

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

**“UNA MADRE MURIENDO EN EL INTENTO DE SERLO: PÉRDIDA, CULPA Y MELANCOLÍA”**

PRESENTA:

LIC. MARÍA ANDREA CAMPERO ANCHONDO

DIRECTOR:

DRA. EDITH POMPA GUAJARDO

MONTERREY, NUEVO LEÓN

2013

## **Agradecimientos.**

A Dios, por poner en mi camino a las personas indicadas que me han ayudado a tomar las decisiones más importantes en mi vida, por las que hoy me encuentro aquí.

A mis papás, por todo el amor, apoyo y cariño que siempre he recibido de su parte. Gracias por todas las bases y enseñanzas que me han dado y por ser los pilares más fuertes que tengo.

A mis hermanos, por siempre hacerme cómplice de sus bromas infinitas que aligeran la carga en los días pesados y hacen desaparecer la distancia.

A Memo, mi compañero de vida, por creer en mí, apoyarme y animarme en todo momento, por recordarme quien soy, ayudarme a ser una mejor persona día a día y por el camino que pronto emprenderemos juntos, formando nuestra propia familia.

A la Doctora Edith, por guiarme tanto en la realización de esta tesis, como durante toda la maestría. Gracias por todo lo que comparte, dentro y fuera del salón y por ser una gran inspiración.

A todos mis maestros en la maestría, por sus enseñanzas y experiencias compartidas y su apoyo en nuestra formación en esta hermosa profesión; en especial a la Dra. Martha y la Dra. Blanca, quienes forman parte de la culminación de esta etapa en mi carrera.

A mi familia postiza de amigos, quienes me han apoyado en este trayecto, haciendo posible la realización de éste con sus ánimos y experiencias inolvidables.

**¡Gracias a todos!**

## INDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	2
<b>Capítulo 1</b> .....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Supuestos.....	13
Limitaciones y Delimitaciones.....	14
Justificación.....	16
<b>Capítulo 2</b> .....	18
Fundamentación Teórica.....	19
<b>Capítulo 3</b> .....	25
Metodología.....	26
Técnicas y estrategias de intervención.....	29
<b>Capítulo 4</b> .....	31
Historial Clínico.....	32
Estructura Subjetiva.....	36

Eventos Traumáticos.....	43
Estructuración Edípica.....	43
Construcción del Caso.....	44
<b>Capítulo 5</b> .....	<b>63</b>
Síntesis de la Intervención Clínica.....	64
Discusión y conclusiones personales.....	65
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>67</b>

## **CAPITULO 1**

## RESUMEN

En el siguiente escrito se presentará un estudio de caso de una paciente depresiva con grandes dificultades en sus relaciones interpersonales, especialmente, su dificultad para asumirse como madre, a causa de una relación distante con la suya.

Se tratará de abordar esta temática bajo la guía del supuesto teórico que la ausencia de las figuras parentales producen sentimientos de pérdida en la estructuración de un cuadro depresivo. De igual manera, se abordará el papel de la culpa, la cual genera la agresión hacia los objetos perdidos y que tiene como consecuencia dificultades en la elaboración de las separaciones, así como actos reparatorios y sacrificiales en la personalidad depresiva.

Se partirá de una breve fundamentación teórica, la cual servirá como punto de referencia al lector para conocer lo estudiado con anterioridad respecto al tema. Después se procederá a la presentación del caso clínico, organizado en diferentes categorías, donde se presentarán momentos seleccionados del análisis y las respectivas intervenciones realizadas. Esto con el fin de proporcionar, a grandes rasgos, los elementos necesarios para la explicación del trabajo analítico realizado con la paciente y sus respectivos avances.

## INTRODUCCIÓN.

La presentación de este caso trata un tema muy común hoy en día en nuestra consulta: la depresión. Este caso en específico se enfoca en analizar la participación de las figuras parentales, ausentes en su mayor parte, en el desarrollo de ésta y las implicaciones que tienen en el futuro de sus relaciones venideras, especialmente, al intentar posicionarse como madre ante sus hijos.

En este caso se puede observar las dificultades que tiene la paciente para poder asumirse como madre, a pesar de los desfallecidos intentos que hace para lograrlo. Durante este trabajo se intentará dar cuenta, desde el trabajo psicoanalítico, la influencia de la ausencia de las figuras parentales en la estructuración psíquica del sujeto para la formación de un cuadro melancólico, atravesados por una identificación con estas figuras vacías, dejando en el sujeto ese mismo sentimiento.

Esta temática ha sido muy popular en los últimos tiempos, por lo cual considero importante revisar, desde un caso clínico, todo aquello que “sofoca” al paciente y lo tiene en este estado de insatisfacción y agotamiento permanente.

El primer capítulo está compuesto por las descripciones de lo que conforma esta investigación, exponiendo de manera general los supuestos de la influencia de la ausencia de las figuras parentales para el desarrollo de un cuadro depresivo en la personalidad, interés en el desarrollo de este tema, así como las limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo se puede encontrar la fundamentación teórica que soporta esta investigación desde el origen del concepto “melancolía” y las distintas aportaciones de diversos autores al tema hasta nuestros tiempos.

El tercer capítulo se compone por la descripción detallada de la metodología utilizada en el tratamiento de este caso, así como las técnicas de intervención que se trabajan en el ámbito psicoanalítico.

El cuarto capítulo está conformado por el historial clínico del paciente para dar al lector un mejor panorama para el entendimiento del caso clínico a trabajar en la investigación. Así mismo, se incluye la descripción de la estructura subjetiva y edípica del paciente y la construcción propia del caso dividida en categorías para una mejor comprensión, junto con la fundamentación psicoanalítica pertinente.

En el quinto capítulo se encuentran las conclusiones finales y discusión personal del autor acerca del caso expuesto.

## ANTECEDENTES

En el año de 1964, Klibasny, Panofsky y Saxl en su libro "Saturn and Melancholy" hacen un estudio acerca del recorrido histórico que ha tenido el concepto de "melancolía" dentro de la filosofía, partiendo de la teoría de Hipócrates de "Los cuatro humores", seguida por Platón y Aristóteles, donde la predominancia de la bilis negra era considerada la causa de una persona melancólica. Hipócrates, apuntando a una delimitación de esta personalidad, afirma: "Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía". Y es precisamente por esta teoría que a la cultura griega se le atañe el origen de esta palabra, que es utilizada por primera vez en un escrito no médico, alrededor del siglo V, de acuerdo a W.H.S. Jones (1923).

Al pensar hablar respecto a la melancolía desde el punto de vista del psicoanálisis, es inevitable evocar de manera casi instantánea a Freud y su escrito de 1917 "Duelo y Melancolía". En este, Freud señala que la definición conceptual de la melancolía es fluctuante en todos los campos, tanto en la psicología como en la psiquiatría descriptiva, y esta puede presentarse clínicamente de distintas maneras. Menciona que está caracterizada por un desinterés en general por el mundo externo, una baja significativa en la capacidad de amar y disminución en el concepto de sí mismo, que es evidenciado al exterior a través de autorreproches y autodenigraciones, en ocasiones, a tal grado de estar a la expectativa de un castigo.

A pesar de la similitud entre los padecimientos del duelo y de la melancolía, Freud hace énfasis en lo que falta en el duelo y es esto lo que hace una gran diferencia entre estos: un enorme empobrecimiento del yo. “El angostamiento del yo expresa una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses”. Se puede inferir una pérdida de objeto, sin embargo, en su discurso, se deja ver también una pérdida de una parte de su yo.

Sin embargo, antes que este escrito de Freud, Gustav Maeder en el año de 1910 publicó su trabajo con un paciente con un cuadro melancólico. Este fue su primer caso clínico de depresión, y también fue el primero en publicar el análisis de un caso con esta sintomatología (Ferrández, 2006). Más adelante, Karl Abraham en 1911 publicó “Preliminares a la investigación de la locura maniaco-depresiva” y en 1916 “El primer estadio pregenital de la libido”, escritos donde aborda el tema de la depresión y hace interesantes aportes al campo del psicoanálisis respecto a la temática. Llega a la conclusión de que la característica básica en la vida mental de la personalidad depresiva es la ambivalencia, que en ocasiones pareciera rebasar a la de la neurosis obsesiva. De igual manera, señala que esta ambivalencia tiene lugar tanto consigo mismo, como con los objetos externos y, al igual que el narcisismo, que también está presente en estos casos, tienen una raíz oral. (Fenichel, 1945).

Por otro lado, en el año de 1935 en “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos” Melanie Klein hace un estudio a partir de su trabajo con casos de depresión, tanto en niños como en adultos, tratando de establecer relaciones entre la depresión con la manía y la paranoia. Sin embargo, este escrito dio como resultado la “posición depresiva”, que sería clave para el desarrollo de su teoría. En este escrito,

Klein coincide con Freud respecto a la descripción de una personalidad melancólica; da por hecho el desinterés en el mundo externo y la disminución del concepto de sí mismo y hace especial énfasis en la parte de los autorreproches y estos sentimientos de culpa.

A partir de aquí, ella puntualiza sus hipótesis respecto a la formación de esta posición depresiva centrandose, en las identificaciones y objetos (buenos y malos) introyectados en el yo, el surgimiento de la conflictiva que daría como resultado la entrada a la posición depresiva.

Fenichel, en su obra "Teoría psicoanalítica de las neurosis" del año 1945, incluye un apartado donde habla sobre la depresión y la manía. Señala que la depresión se presenta, de una u otra manera, en casi todas las neurosis. Menciona que la depresión se basa en la fijación de una persona, en donde su autoestima es regulada por los objetos externos, o a quien los sentimientos de culpa han orillado a retornar a este estado, debido a estos objetos, donde la voracidad está siempre presente.

Álvarez Lince (2011) cita a Winnicott en relación con la posición depresiva de Klein, donde Winnicott considera que el nombre de posición depresiva es una mala designación, sin embargo, reconoce este como el aporte más importante de Klein, y lo sitúa a la altura del concepto de complejo de Edipo en Freud.

Al hacer este recorrido histórico por los diferentes autores y las contribuciones que cada uno ha hecho al psicoanálisis en la materia de la depresión, puedo reflexionar de gran manera sobre mi trabajo en la clínica. Cada vez queda más claro que la única manera de seguir formándonos es seguir creando y aportando. Pareciera que esta temática ha quedado fuera de los grandes títulos que caracterizan el psicoanálisis, sin

embargo, es un conflicto muy común a encontrar en la clínica. Mi interés profesional al realizar este estudio de caso es ampliar mi conocimiento respecto al tema para tener una mejor comprensión del mismo, tanto a un nivel teórico, como la comprensión misma en la clínica con los pacientes que lo padecen; y de ser posible, aportar desde mi novel experiencia, al psicoanálisis.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar la ausencia de las figuras parentales y sus vicisitudes en la estructuración de un cuadro melancólico.

### **Objetivos Específicos:**

1. Relacionar los sentimientos de culpa y mecanismo de reparación en las relaciones que establece una personalidad depresiva.
2. Identificar las dificultades para la elaboración de duelos y separaciones en la melancolía.
3. Describir la estructura edípica en un cuadro depresivo.

## **SUPUESTOS.**

1. La ausencia de las figuras parentales producen sentimientos de pérdida en la estructuración de un cuadro depresivo.

2. La culpa que genera la agresión hacia los objetos perdidos tiene como consecuencia dificultades en la elaboración de las separaciones, así como actos reparatorios y sacrificiales en la personalidad depresiva.

## LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.

Dentro de las limitaciones con las que se topó este estudio de caso fueron, primero que nada, la institucionalización del tratamiento. Por tratarse de una paciente atendida en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, se presentaron detalles que atravesaban el análisis dejando, tanto a terapeuta como a paciente, con las manos atadas. Tales como, la restricción en cuanto a disponibilidad de horarios y cubículos, lo cual dio como resultado, el cambio del horario de la sesión, previamente establecido en el encuadre, al poco tiempo de haber iniciado el tratamiento.

Así mismo, encontramos otra limitación que nos es común a todo analista con esta orientación, esta es la singularidad del caso por caso. Aun cuando se pretende dar cuenta de ciertos aspectos de una personalidad melancólica, no podemos dejar de lado que, tal vez, las características descritas en este caso pudieran no estar presentes en otro paciente con la misma estructuración psíquica.

De igual manera, el análisis mismo se vio limitado por las mismas características de la paciente, quien cada vez que se enfrentaba a situaciones difíciles durante el tiempo del análisis, se elevaban las resistencias, interrumpiendo así la continuidad de las sesiones y finalmente, abandonando el tratamiento.

## JUSTIFICACIÓN.

Ante la tarea de exponer un caso de mi práctica clínica, elegí este caso por varias razones. Una de ellas es, que el día que decidí tomar este caso en psicoterapia, sospeché que estaría lleno de sorpresas...si algo sabía desde un inicio era que esta mujer tendría mucho que decir, y no estaba equivocada. Sin embargo no me imaginaba lo mucho que yo iba lograr escuchar.

Esto me lleva mencionar otra de las razones por lo cual elijo este caso: mi escucha. Sin lugar a dudas, en este tiempo he atravesado por muchos cambios en mi formación, tanto a nivel personal como a nivel académico - teórico. Esto ha llevado de la mano un cambio también en mi práctica clínica; creo que este caso fue clave para mí, en cuanto a dar lugar al crecimiento a la hora de hacer clínica, es decir, a reconocermme en este ejercicio con una postura más definida y, a la vez, con la posibilidad de dejarme asombrar con nuevo material.

Como se menciona a lo largo de este escrito, la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, tanto en las actividades como en los seres queridos, sentimientos de culpa y una baja considerable en su autoestima.

Creo que la depresión, hoy en día, es una de las principales razones que llevan al sujeto a buscar ayuda. Por fortuna, muchos de ellos acuden a nosotros para encontrar solución a ese problema que les aqueja y, que en su gran mayoría, no saben qué es, simplemente reconocen que hay algo que de ellos que “se quedó en el camino”, y sin ese “algo” es difícil seguir su vida como habitualmente lo hacían.

Este caso trata de dar cuenta de cómo ese “algo” puede haber sido perdido desde una edad muy temprana, al tener una madre ausente, y cómo esto influye en el establecimiento y desarrollo de sus futuras relaciones, estando siempre presente la posibilidad de volver a perder el objeto, generando sentimientos de culpa y actos reparatorios en la personalidad depresiva.

## **CAPITULO 2**

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Como ya se comenta anteriormente en este trabajo, Freud, en su escrito de 1917, hace una gran distinción entre el duelo y la melancolía. Señala que el duelo es, por regla general, la *reacción* frente a la pérdida de un ser amado o de algo que cumpla esa función. En cuanto a la melancolía, menciona que está caracterizada por un desinterés generalizado por el mundo exterior y disminución en la capacidad de amar.

De inicio, pareciera que se está hablando de lo mismo, sin embargo, Freud señala una pequeña pero importante diferencia: la implicación del yo de la persona en la pérdida que se sufre. No es simplemente el hecho de la pérdida, sino el sentido que tiene para la vida psíquica del sujeto. Hay una considerable disminución en el concepto de sí mismo, y es ahí donde se presentan los autorreproches y autodenigraciones, que llevan al sujeto, en la mayoría de las ocasiones, a dar la impresión de estar a la expectativa de un castigo.

De esta afirmación se desprende una interrogante que me parece fundamental seguir de cerca en el análisis: ¿qué se pierde con la pérdida? Como Freud lo plantea, se sabe *a quién* se pierde, pero no *qué* se pierde en la persona al enfrentarse con la pérdida.

Me parece un punto importante a destacar ya que, al abordar el tema de la melancolía, en este caso en particular, se estarán trabajando las implicaciones de las pérdidas y

separaciones actuales a las que se enfrenta la paciente, las cuales resignifican la separación de la madre y la pérdida de ese primer objeto, y toda la ambivalencia que esto conlleva.

Klein (1937) en *“Amor, culpa y reparación”*, señala que la madre tiene un papel duradero en nuestra mente, debido a que fue la primera quien satisfizo nuestras necesidades de preservación y de amor y, a pensar de que el padre tiene un papel sumamente importante en las futuras relaciones de amor, esta relación está atravesada por la relación con la madre también. Al encontrarse en una relación de odio-amor con la madre, la evolución de dicha ambivalencia representa un futuro peligro para el desarrollo de las relaciones venideras.

Cuando el pecho le ha gratificado, lo ama y puede tener fantasías agradables con él, pero si por el contrario este lo frustra, es atacado en sus fantasías, imaginando también la destrucción de la madre. Un punto importante en estas fantasías agresivas, es cuando el infante cree que sus fantasías tienen un efecto en la realidad y que han destruido realmente al objeto. Se pueden dar defensas del tipo reparatorias para tratar de remediar aquello que se ha abatido, sin embargo, esto no calma del todo la culpa que provoca haber destruido al objeto de quien se depende absolutamente; y es así como surgen los primeros sentimientos de culpa inconscientes.

Abraham atribuía estos sentimientos de culpa a la supresión de los constantes impulsos de odio y venganza, y relacionaba el nivel o la severidad del estado depresivo con la carga de violencia de estos impulsos. Mientras más violentos, más severa sería

la depresión, debido al sadismo y al deseo reprimido de “ser un criminal”; entonces es así como aparecen los autorreproches y culpa. (Ferrández, 2006)

En “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos” (1935) Klein, citando a Abraham, menciona que la destrucción y expulsión del objeto es lo que da inicio al mecanismo melancólico. La pérdida del objeto, ya sea real o alguna situación que sea vivida como esta pérdida, tiene como resultado la instalación del objeto en el yo (Klein, 1935). Si por el contrario, esta introyección no se da de manera adecuada a causa de los impulsos canibalísticos en el sujeto, esto es lo que deviene la enfermedad. Una vez que pueden ser diferenciados los objetos buenos y malos, solamente se intenta reparar los ataques realizados hacia los objetos buenos. Sin embargo, el exceso de sadismo y ansiedad en el ello, pueden nublar esta diferenciación y poner en riesgo a los objetos buenos también, lo que pudiera resultar la “pérdida del objeto bueno amado” y la constante amenaza que deriva de esto.

Esta autora señala que, a través de su trabajo psicoanalítico con personalidades depresivas, se ha encontrado con el miedo que presentan a acoger objetos muertos dentro de ellos (especialmente a los padres) y las identificaciones del yo con estos mismos.

Green (1980) en su artículo de “La madre muerta” hace referencia a estas identificaciones con los objetos “muertos”, especialmente, la madre. En este texto, Green habla respecto al duelo en la pérdida de la madre, sin embargo, hace la aclaración de que no se trata de una muerte real, ya que esto tendría otras implicaciones diferentes a lo que se pretende estudiar. Se enfoca en describir las

consecuencias de una introyección e identificación con una madre que sigue viva (en lo real) pero que psíquicamente aparece como muerta ante las necesidades del infante a quien ella cuidaría.

Esto sería el rasgo esencial de la propuesta de Green, que esta pérdida se produce en presencia del objeto. Esta aclaración también tiene lugar en esta presentación ya que, la ausencia de las figuras parentales en este caso, se da a causa de imposibilidades psíquicas de los objetos para estar disponibles para el sujeto, no por una pérdida o muerte real de estos, por lo menos no en lo que concierne en la infancia de la paciente.

Green apunta a que el objeto pudiera estar atravesando por un duelo o una depresión, lo cual lo convierte en inaccesible emocionalmente para el sujeto y esto causa una herida narcisista en él, ya que, sin previo aviso y carente de sentido, la madre ha perdido interés en él. Es por esto que en los pacientes depresivos es evidente el sentimiento de impotencia; impotencia para salir de la situación de conflicto, para amar, para aprovechar las propias capacidades para obtener algo y, cuando esto sucede, se vive de manera insatisfactoria.

Klein señala que los procesos internos al enfrentar la “pérdida del amor”, llevan a la depresión y están determinados por el sentimiento de fracaso del sujeto al no haber poseído al objeto. Hace hincapié en señalar que si no se ama al objeto como un todo, no se puede sentir su pérdida como todo; no se puede hablar de depresión si el objeto es percibido de manera parcial; de hecho, menciona que esta pérdida del objeto amado tendría lugar durante la etapa de transición de la incorporación del objeto parcial al total. *“Cuanto mayor es la ansiedad por perder los objetos amados, mayor es la lucha*

*del yo por salvarlos, y cuanto más difícil se hace la tarea de reparación, más estrictas se vuelven las exigencias asociadas con el superyó” (Klein, 1935).*

Fenichel (1945) habla respecto a este punto y señala que los sentimientos de culpa están vinculados a sensaciones orales, con un carácter sádico del superyó. Menciona que la denominación “remordimiento de conciencia” expresa realmente las sensaciones que experimenta la persona. El superyó es percibido como un objeto introducido que ejerce presión desde el interior. Explica con esto el hecho de que personas deprimidas se rehúsen a comer ya que, al incorporar nuevos objetos, aumentaría la presión sobre los que ya están internalizados.

Esto último explicado por Fenichel me hace pensar en lo que Green, en “La madre muerta” aporta también respecto a la incorporación de nuevos objetos. Él lo refiere como si el amor estuviera “hipotecado” por esa madre, lo cual hace imposible tener acceso a ese amor y permitir la entrada a nuevos objetos. El sujeto estaría en un estado de “congelamiento” con ese amor inaccesible para poder invertir a un nuevo objeto, solo el objeto muerto puede habitar el interior del sujeto.

Esto lo relaciono con lo que Klein menciona respecto al fracaso al poseer al objeto en la depresión, ya que Green explica dos movimientos defensivos ante la impotencia y frustración que la pérdida de esta madre representa para el sujeto. Estos movimientos son la desinvertidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta. El primero implicaría un “asesinato psíquico del objeto” que daría como resultado un “agujero en la trama de las relaciones de objeto con la madre”. El segundo, sería el único medio por el cual se pudiera restablecer una reunión con la

madre, sin haber una reparación en sí. Al no poder poseer al objeto, se deviene el mismo para tener control sobre él.

Como podemos observar, la ambivalencia juega un papel importantísimo en el cuadro melancólico. Los sentimientos de odio y amor están presentes en cada momento, lo que lleva a los autorreproches, sentimientos de culpa y reparación del objeto dañado, dejando todavía la culpa asomarse. Al no poder poseerlo, se identifica con él, y esta introyección del objeto muerto no permite la entrada de otro objeto de amor para el sujeto, lo cual lo imposibilita tanto para dar como para recibir amor.

## **CAPITULO 3**

## METODOLOGÍA

El modelo de intervención utilizado para este estudio de caso es el método psicoanalítico, el cual se lleva a cabo mediante el establecimiento de una relación terapéutica, dentro de un setting analítico, para lograr así la concientización y elaboración de las problemáticas que aquejan al paciente.

Este método se encuentra dentro de la investigación cualitativa, la cual, de acuerdo Ortiz Uribe (2004), es el tipo de investigación que se basa en la interpretación y entendimiento, teniendo como técnicas básicas la entrevista, la historia de vida cotidiana y la observación participante. A diferencia de la investigación cuantitativa, no se buscan estadísticas para una generalización, por el contrario, todos los puntos de vista tienen valor, y la persona es considerada como un todo.

El método psicoanalítico se basa en la conjugación de contenido inconsciente que se da entre el discurso del paciente y la escucha del analista; para esto se sirve de varias constantes en el método, como lo son: la regla fundamental de la asociación libre, la atención parejamente flotante, neutralidad y abstinencia. Se da dentro de un marco llamado “Encuadre” donde se establecen los horarios de las sesiones, frecuencias por semana de las mismas, duración, honorarios y la posición para el análisis (diván o cara a cara).

Todas estas constantes en el método dan como resultado el proceso analítico, donde se trabaja mediante los siguientes elementos: la transferencia, la interpretación de las resistencias, intervenciones y elaboración del material concientizado. Es importante mencionar que los procedimientos que permiten la instauración de la intervención clínica se encuentran, entre otros: el método de la asociación libre, las diferentes formas de intervención del analista, donde las frecuencias, honorarios y el tiempo son incluidos en estas. De igual manera, se deben tomar en cuenta las condiciones institucionales, de ser así el caso.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004), en su Diccionario de Psicoanálisis, encontramos las siguientes definiciones para una mayor comprensión en cuanto a los elementos en la técnica psicoanalítica:

**Abstinencia:** Principio que señala que la cura analítica se debe dirigir sin satisfacer las demandas del paciente, de tal forma que encuentre el mínimo de satisfacciones sustitutivas de los síntomas.

**Asociación libre:** Método que se basa en expresar todo pensamiento que viene a la mente, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de forma espontánea o a partir de algo sugerido.

**Atención parejamente flotante:** De acuerdo con Freud, es como debe ser la escucha del analista hacia el paciente, sin conceder privilegios o dirigir la atención hacia a algún elemento del discurso de éste. Esto constituye la contrapartida de la regla fundamental de la asociación libre que se le propone al paciente.

**Elaboración:** Término propuesto por Freud para referirse al trabajo realizado por el aparato psíquico con miras a controlar las excitaciones que llegan e integrarlas al psiquismo estableciendo conexiones asociativas.

**Interpretación:** Deducción del contenido latente que aparece en el discurso del paciente y en su comportamiento, para darle sentido y comunicárselo al paciente con el objetivo de hacer accesible esta información para acercarse a la cura.

**Neutralidad:** Manera de actuar del analista donde se debe ser neutral en cuanto a religión, valores morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función a algún ideal del analista, absteniéndose de consejos; neutral con respecto a la transferencia “no entrar en el juego del paciente”; por último, neutral en cuanto a la selección de material del discurso del paciente, sin prejuicios teóricos.

**Transferencia:** Clásicamente, se refiere al terreno en el que se desarrolla la problemática de la cura psicoanalítica. Se trata de una repetición en la actualidad de los prototipos infantiles, donde se actualizan los deseos inconscientes en nuevos objetos.

## TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas de intervención dentro del estudio de caso psicoanalítico es la manera mediante la cual el analista obtiene información del paciente, y también es mediante este discurso que van adquiriendo sentido dentro del proceso analítico.

Éstas pueden organizarse en dos: Instrumentos para recabar información e Instrumentos de concientización. Dentro de las primeras podemos encontrar la ficha de identificación (datos generales como nombre, edad, sexo, ocupación, etc.), el discurso del paciente (mediante la asociación libre), preguntas sobre datos específicos y los registros de esta información en viñetas clínicas. Entre los instrumentos de concientización encontramos la interpretación, los señalamientos, la confrontación y la construcción.

A continuación se presentan las definiciones complementarias a este apartado, de acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004) y Horacio Etchegoyen (2010).

**Confrontación:** Consiste en mostrar al paciente dos cosas opuestas, con el objetivo de colocarlo frente a un dilema que pareciera contener una contradicción, es decir, poner frente a frente dos elementos contrastantes. (Etchegoyen, 2010)

**Construcción:** De acuerdo a las aportaciones de Freud, este término se utiliza para designar una elaboración del analista que es más extensa que la interpretación; está

destinada a reconstituir, tanto en aspectos fantaseados como los reales, una parte de la historia infantil del paciente. (Laplanche y Pontalis, 2004)

**Señalamiento:** Circunscribe un área de observación, llamando la atención del paciente para que observe y aporte más información respecto a un tema, señalando un hecho específico. (Etchegoyen, 2010)

## **CAPITULO 4**

## HISTORIAL CLÍNICO

La paciente llega a la primera entrevista de manera puntual, a finales de Mayo del 2011. Una mujer de edad aparente un poco menor a la señalada (46 años), estatura promedio, complexión delgada, cabello ondulado y abundante y poco arreglo personal. Con una mirada triste y una notable distracción, despertaba la sensación de que algo la consumía, inmersa en una tremenda confusión. Esto fue en la paciente algo recurrente; todo esto la caracterizaba de una manera muy peculiar.

En este primer encuentro me presento con *Roxana* e inicio la entrevista preguntándole qué la trae por aquí, a lo cual ella responde:

-...Perdí a mi hija hace 12 años. Estaba enferma de Leucemia y murió cuando tenía 11 años. La estaban tratando en la Ciudad de México, yo soy de allá, y cuando ya estaba muy mala, los doctores sugirieron que nos fuéramos a Estados Unidos a que la trataran allá, que tenían mejores aparatos, los cuales necesitaba mi hija. Al día siguiente de esta recomendación, empaqué una maleta para mí y una para cada uno de mis hijos y nos fuimos, sin despedirnos ni avisar a nadie, ni a mi familia, en ese momento solo pensaba en mi hija.

Estuvimos 4 años, mis hijos y yo hasta que, mi hija que era la mayor, María, murió después de dos trasplantes de médula.-Hace una pausa y continúa- Fue una etapa de mi vida muy dura, y ahora, en este momento de mi vida, siento un poco como me sentía en aquel entonces. Mis hijos, los dos más grandes, se van

a Alemania a un curso en el verano, consiguieron una beca y se van como 2 meses y medio. Y mi hija, Daniela, la más chica se quiere ir a estudiar el bachillerato a México, y vivir con su papá. Yo estoy divorciada desde hace casi 12 años y el papá de mis hijos sigue viviendo en México. Me preocupa mucho que ella se vaya para allá, solo tiene 16 años... Siento que mis hijos se van y me quedo sola, todavía no se van pero siento que ya no me dan ganas de hacer nada, ni de salir de la casa...

Como ella describe en esta presentación que hace de sí misma, es una mujer originaria de la capital del país, segunda hija de 3 en su familia (dos mujeres y el tercero, varón). Refiere haber crecido principalmente bajo el cuidado de su hermana, quien es solo unos años mayor, ya que sus padres se encontraban absorbidos por su trabajo. Catedráticos de una Universidad de prestigio en el país; su padre, matemático y su madre, normalista, quien después estudió Psicología, maestrías, diplomados y doctorado en la materia. Roxana menciona tener vagos recuerdos acerca de peleas constantes entre sus padres, sin embargo, pareciera que su hermana se encargaba de protegerlos (a ella y a su hermano) y tratar que se enteraran lo menos posible de estos problemas.

Cuando ingresa a la universidad, ésta quedaba retirada de su casa, por lo cual aceptó la oferta de unos tíos de irse a vivir con ellos, ya que la distancia era considerablemente menor. Al salirse de su casa, ella refiere haberse distanciado de su familia, quienes le reclamaban que no los visitara los fines de semana, ni los llamara por teléfono de vez en cuando. Se separó abruptamente de ellos y menciona que, por su parte, era como si hubieran desaparecido de su vida, no los extrañaba ni los tenía

presentes. Poco a poco fue recobrando la relación con sus hermanos, sin embargo, con sus padres seguía siendo distante, especialmente con la madre.

A los 21 años contrae nupcias con un extranjero, de origen sudamericano, a quien conoce en la facultad. Roxana describe esa relación como tormentosa, donde era frecuente la manipulación por parte de él, constantes devaluaciones y, en una ocasión, la violencia llegó a ser física. Al momento de llegar a consulta, tenía casi 12 años de estar divorciada y de estar trabajando en su propio negocio (sucursal de la empresa que tenía con su ex esposo en México).

Es madre de 4 hijos, la mayor murió a causa de leucemia a principios del año 1999. Desde los peores momentos de la enfermedad de su hija (últimos 4 años de vida), ella pasó sus días en el hospital, sin querer despegarse de su hija por temor a que falleciera en el momento que ella no estuviera. Por esta razón, ella refiere haber desatendido a sus hijos al punto de no saber quién se encargaba de darles de comer (había hecho amistad con los vecinos, sin embargo hasta el día de hoy, señala no tener la certeza de quién la apoyó cuidado a sus hijos ese tiempo). Su ex esposo, (en aquél entonces, marido) poco se hizo presente en esos 4 años que vivieron en los Estados Unidos.

La paciente refiere haber recibido “excusas” por parte de su esposo del porqué no podía acudir con su familia, especialmente en los momentos críticos de la enfermedad de su hija. Esto, aunado a problemas anteriores entre ellos, la llevaron a tomar la decisión de separarse de él. Al término del año escolar que cursaban sus hijos,

regresan al país, sin embargo, eligió otra ciudad para residir, con el pretexto ante su esposo de iniciar una nueva sucursal de su negocio, ahora en la Ciudad de Monterrey.

Emprendió su nuevo camino a esta ciudad, poniendo así distancia de por medio entre ella y su marido; al poco tiempo ella le pidió el divorcio. Durante un largo periodo de tiempo, salía muy poco de casa, lloraba mucho, no comía, dormía mucho y pasaba el tiempo viendo fotos de su hija y hablando de ella a sus hijos, incluso acostumbraba comprar un pastel y cantar las mañanitas en la fecha que cumpliría años. Esta situación causa en ellos un reclamo a su madre respecto a su falta de atención a los hijos que aún viven. Ahora, con la partida de su hija Daniela, la menor, hacia la ciudad de México, vuelve a comportarse de esta manera, depositando toda su atención hacia la hija que se va, con culpa excesiva de no haber sido una buena madre orillándola a separarse de ella.

Así mismo, se vuelca en actos sacrificiales y reparatorios para lograr ser esa madre que no ha podido ser. Regresa la ansiedad por salir de casa, disminución del interés en otras actividades, descuido del arreglo personal, poca disponibilidad psíquica para cuidar de sus hijos, pensamientos autodevaluadores, culpa y autorreproches. Por las características de la paciente, la sintomatología descrita y su discurso, da la impresión de ser una mujer con una estructura neurótica, con un cuadro melancólico.

## **ESTRUCTURA SUBJETIVA.**

Roxana creció en un ambiente familiar frío y distante, donde los padres se encontraban dedicados a su trabajo y no prestaban atención a sus hijos. Frecuentemente peleaban sin importarles que ellos estuvieran presentes, por lo cual la hermana mayor de la paciente procuraba alejar, a ella y a su hermano menor, de presenciar estos acontecimientos. La paciente refiere tener problemas para recordar el motivo de las peleas y discusiones, sin embargo menciona tener la sensación de que la relación entre sus padres era muy conflictiva y que habían muchos problemas en la familia.

Sus padres eran catedráticos en una Universidad y dedicaban la mayor parte de su tiempo a esto, sin embargo, su padre se enferma cuando ella tenía 15 años y cae en cama debido a una parálisis, viéndose obligado a dejar de trabajar. Esto hace que su madre tenga que trabajar aún más y comienza a estudiar programas de postgrado para estar mejor preparada y aspirar a un sueldo mayor, siendo esto una razón más para estar ausente en casa. Al año, sus padres se divorcian y su padre muere cuando ella tenía 18 años. Su padre poco había estado presente en su vida, lo señala como alguien distante y que, más bien, era indiferente en su vida. Sin embargo, desde su enfermedad pudo acercarse un poco más a él, razón por la cual Roxana menciona haber sentido más su pérdida.

Al poco tiempo es cuando ella decide tomar la oferta que le habían propuesto unos tíos, de irse a vivir a su casa, pues era cercana a la Universidad. En este tiempo, la paciente refiere haberse “olvidado” de su familia y, a pesar que seguía viviendo en la misma

ciudad que ellos, no regresaba a su casa en los fines de semana. Menciona no haberlos extrañado, ni pensado, como si se hubieran desvanecido en su mente y ella hubiera continuado haciendo su vida muy aparte de su familia. A esto, ellos le reclamaban su ausencia, especialmente sus hermanos, y era ahí cuando hacía conciencia del tiempo que había transcurrido sin contactarlos.

Su madre vuelve a casarse, sin embargo su relación continúa siendo igual para con ella. La nueva pareja de la madre es, nuevamente, una persona sin mucha relevancia para Roxana, manteniendo una relación cordial y distante. Al poco tiempo, la paciente es quien se casa y comienza así a formar su propia familia. Pronto queda embarazada de una niña quien se enferma en su infancia de Leucemia y muere a los 11 años, siendo, tanto la enfermedad como la muerte, factores determinantes para las condiciones de vida actual de la paciente.

Actualmente vive en la ciudad de Monterrey, con 2 de sus hijos (los dos de en medio, mujer y varón), su hija la menor vive en la Ciudad de México con su padre, y la paciente la visita con frecuencia (1 ó 2 veces al mes). Esto hace que mantenga contacto con su familia en la Ciudad de México, especialmente con su hermano, con quien señala tener mejor relación. Visita también a su madre, sin embargo señala tener poca conversación con ella y seguir sintiendo su relación fría y distante, a pesar de los intentos de su madre ahora por estar en contacto con ella.

Dentro del discurso de la paciente se pueden identificar varios lazos significativos en su vida, evidentemente determinados por la influencia que dejan en el imaginario de la

paciente. A mi juicio, dentro de estas personas se encuentra la madre, su ex esposo, su hija María, y su hija Daniela.

Para el mejor entendimiento de los objetos afectivos significativos en la vida de Roxana, se expone a continuación un breve familiograma, para después describir aquellas relaciones que cobran mayor relevancia en el discurso y análisis de la paciente.

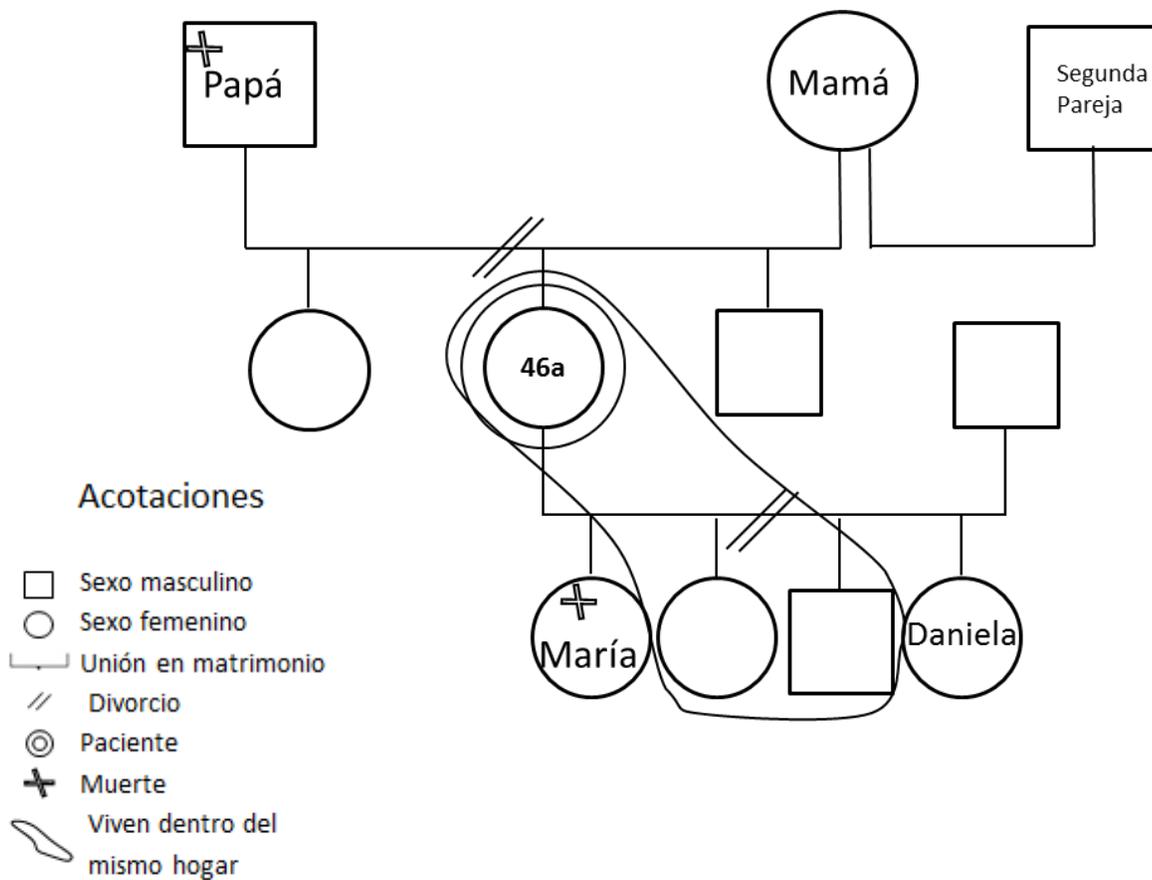


Fig.1. Familiograma

## ***LA MADRE***

La madre de la paciente se caracteriza por ser una mujer imperiosa, preocupada por su desarrollo y crecimiento profesional. Una mujer fálica y dominante en sus relaciones afectivas

En cuanto a sus hijos, se mantenía distante en afecto, sin embargo, para la educación se mostraba presente y rígida, siendo severa en los deberes que se tenían que cumplir, tanto en casa como en el ámbito escolar.

Llevaba una relación conflictiva con su esposo (padre de la paciente), situación que fue creciendo a medida que éste se enferma y en el progreso de su enfermedad. Esto la impulsa, todavía más, a interesarse en sus estudios y buscar un mejor trabajo, manteniéndose ocupada la mayor parte del día, incrementando también la ausencia para sus hijos. Se divorcia del padre de la paciente y tras su muerte, vuelve a contraer nupcias, siendo esta segunda pareja también devaluada por ella.

## ***EX ESPOSO***

La ex pareja de Roxana, originario de un país sudamericano, se distingue por su carácter explosivo y manipulador. Se vale de amenazas e intimidaciones para lograr obtener lo que desea. Estas amenazas, principalmente, se ven relacionadas con su poder económico, en cuanto a las obligaciones que le competen como padre, tales como la educación de sus hijos y su manutención. En repetidas ocasiones ha

expresado a sus hijos que si no hacen lo que él les dice, dejará de pagarles la escuela y amenaza con no dar el dinero de su manutención. De igual manera, les ofrece grandes lujos como recompensa por hacer lo que él desea.

Durante su matrimonio con la paciente se vio ausente en momentos cruciales para la familia, como lo fue la enfermedad y muerte de su primogénita. En este tiempo que Roxana estaba fuera del país, le pidió que le cediera, poco a poco, gran porcentaje de la empresa que comparten, a razón de que necesitaba ser socio mayoritario para arreglar problemas que habían surgido dentro de la misma. La paciente refiere esto como un engaño para dejarla ahora con un mínimo ingreso y echarle en cara que no puede ofrecer a sus hijos los mismos lujos que él, razón por la cual él sería el favorito.

A raíz de que su hija menor se fue a vivir con él, en ocasiones, aparenta haber cambiado y comienzan a tener una mejor relación con buena comunicación. Sin embargo, se ha visto que solo es otra manipulación para que la paciente acceda a hacerle un favor, para luego sacar ventaja de la situación. Esta situación llena de angustia a Roxana, ya que ha llegado a utilizar a su hija como medio de venganza hacia ella.

## **MARIA**

María es la primera hija de la paciente, quien nace a poco más de un año de la unión en matrimonio de la paciente con su ex esposo. En su infancia, a los 5 años, es

diagnosticada con Leucemia y es tratada en la Ciudad de México. Sin embargo, el cáncer en ella se tornó muy agresivo, por lo cual a la edad de 7 años ya no es posible para los médicos seguirla tratando con los recursos disponibles en el país y les recomiendan buscar una mejor ayuda en los Estados Unidos. Sin pensarlo, al día siguiente tomaron un vuelo y se mudaron, la paciente y sus hijos, a la ciudad recomendada.

Por 4 años, María estuvo en el hospital (entraba y salía según su estado de salud) y por este tiempo, la paciente no se despegaba de donde estuviera. En los momentos de internamiento, ella pasaba días enteros en el hospital, haciendo caso omiso a las invitaciones de las enfermeras de salir a tomar un poco de aire o ir a su casa a darse un baño. Temía que algo fuera a pasar en su ausencia y que a su regreso encontrara que su hija había fallecido. La paciente recuerda a su hija como una niña llena de alegría, optimismo y carácter fuerte. No dejaba que la enfermedad la limitara en exceso y continuaba disfrutando de los juegos y de compartir momentos con sus hermanos y compañeros de clase.

La muerte de María es algo indescriptible para Roxana, que sigue evocándose en cada separación que se presenta actualmente con sus hijos. Surgen nuevamente la angustia y depresión que la invaden al recordar ese sentimiento de abandono y soledad.

## ***DANIELA***

Daniela es la hija menor de la paciente, quien apenas alcanzaba el año de edad cuando se fueron a vivir a Estados Unidos. Ahora, de 16 años, a razón de buscar un

bachillerato de su preferencia, decide irse a la Ciudad de México y vivir con su padre. Daniela es una joven de carácter vivaz, quien busca la manera de obtener lo que se propone. Soñadora y temeraria a la vez, lo cual hace que la paciente se preocupe, ya que vive sin pensar en las consecuencias, ni medir los peligros de sus actos.

Vive actualmente en una de las dos casas de su padre en la Ciudad de México, sin embargo, frecuentemente se queda sin supervisión adulta, ya que su padre, para su facilidad, habita una u otra casa (diferentes zonas) dependiendo de los negocios que tenga en el día y de las distancias que tenga que recorrer. En ocasiones, la pareja del padre se queda en la casa donde vive Daniela, suscitando oportunidad para iniciar una pelea entre las dos. Ella señala que Daniela es muy grosera y aprovecha cualquier ocasión para insultarla y agredirla verbalmente.

Cuenta con el apoyo económico del padre, aun cuando él esté de viaje, pues tiene acceso a tarjetas de crédito sin algún tipo de restricción. En cuanto a los límites, poco son impuestos, sin embargo, tiende a no respetarlos cuando estos tratan de establecerse.

Daniela es quien constantemente hacía reclamos a su madre cuando no prestaba atención a sus hijos por seguir llorando la muerte de María. Estando lejos de su madre, ella la buscaba constantemente por teléfono, sin embargo Roxana poco se encontraba disponible. A partir de esto Daniela comenzó a mostrarse no disponible para la paciente y nuevamente comienza la preocupación por parte de Roxana.

## **EVENTOS TRAUMÁTICOS**

Dentro de los eventos traumáticos encontrados en el discurso de la paciente, podemos encontrar varias pérdidas y ausencias que han tenido gran influencia para la estructuración de un cuadro melancólico en Roxana. Entre ellos podemos nombrar la ausencia de las figuras parentales en su infancia/adolescencia, divorcio de los padres, muerte de su padre, separación de su familia cuando se muda con sus tíos, muerte de su hija María, separación y divorcio de su pareja y separación de su hija Daniela a causa de cambio de locación.

## **ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA**

La vivencia de la trama edípica en Roxana se ve marcada por parte de la madre por la ausencia y distante relación que establece con ella, vinculándose de este modo desde el punto del deber en tanto a la educación, apareciendo como dominante en sus relaciones, separando el afecto maternal. No es posible una identificación sana con la madre, sino que se logra una mimetización con el fin de poseer ese objeto que no se pudo acceder.

Por otro lado el padre, ausente a su vez, pero al mismo tiempo rebasado por la madre, devaluándolo, especialmente cuando cae enfermo. De igual manera, el tipo de vínculo que hace con su padre puede restablecerlo en sus últimos años de vida, logrando la identificación con la parte devaluada en la relación de pareja.

En su vida adulta, establece solo una relación de pareja, la cual termina en divorcio, sin embargo sigue siendo dominada y devaluada por éste, sometiéndose a sus demandas.

En sus vínculos afectivos se presenta como una mujer sumisa, en un rol pasivo donde no logra posicionarse, como si no fuera digna de hacer valer sus demandas o deseos.

## **CONSTRUCCIÓN DEL CASO**

Este apartado tiene como finalidad brindar al lector una panorámica general de diferentes tiempos que se vieron marcados en el proceso terapéutico de la paciente, tales como la problemática inicial con la que comienza el tratamiento, los cambios que se fueron suscitando en el paciente, debido a las intervenciones y trabajo analítico, y los beneficios a la salud psíquica del paciente durante el proceso.

Al hacer este recorrido por el proceso terapéutico llevado con la paciente, se irá conjugando la teoría correspondiente para dar respuesta a los objetivos antes planteados.

Brown, sociólogo inglés, en su libro *The Social Originis of Depression* (1978), explica un estudio que realizó sobre la relación entre personalidades depresivas y alguna pérdida. Entre las variables a estudiar, tomaron en cuenta sucesos tanto anteriores como recientes, donde se estudiaba el papel de los hechos recientes en la vida del sujeto entrelazándolos con alguna pérdida sufrida en la niñez para originar melancolía en el sujeto.

En este estudio de caso, como se menciona en un inicio, el objetivo general es analizar la ausencia de las figuras parentales y sus vicisitudes en la estructuración de un cuadro melancólico. Como dice Freud en su Manuscrito G (1895), el afecto correspondiente a la melancolía es el duelo, es decir, la esperanza de aquello que se ha perdido.

A continuación se muestran diversas categorías en las cuales se ha dividido el caso para una mejor comprensión y un mayor énfasis en el objetivo de la investigación.

## **1. “LA MADRE MUERTA”**

Quisiera comenzar esta categoría haciendo referencia al artículo de Green que lleva este mismo nombre. En este escrito Green se enfoca en desarrollar un factor determinante para la estructuración del sujeto: la relación con el primer objeto, en relación con la pérdida de éste. Como bien él lo señala, hay diferentes implicaciones en cuanto a la muerte real de la madre donde la realidad se impone en la elaboración de este duelo, a la ausencia por propia elección a la ocupación de su rol. ¿Qué sucede cuando este primer objeto está ahí, sin estar? Es observado como inalcanzable e indispuesto a cubrir sus necesidades de las cuales se depende. “La madre está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida” (Green, 1980).

Como se ha mencionado en el historial clínico de la paciente, la relación que lleva con su madre se ha caracterizado por ser distante, ya que siempre ha habido un desligamiento por parte de su madre para asumir su rol como tal, quedando atravesada su relación siempre por algo más. La primera vez que ella habla sobre la relación con su madre fue a través de su relación con su hermana.

### **Sesión 9/08/11**

**Paciente.** La paciente menciona que su hermana sigue muy pegada a su madre, a diferencia de ella. Le llama la atención pues recuerda que su hermana siempre había sido muy fuerte, cuidadora de ella y su hermano. Era ella quien los cuidaba y protegía de las peleas constantes de sus padres y otros problemas que se imagina que había entre ellos. No recuerda bien.

Menciona que la relación con sus padres era distante. Los dos eran maestros, en la UNAM su padre, matemático y su madre normalista, que después estudio psicología, maestrías, doctorado, diplomados y se mantenía muy ocupada. Su padre se enfermó y tuvo que dejar de trabajar, por esta razón su mamá se volvió más ocupada y distante.

Poco fue el relato en relación a sus padres, característico de cada vez que los mencionaba, dando la impresión de no tener mucho que hablar, que decir en relación a ellos, aparte de su distante relación.

### **Sesión 15/11/11**

**Paciente.** La paciente, hablando de los problemas en su familia, menciona que entre ella y su esposo permitieron que pasaran y que era culpa de los dos; que

los problemas venían desde mucho tiempo atrás, pues habían fomentado un mal ambiente familiar y la exposición a violencia...

**Terapeuta.** Le señalé que coincidía con ella de que esta situación venía desde antes, incluso antes de lo que ella se refiere, donde se dificulta la relación madre-hija, y que tiene que ver con su propia relación con su madre y ella como hija. Le menciono que recordaba que en una sesión había mencionado que era una relación difícil y le digo que es importante hablar también de ello.

**Paciente.** Ella menciona que siempre ha percibido a su madre como distante, fría, que no estaba presente. Refiere hablar con ella frecuentemente por teléfono, platicar cuando se ven, pero de una manera que se siente lejos. Señala que cuando le deja un mensaje, su madre le dice “hija” y eso lo siente tan ajeno, como si no fuera para ella. Pues escuchando otras conversaciones entre madre e hija, escucha que las madres se refieren a sus hijas con su nombre o algún apodo de cariño, sin embargo el término “hija” habla solamente de un lugar, de un rol en la familia que, además, no siente que sea suyo.

En la vida psíquica del sujeto, la ausencia de la investidura de la madre es vivida por éste como una catástrofe. Se experimenta una desilusión por la pérdida del amor al saber que no se puede acceder al objeto. “Cada vez que la madre no está enteramente presente y que la investidura que hace del hijo no es total ni absoluta, al menos en la ilusión que este tiene hacia ella, se puede llamar pérdida del objeto.” (Green, 1980)

En estos fragmentos de viñetas se sintetiza el imaginario de la paciente en cuanto a la posición que ella ocupa en relación con su madre. El escuchar “hija” no suena a algo “ajeno”, se dificulta asumir el lugar de hija cuando a la misma madre se le ha dificultado asumir su lugar a la vez. *¿Cómo será acceder el lugar de madre, ser madre para sus hijos, cuando el mismo rol de hija se sigue viviendo de esta manera?* “El pecho introducido con odio, y por ello vivido como destructivo, se convierte en el prototipo de todos los malos objetos internos, impulsa al yo a una mayor disociación y deviene el representante interno del instinto de muerte”. (Klein, en “Sobre la identificación”, 1955). Grinberg, en “Culpa y Depresión” (1983) cita a Freud en “El malestar y la cultura” y señala lo siguiente: “Cuando un impulso instintivo sufre la represión, sus elementos libidinales se convierten en síntomas y sus componentes agresivos en sentimientos de culpa”.

## **2. “LA ENFERMEDAD DE SU HIJA, SU ENFERMEDAD COMO MADRE”**

En el transcurso de las primeras sesiones, la paciente comenzó a relatar más a detalle ese sentimiento constante de pérdida que la inundaba (refiriéndose a la separación de sus hijos) y una gran dificultad para comunicarse y tener una buena relación con ellos. Cuando le pregunto a qué le atribuye esta dificultad para mantener una relación con sus hijos, responde que cree que fue a partir de la enfermedad de su hija y comienza a narrar su situación en ese entonces.

### **Sesión 24/05/11**

**Paciente.** La paciente refiere que la enfermedad de su hija le representó muchas dificultades. Vivían en la Ciudad de México, sin embargo tuvo que irse a Estados Unidos, para que su hija recibiera una mejor atención médica, junto con sus 4 hijos. Su esposo decidió que era mejor que él se quedara en México; les reserva vuelos para el día siguiente después que el doctor en México lo sugiere, por lo cual no logra despedirse de su familia en México. Empacan solamente una maleta cada uno y se van del país.

Es importante destacar que esta manera de irse tan abrupta es parte de la dinámica de Roxana. Durante el tratamiento se observó que cada vez que se topaba con una situación que la rebasaba, hallaba su respuesta en huir. Por esta razón, Roxana se encontraba en constante movimiento, ya sea de lugar de residencia, como en las actividades de la vida diaria.

### **Sesión 4/06/11**

**Paciente.** La paciente señala que eran tiempos muy difíciles para ella, pues no solo estaba enfrentando la grave enfermedad de su hija, sino que lo estaba haciendo sola; el apoyo emocional por parte de su esposo cada vez era menor, al igual que su presencia en donde vivían, solo se limitaba al apoyo económico.

Respecto al cuidado de sus hijos, acepta no haber estado al tanto, al grado de no saber quién les daba de comer, ni quién se hacía cargo de ellos, mientras estaba en el hospital con su hija, donde pasaba días enteros sin regresar a su casa. Ella supone que entre sus vecinos, con quienes había hecho amistad, se

repartían la tarea de cuidarlos por ella. Cada vez su presencia en casa era menor, le aterraba la idea de salir del hospital y que su hija María pudiera morir en ese momento. Después de la muerte de su hija, ella dormía todo el tiempo, lloraba constantemente e incluso, recurría a sus hijos para decirles lo triste que estaba. Termina el ciclo escolar en Estados Unidos y se mudan nuevamente, y al igual que cuando se fue de México, esta vez lo vuelve a hacer de una manera repentina, sin despedirse de la gente que frecuentaba en aquella ciudad. Al estar recordando esto, Roxana refiere sentirse ahora culpable de no haberse despedido, ya que sus vecinos y amistades fueron un gran apoyo para ella cuando su hija estaba en el hospital.

**Terapeuta.** Le pregunto la razón por la cual ella cree que se fue de esa manera tan repentina, al igual que lo hizo cuando se fue de México para Estados Unidos.

**Paciente.** Responde que era un tiempo en donde ella no podía ver a nadie, se le dificultaba mucho hacer frente a las personas y a lo que tuvieran que decir. Menciona incluso haber tenido su visa vencida por 10 años, sin ánimos de volver a renovarla, ahora ya lo hizo.

Cuando Roxana habla de la muerte de su hija, hace siempre la aclaración: “mi hija, la mayor” y me parece un punto importante a resaltar, pues fue con el nacimiento de María que ella se convierte en madre. Su discurso apuntaba a que de la misma manera en cómo iba muriendo su hija, iba muriendo en ella este deseo de ser madre; sin embargo estaban sus otros 3 hijos.

## **Sesión 28/06/11**

**Terapeuta.** Retomo una parte de su discurso en una sesión anterior donde ella mencionaba que sus hijos llevan casi todas responsabilidades en la casa, y ella, en ocasiones, les cocina. Y junto con esto le señalo que así como con el nacimiento de María se había hecho madre, pareciera que con su muerte, hubiera muerto una parte de su deseo de seguir siendo madre para sus otros 3 hijos.

**Paciente.** Pareciera haberle hecho sentido y asiente, llorando. Tras una larga pausa menciona que sus momentos más felices durante varios años, eran cuando revisaba fotos de María. Incluso, en la fecha que sería su cumpleaños, acostumbraba comprar un pastel y ponerlo en la mesa junto a una fotografía suya. Se reunía con sus hijos y junto con ella le cantaran las mañanitas. Sus hijos constantemente se quejaban de esta situación, y en una ocasión le reclamaron su ausencia diciéndole que debería prestar más atención a sus hijos, quienes todavía están vivos. Roxana señala que esto lo hacía con la finalidad de que sus hijos no olvidaran a su hermana. Sin embargo poco a poco dejó de hacerlo.

En la categoría anterior menciono una interrogante que se deriva de la relación de Roxana con su madre, y el papel que ocupa. Klein (1955) menciona que el mundo interno consiste en los objetos internalizados, siendo el primero la madre. La relación

entre estas figuras internalizadas y el yo, tienden a ser vividas como hostiles y peligrosas, cuando han predominado las malas experiencias de fuentes externas.

En estos extractos del tratamiento, donde la paciente se describe como madre, se pueden observar diversas dificultades con las que ella se topa a partir de dos factores determinantes: la identificación inconsciente con la madre muerta (Green, 1980) y el duelo por la pérdida de su primogénita, quien le otorgó el asumir el papel de madre. En las dos situaciones encontramos un duelo por el objeto perdido, donde al no poder tener el objeto, se mimetiza convirtiéndose en él mismo.

Para Roxana se vuelve cada vez más difícil poder sostenerse en este lugar, y es que pareciera que se embarca en una gran batalla cada vez que se enfrenta a una nueva separación, y en esta batalla lejos de salir victoriosa, siguen haciéndose presentes los objetos antes perdidos, perdiendo cada vez más una parte de ella.

### **3. “La partida de Daniela”**

Junto con la llegada del verano, se acercaba la fecha en que Daniela, quien es la hija más pequeña de Roxana, partiría a vivir a la Ciudad de México. Esta situación causaba en Roxana mucha angustia.

#### ***Sesión 5/07 /11***

***Paciente.*** Ella señala que le aterraba la idea de que su hija, siendo tan pequeña, se fuera a otro lugar a vivir separada de ella.

**Terapeuta.** Le pregunto cuál es la razón por la cual su hija decide irse ahora con su papá.

**Paciente.** A manera muy racional, que la opción del Bachillerato Internacional que ella busca no se encuentra aquí, sino solamente en la Ciudad de México.

Sin embargo hay algo en su gesto que muestra incredulidad hacia su propia respuesta y, después de una larga pausa dice:

**Paciente.** La verdad yo creo que es por mí, creo que se quiere alejar de mí porque yo no he estado para mis hijos como debí. Después de la muerte de María pasé mucho tiempo encerrada en mi mundo. Ahora ya no, ya procuro estar más al pendiente de ellos, aunque yo trabajo también, pero creo que ella tiene mucho resentimiento de antes.

### **Sesión 23/08/11**

**Paciente.** Señala que desde que Daniela se fue con su papa intentaba marcarle todos los días, luego cada dos... “y a veces quiero marcarle y se me pasa y se me pasa y cuando me doy cuenta ya paso una semana que no hablo con ella. Y le marco y ella me dice “mamá ¿por qué no me has hablado?” y le digo que es porque se me pasa y me dice “¿En toda la semana se te paso?” y se molesta mucho conmigo”.

**Terapeuta.** Estos periodos que la paciente pasaba sin llamar a su hija me llevaron a pensar en aquella vez que mencionaba ver las fotos de María y celebrar sus cumpleaños a razón de que “sus hijos no olvidaran a su hermana”.

Le comento la relación que pareciera haber en este “olvidar” a las personas cuando se van, cuando ya no están físicamente presentes, que pareciera que se esfumaran para ella.

**Paciente.** Sí, antes hasta misas le hacíamos a María, y ahora no puedo recordar bien ni la fecha en que murió.

**Terapeuta.** Le cuestiono si será más fácil olvidar a enfrentar esas separaciones, pretender que nada ha pasado. Sin embargo, ese pretender no quita el hecho de lo que en realidad sucede, del dolor que causan las pérdidas y separaciones y para poder afrontarlas, hay primero que darle lugar a esos duelos que se han vivido.

Algunos sentimientos depresivos llegan a su culminación alrededor de la etapa del destete. El objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho ha de representar para el niño: amor, bondad, seguridad. A raíz de esto, el niño siente que lo ha perdido y supone que esta pérdida es debida a su gran voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho materno. El círculo de los objetos atacados en la fantasía se amplía a padres y hermanos (y en este caso podemos ver hasta en los hijos). (Melanie Klein en Grinberg, 1983)

### **Sesión 11/10/11**

**Paciente.** Roxana refiere que fue un fin de semana de mucha angustia pues no supo nada de su hija. Le llamaba y no contestaba el celular, le marcaba a su ex-esposo y no sabía dónde estaba, ni sus tías tampoco.

**Terapeuta.** Le pregunto qué sintió al no poder localizar a su hija.

**Paciente.** Ella responde que mucha angustia, no sabía que hacer pues no la encontraba por ningún lado, nadie sabía de ella. Hace una pausa y dice (en tono molesto) que su papá nunca sabe nada de ella, y cuando ella le marcó para buscarla él se molesta y le dice que para qué le marca a él, que mejor siga intentando en su celular hasta que la encuentre.

**Terapeuta.** Le pregunto cómo fue que pudo localizarla.

**Paciente.** Señala que sólo hasta que Daniela le marcó, cuando terminó el fin de semana. Se fue el fin de semana a casa de una amiga suya y dijo no traer su celular. Sin embargo, refiere que van varias ocasiones donde no la puede localizar, ya que ella no quiere contestarle el teléfono. Se arrepiente de haberla dejado ir a México, pues está muy chica todavía, no mide las consecuencias de sus actos y no hay alguien que vea por ella, que la cuide, ya que su papá no se hace responsable.

Esta situación de angustia se vuelve algo muy constante en el discurso de Roxana, ya que se culpa por haber “orillado” a Daniela a irse lejos de ella, al no haber estado presente en sus cuidados, desde su infancia hasta ahorita.

“El duelo es un largo proceso que se inicia en el momento mismo de la pérdida, y en el que el Yo adquiere un papel fundamental. Incluye distintos aspectos: el duelo por el objeto mismo, y el duelo por las partes del Yo en él depositadas, procesos que se realizan simultáneamente.” (Grinberg, 1983). Klein, en Amor, Culpa y Reparación, señala que al tener un hijo, la mujer deposita sobre él los deseos inconscientes de muerte que en la infancia sintió hacia su madre. Si a raíz de problemas sin resolver en

el pasado, la madre se siente en exceso culpable en relación con el hijo, puede necesitar su amor tan intensamente que es posible que use varios recursos para mantenerlo cerca de ella. Y en este caso podemos observar, que es hasta que Roxana se siente realmente culpable por esta partida de Daniela, que intenta mantener un contacto frecuente con ella.

Como Winnicott lo señala en “Agresión, culpa y reparación” en *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista (1986)*, es fácil llegar a la destructividad al ser vinculada con la frustración, sin embargo, lo que es difícil es asumir la responsabilidad por la destrucción que hemos causado. Empero, pareciera que Roxana comenzaba a acercarse a esto.

#### 4. “El retorno a Roxana”

La partida de Daniela parecía removerle muchas cosas, en tanto a ella como madre así como ella como hija. Al estar Daniela viviendo en el lugar de la paciente había nacido y crecido, la hacía convivir y revivir su pasado.

#### **Sesión 29/11/11**

**Paciente.** Menciona que la sesión pasada se quedó pensando acerca sus hijos pues ya están grandes, son independientes, y ahora siente que están al pendiente de ella, se preocupan, “mamá ¿cómo estás?, mamá sal, distráete”

como si los papeles estuvieran invertidos y no le gusta esto que ve, no es lo que quiere.

**Terapeuta.** Le pregunto qué es lo ella quisiera.

**Paciente.** Ella responde “mi familia...tener una familia...porque ahorita siento que la perdí”. Menciona que todo el tiempo que su hija estuvo en el hospital ella no salió de ahí, nunca estuvo con sus hijos, y cree que ellos han sentido ese abandono. Incluso menciona que creo que esa es la razón por la cual Daniela está con su papá, para no estar con ella y no verla decaída, “que no estoy para ellos...pero no es porque no quiera, simplemente como que me voy, no estoy con ellos, por eso mis hijos son independientes porque ni su papá ni yo hemos estado ahí, y no es fácil para mi estar sola acá con ellos, pero tampoco he querido aceptar esa responsabilidad”.

**Terapeuta.** Le cuestiono a qué se refiere con “esa responsabilidad”. “¿De ser madre?”.

**Paciente.** Sí, desde que me vine para acá estoy sola y es difícil, sigo sintiendo esa angustia como cuando estaba allá en el hospital, no quería salir del cuarto, y ahora tampoco quiero salir de la casa.

### **Sesión 07/02/12**

**Paciente.** Alejandra comenzó a tener problemas emocionales y decidió acudir a un psiquiatra, sin comunicarle a Roxana. Le diagnosticaron Depresión y le

dieron medicamento. Roxana comenzó a notar un comportamiento diferente en su hija y, al preguntarle, le contó a su madre lo ocurrido.

**Terapeuta.** Le pregunto por qué cree que prefirió ir sola.

**Paciente.** Roxana señala que fue algo que le impactó mucho, pues por lo general con Alejandra había estado teniendo mejor comunicación. Le hizo saber a su hija que tendría todo su apoyo y que ella estaría ahí para lo que necesitara.

A partir de este momento hay un cambio en Roxana, sin embargo ella pareciera no haberlo notado en un inicio.

### **Sesión 06/03/12**

**Paciente.** La paciente habla de que se ha sentido mejor últimamente, ha hecho cambios en algunos de sus hábitos, ha incluido el ejercicio a su rutina. Menciona también que hubo un día en especial que le gustó mucho, ya que se fue la luz en su casa y eso los obligo a convivir más, (ella y sus hijos). Ellos le comentaron que la notan diferente, pues ahora se va más tarde al trabajo, los ayuda a recoger un poco sus cuartos y se hace tiempo para comer con ellos por la tarde.

**Terapeuta.** Le señalo que estas actividades que empieza a incorporar en su rutina son lo que se espera normalmente de una madre y cómo ahora ya puede darse ese lugar a diferencia de antes y a sus hijos les manda un mensaje

diferente al que habían estado recibiendo anteriormente, de que ahora su madre se hace presente.

**Paciente.** Se muestra emocionada y sorprendida.

Winnicott (1986), hace un señalamiento que me parece pertinente para este apartado. Menciona que el significado de “sentimiento de culpa” tiene dos variables, la destructividad y la actividad constructiva. Que es lo que Roxana comienza a hacer en este punto del análisis. Aquello que descuidaba y agredía, como lo es el vínculo con sus hijos, llega a hacerse responsable de esa culpa de destrucción hacia el objeto. Sin embargo, como bien señalan varios autores, el sentimiento de culpa puede ser indicador de un buen desarrollo, pues ahora el sujeto se ocupa de reparar aquello que daño, de lo que se es culpable. Inicia una actividad a la construcción de este vínculo.

## 5. “UNA ÚLTIMA ESCAPADA”

Como se había mencionado anteriormente, parte de la dinámica particular de Roxana, era huir, alejarse de manera drástica de aquella situación que se le presentara y no supiera hacerle frente. A continuación se presentan las ocasiones identificadas en la vida de Roxana donde su manera de irse es repentina y sin voltear la vista atrás.

- Cuando se va a casa de sus tíos en la Universidad; no regresa a visitarlos ni les llama por teléfono hasta que ellos lo hacen

- Cuando se va a vivir a Estados Unidos, lo hace en un solo día y no avisa a nadie de su familia, hasta que ya está viviendo en otro país.
- Cuando regresa a México, no se despide ni agradece a las personas que la apoyaron en el cuidado de sus hijos mientras ella estaba en el hospital. En este caso, tarda 10 años en renovar la visa para entrar a Estados Unidos.

### **Sesión 20/03/12**

**Paciente.** Roxana comienza a pensar en pelear por la parte de la empresa que le corresponde. Pues cada vez sus ganancias son menores y ella invirtió mucho tiempo en formarla y hacer que crezca cada vez más. Sin embargo, piensa también en las complicaciones que tendría en pelear contra su ex esposo, y menciona que cree que la mejor solución es abandonar la empresa y empezar en otro lado desde cero.

**Terapeuta.** Le señalo que su solución nuevamente sería huir de aquello que le representa un conflicto.

**Paciente.** Ella parece sorprendida ante esto y en su gesto parece confundida.

**Terapeuta.** Le recuerdo las veces que ha huido, cuando se va a casa de sus tíos, cuando se va a Estados Unidos, cuando llega a Monterrey, y le digo que en todas esas ocasiones ha sido comenzar de cero, dejando todo atrás. Sin embargo, los conflictos no se quedan atrás, se van arrastrando; no desaparecen, sino que se vienen cargando.

**Paciente.** Después de un largo silencio, rompe en llanto y menciona que muchas veces le es difícil hacerle frente a las situaciones, sobre todo cuando involucran a su ex esposo y se cuestiona cómo pudo compartir tanto tiempo con una persona así.

Parecía todo ir marchando bien, cuando el trabajo regresó a ser una justificación, y comenzó así a faltar al tratamiento. En la primera ocasión, a su regreso, se mostraba muy angustiada, pues su hija Alejandra se había puesto grave y los análisis arrojaron “Anemia”. Este resultado alteró a Roxana, pues la anemia es antesala de la leucemia, enfermedad de la cual murió María. Describe haber experimentado un sinfín de sensaciones al estar nuevamente en un hospital, ante una enfermedad similar.

Nuevamente vuelven las ausencias, esta vez sin un regreso. Emprende otra huida al enfrentar una situación que la toma por sorpresa; poniendo en juego los logros obtenidos en el año de tratamiento. Sin embargo, hay un cambio en esta ocasión, no es igual a todas las demás: después de varias semanas ella se pone en contacto para dar una explicación a su partida, llama para disculparse por haberse ausentado. Menciona que ahora fue ella la que enfermó, de un riñón y se le complicó con una infección, por lo cual estuvo internada varios días. Y aunque ahora se encontraba ya bien de salud, el trabajo se había acumulado y le era imposible saber cuándo podría regresar al tratamiento. Como bien Freud menciona, “Negar algo en el juicio quiere decir, en el fondo, «Eso es algo que yo preferiría reprimir»”. (La negación, 1925).

En esta llamada le hago saber que aun cuando hubieron progresos, quedan cosas pendientes por trabajar, y sabía dónde encontrarme cuando ella estuviera lista para volver.

## **CAPITULO 5**

## CONCLUSIONES Y DISCUSION

### SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las categorías seleccionadas para la descripción de este caso, son precisamente aquellas que marcan momentos críticos tanto en la vida como en el tratamiento de la paciente, así como en las relaciones que ella establece.

Cuando llega por primera vez, la paciente, parecía desmoronarse a raíz de la simple idea de afrontar otra separación con sus hijos, aun cuando solo fuera por unos meses. Dentro de su historia, como se vio desplegada en el transcurso de este escrito, se ha topado con varias separaciones y pérdidas, de las cuales los duelos siguen sin resolverse y en cada nueva separación se ven removidos nuevamente.

La dinámica de la paciente consistía, en un inicio del tratamiento, en constantes llegadas tarde, olvidos de sus actividades, las cuales cada vez eran más y continuamente se encontraba sumergida en ellas, pudiendo así distraer su atención en ellas, en lugar de lo que le aquejaba. Poco a poco fue fijándose horarios y respetándolos, tanto en sus actividades laborales, como las recreativas (que al principio estas no aparecían), incluyendo así tiempo para convivir con sus hijos y tiempo para disfrutar ella sola actividades que por muchos años no había considerado.

De igual manera pudo identificar aquellos actos, los cuales le hacían tener una relación difícil con sus hijos, donde había poca convivencia y comunicación. Aquellas situaciones le causaban grandes sentimientos de culpa, a lo que ella respondía de manera absoluta,

creyendo tener que sacrificarse para poder reparar esas relaciones. Sin embargo, pudo ir marcando ciertos límites, encontrando así la reparación de ciertas relaciones. Ante situaciones difíciles que nuevamente se hacen presentes, abandona el tratamiento.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES**

Los elementos más significativos de la intervención clínica fueron aquellos en donde se hacía alusión a la identificación con ese primer objeto perdido, debido a una madre ausente. Este hecho marcaba en su historia el inicio de un camino de duelos no resueltos, causantes de la melancolía que presentaba la paciente. Como hecho estructurante de la personalidad, la relación con el primer objeto fue determinante la relación que tiene con la madre, la cual es vivida por la paciente de la misma manera hasta hoy en día.

En ese caminar y topar con pérdidas y separaciones, se vuelve para la paciente algo recurrente y difícil de afrontar, por lo cual tendía a la huida acompañada de la negación de los hechos para pretender no haber experimentado estas pérdidas. Sin embargo, cada separación iba acrecentando en ella esa carga que llevaba, haciéndole más difícil su andar. El trabajo con esta paciente fue particularmente interesante, debido a su gran capacidad de introspección. Me parece que debido a que el área de estudio de su madre es precisamente la psicología, la paciente se encontraba familiarizada con algunos términos, los cuales empleaba en su vocabulario, y parecía un tanto sensibilizada al trabajo que se hace en un proceso terapéutico. La paciente, aun cuando se mostraba resistente al tratamiento (como cualquier Yo que se resiste), cada sesión estaba cargada de material y ella se encontraba en disposición de analizar.

Creo que el trabajo analítico realizado con la paciente muestra los pequeños avances que se iban estableciendo en la vida psíquica de Roxana, logrando hacer modificaciones tanto en su posicionamiento como madre, como en la relación que puede establecer con sus hijos. Un hecho que indica también el progreso, es esa llamada que hace al abandonar su tratamiento. Debido a las dificultades personales que enfrenta en ese momento, se le imposibilita seguir “escarbando” en ellas. Acostumbrada a irse sin volver la vista atrás, sin despedirse o dar razón alguna de su partida, esta vez ella toma la iniciativa y hace contacto para poder dar conclusión a un periodo de su vida que fue el tratamiento.

Ahora, al final de la maestría y al revisar este caso desde sus inicios, puedo ver también mi evolución como analista en formación, reconociendo así, áreas de oportunidad en mi trabajo en este caso, llevándome un mayor conocimiento, no solo en la parte teórica, sino también de la intervención clínica realizada y la no realizada también.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, B. (2011) “La posición depresiva”, en *Desde el Jardín de Freud*. Revista de Psicoanálisis. No. 11 Enero-Diciembre 2011, Bogotá. ISSN:1657-3986, pp.77-92 en: [www.revista.unal.edu.co/index.php/jardin/article/download/.../27494](http://www.revista.unal.edu.co/index.php/jardin/article/download/.../27494)
- Brown, G.W. y Harris, T. (2001) “The Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women” (1978). Londres: ROUTLEDGE
- Domínguez, V. (1991) “Sobre la Melancolía en Hipócrates”, en *Psicothema*, año/vol. 3, número 001, Universidad de Oviedo, España. Pp.259-267  
ISSN: 1886-144X en: [www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72703119&iCveNum=5126](http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72703119&iCveNum=5126)
- Etchegoyen, H. (2010) “Los fundamentos de la técnica psicoanalítica”. Argentina: Amorrortu.
- Fenichel, O. (2005) “Teoría psicoanalítica de las neurosis” (1945) México: Paidós.
- Ferrandez, M. (2006) “Psicodinamia del episodio melancólico agudo: La teoría clásica de Abraham” *Informaciones Psiquiátricas- Tercer trimestre 2006*. Número 185. Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. Del Carmen. España. En: [www.revistahospitalarias.org/info\\_2006/03\\_185\\_01.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/03_185_01.htm)
- Freud, S. (2006) “Duelo y Melancolía” (1917). En *Obras Completas Vol. XIV*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1990) “Manuscrito G” (1895). En *Cartas A Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2006) “La negación” (1925). En Obras Completas Vol. XIX. Argentina: Amorrortu.
- Green, A. (1983) “La madre muerta” (1980) en Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grinberg, L. (1983) “Culpa y depression”. Madrid: Alianza Editorial
- Kiblansky, R., Panofsky, E., Salx, F. (1964) “Saturn and melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy Religion and Art” Londres: Klaus Reprint.
- Klein, M. (1990) “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos” (1935) en Obras Completas Vol. 1. España: Paidós.
- Klein, M. (1990) “Amor, culpa y reparación” (1937) en Obras Completas Vol. 1. España: Paidós.
- Klein, M. (1990) “Sobre la identificación” (1955) en Obras Completas Vol. 1. España: Paidós.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (2004) Diccionario de Psicoanálisis. Argentina: Paidós.
- Ortiz, F. (2004) “Diccionario de metodología de la investigación científica” México: Limusa.
- Winnicott, D. (1993) “El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista” (1986). Buenos Aires: Paidós.

**\* *El modelo de presentación del caso clínico tiene fue tomado de:***

- Winnicott, D. (1992) “Sostén e Interpretación. Fragmento de un análisis.” (1986). Buenos Aires: Paidós.