: (Momento de silencio) sí, pero creo que él no me gusta, me gusta salir con él, pero él no me gusta... tal vez ha luchado tres años o no porque yo no lo he dejado. Me decía que le gustaba mucho, era así super romántico, pero a las dos semanas ya tenía novia...*

*T: Lo que entiendo es que no te da confianza por ese tipo de detalles, también es importante decir que sólo porque no te atraiga físicamente tú eres una mala persona, porque eso fue lo que percibí cuando comenzaste a hablar de él.*

*P: Sí me sentía un poco así, pero la verdad no estoy lista para algo...*

*T: Yo lo que creo que te ayudaría es reflexionar acerca de tu relación con Orlando... qué es lo que te gusta de él, qué es lo que haría que continuaras la relación y qué esperarías de dicha relación... tienes tiempo para pensar, no sólo en lo que sientes si no en lo que buscas en una relación y si lo que él te ofrece es lo que tú deseas... no porque te atraiga físicamente significa que toleres todo lo demás...*

*P: Pues es que ya no he pensado en eso, sólo estoy con él, me la paso bien y pues equis...*

*T: Pues piénsalo, ¿por un momento de estar bien, que puede ser algo muy gratificante, después cómo te vas a sentir?, o si en este momento no te sientes muy bien, pero a la larga obtienes un bienestar, si lo que están en juego son tus sentimientos...también recuerda lo que sucedió en el funeral y supiste que probablemente sale con más personas, ¿en qué riesgo estás?, y si estás dispuesta a tomarlo.*

*P: ¡No lo había pensado así!*

### **Fase 7. Intervención: vínculo materno.**

En esta fase se lleva a cabo la reparación y consolidación del vínculo materno sano, con la finalidad de fomentar un responsable ejercicio de la sexualidad, así como una adecuada futura relación de pareja.

Esta parte de la intervención empieza posterior al acercamiento de la paciente con la madre, y a la identificación con sus virtudes, lo que se utiliza en favor de la totalización objetal. La mayor comprensión entre ambas es un aspecto reparador, que se fomenta a través de la traducción del enojo de la madre, para convertirlo en un aspecto provechoso para el proceso y para la maduración emocional de la paciente.

En el siguiente fragmento de sesión, la paciente habla sobre una discusión con su hermana, relacionada con la manera en la que ha manejado su relación de noviazgo.

*P: Es que dijiste que iba a regresar con su ex y sí me molestó, y le dije “¿cómo te atreves?”, me di cuenta que si a mí me lo hubieran dicho así cuando regresé con Orlando no hubiera hecho caso...*

*T: De alguna manera repetiste lo que tu mamá te hubiera dicho en algún momento...*

*P: ¡Sí! Me di cuenta...*

*T: Con esta situación pudiste entender cómo se sienten tu mamá y tu hermana, pudiste estar en los dos papeles, porque comprendiste la reacción de tu mamá cuando te equivocas, y también te diste cuenta de que tu hermana puede sentirse retada y no comprendida...*

*P: No lo había visto así... es que no quiero que la lastimen...*

*T: Como tu mamá no quiere que te lastimen...*

*P: (Llora) siento que he avanzado con mamá, siento que la quiero y no me siento falsa de decirlo, ahora no puedo odiarla, sí a veces es muy dura con sus permisos, pero entendí que el conflicto no es conmigo sino con mi papá y su comunicación...*

*T: Se repitió lo que pasó contigo cuando supiste que tu hermanita volvió con su novio.*

*P: ¡No lo había visto así!*

*T: Recordemos el contexto de tu mamá, la manera en la que ella creció, yo creo que se molestó porque quiere lo mejor para ti, y para ella, él no te dio tu lugar como novia, ella quisiera que vivieras el romance que ella vivió con tu papá.*

*P: ¡No lo había visto así! Que a ella le gustó vivir el romance con mi papá y quiere que se repita conmigo y yo lo repito con mis hijos y así... ¡Ah la voy a abrazar! Es que yo hago muchas cosas y cuando tengo novio doy todo...*

*T: Lo sé, pero no necesitas dar todo, hay límites, es como cuando vas a cocinar, no sacas toda la despensa para la cena, ¿o sí?*

*P: (Ríe) ¡no!*

*T: Pues así con tu novio, porque se vuelve un hábito que tú hagas y des todo, entonces puede no valorar tus esfuerzos y él no dar lo necesario para la relación, por eso se molesta tu mamá, porque ve que el novio de su hija no se esfuerza por ella, no es que no puedas hacer las cosas es que ya no es reciproco...*

*P: Es verdad, eso pasa... y ahora me siento bien que mi mamá quiera eso para mí...*

Consecutivo a esto, la paciente empieza a reconocer y valorar los cambios de su madre, narrando en una sesión lo siguiente:

*“yo siento cambios, en mi casa también me han dicho y en la escuela un maestro me dijo ‘tú has cambiado muchísimo, pero no es fingido’, ahora siento que sé cómo comportarme con reglas y límites... esto me ha ayudado demasiado... mi mamá me presta más el carro, ya me habla más, me platica de su trabajo, saliendo de acá le voy a ayudar con unas referencias y me da el carro para que vaya a mis partidos.”*

Más adelante, se le muestra la lucha interna de su madre por preservar su educación familiar y, al mismo tiempo, aceptar el nuevo contexto de sus hijas.

*T: Ahora tiene más sentido la forma en que actúa tu abuela contigo, su educación fue más estricta y tradicional, se reserva para un hombre, este la deja por otra y ella no tiene una nueva relación porque no es lo que hacen las mujeres “decentes”, pero eso no significa que no tuviera deseos y entonces juzga a las mujeres que ejercen su sexualidad...*

*P: Y así se lo enseñó a mi mamá por eso así me trata ella...*

*T: Y ahora tu mamá es la que tiene que luchar con lo que le enseñó tu abuela y con los retos que se presentan con sus hijas que están creciendo en otro contexto... es dura con ustedes porque tiene la autoridad, pero con tu abuela no tiene autoridad, es al revés... entonces tiene que mediar con ustedes y su mamá.*

*P: No había pensado en eso... si debe ser difícil...*

*T: Si puedes comprender más a tus papás y si te permites disfrutar lo que cada uno te puede ofrecer, puedes estar más tranquila, no significa que deje de dolerte lo que sucede entre ellos, sino que no tomes responsabilidad de su relación...*

*P: Sí, definitivamente yo sabía que no podía hacer algo, quería hacer algo... me siento más tranquila, necesito pensar en eso de ser hija.*

Al mejorar el vínculo con la madre, se reduce la necesidad de ver a la terapeuta, de igual forma, al romperse la simbiosis hostil entre ambas, la paciente se individualiza. Esto da la pauta para el comienzo de la reparación del vínculo con su hermana, con quien competía por el amor de su madre.

*P: ¡Ay! Me sentí súper mal en no venir la semana pasada, pero tenía un compromiso en la mañana y se me olvidó, dije “ya no voy a llegar, mejor aviso”, pero como era de mi mamá...*

*T: ¿De qué fue el compromiso?*

P: Me pidió hacer referencias y pedí el tiempo justo para llegar, pero me levanté tarde y empecé tarde y ya... me he sentido muy bien, mira mis uñas (muestra sus manos a la terapeuta).

T: ¡Muy bien! ¡Ya te crecieron, felicidades!

P: Y está semana cumplí una semana, después de mucho tiempo, de fumarme dos cigarros a la semana... pasé la lista que hicimos de las motivaciones en un cartoncito y la pegué en mi libreta para verla todos los días... y con mi dieta voy bien, bajé 1 kilo 300 gr... y el martes fue día de la madre y no vi a mi mamá...

T: ¡Felicidades por tus logros!, ¿por qué no viste a tu mamá?, ¿qué pasó?

P: Tuvo que trabajar, como ella es reclutadora de una empresa y van a abrir nuevas sucursales, entonces está saturada...

T: ¿Festejaron de alguna manera?

P: Mi papá le compró un arreglo floral y ropa... no tenemos mucho dinero, yo la felicité, compré dos rosas, una para mi mamá y una para mi abuelita, le publiqué en Facebook...me dijo "gracias hija" y me dio un abrazo, con eso a mí me bastó, yo fui feliz con eso.

T: ¿Te acuerdas cómo fue el 10 de mayo del año pasado?

P: ¡Ay no me acuerdo! ¿Qué hice?

T: En ese entonces tú dijiste algo como "no tengo ganas de felicitarla", tu papá le dio su regalo junto con tu hermana... no querías estar cerca de ella, no querías darle abrazo y de hecho hiciste otra cosa...

P: Sí, creo que no le regalé nada, creo que no le di nada, mi papá me dio el dinero para el dije, la pagué y se la di... ¡sí, ya me acordé!, no le di nada, no le di absolutamente nada...

T: ¿Ahora qué es diferente? ¿Qué puedes notar?

P: ¡Ay no recordaba, no puede ser!, (se lleva las manos a la cabeza)... pues es súper distinto ¿no?, a lo mejor ahorita no puedo sentir lo que sentía, porque ahorita siento muchas cosas por mi mamá y he tenido dos clases en donde siempre comparto eso, en mi salón, porque antes no hablaba de ella, la reñegaba... ahora me puedo conectar, antes ni siquiera podía decirlo, sentía que era una relación perdida... mi papá no pasó a segundo plano pero como que se ha dado cuenta y me da la oportunidad de estar más cerca de ella... ha sido tan transitorio, como las personas que bajan de peso muy lento que ya después se les hace muy difícil engordar... ahora se me va a hacer mucho más difícil ser como antes con mi mamá, porque ya no cualquier cosa me molesta de lo que hace, las dos nos hemos estado acercando en el transcurso... y ahora no

*puedo sentir lo que sentí el año pasado... Y mucha gente me lo ha dicho, mi hermanita me ha dicho "ya te llevas mejor con mamá, ¿verdad?" ... también me di cuenta de algo, yo sabía que tenía razón... mi mamá cuando me peleo con mi hermanita dice que soy una envidiosa, pero no soy así... la semana pasada fuimos a la piscina y me puse mi bikini, mi hermanita me vio y me dijo que ya bajé de peso y que me envidiaba mucho porque ella no puede hacer dieta... ¿cómo mi mamá me decía si era evidente que es mi hermanita quien me tiene envidia?*

*T: Pues ha existido competencia entre ustedes, porque tú al estar insegura con tu mamá sentías que se acercaba más a ella, eras más cercana a tu papá, y ambas competían por el cariño del otro parente, por el cariño del que sentían más lejano...*

*P: Ajá como celos... y ahora mi papá tiene una foto con mi hermanita.*

*T: Y pues en algún momento dijiste que tu hermana si tiene buen cuerpo no como el tuyo...*

*P: Ajá (ríe)...*

*T: Entonces tu mamá probablemente haya visto eso y por eso te lo decía... pero todos tenemos cualidades y defectos, ustedes no tienen que ser iguales.*

*P: Sí, es verdad... y me siento muy feliz, no te lo puedo negar... con mi novio estoy bien, las relaciones en mi casa están yendo muy bien, en mi grupo también, está funcionando todo, no sé si soy yo, o donde yo me muevo las cosas están cambiando.*

*T: Ya todo se está conectando porque tú has hecho cambios, ahora estás viendo los resultados.*

#### ***Fase 8. Intervención: relaciones objetales, culpa reparatoria y genitalidad***

Se procede a la reparación y consolidación de las relaciones objetales para preservar la culpa reparatoria y la genitalidad alcanzada. En esta fase el foco de intervención es la culpa reparatoria, ya que al mejorar sus relaciones de objeto, la paciente puede ser capaz de hacer cosas para retribuir a su entorno, y así alcanzar la madurez de la etapa genital. Esto se observa de manera clara, cuando expresa su deseo de estar bien con sus padres y disfrutar de su juventud, sin que ambos aspectos se contrapongan.

A continuación, se muestra su deseo de reducir su ingesta de alcohol, así como la manifestación de comportamientos que reflejan su fuerza yoica. También se observa cómo estos cambios han alcanzado un aspecto más profundo de su personalidad, ya que la previenen de someterse a la peticiones perjudiciales de los demás.

*P: Quiero hablarle de Orlando para sacarlo, él me había hablado en diciembre y quería verme en mi cumpleaños, pero yo no sabía si quería verlo, hice una fiesta y le dije, primero me dijo que no iba y luego llegó... yo estaba pasándola bien, no quise tomar mucho, pensé “¿qué van a pensar mis papás?”... La fiesta fue en un antro, reservamos una mesa... cuando llegó no me lo esperaba, compró una botella de champaña de \$1,000 y a mí no me pareció.*

*T: ¿Por qué no te pareció?*

*P: Porque no me llevó un regalo y eso fue como su regalo, yo no quería tomar mucho por lo que te dije de mis papás y él pide una botella, lo hizo sin preguntar lo que yo quería, sentí que lo hizo más por él que por mí... él quería seguir tomando y se fue con unos amigos, siguió tomando, mientras yo me quedé a esperar a mis papás.*

En una de las sesiones avanzadas, la paciente termina todo contacto con Orlando, lo que hace que tenga un retroceso y busque a una amiga del pasado con quien solía escaparse a beber y a conocer nuevos muchachos de una manera irresponsable. Esto propicia un conflicto con su madre, sin embargo, logra detenerse y controlar sus impulsos agresivos. Este material se emplea como una función adaptativa y de aprendizaje, así como recordarle que cuando está en armonía con sus objetos, también lo está con su entorno en general.

*T: Entonces ¿qué implicaría que tú continuaras tu amistad con Tania?*

*P: Obviamente perder a mi mamá por completo, ella dijo que no quiere volverla a ver en la puerta de la casa...*

*T: ¿Y tú qué piensas de esto que dice tu mamá?*

*P: Que tiene razón...*

*T: Es que entiendo lo que me dices que tú no juzgas a tu amiga por lo que hace, que si sale con su jefe, que tomas una postura neutral, que no eres quién para juzgar la vida de los demás mientras tú estés segura y satisfecha con la tuya, tú mamá por otro lado no es así, ella se preocupa por ti y de lo que pueden pensar los demás de ti, además que ella no ha terminado de procesar lo de Orlando y tú empiezas a salir con alguien más... ella puede estar viendo más cosas y otros riesgos, cosas que tú no percibes de la misma forma. Entonces ella ve que alguien con quien tuviste un problema, por lo que haya sido y que perdiste tu celular... ¿tú cómo te sentirías si eso le pasara a tu hermanita con una amiga?*

*P: Obviamente me molestaría con la amiga...*

*T: Y no es que juzguemos o que digamos que ella es buena o mala, si no que pensemos en lo que te aporta la amistad con esta chica... ¿te deja algo que te enriquezca como persona?*

*P: No... yo creo que ha sido una tras otra, cuando yo estas cosas ya lo había solucionado con mi mamá, ahora a volver a ganarme su confianza, pero siento que esto tenía que pasar para que yo me diera cuenta y viera que mi mamá empezó a tener este carácter desde que yo empecé a salir con ella de nuevo.*

*T: Cada vez que mejoras en la relación con tu mamá, también mejoras con tu abuela y en general te sientes más segura...*

*P: Es verdad, mi mamá se da cuenta, pero no sé cómo hacer para dejar de hacerlo.*

*T: Si lo ves como una virtud que tienes, la capacidad de dar, de preocuparte por los demás, pero que no la desperdices o que no la des sin pensar antes, necesitas tener límites y saber con quién y en qué grados, conocer primero a las personas... porque vas por ahí haciendo cosas por los demás mientras tú tienes problemas.*

*P: Es cierto... después yo tengo que solucionar los problemas con mis papás...*

*T: Entonces evalúa si estar para las personas implica un malestar para ti, no tiene que ser así...*

*P: He tenido amigos y amigas que también hacen cosas por mí y a mí mamá le caen bien, cuando salgo con ellos no se enoja.*

A pesar de sentirse ambivalente por lo de su ex pareja, debido a que no ha tenido tiempo para reflexionarlo y menos elaborarlo, continúa saliendo con su amigo Ángel. Esto le ayuda a comprender cómo son las relaciones cuando existe reciprocidad y respeto, en las que no tiene que ceder a todo lo que le pidan ni someterse.

*P: Tengo un grave problema, se me dificulta decir que no, me siento mal, eso hace que me esfuerce para hacer cosas que no quiero hacer, no sé cómo evitarlo.*

*T: ¿Qué pasa contigo cuando dices que no?*

*P: No sé, porque si a mí me dicen que no lo entendería... cuando digo que no me pasa que digo ¿qué pensarán de mí? "pinche vieja"*

*T: Decir que no, no te hace mala persona, las relaciones no sólo dependen de ti, el que tú hagas todo por el otro no es recíproco, porque terminarías cediendo tus necesidades y deseos ante los demás, y tú ¿dónde quedas?*

*P: Eso he estado pensando desde que vengo acá... la última vez que salí con Ángel, por primera vez dejé que pagara alguien, dejé que él pague y me regaló una rosa... y me emocioné... fue algo bonito.*

Después de salir continuamente con su amigo, la madre expresa su desacuerdo de forma agresiva, lastimando a la paciente. Siguiendo los principios básicos del psicoanálisis, esto ayuda a formular la hipótesis de que la madre tiene un conflicto con su propia sexualidad. Esta hipótesis se infiere por la compulsión a la repetición de los discursos machistas, que menoscaban el papel de la mujer y la juzgan cuando expresa su sexualidad, los cuales provienen de la abuela quien los transfiere a la madre, y esta a su vez, a sus hijas.

Asimismo, gracias al determinismo psíquico y los procesos inconscientes, se deduce que la hostilidad de la madre hacia la hija, es resultado de las dificultades de la vinculación con sus padres. Por lo que la madre al ser duramente tratada, repite este comportamiento como algo normal, y esta explicación contribuye a su comprensión y totalización.

*P: Yo iba a ir a ver a Ángel porque iba a hacerme un favor con unas copias, no me las iba a cobrar, mi mamá se enojó y me dijo "claro, pero lo vas a pagar de otra forma", insinuando que iba a hacer algo con él, mi papá estaba ahí y no dijó nada, sí me lastimó, ¿qué piensa de mí?, ¿en qué concepto me tiene?... cuando llegué a la casa mi papá me dijo que quería hablar conmigo, que había hablado con mi mamá cuando yo me quité y le dijo que fue un muy mal comentario y que no debió hacerlo, se molestaron... mi papá me dijo que mi mamá a veces no se da cuenta de las cosas.*

*T: Si pensamos que tu mamá tiene sus propios problemas y que lo que dijo no fue algo necesariamente relacionado contigo, ¿por qué crees que me molestaría tanto de que salgas con alguien?*

*P: Mi mamá es la única que ha tenido una relación bien, la que para la familia formó una pareja ideal, y cree que sus hermanos le tienen envidia, cuando habla de sus hermanos lo hace con mucho rencor, no puede perdonar a mi tía por la vida que lleva, mi tía es un problema, ella tiene una hija que es un año más grande que yo e igual ha tenido problemas con su mamá, mi prima se va a otra ciudad cuando tenía como 19 años y conoce a un tipo de 30, cuando mi tía va a verla le encuentra una caja de la pastilla del día siguiente y hace un show, de puta no la baja, así con las mismas palabras que usa mi mamá conmigo, las mismas características... lo mismo que les dice mi abuela a ellas, ellas lo hacen con nosotras...*

T: Aunque aparentemente tu mamá y tu tía son muy distintas tienen algo en común...

P: Mi abuela... y ahí comprendí la educación que tuvo, ya lo sabía, pero después de eso...

T: Fue más claro...

P: ¡Ajá! Me siento menos mal.

T: Porque no eres tú, es cualquier mujer que ejerza su sexualidad sin estar casada, sin tener hijos, sin que tenga el permiso social... tampoco sabemos si tu mamá en algún momento quiso disfrutar más su juventud, pero por el contexto y por el miedo al castigo de tu abuela no puedo hacerlo o no se atrevió.

P: Sólo nos ha dicho que ella nos da lo mejor porque ella no lo tuvo... a veces siento que mi mamá todavía no puede vivir, como que no se atreve a muchas cosas. La he observado y creo que ella trata de cambiar cosas, quiere que la escuchen... pero todavía compite con mi papá por la atención y no sé qué hacer, he intentado aliarne con ella...

T: No, porque si están compitiendo entonces puedes tener conflictos con tu papá.

P: Es verdad, eso me llegó a pasar...

T: Sería más útil que te adelantaras a las cosas, tú ya sabes cómo van a reaccionar, por ejemplo, si pides permiso para salir a tu papá él te dice que le digas a tu mamá, y si le pides a ella dice que le digas a tu papá... puedes pedir permiso a los dos juntos, si discuten por los autos puedes irte en camión.

P: Eso nunca lo he intentado hacer, pedirle permiso a los dos juntos, siempre le pido permiso a mi papá.

T: Porque antes tenías más confianza con tu papá, pero ya no es así, ahora puedes hacer las cosas de forma diferente, no necesitas estar en medio de los dos, sino ser responsable de ti y permitir que ellos resuelvan sus cosas... así como no sentirte culpable porque tu mamá hable de lo que es ser puta, sino ser responsable de tu sexualidad, si tienes relaciones estar con quien tu elijas y usar condón... dejar lo que no te corresponde y responsabilizarte de lo tuyo.

P: (ríe) sí uso condón... y de hablar con los dos es algo que voy a hacer porque es algo que nunca es hecho... creo que me haría sentir más tranquila.

El recorrido en las etapas psicosexuales empieza a rendir frutos en la etapa genital, se observa mayor madurez en la paciente, quien ahora puede llevar un equilibrio entre su vida social y familiar, sin tener que elegir a uno de sus padres, sino estando bien con ambos. Demuestra fuerza para sacar de su vida a personas que le hacen daño, así como nuevos comportamientos que

provocan cambios benéficos en su forma de relacionarse en pareja. Esto último se ejemplifica con el siguiente fragmento de sesión.

*P: Orlando no era atento conmigo, no iba a buscarme... para mi mamá y para mi papá él nunca hizo un cortejo... Ángel es muy diferente, es muy atento, se preocupa, si no he llamado a mi casa él les habla a mis papás... como que ya se dieron cuenta de eso, y yo le dije a mi mamá que él está haciendo su luchita... también te había comentado que no dejaba que me pagaran las cosas y si lo permitía me sentía mal, tendía a que si ya me dieron algo, tenía que dar algo en seguida, "tengo que devolver lo mismo", pero como que empecé a darme cuenta cuando estoy cayendo en eso de que me desespero porque alguien lo está haciendo... pensaba "bueno si ya me pagaron algo, yo lo puedo hacer después", tampoco colgarme de eso...*

*T: Dar y recibir.*

*P: ¡Exacto!*

*T: Entonces tu mamá ya sabe que están saliendo.*

*P: Sí, además ahora es diferente porque antes le pedía dinero para salir y ahora no.*

*T: Y tú eras quien pasaba por la otra persona.*

*P: Así es, pero ahora Ángel va a mi casa, un día fue a ver la repetición del partido de baseball, estábamos con mi abuelita porque a ella le encanta y a mí me gusta verlo con ella, ella dice que es lo único que le dejó mi abuelo, siempre lo dice...*

*T: Entonces tu abuelita ya lo acepta.*

*P: Ahorita ya, porque al principio decía "¿ese chamaco qué?, ¿qué hace aquí?" y ahora ya platican... estas vacaciones salí mucho, creo que nunca había salido tanto, porque cuando salía con Orlando era yo quien le decía "¿oye nos vamos a ver?, pido prestado el carro y vamos a algún lado", él nunca iba por mí, o si iba no se bajaba del carro, me esperaba afuera de la casa, cuando mi papá decía "que se baje", yo le decía "¡papá!, ¿cómo se va a bajar?", no me permitía que hagan las cosas por mí, yo quería hacerlo todo... en cambio Ángel planea las cosas y va a verme. Hasta mi papá se ha dado cuenta, me dan permisos y con Ángel no infrinjo los horarios.*

*T: Entonces él también te ayuda para estar bien con tus papás.*

*P: Sí, me siento muy bien... siento como si esto fuera un amor de secundaria...*

*T: ¡Qué bueno! Con los chicos anteriores todo fue caótico, muy rápido, muy intenso, ahora estás yendo despacio y disfrutando, así como respetando las normas de tu casa... eso es lo*

*importante, no que estés “bien” con tu novio y mal con tu familia, o que estés bien con tu familia a un grado que no puedas tener una pareja... ahora estás llevando bien las dos cosas.*

*P: Sí, estoy muy contenta y pienso que esto se va a acabar cuando se tenga que acabar.*

*T: O que se transforme en lo que se tenga que transformar.*

*P: ¡Sí! (ríe)...*

Una vez que está mejor en sus relaciones objetales, y que ha logrado un mayor control en sus pulsiones e impulsos, emergen a la conciencia de la paciente otros aspectos a los que no le había prestado atención. Esto ocurre, resultado de que su energía libidinal ya no se encuentra en su mayoría investida en sus conflictos vinculares. Y se da espacio a la motivación de cambiar ciertos comportamientos adictivos que antes no se percibían así, como fumar y consumir alcohol.

En general, la paciente expresa más estabilidad en sus relaciones objetales, y al tener una convivencia más tranquila y armoniosa con sus padres, puede tomar en cuenta al resto de las personas que también son relevantes en su vida. Como es el caso de su abuela, a quien trataba de ignorar y excluir, sin percatarse de la importancia que tiene en su existencia.

*P: Es que hoy es uno de esos días en los que he estado pensando mucho... noto la diferencia con mi abuela, pero no sé si es real.*

*T: Es real si tú te diste cuenta de algo.*

*P: Me dijo “hija te iba a pedir tu comida para que la trajeran antes de que te tengas que ir”, luego le dije que algo me estaba picando en la cabeza y que me revisara, pero como está lastimada su vista, nada más lo hago para estar cerca de ella... me dice “báñate que se te va a hacer tarde”, es la más pendiente de mí...*

*T: ¿Y antes eso no pasaba?*

*P: Si pasaba, pero era castrante, porque es castrante mi abuela.*

*T: Entonces ahora encontró el modo... sigue pendiente de ti pero no lo hace con agresión sino de forma cariñosa.*

*P: Sí, exacto, pero no sé si es en el modo en el que yo lo estoy tomando o es ella que está cambiando, no lo sé...*

*T: ¿Por qué antes te parecía que era castrante?*

*P: No lo sé... una vez nos dijo a Ángel y a mí que si una persona quiere ser feliz tiene que dejar los vicios, y yo le dije que ya dejé de tomar, puede ser eso.*

Se afianzan los cambios autoplásticos para alcanzar la etapa genital del desarrollo, se le apoya en su decisión de dejar de consumir alcohol y tabaco, así como en continuar con la vinculación sana en casa. De igual forma, la compensación en sus recursos latentes le ayuda a perseguir y mantener sus metas. Se continúa con el proceso de elaboración de la ruptura amorosa, promoviendo que se tome el tiempo necesario para no precipitarse en la nueva. También se fortalece la individuación, mostrándole que este cambio implica confiar en sus objetos y en sí misma, y en que a pesar de la distancia el afecto amoroso permanece.

#### ***Fase 9. Cierre y evaluación***

Al final de la terapia se efectúa el afianzamiento del establecimiento de los vínculos sanos con sus objetos, en particular con su madre. También se fortalecen sus recursos y se trabaja en la consolidación de las estrategias adquiridas a lo largo del proceso psicoterapéutico. Todo esto, con la finalidad de llegar a una traslaboración de la problemática de la paciente, lo que significa que todas aquellas metas alcanzadas durante el proceso psicoterapéutico, sean perdurables y significativas en su vida.

Para esta fase, se tiene una sesión doble de cierre y evaluación con la paciente. Se abordan las temáticas generales trabajadas en la intervención psicoterapéutica, en especial los logros más representativos que son la mejora del vínculo materno, la reparación y totalización de objetos, el fortalecimiento de las funciones yoicas y el uso de los recursos latentes que la impulsaron para situarse en la genitalidad y dejar atrás el sentimiento de culpa persecutorio, así como el masoquismo psíquico. Finalmente, también se obtiene una reducción de los rasgos histriónicos, y un aumento en el control y la responsabilidad sexual.

#### ***Sesión final de cierre y evaluación con la paciente***

*P: Estoy súper bien, a lo mejor no estoy así como del todo, bueno yo siento que sí, estoy del todo entregada a mi mamá, ya hablamos, ya es diferente, tomo las cosas más con calma... a ella no le gusta que la reten y yo lo sabía, pero no lo dejaba de hacer y ahora cuando está discutiendo, espero a que termine de hablar y le argumento cosas en las que no estoy de acuerdo, ya puedo controlarlo, antes no podía, nunca la escuchaba y me empecé a dar cuenta que necesitaba alguien que la escuche, alguien que esté cerca de ella, me empecé a dar más cuenta de la relación que tienen mis papás, que mi papá no le ponía tanta atención cuando hablaba y mi mamá necesita esa atención, pensaba que ella no nos daba la atención que*

*queríamos. Ahora busqué otras opciones en las que yo me sentía bien y ella también, y de esa manera me entregaba su amor y su cariño, no solamente con abrazos y besos.*

*T: En esa parte tu papá te ayudo, en la parte de expresión del cariño.*

*P: Sí, mi papá es muy cariñoso, yo tengo eso de la personalidad de mi papá y yo necesito ese cariño de esa manera, pero no me había dado cuenta que mi mamá me lo daba de otra manera... como lo de mi colegiatura que ella la paga, ella se esfuerza, no escuchaba sus elogios... cuando estaba molesta pensaba que la odiaba, pero no pensaba en las cosas buenas. Ahora platico con ella, podemos hablar, antes no me interesaba lo que ella tenía que decir y pensaba que tampoco le interesaba lo que yo podía decirle... ayer saqué 98 en una materia y 96 en otra, se lo conté y me felicitó, me dijo que está muy orgullosa de mí, fue por mensaje, me he dado cuenta que le cuesta decirlo a la cara...*

*T: Pero te expresa su cariño de esa manera, que le resulta menos intimidante...*

*P: Sí, así es más fácil que diga las cosas, mi papá también me felicitó... ayer salí de la escuela y no pedí que fueran por mí, me fui en camión a la casa... ahora puedo pasar más tiempo sola, antes tenía muchas personas y ahora ya no necesito tanto eso...*

*T: Es que antes estabas rodeada de personas y tenías relación de pareja, pero no eran lo que necesitabas, no eran personas que te hicieran sentir bien, ahora parece que hay menos gente a tu alrededor, pero son más cercanas, más auténticas.*

*P: Ajá, fue como cuando el arroz lo limpias y queda a lo mejor poquito, pero sabes que ese arroz va a ser muy rico... ahora conozco otro tipo de gente, antes me llevaba con todos y era como el centro de atención, y ahorita no es que no quiera ser el centro de atención porque a veces me dan mis ganas de que me peleen, pero ahora puedo sentir eso y puedo decir "no tengo que"*

*T: Ahora puedes reconocerlo.*

*P: Sí... también me di cuenta de algo... tú sabes que me han lastimado y una amiga a la que su novio engañó, me dijo que no confía en nadie, pero yo no siento así, tal vez ya no es como antes, pero con el tiempo puedo volver a confiar...*

*T: Ya no es como antes porque ahora pones más filtros...*

*P: ¡Ajá!*

*T: Antes confiabas en todos...*

P: Era vulnerable, entonces ahora sí confío, pero tengo límites... eso ha hecho que confíe en mí y eso me hace sentir bien... el hecho de que no me sienta mal por cualquier cosa al instante, que valoro más las cosas que hago...

T: ¿En qué cosas antes te sentías culpable y ahora ya no es de esa manera?

P: ¡Ah todo! Cuando se peleaban sus papás, cuando no se peleaban, cuando no salían, porque si no salían era porque yo salía, luego me tenían que ir a buscar y era mi culpa... probablemente un factor que ha ayudado es que dejé de tomar y le estoy bajando al exceso de tabaco, a lo mejor eso ha hecho que ellos confíen más en mí... tampoco discuten porque tienen que ir por mí cuando salgo, yo voy sola o Ángel pasa por mí... también me da muchísimo gusto que mi mamá haya dejado de ir al casino, estaba gastando mucho, se dio cuenta por sí misma y me siento muy orgullosa y hablando de eso, la semana pasada ella fue a la escuela a darnos una plática sobre RH y me gustó mucho (hay un silencio y se le corta la voz), creo que me siento nostálgica porque antes no hubiera sentido esto... nos compartió un poquito de ella, de su trabajo, que tanto tiempo le ocupa para pagar cosas de nosotros, entonces cuando pagó mi colegiatura le agradecí que tuviera tanto dinero en la mano y no pensara en gastarlo en otra cosa, si hubiera sido antes me hubiera valido.

T: ¿Y ella qué te respondió?

P: Que estaba muy orgullosa de mí y de que aprovecho el estudio...

T: Y pues eso también deja ver que no solo te pareces a tu papá como lo pensabas, también te pareces a tu mamá, tienes cosas buenas de ambos, lo cariñosa y lo social de tu papá, el trabajo, el esfuerzo y el interés por tu familia como tu mamá...

P: Sí, también me parezco a mi mamá... y pues ella me ha dicho que he cambiado un montón, también se acordó y me dijo que no ha podido venir por su trabajo... una de mis amigas de la escuela me dijo "quiero que regrese mi butty, mi pareja de butty", porque bailábamos esa canción... no es que no quiera bailar, sino que ya no me interesa llamar la atención... bailo y echo relajo, pero ya no es como antes...

T: Ya no necesitas hacer eso, como dijiste ya confías más en ti... y en cuanto a las cosas que consideras que faltó trabajar, ¿cuáles serían?

P: Creo que casi no hablé de mi hermanita... pero nada más...

T: Tal vez porque no era lo que te preocupaba cuando llegaste aquí...

*P: Ajá, pero sólo eso porque siento que crecí... ahora no necesito salir todo el tiempo, también me gusta quedarme en casa y a veces salir con mis papás...*

*T: Y ahora disfrutas salir y eso no significa que estés mal en tu casa ni con tu familia... no necesitas estar bien en un área para estar bien en otra... incluso la relación con tu abuela también ha mejorado... retomando algo que dijiste es como cuando bajas de peso lentamente, así ha sido tu evolución, te has mantenido durante el proceso...*

*P: Sí (ríe contenta)... yo sabía que iba a tardar...*

*T: Y ahora si tuvieras un conflicto con tu mamá, ¿cómo lo solucionarías?*

*P: ¡Uay! Primero callarme y escucharla, ya no me pondría al tú por tú...*

*T: Ya no sólo sentirte culpable...*

*P: Sí, asumiría mi parte y las consecuencias...*

*T: Puedes cometer errores y aprender de estos, ya no tiene que ser “odio a mi mamá”*

*P: Así es, antes quería las cosas muy rápido y a como diera lugar...*

*T: Me da mucho gusto, has hecho muchos cambios y has trabajado...*

*P: ¿Se siente? ¿Se ve?*

*T: Tú lo sientes y lo ves, lo más importante es que en momentos de crisis recuerdes todo lo que eres capaz y lo que has logrado... Ahora tienes una nueva forma de relacionarte.*

En esta sesión, la paciente expresa abiertamente la mejoría en el vínculo con su madre, y hace una diferenciación entre el inicio de la terapia y su estado actual. Reconoce su responsabilidad y su contribución cuando su relación era hostil y agresiva, aceptando inconscientemente que era la única manera que conocía para mantenerse cerca de su madre. Al sentir esa agresión y deseo de destrucción, no conseguía ver sus virtudes ni su contribución para el bienestar familiar.

Asimismo, el conflicto la acercaba más a su padre, al cual tampoco podía percibir de manera total. Al paso de las sesiones y del trabajo terapéutico, la paciente logra ir totalizando a sus objetos, lo cual contribuye a su desarrollo y madurez emocional, rompe de esa manera con su necesidad oral de ser querida y aceptada por todos. Empieza a aumentar su barrera de estímulos y en general, sus funciones yoicas, con lo que se va convirtiendo en una persona más independiente emocionalmente, a la vez que incorpora los valores familiares de una manera satisfactoria.

Sucesivo a la evaluación con la paciente, la madre asiste una segunda vez a la clínica para expresar su valoración del proceso psicoterapéutico, por medio de los cambios que ella percibe en

su hija. A continuación, se presentan los fragmentos más relevantes de la sesión con su respectiva interpretación.

#### **Sesión de evaluación con la madre**

*“Veo mejor a Matilde, ha dado un cambio de 180 grados, ahora se acerca a mí y me habla, me cuenta sus cosas, yo le doy su libertad... ha cambiado tanto que ya no he visto una sábana que siempre traía, asquerosa, toda sucia, una sábana que a mí me regalaron cuando me casé y se la regalé a ella cuando nació... Ella me admira terriblemente, me ha dicho que está muy orgullosa de mí... lo que me pasa es que yo soy seca, muy fría, no soy cariñosa y a veces ella se me pega y me pregunta varias veces si la quiero, claro que la quiero, pero yo lo demuestro de otra manera... Todo lo que hago es por mis hijas, por mi familia, no trabajaría tanto si no fuera por ellas y darles todo lo que necesitan, pero a veces ellas quieren más y más... y yo no puedo darles todo siempre... Ella ha cambiado, ha mejorado mucho, es diferente y lo presume (ríe), me da gusto que ella pueda venir aquí. Yo sé que Matilde me quiere mucho y para mí ella y su hermanita son las niñas de mis ojos.”*

La madre refiere una notable mejoría en su hija, expresa con satisfacción que la paciente tiene una nueva manera de acercarse a ella. También brinda información que era desconocida a la terapeuta, como la sábana que traía consigo la paciente. Se interpreta esa sábana como un objeto transicional que representaba a la madre, y que una vez que se alcanzó la constancia de afectos amorosos y de objeto, ya no tuvo la necesidad de continuar utilizándola.

Asimismo, acepta que no expresa su afecto amoroso de la manera en que su hija lo demanda, y que puede llegar a ser fría con ella, sin embargo, eso no significa que no la quiera. Como en algún momento de la intervención se supuso, la madre demuestra su amor por medio del trabajo.

Esto se explica por la carencia oral de la hija, y por la dificultad de la madre para expresar libre y directamente el afecto amoroso. Esta exteriorización del cariño puede resultar demasiado amenazante para la madre, por lo que realiza la descarga del afecto a través de otros actos, relativos a la etapa anal, como el dar dinero, ser la principal responsable de su familia, y mantener limpia y ordenada la casa.

Sin embargo, en los diferentes momentos en los que la madre se dio el tiempo para asistir a las sesiones, y en especial, en el que menciona que sus hijas son las niñas de sus ojos, y que realmente se interesa por la felicidad de su hija, es evidente el amor que siente hacia su hija.

## CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En este estudio de caso clínico se abordó la problemática de Matilde, quien al iniciar el proceso terapéutico tenía 20 años de edad, ella acudió a la clínica refiriendo problemas en casa, en particular en la relación con su madre, con quien tenía peleas frecuentes debido que no podían organizarse ni ponerse de acuerdo en los roles en el hogar y a nivel inconsciente no lograban entenderse en sus necesidades y carencias afectivas. Durante el proceso psicoterapéutico se trabajó en la resolución del motivo de consulta manifiesto y latente, así como en el cumplimiento de las metas psicoterapéuticas elaboradas a partir del diagnóstico psicodinámico, por lo que al concluir la psicoterapia la paciente se mostró capaz de totalizar a su madre, pudiendo mejorar su vínculo significativamente, lo que a su vez provocó una reducción de la culpa persecutoria y de los rasgos masoquistas. De igual modo, sus relaciones interpersonales en general se vieron beneficiadas, ya que pudieron fortalecerse sus funciones yoicas y con esto, alcanzar la madurez de su etapa de desarrollo correspondiente.

La realización del diagnóstico psicodinámico tomó más tiempo de lo previsto, a consecuencia de resistencias de la paciente, así como de su fuerte necesidad de expresar su dolor, frustración y enojo resultado del vínculo materno adverso. Durante las dos primeras fases correspondientes al diagnóstico, Matilde expresó muchas molestias acerca de su madre y un fuerte apego hacia su padre, rechazaba las ideas y el comportamiento maternos, lloraba fácilmente al decir que no se sentía querida por ella y aceptaba que deseaba molestarla porque le dolía su rechazo.

Comentaba que tanto su madre como su abuela reprobaron su comportamiento, la llamaban “zorra” o “puta”, criticaban su manera de vestir, no les agradaba que saliera a bailar y tenían fuertes discusiones referentes a los permisos. Por otro lado, su padre la apoyaba y ella lo consideraba su modelo a seguir, él se mostraba cariñoso y le concedía los permisos que ella deseaba, también le gustaba beber, bailar y salir con amigos, entonces se dio en ambos una identificación, lo que generaba más enojo en la madre.

Integrando la información pertinente y recurriendo a los teóricos vinculares y de relaciones objetales, se encontró que Matilde interiorizó a su madre primordialmente como un objeto malo (Klein, 1935), dando como resultado fuertes deseos de hacerle daño por no satisfacer sus necesidades afectivas. Bajo la luz de esta autora, la paciente no había llegado a la elaboración depresiva en la que se experimenta una culpa auténtica, por fantasear con destruir a la madre y, en la cual se busca reparar el daño (Klein, 1975).

Bajo la óptica de Bowlby (1969, 1973), la paciente estableció un vínculo ansioso-ambivalente, el cual se distingue por una demanda excesiva y continua por el afecto materno. De igual manera, sentía una gran inseguridad y miedo a no tener el cariño de su madre, y una molestia general por no obtener su amor incondicional.

Igualmente se corrobora lo dicho por Fairbairn (1952), Matilde formó una estructura relacional en su interior, en la que su madre era un objeto castigador y cruel, por lo tanto, ella seguía repitiendo esta estructura con las personas ajenas a su núcleo familiar. Por ejemplo, con amistades y parejas que la criticaban y rechazaban. Sintiendo que no podía romper esas relaciones, porque inconscientemente sería perder a sus padres.

En cuanto a lo propuesto por Donald D. Winnicott (1971), referente a la vinculación con la madre, la paciente expresó durante las primeras sesiones que no sentía que su madre fuese buena con ella, esto limitaba su crecimiento emocional y prolongaba el uso de una sábana que tenía en casa con ella la mayor parte del tiempo, como objeto transicional representativo de la madre.

Retomando a Mahler (1975), se descubre una relación simbiótica hostil entre ambas, provocando que la paciente no pudiera reconocerse como una mujer independiente afectivamente de su madre, lo que le generaba más agresión y con eso, más alejamiento de la madurez emocional. Este tipo de relación se encontró también entre su madre y su abuela, y entre la paciente y su abuela.

Por lo tanto, se entendió que la raíz de la problemática de Matilde se encontraba en su etapa oral, que es donde se forman los primeros y más importantes vínculos. Estos conflictos afectivos, al no resolverse, consumen gran cantidad de energía libidinal y no permiten que se continúe con un desarrollo emocional adecuado (Freud, 1923). Lo que generó en la paciente nuevos problemas como el masoquismo psíquico. Esto se apoya en la propuesta de Bergler (1949), donde menciona que este masoquismo inicia en la etapa oral, cuando se busca el placer, pero al tener una madre que censura y castiga, dicho placer se fusiona con el dolor, la humillación y la culpa. Dinámica que Matilde revivía cada vez que decidía ejercer su sexualidad, beber y salir, sabiendo que con esto tendría una desaprobación por su madre y por su abuela.

Lo principal que se realizó en las dos primeras fases de diagnóstico, fue el establecimiento de una relación terapéutica con base en la empatía y aceptación. Ya que siguiendo los tres principios de la teoría psicoanalítica (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013), la paciente al tener un

vínculo conflictivo con la figura materna, fácilmente podría sentirse juzgada por otra mujer y responder con hostilidad y rechazo al proceso terapéutico.

La empatía, la aceptación y no juzgar, como herramientas terapéuticas derivadas del análisis de la transferencia y contratransferencia, ayudaron a que Matilde pudiera hacer catarsis, bajara sus defensas e incluso trajera a la conciencia recuerdos reprimidos de su infancia (Greenson, 1976/2004). Como fue un periodo de bulimia y anorexia, y el acoso sexual por parte de un integrante de la familia extensa.

Posterior a las fases de diagnóstico siguieron las fases de intervención, en las que se abordaron diferentes temáticas dependiendo de la asociación libre, es decir del material que llevara la paciente a la sesión. A pesar de esto, se realizó una división acorde a las metas terapéuticas.

En la tercera fase se trabajó en la simbiosis hostil establecida con la madre y sus repercusiones en el ejercicio sexual de la paciente. En esta parte Matilde describía a su madre como una mujer religiosa y pudorosa, características que no podía tolerar, y ante las cuales respondía yendo en contra al exponer su pulsión sexual, por ejemplo, usando vestimentas ajustadas y escotadas, así como relacionándose rápidamente con jóvenes que no la trataban con respeto. Esta dinámica se interpretó como una problemática estructural, en la que la madre representaba a un superyó severo (Clark, 2011), y la paciente al ser inmadura emocionalmente y al estar instalada en la simbiosis hostil, se identificaba con lo opuesto a la madre, con el ello o con un yo erotizado e impulsivo (Klein, 1933/1976).

A través de la interpretación y el establecimiento de conexiones (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013 y Greenson, 1976/2004), se le mostró a la paciente parte del origen de los conflictos de su madre, así como el tipo de vinculación hostil que se repetía en las mujeres de su familia. Lo que ayudó a que hubiera una mayor comprensión y menos defensas.

También se pudo analizar a la madre a través de los relatos y afectos de Matilde, y se interpretó que se sentía amenazada por la exposición sexual de la hija. Esto probablemente despertó en ella sus propias inseguridades, dificultades y su deseo sexual, así como su incapacidad para disfrutar.

Asimismo, se descubrió que la madre se sentía enojada y confundida por tener que educar a dos hijas dentro de un contexto sociocultural diferente al que ella creció, y que se confronta con

las ideas y valores transmitidos por la abuela. Esto se complicaba todavía más al vivir todos en la misma casa, lo que ponía a la madre en medio de dos posturas que no lograba conciliar.

Dentro de esta relación entre mujeres en la familia de la paciente, fue evidente la compulsión a la repetición (González Núñez & Rodríguez Cortés, 2013), ya que la madre al tener una progenitora castigadora, no era capaz de cuestionarla y reproducía dicho castigo con su hija. Se le mostró esto a la paciente para sí poder trabajar el Superyó materno, con la finalidad de disminuir las identificaciones lastimosas y fortalecer las bondadosas que no era capaz de reconocer debido al enojo y hostilidad.

En esta fase se corroboró la teoría de John Bowlby (1988), donde menciona que la necesidad más perentoria del ser humano es la necesidad de la madre, y es la que condiciona el resto de las relaciones. Evidencia de esto fue que la paciente a pesar de tener un mejor vínculo con su padre, tenía conflictos en sus relaciones interpersonales en general, y una vez que estableció una relación con su madre basada en el amor, pudo tener mayor seguridad y más fuerza interna para manejar adecuadamente sus afectos y pulsiones.

También se citó a la madre para formar una alianza con ella y obtener información útil para el proceso, dicha sesión fue fructífera para las dos, ya que la madre al sentirse escuchada y tomada en cuenta, logró bajar sus defensas y con ello aceptar más a su hija, lo cual contribuyó a la reparación objetal de la paciente. Tal como lo mencionó Klein (1957), no se podía dar paso a la integración objetal sin que la paciente y su madre superaran los sentimientos dolorosos, para así ser capaces de reconocer y aceptar el amor entre ambas.

En la cuarta fase se intervino en la culpa persecutoria relacionada con el ejercicio sexual. La paciente se sentía culpable continuamente porque no podía mediar entre sus manifestaciones del ello y los valores del hogar, su gran necesidad de ser querida la llevaba a hacer cosas que sabía que enfadaría a su madre y a su abuela, como salir hasta altas horas de la noche con su novio o involucrarse sexualmente muy rápido esperando amor incondicional. Confirmando así lo planteado por Hurtado de Mendoza (2015), quien menciona que la combinación de factores familiares, religiosos y sociales castigadores promueve el sentimiento de culpa perjudicial y el dolor psíquico.

En esta parte, se retomó lo logrado anteriormente en cuanto a la compresión de la madre, también se fortalecieron las funciones yoicas como juicio, regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos y relaciones objetales. Con el aumento de la reflexión en sus actos, se mejoró

en el área adaptativa y se produjeron cambios autoplásticos. Fortaleciendo su capacidad de juicio (Bellak & Goldsmith, 1993), se hizo conciencia de los comportamientos adecuados social y familiarmente, así como de las posibles consecuencias de los mismos, lo cual está íntimamente relacionado a otra de las funciones del Yo que es la regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos.

Como resultado, la paciente pudo aumentar su tolerancia a la frustración y regular su conducta, lo que contribuyó favorablemente en sus relaciones de objeto, porque fue percibida como una joven más madura por los integrantes de su familia. Con esto, la paciente comprendió que puede estar bien en una relación y estar bien en casa. Finalmente, se cambió la palabra culpa por responsabilidad y se le explicó que no era necesario complacer a las personas a costa de su bienestar emocional.

Esto dio paso a la fase número cinco, donde se analizaron sus rasgos orales y su núcleo masoquista. El núcleo masoquista de la paciente tenía un fuerte componente erógeno, ya que desde el inicio de su actividad sexual asociaba el dolor de ser sometida por un hombre con la excitación (Coderch, 2011). Sin embargo, también se observaba que la fusión entre la humillación y el placer se manifestaba en otros comportamientos (Bergler, 1949), como cuando establecía vínculos de amistad, de pareja y de trabajo donde era maltratada, aunado cierta satisfacción inconsciente.

En esta fase Matilde hizo consciente que su pareja no la trataba con respeto y que en varias ocasiones, sólo la buscaba para tener relaciones sexuales, sin tener en cuenta sus sentimientos. Esto fue difícil para ella, ya que el acto sexual era la manera en la que había introyectado el afecto amoroso, entonces sentía que no podía romper con esa relación y que no existía otra manera en la que pueda ser amada por un hombre (Klein, 1933/1976).

Más adelante su pareja decidió finalizar la relación, lo que generó mucho dolor y desesperación en ella, y esto la empujó a recurrir a su madre. La madre respondió a su necesidad de manera satisfactoria, escuchándola y dándole cariño, lo cual las unió y contribuyó a la mejora de la relación. Dicho paso fue suma importancia porque rompió con la hostilidad entre ambas y lograron establecer una nueva forma de interacción, pasando más tiempo juntas, hablando con mayor frecuencia de distintos temas y expresándose más abiertamente sus emociones.

Esto ayudó a que en la fase seis de la intervención se pudiera trabajar de lleno en las relaciones objetales, así como integrar al resto de las personas significativas en su vida. Durante

este periodo se propició que la paciente comprendiera la relación de pareja de sus padres como algo separado de ella, que percibiera a sus padres como seres completos con virtudes y defectos. Esto se realizó con base en lo mencionado por Klein (1957), sobre la reparación objetal, la cual necesita de la identificación y la empatía con el otro, para así poder superar los sentimientos de enojo y destrucción.

Ejemplo de esta integración fue cuando se le mostraron las imperfecciones de su padre, a quién había idealizado. Su padre era un hombre cariñoso y alegre, que la consentía y le daba permisos, pero también solía ser irresponsable con los gastos familiares, lo que generaba en su madre enojo porque era ella quien asumía los gastos fijos y primordiales en la casa. Eso le ayudó a Matilde a entender los conflictos entre sus padres y a darse cuenta que ella no era la culpable de los mismos, así como a mantenerse al margen.

Otra parte importante de las relaciones objetales fue su relación de pareja, en esta parte se encontró que la paciente reeditaba el vínculo parental. Se identificaba con su padre como objeto bueno, y buscaba hombres que eran la repetición de su madre como objeto malo, esto era un intento de resolver el conflicto vincular desde lo externo, por lo cual no funcionaba. También manifestaba comportamientos complacientes, histriónicos y masoquistas en sus relaciones, con la fantasía oral de que al entregar todo hasta lo sexual, sería aprobada y amada, lo que provocaba justamente lo contrario, generando en ella más sensación de rechazo y dolor. Confirmando una vez más lo planteado por Klein (1957), acerca de que el infante que no logra diferenciar entre el objeto bueno y el objeto malo, en el futuro entabla relaciones inestables.

Para resolver este conflicto, se trabajó en reducir los rasgos histriónicos y orales promoviendo la responsabilidad y el autocuidado. Se le mostró que ese tipo de comportamientos seductores la habían alejado de las mujeres y acercado a hombres que sólo se querían aprovechar de ella. Con este movimiento también se fortaleció su capacidad de juicio y control de pulsiones.

Una vez que obtuvieron los avances sus relaciones objetales, se avanzó a las fases siete y ocho que fueron de consolidación y afianzamiento de los beneficios conseguidos. La fase del vínculo materno se orientó a mantener la nueva relación, la paciente salía más con su madre, la comprendía más en sus frustraciones, incluso la apoyó en su trabajo en sus tiempos libres, con lo cual redujo su inseguridad y los cuestionamientos constantes sobre si su madre la amaba. En la fase de relaciones objetales, culpa reparatoria y genitalidad, la labor terapéutica se encaminó a seguir fortaleciendo las funciones yoicas. En realidad ya avanzado el proceso, la paciente por sí

misma se imponía metas benéficas a su salud mental y física, como dejar de fumar, reducir su ingesta de alcohol y mejorar su alimentación.

Los logros alcanzados, confirmaron las propuestas de los teóricos vinculares y de relaciones objetales. Con base en lo mencionado por Fairbairn (1952), se encontró que la paciente pudo dejar atrás la dependencia infantil y llegar a una dependencia madura, paulatinamente se fue transformando en una joven con mayor autonomía, con la capacidad de establecer nuevas pautas de relación y con la posibilidad de recurrir a sus objetos primarios cuando tuviera la necesidad.

Desde lo propuesto por Bowlby (1988), al reparar el vínculo con sus padres, la paciente generó dentro de sí misma una base segura representada por ellos, con lo que tuvo confianza para enfrentarse a nuevos retos. Señal de ello fue cuando terminó con relaciones que le hacían daño y empezó a realizar más actividades sola.

Lo anterior se relaciona la reducción de los comportamientos histriónicos, los cuales eran una manera infantil de obtener atención y aprobación de los demás, pero una vez que mejoró en sus vínculos familiares, ella misma reconoció que ya no necesitaba ser vista ni admirada por los demás. Ejemplo de esto fue la disminución del uso de ropa ceñida y en ocasiones inadecuada, así como su asistencia a las sesiones con vestimenta más discreta y con menos maquillaje.

También estableció nuevos vínculos de amistad y de pareja con personas que le demostraban su cariño e interés, esto gracias al rompimiento de la simbiosis hostil con su madre. Logrando de esta manera, el inicio del camino a la individuación (Mahler, 1975).

A grandes rasgos, la reparación objetal y de los vínculos fue la base para que el resto de los conflictos se fueran solucionando, al reducir la hostilidad entre madre e hija también se fortalecieron las funciones yoicas, y con eso se disminuyó la culpa, así como se fue atenuando el núcleo masoquista. Por lo que Matilde ya no tenía la necesidad de ser castigada o maltratada una vez que pudo establecer una unión amorosa con su madre.

En la fase final se realizó el cierre y evaluación del proceso psicoterapéutico, la paciente pudo expresar su amor por su madre y sentirse amada por ella, mencionó que la admiraba y que contaba con muchas virtudes gracias a su ejemplo. También retomó características de su padre que le gustaría repetir en sus relaciones, es decir logró la totalización objetal (Klein, 1957). Y esto se corroboró con la sesión que se tuvo con la madre, en la que manifestó que notaba a su hija muy distinta y que se sentía orgullosa de ella.

Por lo tanto, se considera que las metas de la terapia fueron satisfechas, y congruente a lo propuesto por Erikson (1982), Matilde resolvió de manera adecuada sus conflictos y carencias emocionales. Gracias a esto pudo iniciar relaciones basadas en el amor, la intimidad y la satisfacción sexual.

Finalmente, se confirma lo mencionado por González Núñez (2006) referente a la efectividad de la psicoterapia. La cual reside en la relación que se forma entre paciente y terapeuta, siendo esto la vía para reparar los conflictos y carencias del paciente, así como una oportunidad para brindarle una base segura (Bowlby, 1988). Es en esta base que el paciente puede mostrarse tal cual es, con la certeza que será aceptado y apoyado, a la vez que se le brinda la oportunidad para explorar su pasado, con la finalidad de reconstruirlo y sanarlo. El terapeuta es durante el proceso psicoterapéutico, el objeto sustituto que necesita el paciente para resarcir su vida interna y sus vínculos.

### **5.1 Alcances y limitaciones**

Los alcances logrados en el proceso psicoterapéutico fueron diversos, algunos de ellos ya fueron mencionados en la discusión de los resultados. En cuanto a objetivos de la intervención, se considera que fueron cubiertos adecuadamente, como la reparación del vínculo materno, la reducción de la culpa punitiva asociada al ejercicio sexual, la totalización de los objetos primarios, la reducción de los comportamientos masoquistas y el establecimiento de vínculos basados en la genitalidad madura.

El uso de la teoría y técnica psicoanalítica fue de gran utilidad, ya que brindó la información necesaria para la comprensión y el origen del conflicto de la paciente, asimismo el carácter histórico de esta corriente terapéutica permitió que se llegara al nudo de la problemática, el cual se encontraba en la etapa oral en la que se estableció el vínculo con la madre. Las técnicas psicodinámicas, en especial la asociación libre, el establecimiento de conexiones, la interpretación y el análisis de la transferencia y contratransferencia, ayudaron a que se pudiera trabajar en ese aspecto de forma amplia y profunda, además que en cada sesión se comprobaba la teoría y con esto se tenía una certeza de hacia dónde iba la intervención, dando así seguridad a la terapeuta la cual, también era transmitida a la paciente.

Otra de las bondades del enfoque fue que no estuvo limitado a un número de sesiones, ya que debido a la complejidad de la problemática se necesitó mayor libertad de tiempo. Asimismo, la

asociación libre fomentó que la paciente no se sintiera presionada por la terapeuta y a que de forma periódica, ella misma fuera asociando e integrando sus afectos, pulsiones e impulsos con sus cogniciones.

Lo anterior estuvo fuertemente ligado a los recursos propios de la paciente como su nivel de inteligencia, su iniciativa e interés en el proceso y su alta capacidad de insight, que se constataba en sesiones avanzadas cada vez que la terapeuta hacía intervenciones puntuales y la paciente por sí misma desglosaba un análisis acertado sobre su situación. También influyó positivamente su compromiso con su salud mental, su honestidad y su apertura, ya que cuando consideraba que había hecho algo que obstaculizaba su progreso, lo comentaba en la sesión y eso servía para mejorar en dicho aspecto. De igual manera, la contribución de la madre y su disposición para asistir a las sesiones a pesar de su difícil horario de trabajo. Todo eso fue medular en la persecución y el logro de los objetivos psicoterapéuticos.

En cuanto a las limitaciones se encontró que al inicio de la psicoterapia la paciente presentó varias resistencias al proceso, las cuales manifestaba por medio de faltas justificadas por sus estudios o trabajo, sin embargo, en las sesiones se hacía evidente que trataba de evitar el dolor provocado por abrir situaciones íntimas, posiblemente vergonzosas, así como por el miedo de ser juzgada y por recordar eventos reprimidos. Debido a esto se tuvo que ampliar el tiempo de diagnóstico y de establecimiento de la alianza terapéutica.

Otra cuestión fue la aplicación del Test de Relaciones Objetales de Herbert Phillipson, el cual se utilizó en la fase de intervención, en un punto donde parecía que habían aspectos importantes que no se habían abordado porque no se habían llevado a la conciencia de la paciente, sin embargo, se considera que pudo ser de mayor utilidad su empleo en las sesiones de diagnóstico.

Por último, también se considera que no se abordó lo suficiente la relación de la paciente con su hermana menor, ya que también repercutía en su vida afectiva. Por lo que se toma como una temática que se puede trabajar en futuras terapias, o bien, en una intervención más larga.

## 5.2 Sugerencias

Referente a la temática de la investigación, se recomienda efectuar más estudios relacionados, en especial en la población femenina mexicana, ya que al buscar información se encontraba con mayor facilidad estudios llevados a cabo en el extranjero, principalmente en Estados Unidos y países europeos.

De igual modo, realizar investigaciones en donde se analice el nexo entre el masoquismo psíquico y la relación materna, ya muchos de los estudios contemporáneos se abocan más a las cuestiones sociales, culturales y religiosas.

También se sugiere tomar en cuenta que este tipo de problemáticas que tienen un origen temprano requieren de un abordaje extenso y profundo, además de una gran apertura, empatía y tolerancia por parte de terapeuta para no repetir el papel acusatorio y juzgador en la relación terapéutica, y con ello causar más dolor a la paciente.

Finalmente, se aconseja no cerrar el caso definitivamente a pesar de las mejoras y la traslaboración lograda. Por lo que se le expresó a la paciente que puede recurrir al terapeuta si lo considera necesario, ya que de esa forma se fortalece el papel de la psicoterapia como una base segura a la cual se puede acudir en momentos de dolor y adversidad.

### Referencias

- Aguirre, A., & Chávez, M. (2008). Dos visiones religiosas sobre la sexualidad. *Contenido*, 48-53.
- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Bancroft, J. (1988). Sexual desire and the brain. *Sexual and Marital Therapy*, 3(1), 11-27.
- Barbachano Zetina, H. B. (2008). Las mujeres yucatecas y la mera historia del orgasmo. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 14(1), 77-98.
- Bellak, L., & Goldsmith, L. A. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Bellak, L., & Small, L. (1988). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.
- Bergler, E. (1949). *La neurosis básica. La regresión oral y el masoquismo psíquico*. Buenos Aires: Paidós.
- Black, D., & Andreasen, N. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: Manual Moderno.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1972). *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Castaño, R., & Palacios, S. (2009). *Comprender la sexualidad femenina*. Barcelona: Amat.
- Cerruti Basso, S. (2007). Sexualidad humana, desarrollo y salud integral en la infancia y adolescencia. Uruguay. Obtenido de [http://www.programaedusex.edu.uy/biblioteca/opac\\_css/articulosprontos/0120.pdf](http://www.programaedusex.edu.uy/biblioteca/opac_css/articulosprontos/0120.pdf)

- Clark, V. (2011). La culpa diaria: negociando con el superyó. *Revista Psicoanálisis*, 23, 55-67.
- Coderch, J. (2011). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Collignon Goribar, M. M. (2011). Discursos sociales sobre la sexualidad: narrativas sobre la diversidad sexual y prácticas de resistencia. *Nueva Época*(16), 133-160.
- Correa Márquez, R., & Ortega Loubon, C. (2011). *Casos clínicos: semiología y publicación*. Panamá: Asociación de Estudiantes de Medicina de Panamá.
- Deutsch, H. (1930). The significance of masochism in the mental life of women. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 48-60.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax México.
- Díaz Portillo, I. (2007). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Pax.
- Dolto, F. (1981/1992). *La dificultad de vivir* (Vol. 1. Familia y sentimientos. El psicoanalista y la prevención de la neurosis). Barcelona: Gedisa.
- Dolto, F. (1982/2001). *Sexualidad femenina: la libido genital y su destino femenino*. Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Estrada-Carmona, S., Wong-Borges, S., Pérez-Arada, G. I., & Pacheco-Quijano, L. V. (2008). Las vivencias de autoerotismo de mujeres universitarias. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 14(2), 19-55.
- Fairbairn, W. R. (1946). Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 30.
- Fairbairn, W. R. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock.
- Fischman, Y. (2000). *Mujer, sexualidad y trauma: desde emociones, erotismo y problemas médicos, hasta maltrato, violencia sexual y política*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

- Freud, S. (1923). El yo y el ello y otras obras. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1929). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 21). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. O. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gabbard, G. O., Litowitz, B. E., & Williams, P. (2012). *Textbook of Psychoanalysis* (2nd ed.). USA: American Psychiatric Publishing.
- Gaione, C. (2009). Pluralidad de los orígenes del superyó... ¿identificaciones en conflicto? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 109, 125-148.
- Gomez Restrepo, C., Hernandez Bayona, G., Rojas Urrego, A., Santacruz Oleas, H., & Uribe Restrepo, M. (2008). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Gómez Zapiain, J., & Etxebarria Bilbao, I. (1993). Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual. En D. Páez-Rovira, *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- González Núñez, J. (1997). Investigación circular para investigaciones de un solo caso. *Aletheia*(16), 11-14.
- González Núñez, J. (2003). *Interacción grupal y psicopatológica*. México: Plaza y Valdés.
- González Núñez, J. (2006). *La fortaleza del psicoterapeuta. La contratransferencia*. México: Instituto Politécnico Nacional.

- González Núñez, J., & Rodríguez Cortés, M. (2013). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.
- Greenson, R. R. (1976/2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno.
- Hales, R., & Yudofsky, S. (2004). *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Holmes, J. (octubre de 2011). Superego: an attachment perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(5), 1221-1240.
- Hurtado de Mendoza, M. T. (Mayo de 2015). La sexualidad femenina. *Alternativas en Psicología*, 113-120.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Derechos humanos de las mujeres*. México: Autor.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Simon and Schuster.
- Klein, M. (1928). Early stages of the oedipus conflict. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 169-180.
- Klein, M. (1933/1976). The early development of conscience in the child. En M. Klein, *Love, guilt and reparation* (Vol. 1). London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 145-174.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1975). *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (Vol. 1). New York: The Free Press.
- Langer, M. (1948). *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Nova.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (1967/2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lledó Sandoval, J. (2009). *La exploración psicodinámica en salud mental*. España: Club Universitario.

- Mahler, M. S. (1958). Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 77-83.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333.
- Mahler, M. S. (1975). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Maier, E. (2008). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México. *Frontera Norte*, 20(40), 7-47.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. México: Siglo XXI.
- Pérez-Jiménez, D., & Orengo-Aguayo, R. (2012). Estereotipos sexuales y su relación con conductas riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 48-61.
- Portuondo, J. A. (1971). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramírez, S. (1975/1994). *Infancia es destino*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Rosado y Rosado, M. (2015). Psicoanálisis para adultos [Notas de curso]. Mérida, Yucatán, México: Universidad Autónoma de Yucatán: Maestría en Psicología Aplicada.
- Sainsbury, M. (1978). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Morata.
- Salles Manuel, M. (2001). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Plaza y Valdés.

- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Corres Ayala, N. P., & Taracena Ruiz, B. E. (2010). Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispaurenia y el vaginismo: estudio cualitativo, segunda parte. *Salud Mental*(33), 437-449.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Schmidt, G. (1975). Male-female differences in sexual arousal and behavior during and after exposure to sexually explicit stimuli. *Archives of Sexual Behavior*, 4(4), 353-364.
- Tallaferro, A. (2009). *Cuso básico de psicoanálisis*. México: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1986). *El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.
- Wolff, C. (1971). *Love between women*. London: Gerald Duckworth & Co Ltd.
- Zawady, M. D. (2012). La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura. *Desde el Jardín de Freud*(12), 169-189.

## ANEXOS

### **Resultados de la Aplicación de Test de Relaciones Objetales de Herbert Phillipson**

*Sesión 16: 01 de septiembre de 2015*

La paciente se mostraba ansiosa y tensa al inicio de la aplicación de la prueba, lo cual fue disminuyendo y su participación fue más fluida. El tiempo de aplicación fue de 40 minutos, iniciando a las 15:00 h y finalizando a las 15:40 h.

*1<sup>a</sup> parte*

Lámina A1 (Unipersonal, explora situaciones nuevas y enfrentamiento a la soledad): *Había una vez un hombre que siempre veía hacia el futuro pero le daba la espalda a mucha gente y al final se quedó con una sola persona que está siempre a su lado pero, que no tienen buena relación.*

Lámina A2 (Diádica, imagen interna de una pareja): *Había una vez una pareja de enamorados que se daban todo, daban todo el uno por el otro y siempre estaban felices, entonces permanecían juntos viendo hacia el futuro.*

Lámina C3 (Triádica, conflicto edípico): *Había una vez un par de amigos que estaban en una casa, entonces jugaban cartas y les gustaba tomar whiskey por las tardes.*

Lámina B3 (Tríadica, relación edípica actual): *Dentro de una casa había una pequeña familia conformada por tres personas que aunque no demostraban mucho su cariño, siempre estaban juntos y los padres siempre acostaban a los niños en la cama y esperaban a que se duerman... fin.*

Lámina A6 (Grupal, pérdidas y depresión): *Había un abuelito que le gustaba mucho el baseball, entonces trataba de llevar siempre a su familia a los juegos de playoff en Mérida, y esa era su actividad favorita.*

Lámina B1 (Unipersonal, conflictos de identidad): *En la recámara de Augusto siempre asustaban pero su mamá nunca le creyó, hasta que un día Augusto deja su teléfono grabando... y puede demostrar a su mamá y por fin ella le cree.*

Lámina C6 (Grupal, autoridad externa e interna, estructura psíquica): *En una corrida de toros papá e hija apoyaban para que gane el caballo del papá que había hecho apuestas por su triunfo, entonces se la pasaron bien y al final el caballo ganó.*

Lámina A3 (Tríadica, regresión, ansiedad arcaica): *Durante un interrogatorio por parte de los papás hacia su hijo, el niño se siente solo porque él dice la verdad pero sus padres no le creen, entonces ellos le dan la espalda y el niño se pone a llorar.*

Lámina B2 (Diádica, pareja): *Había una vez durante una tarde lluviosa un par de novios que salieron a caminar, pero no se percataron de que podrían estar en medio de un huracán, entonces ellos se asustan cuando la lluvia empieza y se resguardan bajo un árbol, mientras alguien los puede rescatar.* (La paciente refiere sentir frío al finalizar esta historia).

Lámina B6 (Grupal, soledad y exclusión): *En medio de unas audiciones Karla se pone muy nerviosa porque sus compañeros la miran esperando que ella cometa un error en el podio, tiene miedo que se burlen de ella siempre, pero ella lo hace perfecto y todos le aplauden.*

Lámina C2 (Diádica, depresión, muerte y duelo): *En la cabaña de Judit hay un hombre que se quedó solo porque su esposa falleció, se siente solo y triste porque las noches ya no son iguales sin ella, sin embargo él vive feliz de llevarla siempre en su corazón.*

Lámina C1 (Unipersonal, desarrollo psicosexual y afectos): *Cuando Paola vivió sola, ella estaba muy contenta porque nadie le reclamaba cuando ella misma desordenaba su casa o no levantaba los platos de la cocina, ya que a ella le gustaba todo a su tiempo, no presionada.*

Lámina blanca (Proyección, transferencia y situación nueva): *Soy yo enferma... había una vez que Matilde salió de su casa sin protegerse de la lluvia, entonces viajó en camión por una hora y cuando bajó del camión se mojó muy fuerte por llegar a tiempo a sus responsabilidades, y se siente feliz porque nunca se había mojado en la lluvia... y fin.*

## *2<sup>a</sup> parte*

Se procede a elegir y acomodar en orden las láminas de acuerdo al agrado y desagrado de la paciente.

Láminas agradables en orden descendente:

1. Blanca
2. A2
3. B2
4. C1
5. B1

Refiere que en todas estas pudo formular un inicio y un final feliz, o bien, que en la historia las personas estaban con alguien que les hacía feliz.

Láminas desagradables en orden descendente:

1. A3
2. A1

3. B6

Comenta que al ver las imágenes recuerda mucho a sus papás, y en general son desagradables para ella, recuerda cuando no le creían por algo, así como el ideal que ella tiene de su papá, también que los siente muy lejos de ella, la burla, que todos vean a “esa persona” (llora).



Ella es Andrea es una señorita que sea dedicado a tener éxito y cuando se esfuerza las cosas le salen mejor de lo que ella espera. Ahora se encuentra en un dilema por qué gracias a su esfuerzo muchos logros ha tenido y muchas propuestas en puesta.

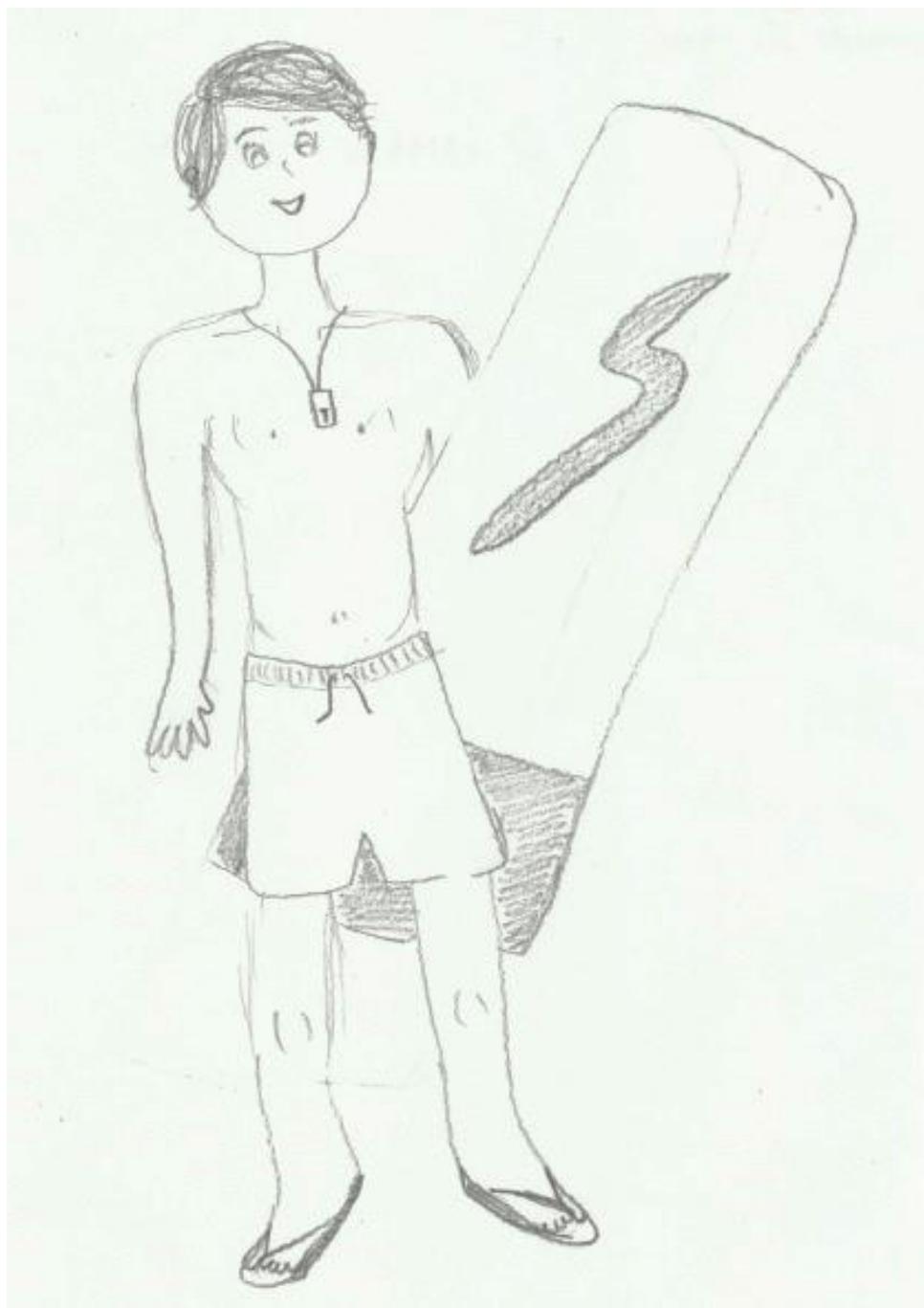


Rogev pincher de la liga 2015 nuevo integrante de los LEONES de Yucatán, se une al torneo por ser el mejor en prácticas desde hace un año. Lleva anotadas 16 correas desde el año pasado en partidos amistosos durante su entrenamiento. Excelente jugador.



Maribel era una chica con muchas ganas de viajar, pero había cosas que aun no se lo permitían. Le gustaba escuchar música y pasar su tiempo libre leyendo o tal vez durmiendo.

Quiere terminar su carrera y viajar por el mundo, aunque tenga que dejar a mucha gente que la quiere mucho.



Micky era un guardacosta de la playa de Cancún, era una persona fuerte y le gustaba rescatar a las personas que se encontraban en peligro.

Le gusta vivir al máximo y de vez en cuando salir con sus amigos. El tiene una chica llamada Lorein a la cual quiere mucho y siempre la lleva a donde el va.

Trabaja en la playa desde que tiene 14 años y siempre le ha gustado su labor.