

VÉRTICEK

MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS



Vol. 4

No. 1

psicoanálisis

enero 2025

// Desarrollo Psicoafectivo del Anciano. El modelo Cicerón y el complejo de Benjamin Button
// Fragmentación de la mente: trauma, disociación e histeria
// La vergüenza de ser un bebé no deseado
// Que tu mente inunde la mía. El proceso relacional para imaginar la vida después del trauma
// La envidia, el fratricidio y otros demonios. ¿Qué paso con Baby Jean?

contacto

Salomé Piña 51, Col San
José Insurgentes
www.centrok.mx



CentrokMx



CentrokMx



CentrokMx



Editores en jefe

Gabriela Pérez-Negrete
Ana Martínez Vázquez

Cuerpo editorial

Priscilla Ivonne Pacheco
David Carreón Robledo

Asistente de edición

Rosa María del Ángel Martínez

Diseño editorial y arte

Héctor Ortega

ENERO 2025

VÉRTICEK. MANUSCRITOS PSICOANALÍTICOS. es una publicación semestral editada por Centro de PsiKAnálisis S.C. Calle Salomé Pina número 51, Colonia San José Insurgentes, Delegación Benito Juárez, CDMX C.P.03900, Tel. 5628182868, info@centrok.mx

Editor Responsable: Héctor Ortega Flores.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo **No. 04-2022-081109360500-102, ISSN11: 2954-5269.** ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Héctor Ortega Flores, Editor de Centro K, Calle Salomé Piña Número 51, Colonia San José Insurgentes, C.D.M.X. C.P. 03900, fecha de la última modificación, diciembre de 2023.

contenido

REFLEXIONES

01 Desarrollo Psicoafectivo del Anciano. El modelo Cicerón y el complejo de Benjamin Button.
Ana Martínez Vázquez

20 Fragmentación de la mente: trauma, disociación e histeria.
Alejandro Luque Hernández

CLÍNICA

33 La vergüenza de ser un bebé no deseado.
Rubicelia Vargas Fosada

39 Que tu mente inunde la mía. El proceso relacional para imaginar la vida después del trauma.
Karla Escenaro

ARTE Y PSICOANÁLISIS

48 La envidia, el fratricidio y otros demonios. ¿Qué paso con Baby Jean?
Yovana R. Rodríguez Hernández

RESEÑA

55 Límites jugados. Tejiendo afectos en tiempos de desborde
Ana Martínez Vázquez, sobre el libro de Marcela Altschul





Desarrollo psicoafectivo del anciano

El modelo Cicerón y
el complejo de
Benjamin Button

Ana Martínez Vázquez ¹

¹ Psicoanalista del CentroK y clínica privada.
martinezvazquezana17@gmail.com

REFLEXIONES



Resumen

La infantilización del adulto mayor es una realidad actual, que no necesariamente contribuye a su bienestar. Pensar en que los adultos mayores se vuelven como niños es una idea que habremos de cambiar. En este artículo se presenta un modelo de desarrollo psicoemocional del anciano, en el que se presentan etapas que han de vivirse. Al igual que en la infancia hay que transitar el desarrollo psicosexual, en la adultez hay que recorrer etapas que contribuyen a nuestro bienestar, que forman parte de lo que llamamos el desarrollo psicoemocional del anciano y la anciana. Se presenta también el Complejo de Benjamin Button, que es similar al Complejo de Edipo en el sentido de que es algo que hay que superar. Ambos se rigen por la culpa y la vergüenza. En un caso culpa y vergüenza por el deseo incestuoso; en el otro culpa y vergüenza por envejecer y no poder ser la persona que se era. El Complejo de Benjamin Button se refiere precisamente a la infantilización del adulto mayor, que habremos de superar.

Palabras clave: ancianidad; infantilización; Edipo; culpa; vergüenza

Abstract

The infantilization of the elderly is a current reality, which does not necessarily contribute to their well-being. Thinking that the elderly become like children is an idea that we must change. This article presents a model of psycho-emotional development of the elderly, and describes the stages that must be experienced. Just as in childhood we must go through psychosexual development, in adulthood we must go through stages that contribute to our well-being, which are part of what we call the psycho-emotional development of the elderly. The Benjamin Button Complex is also presented, which is similar to the Oedipus Complex in the sense that it is something that must be overcome. Both are governed by guilt and shame. In one case guilt and shame for incestuous desire; in the other, guilt and shame for aging and not being able to be the person we were. The Benjamin Button Complex refers precisely to the infantilization of the elderly, which we must overcome.

Keywords: old age; infantilization; Oedipus; guilt; shame



Cómo citar:

Martínez Vázquez, Ana (2025, enero). Desarrollo Psicoafectivo del Anciano. El modelo Cicerón y el Complejo de Benjamin Button. vérticeK, 4(1), 1-19.



La vejez es en la vida como la última jornada de la comedia

Marco Tulio Cicerón

Sigmund Freud pensaba que el psicoanálisis perdía su eficacia en pacientes de edad avanzada. Esta idea fue pronto corregida por Abraham (1919, 1994) quien escribió sobre la *involución física y psíquica* de las personas mayores y explicó posibles tratamientos. En su texto presentó el trabajo con cuatro pacientes y describió la forma en que el psicoanálisis los ayudó a que tuvieran una mejor vida. Escribió con firmeza y defendió el tratamiento psicoanalítico en pacientes de edad avanzada, y aclaró que *"había tratado varias neurosis crónicas en personas de más de cuarenta, e inclusive cincuenta años de edad"* Esto es lo que Abraham consideraba pacientes de edad avanzada. Cuando ahora lo leemos no podemos dejar de sonreír. Hoy día, la edad de la población alcanza otros números. Incluso muchos de nosotros quedaríamos fuera de un posible tratamiento psicoanalítico si tomáramos estas ideas. Abraham no experimentó lo que llamó la *involución* porque murió a los 48 años. Aun así, escribió sobre sus ejemplos y de ahí algo podemos retomar. Explicó que el tratamiento psicoanalítico durante la edad de la *involución* necesita más estímulo por parte del terapeuta y esto hace que la sesión no necesariamente sea conducida por el paciente. *La asociación libre es más dirigida*, escribió. Hoy, en la experiencia con la clínica esto es lo que sucede. Al anciano hay que guiarlo en su comunicación porque muchas veces olvida lo que estaba planteando, y muchas otras se llena de ansiedad cuando no recuerda un detalle. Este texto de Abraham implicó una nueva e importante perspectiva sobre el psicoanálisis con ancianos, que permanecería en el olvido por muchos años.

Hoy el psicoanálisis sabemos que es para todos y todas, y mucho se ha escrito sobre la salud mental de los ancianos, pero no desde la perspectiva de tener un modelo de desarrollo psicoafectivo del anciano. Para lograr un buen tratamiento en personas adultas de edad avanzada es importante reconocer qué es lo que sucede psíquicamente en esta etapa del desarrollo. En la literatura no existen teorías que hablen del desarrollo psicoafectivo o psicosexual del anciano. Hay reportadas muchas ideas sobre qué hacer para envejecer saludable física y mentalmente, pero no se entiende ni se explica lo que nos sucede en la psique a las personas cuando nos vamos convirtiendo en ancianas. Parece que el envejecimiento más bien se ha visto como un desarrollo en retroceso en el que los adultos mayores se van volviendo unos niños. Pensar en adultos-que-se-vuelven-como-niños es hablar de *involución* y esto necesariamente nos hace pensar en que la ancianidad está relacionada con la decadencia, porque es regresar al punto de partida del que ya salimos y evolucionamos. La palabra involución representa un retroceso, y pensarlo así no ayuda a tener un envejecimiento mental saludable. Es lo que en este trabajo se piensa como el *Complejo de Benjamin Button*, que se refiere a un envejecimiento hacia atrás, del que hablaremos más adelante.

Aquí se plantea un modelo del desarrollo psicoafectivo del anciano. Para empezar, ya no le llamaremos involución a esta etapa porque no es un retroceso ni la detención de la psique. Las personas evolucionamos hasta que morimos. En este modelo del desarrollo

psicoafectivo del anciano se presentan etapas de evolución, no de involución. Al igual que el desarrollo psicosexual de niños y niñas nos da mucha idea de los posibles tratamientos, en ancianos tener etapas del desarrollo psicoafectivo nos ayudará a promover un envejecimiento mental saludable. Usemos lo que se sabe del desarrollo psicosexual de niños y niñas, para ver que prevalece en el anciano y qué podemos utilizar. Enfatizo que no se trata de que los adultos mayores *vayamos para atrás o involucionemos*; se trata de hablar de evolución y de desarrollo, que necesariamente cambia porque la vida nos llena de pérdidas, duelos y modificaciones corporales que nos llevan a sentir y pensar diferente. Este modelo se construye con base en algunas ideas del desarrollo infantil, no todas porque hay algunas que ya no se ven en la ancianidad. Nombraré los pensamientos de varios autores, y a lo largo del texto tomaré los aspectos del desarrollo psicosexual infantil que prevalecen en el modelo del desarrollo psicoafectivo del anciano.

Marco Tulio Cicerón vivió del 106 al 43 a.C. Fue político, filósofo, escritor y orador en la antigua Roma, y fue de los primeros en escribir sobre la vejez (Cicerón, 44 a.C., 2009) Cicerón subraya que *del mismo modo que no todos los vinos se avinagran con la vejez, tampoco lo hacen todos los caracteres*. En ese texto antiguo se pueden encontrar opiniones que es importante retomar cuando se plantea el trabajo de hacer un modelo psicoafectivo del adulto mayor, y de aquí surge la idea de nombrar a esta teoría del desarrollo psicoafectivo del anciano como el *Modelo Cicerón*. En lo que aquí se expone se irán citando los pensamientos de Cicerón a lo largo del texto, y se irán relacionando con las ideas psicoanalíticas del modelo.

El Modelo Cicerón

Sigmund Freud en 1905 (Freud, 1905) publicó los tres ensayos sobre la teoría sexual. En esta obra definió el desarrollo de la personalidad de niños y niñas con base en la teoría psicosexual, en la cual la sexualidad está presente desde la infancia y va evolucionando

hasta la edad adulta. Las etapas que Freud introdujo son la oral, la anal, la fálica y la latencia. Las tres primeras se relacionan con el instinto sexual que se satisface en las zonas erógenas (la boca, el ano y los genitales) La latencia parece ser un tiempo de espera en el que los instintos sexuales disminuyen, como *preparándonos para la revolución que será la adolescencia*. Durante los primeros cinco años de vida se vive una intensa actividad sexual, pero a partir de los seis años se entra en una época de calma en la que hay menos interés en lo sexual y aparece el pudor. Los mecanismos de defensa que se desarrollan en esta época nos ayudan a manejar los conflictos sexuales.

La latencia infantil se ha analizado desde lo que deja de ocurrir dejando de lado lo que realmente sucede. Esto hace que se haya visto como una fase de espera aburrida. De acuerdo con el diccionario, latencia viene de condición latente, y algo latente es algo *"oculto, escondido o aparentemente inactivo"*. Es como si en esta etapa estuviera oculto e inactivo el instinto sexual. Autores posteriores a Freud (Zabarain Cogollo y colaboradores, 2015) explican que, en realidad, esta etapa de latencia es una fase activa donde el impulso sexual no disminuye. Se organiza de manera distinta en el aparato psíquico en la búsqueda de una nueva adaptación. La latencia en la infancia es una etapa de nuestra evolución que nos lleva a desarrollar una estructura de personalidad compleja. En la etapa de latencia temprana se comienza a controlar lo pulsional y se utilizan mecanismos de defensa para manejar la ansiedad. La latencia tardía está regulada por la presencia de otras personas. El yo inmaduro se adecúa y adapta a la realidad hasta lograr una cierta autonomía integrándose al grupo de amigos y amigas. En la latencia el yo se encuentra en un punto medio entre el manejo simbólico de la realidad en la infancia, y la independencia y adaptación de la realidad de la adolescencia y la vida adulta. Esta etapa de maduración del yo es fundamental para la organización psíquica del ser humano. En la lectura de Zabarain Cogollo y colaboradores (2015), Melanie Klein establece la etapa de latencia

como una época de reorganización del desarrollo de las relaciones de objetos internos. En resumen, la etapa de latencia es un periodo esencial en el que se organiza el yo y se regulan los impulsos. La autoestima y la aceptación están relacionados con las relaciones entre pares que se dan en este periodo (Zabarain Cogollo y colaboradores, (2015)).

En la evolución psíquica del anciano no se viven las etapas oral, anal y fálica, más de lo que se viven a lo largo de nuestra existencia. Sabemos que en el trascurso de la vida con altibajos vamos regresionándonos a estas etapas, las sufrimos temporalmente, las dejamos atrás, y usualmente no nos quedamos en ellas porque tramitamos y reparamos lo que nos sucede. En el anciano ocurre lo mismo. No vive en las etapas, pero las visita. El anciano no descubre sus heces, por ejemplo, ni experimenta por primera vez el placer de tocarse los genitales porque lleva haciéndolo toda la vida. El anciano no empieza de cero como lo hace un bebé. Pensemos que el anciano viene de la etapa que conocida como madurescencia, en la cual hay una crisis de identidad y se sufre una herida narcisista (Montero, 2015; Luque y Martínez, 2024). Al tramitar la madurescencia, el adulto mayor tiene una nueva identidad donde ha incorporado los cambios debidos a la edad, y ha desarrollado un nuevo narcisismo. Ese narcisismo no pasa por la juventud del cuerpo ni por las habilidades que se desarrollaron y que se van perdiendo. Se coloca en lo que la persona es, en la seguridad de sus acciones y en la certeza que siente sobre la toma de decisiones. Hay muchos ejemplos que nos indican ese nuevo narcisismo, pero aquí tomaré el de una actriz famosa, Meryl Streep (73 años), ganadora del Premio Princesa de Asturias de las Artes en 2023, para ilustrar lo que es el nuevo narcisismo en la edad adulta mayor. Durante su discurso de recepción del premio, la actriz dijo: *"La belleza y el atractivo no se basan en un número, sino en la inteligencia, el sentido del humor y con cuanto interés y curiosidad ves la vida ... Ya no tengo paciencia para algunas cosas, no porque me haya vuelto arrogante, sino simplemente porque llegué a un punto de mi*

vida en que no me apetece perder más tiempo con aquello que me desagrada o hiera". Sobre su aspecto físico comentó *"Que nadie me arrebatase las arrugas de mi frente, conseguidas a través del asombro ante la belleza de la vida; o las de mi boca, que demuestran cuánto he reído y cuánto he besado; y tampoco las bolsas de mis ojos, en ellas está el recuerdo de cuánto he llorado. Son más y son bellas".*

Esta mujer tramitó la madurescencia y alcanzó una maduración sobre la edad y lo que representan los cambios, que la llevan a un estado de ánimo donde se lee que está contenta con su aspecto físico y con la toma de decisiones que puede hacer desde el lugar en el que se encuentra. El hecho de que sea una actriz, de las más famosas y célebres de la época, visto el triunfo por la cantidad de nominaciones al Óscar que ha tenido y por haber ganado el Premio Princesa de Asturias, nos da un ejemplo interesante porque particularmente en el mundo de la actuación, el narcisismo está muy ligado al aspecto físico. En este ejemplo, ella es una actriz consolidada y triunfante, lo que sin duda le ayudó a tramitar la madurescencia. La madurescencia representa una crisis mayor cuando la persona alcanza esas edades y no ha tenido los logros que se imaginó o soñó con tener cuando era joven (Montero, 2015; Luque y Martínez, 2024). Cuando esto sucede la madurescencia se tramita de forma diferente. Meryl Streep nos ilustra el narcisismo en la edad adulta mayor y esto nos sirve como referente porque también funciona como un buen ejemplo en personas que están atravesando estas crisis. Se podría decir que es una *relación virtual* con una celebridad, que en muchas ocasiones alivia y da pautas a seguir, lo que contribuye a estabilizar al yo. Lo mismo sucede en la adolescencia cuando el joven admira a personas famosas que suelen ser de su edad. Esas relaciones virtuales de admiración pueden ayudar a la maduración del yo cuando no son relaciones obsesivas, lo que muchas veces ocurre en la adolescencia y pocas en la madurescencia. Al respecto Cicerón en su texto sobre la vejez nos escribe

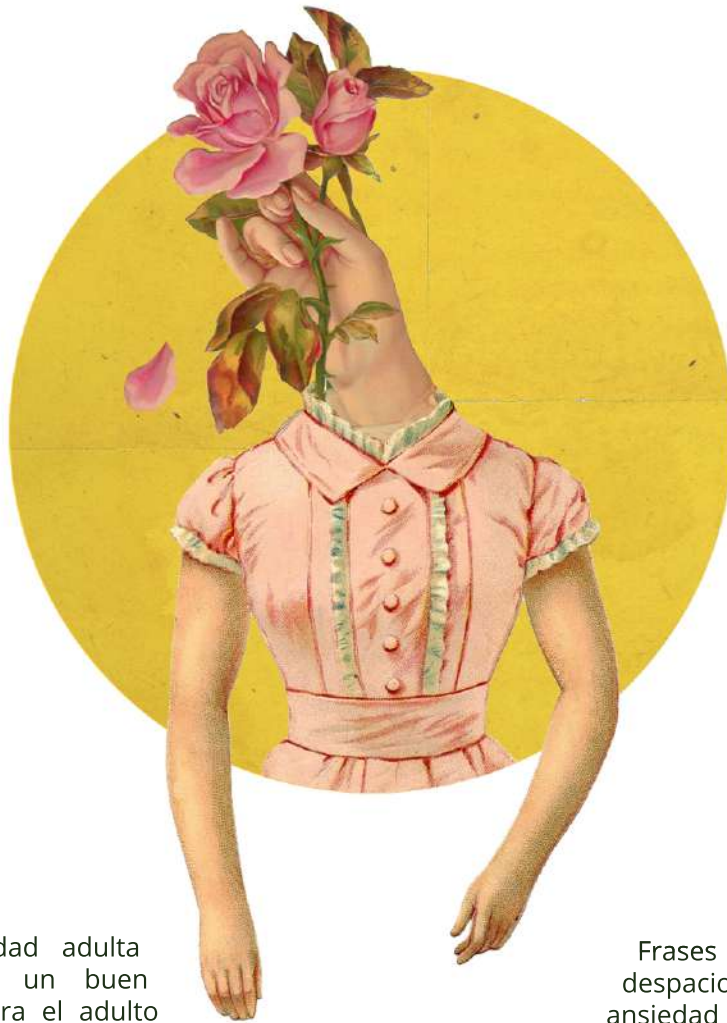
...recordad, no obstante, que en toda mi disertación estoy elogiando la vejez que se apoya en los cimientos de la juventud ... es desdichada la vejez que necesita defenderse con discursos ... ni las canas ni las arrugas pueden adquirir autoridad de repente, sino que es la vida anterior vivida con honestidad la que toma los últimos frutos del prestigio ... ¿qué placeres corporales hay que puedan compararse con los premios del prestigio? Quienes los usan bien, me parece a mí que han representado completo el teatro de la vida y no se han equivocado en el último acto.

Cicerón opinaba lo mismo que acabamos de decir con respecto al ejemplo de Meryl Streep. Entendamos que no es necesario ser famosos para poder ser viejos con buena salud mental; la cuestión es llegar a la vejez después de haber tenido una buena juventud. Si eso no se logró o no se ve, porque muchas veces el anciano no ve sus logros, en la terapia con adultos mayores lo que hay que fortalecer es el revivir esa buena juventud, o que se repare la juventud que no fue tan buena para "limpiar el camino" hacia una vejez saludable. Así es como se puede fomentar la formación de ese nuevo narcisismo, con el que el adulto mayor alcanzará la etapa de latencia que es muy importante.

En la etapa de *latencia madura* (así la llamaremos aquí) al igual que en la latencia infantil, el impulso sexual no disminuye. Se reorienta y evoluciona para desarrollar una personalidad compleja en el anciano. El *yo* no es inmaduro como lo era en la *latencia infantil*, pero sí sufre adaptaciones y se adecúa a la realidad para lograr una autonomía integrada al grupo de amigos y amigas. Las redes sociales son muy importantes en el bienestar mental de las personas mayores, al igual que en los adolescentes. En la *latencia madura* del adulto mayor el *yo* también se encuentra en un punto medio entre el manejo de la realidad relacionada con su cuerpo cambiante con la edad, y la independencia y adaptación de la realidad de la vejez. Sus posibilidades no son las mismas que cuando

era joven, son otras y a eso el *yo* tiene que adaptarse. Hay que *incorporar* los cambios. Al hacerlo se instala una nueva autoestima y una nueva aceptación del *yo*. Esta etapa de evolución del *yo* es fundamental para la organización psíquica del anciano. La etapa de latencia del anciano también es una época de reorganización del desarrollo de las relaciones de *objetos internos*. La autoestima y la aceptación no se desarrollan en esta etapa, como sucede en la latencia infantil, pero maduran y se tienen que mantener para no perderlas.

Melanie Klein (1946), a partir de su trabajo con niños y niñas, imaginó el mundo subjetivo del bebé como un caos de imágenes internalizadas de personas y partes de personas. La imaginación del niño, dice, transforma esas imágenes en fantasmas a veces aterradores de objetos buenos y malos. Al inicio, el *yo* infantil solamente se identifica con objetos parciales. Con el desarrollo, el *yo* infantil es capaz de relacionarse con objetos totales y entre los dos y los cinco años de edad, *ya es una persona total entre objetos totales*. De acuerdo con las teorías de Klein, cada una de las etapas del desarrollo de un bebé implica una configuración específica de las relaciones objetales. Las relaciones objetales las define como *las relaciones interpersonales y las estructuras intrapsíquicas que provienen de las relaciones internalizadas del pasado* (Klein, 1946). Al inicio del desarrollo de un bebé aparecen las primeras relaciones objetales a partir de su relación con el entorno. La forma en que se establecen durante el primer año de vida nos acompañará a lo largo de la existencia, y se reactivará cada vez que se establecen relaciones afectivas nuevas (en el trabajo o en la pareja, por ejemplo). Esta interacción con los otros resulta importante en el desarrollo psicosexual de los niños y niñas. En el anciano, son esas relaciones objetales que dan lugar a relaciones afectivas lo que le permitirán seguir desarrollando su ancianidad, partiendo de las estructuras intrapsíquicas generadas de sus propias relaciones internalizadas del pasado. Si bien están marcadas por las originales al inicio de la vida, es importante mantenerlas y



repararlas en la edad adulta mayor, para tener un buen acompañamiento. Para el adulto mayor suele haber objetos totales y parciales también, y la interacción con ellos le ayudarán a mantener la salud mental. Nótese que, en los niños y las niñas, los principales objetos con los que interacciona son sus familiares más cercanos; mamá, papá y hermanos, o en algunos casos cuidadores. Hay una cuestión de autoridad donde los padres o cuidadores son los que definen cómo han de hacerse las cosas. En el anciano, las mejores relaciones afectivas no son necesariamente con los familiares cercanos. Las relaciones forzadas con los familiares no siempre son lo más conveniente, ni para los familiares ni para los adultos mayores. Suele suceder que al anciano las familias lo infantilizan haciéndole notar sus deficiencias o sus cambios por la vejez. Esto también ocurre durante la madurescencia, donde hijos y nietos suelen remarcar lo que ya no podemos seguir haciendo como antes.

Frases como “caminas muy despacio” nos hacen sentir ansiedad y deseos de no envejecer durante la madurescencia, y no nos ayudan a tramitar la crisis que representa. En el anciano sucede lo mismo con los familiares. A menudo dicen que “no puede quedarse solo” y deciden por él y sobre sus cosas muchas veces sin consultarle. Como si fuera un niño pequeño que no puede tomar sus propias decisiones y que no tiene voluntad propia. En muchos casos los familiares deciden incluso llevarlo a casas de cuidado, aún en contra de sus deseos diciéndole que es “lo mejor para él”. Los hijos y las hijas seguramente piensan que es lo mejor, pero esto no necesariamente es así porque al no decidir por el mismo, se puede provocar un decremento del desarrollo psicoafectivo del anciano, porque baja su autoestima y debilita su yo. Más adelante veremos las funciones *yoicas* que Anna Freud definió y que se debilitan en el anciano cuando sus relaciones afectivas no son adecuadas.

Un aspecto que hay que considerar para explicar por qué las relaciones afectivas con familiares cercanos como hijos y nietos no son las mejores para el desarrollo psicoafectivo del anciano, es que la relación de cuidado ahora se invierte. Durante muchos años, los padres cuidan de los hijos y son un referente, son fuertes e inquebrantables, tienen el mando y deciden sobre el bien familiar. Cuando en la vejez esa fuerza se ve disminuida y el anciano parece estar en una posición más vulnerable, a los hijos y nietos les da miedo perder ese referente. Hay una negación y finalmente una decisión de que hay que cuidarlo en extremo, porque la persona mayor *ya no puede sola*. Es una forma que tienen los hijos y nietos de manejar el duelo por la pérdida del pariente fuerte. Es enfrentarse al duelo que representa la pérdida de la juventud debida a la vejez del otro. Está en el imaginario la idea de que *yo te voy a cuidar como tú me cuidaste*, sin pensar en la evolución de la psique y pensando que está involucionando. Entonces puede devenir la infantilización del adulto mayor. Quizás el anciano no puede hacer las cosas como antes, pero en la medida en que tenga que hacerlas y se sienta capaz, en esa medida será mejor su envejecimiento. En la consulta a menudo los hijos acompañan a los pacientes mayores, y se observa cómo quieren controlarlo todo, desde su agenda hasta su tener que ir al baño antes de dejar el consultorio, aunque el adulto mayor no tenga la necesidad. Los parientes cuidadores del anciano le quitan la voluntad y eso entorpece el desarrollo psicoafectivo del adulto mayor. Creer que los padres ya no pueden solos es un error que va en detrimento del desarrollo psíquico del anciano. Es equivalente a la sobreprotección que hacen los padres con los hijos cuando son pequeños o jóvenes. La sobreprotección es una agresión que impide el desarrollo adecuado del hijo. Lo mismo ocurre con la idea de pensar que nuestros padres ya no pueden solos.

Las relaciones afectivas entre personas de la misma edad, que están viviendo cosas similares, permiten al adulto mayor desarrollar su psique porque puede compartir preocupaciones y formas de

cuidarse, historias pasadas, aspectos de los hijos e inquietudes de acuerdo con su edad. Estas relaciones afectivas hacen una función de espejo, recordando al *estadio del espejo* de Lacan (Lacan, 1977) que lo describe como un proceso que sucede entre los 6 y los 18 meses de vida, gracias al cual se conforma el *yo*. El bebé observa su conducta reflejada en los gestos del adulto o de otro niño. Esto hace que la persona que tiene enfrente funcione como su doble o como su imagen especular. Gracias a este momento, el niño resuelve la "fragmentación corporal" y alcanza una imagen total (Lacan, 1977; García Arroyo, 2022).

En el anciano, las relaciones afectivas con personas de edad similar, que viven situaciones semejantes, le proveen de un buen reflejo que en este caso fortalece el *yo*. Si en el bebé el estadio del espejo conforma el *yo*, en el adulto mayor lo fortalece y también ayuda a evitar la fragmentación o mantener la cohesión. Los hijos y nietos, en este sentido, no son un buen espejo en el que el anciano pueda reflejarse.

Las relaciones afectivas con personas de la misma edad son importantes, además, porque el anciano mantiene la capacidad de decidir y la voluntad cuando está frente a sus pares. La importancia de aprender a vivir en soledad y de manera autónoma es algo que es necesario desarrollar, teniendo relaciones afectivas con personas que están viviendo la misma situación. Cicerón en su escrito ya les daba importancia a las relaciones afectivas de amistad cuando afirmó

siempre he tenido cofrades (ser cofrade es ser hermano con otros hermanos) ... tengo mucho que agradecerle a la vejez, que me ha aumentado las ganas de conversación y me ha eliminado las de comida y bebida ... tampoco yo medía el placer de aquellos banquetes por el disfrute del cuerpo más que por la reunión con los amigos y la conversación ... a medida que uno sobrepasa en edad, tiene la primacía para opinar y los augures de más años son preferidos...

Esto muestra como en aquella época, en ciertas circunstancias, la opinión del anciano pesaba más que la de los demás. Hoy esa costumbre no se tiene, al contrario, a los ancianos no se les deja opinar y muchas veces no pueden decidir sobre su vida. Esto infantiliza al adulto mayor y lo hace caer en el *Complejo de Benjamin Button* que explico más adelante. Incluso los geriatras hacen un trabajo que no siempre fortalece la psique del anciano, cuando critican a los familiares y sienten lástima por el adulto mayor que vive solo. La lástima (que viene de lastimar) victimiza a la persona, refleja una actitud pesimista que nos hace pensar en que no hay nada que se pueda hacer porque la situación ha sido, es y será inamovible. La lástima debilita al yo. Otra cosa es la compasión, que parte de la empatía por ver lo que el otro está viviendo y sufriendo, y que ya fue mencionada como una forma de apoyar al adulto mayor (Yañez, 2014). La compasión está acompañada por comprensión y ayuda a entender la situación y a fortalecer el yo para salir de ella. Es un sentimiento de pena, pero desde la ternura y la identificación ante los males del otro. La lástima promueve un sentimiento de desprecio; la compasión sobre la situación que está viviendo el anciano acompaña y puede funcionar como lo hace un buen maternaje. Cicerón escribe

... hay viejos impertinentes, apesadumbrados, iracundos y difíciles. Y si buscamos bien, incluso avaros; pero estos defectos son propios del carácter, no de la vejez. La impertinencia y los demás defectos que he mencionado admiten alguna excusa, no justa, pero que probablemente puede aceptarse: estos viejos se consideran despreciados, humillados, objeto de burla; además, en un cuerpo frágil, cualquier ofensa es odiosa... piensan los viejos que los desprecian, que los tienen en poco, y que se burlan de ellos: además, cualquier ofensa en un cuerpo caduco y delicado es de mucho sentimiento.

Parece que el desprecio estaba también presente entonces. Lo que hoy podemos ver desde el psicoanálisis es que ese desprecio no es lo más adecuado para el desarrollo psicoafectivo del anciano.

Buscando alcanzar un envejecimiento mental saludable, al igual que buscamos un desarrollo psicosexual saludable en la infancia, se necesita un acompañamiento adecuado que fomente la evolución del yo y la creación de un nuevo narcisismo maduro, donde la compasión funcione como un buen maternaje.

Además de explicar las relaciones objetales, Melanie Klein en su análisis con niños definió la posición esquizoparanoide como lo que se vive en los primeros meses de vida de un bebé. En esta etapa prevalece una ansiedad predominantemente persecutoria, paranoide y confusional. Para controlar esa ansiedad entran en acción los mecanismos de defensa, en especial la identificación proyectiva. Cuando esa ansiedad no se controla, lo que sucede es lo que Melanie Klein llamó la desintegración del yo, lo que explica que se presente la psicosis. En esta etapa los objetos son parciales. Hay un pecho bueno y uno malo y la ansiedad principal se da cuando la madre (o la persona que realiza el maternaje) se ausenta. Aparece una agonía de muerte, porque el bebé se siente morir si la mamá no aparece. La realidad es que morirá si la mamá no aparece para alimentarlo. El bebé trasciende la posición esquizoparanoide y alcanza la posición depresiva en la que hay objetos totales que son buenos y malos, el yo se fortifica, hay experiencias buenas y malas, y mucha dependencia y ambivalencia. Ayudar en el desarrollo de un niño y hacerlo trascender de una posición esquizoparanoide pasa por ayudarlo a fortalecer su yo, darle confianza y constancia objetal para que disminuya esa agonía de muerte que siente el bebé cuando la mamá no está cerca. Poco a poco se va dando cuenta de que la mamá siempre regresa.

A lo largo de la vida podemos regresionarnos a la posición esquizoparanoide y depresiva. Esto también sucede con el adulto mayor. Cuando los adultos mayores no viven el desarrollo psicoafectivo adecuadamente pueden oscilar entre la posición depresiva y la esquizoparanoide. Los ancianos en la posición esquizoparanoide tienen muchos miedos y se imaginan peligros que no existen.

Cuando parecen estar en una posición depresiva muestran mucha tristeza y desánimo porque se sienten solos y poco queridos, y en ocasiones desamparados como lo que describe Melanie Klein que le ocurre a los bebés en las etapas del desarrollo. Esta posición depresiva se favorece cuando el anciano no es autónomo porque depende de los hijos, que son buenos y malos, y sienten que los necesitan para sobrevivir, pero los hijos y las hijas no siempre están. Cuando dependen de ellos no sólo en lo económico sino en lo emocional para satisfacer sus relaciones afectivas, el adulto mayor vive en una posición depresiva como cuando era un bebé en desarrollo, y piensa que no puede estar solo.

Es conveniente recordar aquí las ideas de Winnicott (1989) sobre la capacidad de estar solo, en presencia de otros. Lo que Winnicott observa y explica, es que el niño aprende a estar solo, aun cuando la mamá está presente. Después, ese estar solo será posible por los objetos internalizados que le acompañarán y le darán la posibilidad de poder vivir en solitario. Los objetos internalizados del paciente son muy importantes cuando se trata de promover su independencia y su autonomía. La relación con los hijos puede hacer que se vayan debilitando esos objetos internalizados, haciendo que el anciano sea un infante y pierda esa capacidad para estar solo. Lo mismo sucede cuando las madres son sobreprotectoras con los hijos en desarrollo. En la vejez se presentan regresiones y disociaciones que pueden ser agudas. Desde la mirada de Melanie Klein podemos pensar que nos regresamos a las etapas del desarrollo que vivimos en la infancia, volviendo al pasado desde el presente en lo vivencial, no en el recuerdo. Dependiendo de cómo se vivieron esas etapas es la forma en que se alcanzan cuando se envejece, lo que Cicerón se refirió como una buena juventud. Al igual que en cualquier etapa de la vida esas etapas del desarrollo tienen una influencia en el presente que puede ser trabajada desde el psicoanálisis, aquí lo que se propone es pensarlo también en los adultos mayores, con

el fin de contribuir a su salud mental y con ello alcanzar un envejecimiento mental saludable. El adulto mayor, a diferencia del infante en desarrollo, tiene una vida llena de experiencias y vivencias, que se pueden aprovechar en el aquí y en el ahora para ayudarlo a trascender los estados esquizoparanoides y depresivos.

Muchas veces los pacientes ancianos creen que no pueden, pero al recordar lo que pudieron hacer se fortalece la idea de que sí son capaces de lograrlo. Se fortalece el *yo*, particularmente la función *yoica* que se refiere al sentido de realidad de uno y de sí mismo. Es común en la consulta que el paciente anciano pregunte "*usted ¿cómo me ve?*" Cuando el psicoanalista le dice que lo ve bien y le comparte los aspectos que le parece que se tienen que fortalecer, el paciente se siente rejuvenecido y así lo manifiesta. También es necesario hacerle ver al paciente anciano que su opinión sobre el presente es escuchada y es importante.

Cuando hablo de fortalecer el *yo* pienso en varias funciones *yoicas* definidas por Anna Freud (1961). Fortaleciendo el juicio y las pruebas de realidad (internas y externas) se tramitan la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. Trabajar con el sentido de la realidad de uno y de sí mismo nos ayuda a fortalecer las capacidades del anciano, recordando lo que ha sido y lo que ha podido hacer en su vida. Las relaciones afectivas, ya se explicó, son de suma importancia. La relación con el terapeuta es una forma de fortalecer sus relaciones afectivas. El terapeuta ha de hacer el equivalente a un buen maternaje a través de la *compasión afectiva*. Los procesos de pensamiento se fortalecen a través de recordar y de analizar la lógica de lo que puede pensar. El funcionamiento autónomo y de dominio es quizás lo más importante, porque le permite al anciano no depender de la presencia de los demás para estar bien. En la terapia uno de los objetivos es ayudarlo a poder vivir bien en solitario. Estas funciones *yoicas* se puede decir que son las que se presentan y marcan el desarrollo psicoafectivo del anciano.

Otras funciones como el juicio, o la regulación y el control de instintos, los afectos y los impulsos, hay que atenderlas cuando se presentan debilitadas, pero en la experiencia observada en la clínica no es tan frecuente la pérdida de estas funciones *yoicas* en el desarrollo psicoafectivo del anciano. Anna Freud (1961) en su trabajo con niños y niñas siguió fielmente las ideas de su padre, utilizando las tres instancias psíquicas y el conflicto entre ellas. Planteó como parte del tratamiento lo siguiente:

... en el análisis del yo, su tarea será la de frustrar lo actuado por la defensa, adivinar y restaurar lo omitido por la represión, rectificar lo desplazado, reunir lo fragmentado

Lo anterior se relaciona con las funciones del yo, que habrá que fortalecer en el anciano. Frustrar lo actuado por la defensa se refiere a regular y controlar las pulsiones, los afectos y los impulsos; adivinar y restaurar lo omitido por la represión se relaciona con el contacto con la realidad; rectificar lo desplazado es fortalecer la función *yoica* de darle sentido de la realidad del mundo y de sí mismo; y finalmente reunir lo fragmentado se refiere al funcionamiento sintético-integrativo del yo. Anna Freud modificó la teoría original del yo porque lo pensó como una instancia psíquica preocupada por encontrar las mejores rutas para lograr el bienestar y no como una instancia psíquica al servicio del *ello*. El respeto y la confianza con el paciente, como Anna lo planteaba, son importantes para establecer una buena alianza terapéutica con el adulto mayor. El paciente tiene que reconocer en el analista a una persona confiable, un aliado que escucha y entiende sus preocupaciones inmediatas. A esto me refería anteriormente como que el psicoanalista ha de tener una compasión afectiva.

Anna Freud amplió el modelo freudiano al incluir la capacidad del yo para afrontar el ambiente físico e interpersonal (Sollod y colaboradores, 2009). En el psicoanálisis, cambió la importancia que tienen las experiencias pasadas por lo crucial que resulta el momento actual de los niños y su capacidad para afrontar su presente.

Aumentar la capacidad para enfrentar el presente es algo que resulta al incrementar la fuerza y la extensión del yo. Esto precisamente es lo que es de utilidad durante el trabajo terapéutico con adultos muy mayores. Desde una mirada psicoanalítica, la independencia y la imagen positiva del envejecimiento pasan por tener un yo fortalecido, lo que les permitirá aumentar su capacidad para afrontar su presente. El tratamiento terapéutico con el paciente anciano ha de ser desde la tranquilidad de su presente, recordando lo que se pueda del pasado para fortalecer su yo, disminuyendo la disociación y escuchando el discurso repetitivo. El discurso repetitivo del anciano le sirve para mantener su *identidad subjetiva* a lo largo del tiempo (Cardoso, 2016). En la repetición del discurso se refleja la importancia de lo que le sucede o ha sucedido, y se puede analizar desde el aquí y el ahora. Finalmente repetir es recordar.

Lograr la autonomía y la capacidad de estar solo son fundamentales en el envejecimiento mental saludable. Lo que se trabaja con el adulto mayor es principalmente el fortalecimiento y la extensión del yo, porque con eso podremos rectificar lo desplazado y reunir lo fragmentado. Se fortalece la función *yoica* de promover en el paciente anciano su sentido de la realidad del mundo y de sí mismo; y se fortifica el funcionamiento sintético-integrativo del yo. Además, se favorece la independencia, la autoestima y la capacidad de estar solo. Todas estas acciones son parte del maternaje que se realiza para que el desarrollo psicoafectivo del anciano se logre de la mejor forma posible. De acuerdo con el modelo, el anciano alcanza una latencia madura después de la madurescencia, en la cual surge un nuevo narcisismo y se incorporan a la psique los cambios que se producen en el cuerpo y en las acciones debido al paso del tiempo. Es importante que el psicoanalista ayude a reconocer y aceptar la nueva identidad.

Un aspecto importante de la madurescencia y de la vejez, es la preocupación por la cercanía de la muerte. Al respecto servirán en la terapia del adulto mayor recordar las palabras de Cicerón, quien escribió al respecto lo siguiente:

... tiene muy cuidadosa y acongojada a nuestra edad la cercanía de la muerte, que en verdad no puede hallarse lejos de la vejez ... la muerte es común a todas las edades ... un joven espera vivir mucho tiempo y no puede esperar los mismo cuando es viejo ... pero está en mejor situación que el joven, porque lo que éste espera él ya lo ha logrado: el joven quiere vivir mucho tiempo, el viejo ya lo ha vivido ... a mí me parece que los jóvenes mueren como cuando la fuerza de la llama es sofocada con una gran cantidad de agua, y los viejos, como cuando el fuego se extingue consumido espontáneamente, sin que se le oponga ninguna fuerza.



Esa calma ante la muerte se llega a alcanzar en algunos adultos mayores que hemos visto en el consultorio. Cuando el anciano llega a consulta con la ansiedad de la muerte hay que escuchar sus temores y acompañarlo, buscando alcanzar esta tranquilidad que menciona Cicerón. Muchas veces la ansiedad por la muerte no es la misma que nosotros sentimos. En estos casos no hay que imaginar lo que pueden sentir, hay que escuchar.

Winnicott planteó en su forma de ver el desarrollo de la vida humana, que la psique va tomando formas que cambian dependiendo del momento (Winnicott 1988, 1989, 2016). Hay cúspides psíquicas que pueden devenir en caídas que nos llevan al lugar de origen. Esto ya mencionamos que también se observa en el desarrollo del anciano. Para Winnicott no existe "*un lactante*", sino "*un lactante con alguien*". Nosotros podemos pensar que no existe "*un anciano*" sino "*un anciano con alguien*" aunque ese alguien puede ser el mismo anciano, cosa que no sucede con el infante. El anciano tiene la ventaja sobre el infante de que ha vivido una serie de experiencias que lo han fortalecido y que le han dado una identidad propia. Pensar en que "*existe el anciano*" es promover al anciano solo. El "*anciano con alguien*" donde el alguien puede ser el mismo anciano, es pensar en una persona que sabe vivir en solitario. Recordemos que solo no es lo mismo que solitario. La presencia del psicoanalista también favorece la idea del "*anciano con alguien*", y por supuesto, sus propias relaciones afectivas. De acuerdo con Winnicott (1989), el crecimiento psicológico del individuo depende de la posibilidad de tener un *ambiente facilitador*, es decir, *cuidados maternos suficientemente buenos* que soporten el desarrollo de las *potencialidades innatas*. Si ese apoyo es deficitario o inexistente, el niño se encuentra expuesto a traumas a los que no consigue hacer frente y que se presentan como *primitivas angustias mortales o angustias impensables*. Lo mismo podemos pensar que sucede con el adulto mayor. Su ambiente facilitador serán las relaciones afectivas que establece y la terapia psicoanalítica cuando acude a ella.

El psicoanalista tendrá que ser suficientemente bueno como para ayudar al paciente anciano a alcanzar ese crecimiento psicológico que implica la vejez y con eso superar las angustias mortales e impensables que se pueden presentar.

Winnicott también observó que la posición depresiva que había sido descrita por Melanie Klein implicaba desarrollos cognitivos y emocionales que no estaban relacionados con las maniobras defensivas en contra de la depresión. Empezó a describir lo que sucede a los cinco o seis meses de edad. Pensó que el niño se desarrolla en tres áreas: integración de la personalidad (*no-integración, integración*), personalización (el bebé está en su propio cuerpo; las personas esquizofrénicas experimentan despersonalización) y realización (realidad externa, tiene que ver con los objetos y las relaciones objetales). El bebé está en estado de *no-integración* porque parte de donde no hay nada de integración. En un adulto mayor no puede haber estado de "*no-integración*" porque ese está localizado en donde no hay nada, y en los ancianos esa no es la condición. Mientras que un niño se desarrolla desde cero y se sostiene en la historia de sus padres y cuidadores, un adulto mayor no parte desde cero y se sostiene en su propia historia y en sus relaciones afectivas.

La *no-integración* está acompañada por una falta de *percatamiento*. Primero hay un estado *no-integrado*, tanto en el espacio como en el tiempo, en el que no hay percatamiento, es decir, el bebé no se da cuenta de lo que sucede. Estando en este estado *no-integrado* se vive una integración durante momentos breves y sólo en una forma gradual se alcanza el estado gradual integrado. En estos momentos es posible el percatamiento porque hay lo que Winnicott llamó un *self* que también se va formando. La integración es promovida tanto por factores internos como por el cuidado ambiental. Winnicott (1988) dice que el bebé se hace pedazos si no se le sostiene. En esta etapa el cuidado físico es cuidado psicológico. En el anciano el *self* ya existe, por lo que no se pasa del estado *no-integrado* al *integrado*.

El adulto mayor está *integrado*, pero puede *desintegrarse*. La *desintegración*, tanto en adultos mayores como en los bebés y en todas las personas a lo largo de la vida, se produce como defensa organizada contra el tremendo dolor que presentan ciertas angustias. Por ejemplo, ante el fallecimiento de un hijo una madre puede sufrir una fuerte *desintegración*. En cualquier caso, la *desintegración* es una amenaza para el futuro. Tras la *integración* recién adquirida del bebé yace la *no-integración*. En el adulto mayor no. En el bebé la *integración* es precaria; en el niño, el adolescente y el adulto es más sólida. En el anciano puede volver a tener cierto grado de precariedad. Winnicott (1988) explica que *la integración se siente como cordura, en tanto perder la integración ya adquirida se siente como locura*. Mientras que en el bebé la *desintegración* es una defensa tanto para la *integración* como para la *no-integración*, en el adulto mayor la *desintegración* no se defiende contra la *no-integración*; es una defensa contra las ansiedades profundas y no pasa por la *no-integración*. La *desintegración* es una defensa contra la *integración*, porque al tener un dolor profundo, la *integración* se siente como un peligro porque no nos “cura” ese dolor ni evita que lo sintamos, mientras que la *desintegración* si lo hace. La *desintegración* se encuentra incluso en el *derrumbe psicótico*. Parece que la *desintegración* es como un rompecabezas desecho, donde ninguna pieza está unida con otra, pero todo está ahí para ser organizado. En la *no-integración* no se sabe bien a bien cuáles son las piezas del rompecabezas que han de formar la figura final. No están definidas aún las piezas que darán lugar a la figura final. Para el percatamiento, la presencia del *self* es muy importante. El *self* se va formando en el bebé y después se conglo mer a (Winnicott, 1988). En el adulto mayor el *self* ya existe y está conglomerado la mayor parte del tiempo. Se disocia cuando ocurre una *desintegración*. En el tratamiento psicoanalítico del anciano hay que procurar la *integración* del *self* a partir de sus historias pasadas, que son las que mejor recuerda, y con lo que se tenga de las historias presentes.

La figura de la terapeuta es importante porque funciona como un cuidador que se hace cargo de las organizaciones defensivas del paciente anciano. En la *integración* juegan los factores internos del anciano que se encuentran en sus historias, sus relaciones afectivas, y el cuidado ambiental provisto por la terapeuta.

Retomando la posición esquizoparanoide de Melanie Klein, encontramos en el adulto mayor que regresa a esta etapa, dos estados: el de la ingenuidad (nada me persigue) y el paranoide (todo me hará daño). Con los cuidados ambientales de la psicoanalista hay una protección contra la persecución, y se llega a un equilibrio, donde poco a poco el individuo puede volverse capaz de sustituir el cuidado ajeno por el propio (Winnicott, 1988). Lo mismo ocurre con el bebé que está en desarrollo. Para aliviar las angustias inimaginables que puede sentir el anciano y que tienen un origen muy primitivo hay que dar sostén, como lo hace la madre o el cuidador con el bebé. Recordemos que Winnicott pensaba que el niño se desarrolla en tres áreas: *integración* de la personalidad, *personalización* y *realización*. La presencia del psicoanalista promueve el proceso de fortalecer la personalidad (buscando la *integración*), la *personalización* (cuando el adulto mayor tiene que reconocerse en ese cuerpo cambiante y viejo) y la *realización* (reconociendo con el paciente la realidad externa y promoviendo el ambiente facilitador con las relaciones afectivas adecuadas). Dentro de las angustias inimaginables del bebé se encuentran el sentir que se queda deshecho, que cae para siempre, que no tiene relación con su cuerpo y que no tiene orientación. De estas, la más frecuente en ancianos es no tener orientación. El analista orienta y da sostén. Winnicott (1988) señaló el paralelo con las interpretaciones de “*sostén*” del psicoanalista en terapia. Las palabras del psicoanalista en ocasiones son menos importantes que el mensaje no verbal y espontáneo, que le hacen sentir al paciente que el analista y él mismo están vivos y siguen siendo reales.

Las ideas de Winnicott sirven para el tratamiento psicoanalítico de pacientes ancianos, buscando que ellos alcancen un desarrollo psicoafectivo adecuado y con ello tengan un envejecimiento mental saludable.

El Complejo de Benjamin Button

El *Complejo de Benjamin Button*, definido así en este trabajo, hace alusión al relato de Francis Scott Key Fitzgerald, en el que cuenta la historia de Benjamin Button, un hombre que nacería en el cuerpo de una persona de 80 años y que conforme avanza la vida su cuerpo se va rejuveneciendo, hasta que acaba con un cuerpo de bebé a los 80 años de vida (Fitzgerald, 1992). Se refiere a un envejecimiento del cuerpo hacia atrás. Acaba viejo, pero con cuerpo de bebé, con pañales y dependiendo de otros para ser alimentado.

Complejo es un término que indica algo que totaliza y engloba partes individuales. En psicología, Carl Gustav Jung introdujo el término para integrar vivencias individuales en una experiencia totalizadora, que le ocurre a muchos (Jung, 2001). Le llamamos el *Complejo de Benjamin Button* porque es algo que puede sucederles a muchos, pero que hay que evitar porque vivirlo sería involucionar. Tener ancianos que vemos con cuerpos de bebé y sintiéndose poco autónomos, dependiendo de sus cuidadores para cualquier actividad humana, no puede verse como un envejecimiento demográfico saludable mentalmente.

El *Complejo de Benjamin Button* es algo que se favorece o se evita y supera, a través de las relaciones afectivas. Es semejante al Complejo de Edipo en el desarrollo del niño. De acuerdo con la teoría de Freud (1905) la manifestación del Edipo coincide con la fase fálica entre los 3 y los 6 años de edad, y se termina cuando empieza la latencia. El complejo se revive en la pubertad para después disminuirse con la elección del objeto que da lugar a la sexualidad madura. El *Complejo de Edipo* tiene su origen en la culpa y la vergüenza. Culpa y vergüenza por los sentimientos incestuosos hacia alguno de los progenitores y hacia el hijo o hija.

Es un doble incesto. El desarrollo del *Complejo de Edipo* sucede cuando los niños y las niñas se identifican con esa culpa y ceden a la vergüenza. Para resolver el Complejo de Edipo surge la prohibición. Sabemos, como psicoanalistas, que no tramitar el *Complejo de Edipo* nos lleva a situaciones en la clínica que hay que resolver con el paciente para lograr su bienestar. El desarrollo, la evolución y la forma de muchos síntomas en distintas modalidades patológicas están relacionados con la forma en que se resuelve el *Complejo de Edipo*. En general se presentarán problemas emocionales de relación con los demás, problemas sexuales y de pareja o de elección de pareja. Para superar el *Complejo de Edipo* las relaciones de objeto son muy importantes, ya que es el ingreso del padre como ley, instaurando la prohibición del doble incesto, lo que ayuda a tramitarlo.

El *Complejo de Benjamin Button* se refiere a pensar en el anciano que regresa a ser bebé o niño pequeño. Esta es una idea generalizada, en la que se piensa que el adulto mayor, por no poder controlar los esfínteres, por ejemplo, ya es como un niño pequeño en toda su psique. Esto no es así. Un anciano que no controla los esfínteres puede ser perfectamente autónomo y, sobre todo, no piensa como bebé ni como niño. No tiene cuerpo de bebé. Tiene cuerpo de anciano. Tiene toda una historia detrás que lo lleva a ser todo menos un niño. Las relaciones afectivas son las que lo infantilizan o lo hacen involucionar. Unas buenas relaciones afectivas contribuirán a su evolución hacia la ancianidad. El *Complejo de Benjamin Button* tiene su origen, al igual que el Complejo de Edipo, en la culpa y en la vergüenza del anciano por envejecer y ya no poder ser quien era. Así mismo hay culpa y vergüenza en los hijos y las hijas: culpa por dejarlo solo o sola y no cuidarlo lo suficiente, y vergüenza porque ya no son quienes eran, están deteriorados, en ocasiones descuidan su arreglo personal y también repiten muchas veces el discurso. Esa culpa y esa vergüenza promueven la sobreprotección del anciano y disminuyen su funcionalidad porque el adulto mayor no se siente capacitado. Los hijos e hijas piensan que esos padres viejos ya no son capaces de hacer nada por sí solos y los sobreprotegen.

Al sobreprotegerlos, los ancianos pierden funciones. Esto conlleva a una infantilización del anciano que cada vez se hace menos funcional e incluso se regresiona a la posición esquizoparanoide o a la posición depresiva. Para resolver el *Complejo de Benjamin Button* hay que tramitar la culpa y la vergüenza, y aceptar al anciano sin temores. El anciano por su parte, como bien lo decía Cicerón, ha de ir construyendo su vejez en función de su vida pasada y de los proyectos futuros que estén por devenir. En los hijos hay que reeditar la culpa para que sea una culpa reparatoria y no punitiva. Existe la posibilidad de que el anciano tenga el impulso de infantilizarse por sí mismo para exigir cuidados. En estos casos hay que analizar de donde proviene ese impulso. Puede ser que surja cuando la persona llega a la vejez y considera que no ha alcanzado las metas que se propuso de joven. En ese caso hay que trabajar con lo que sí pudo lograrse, y fortalecer las funciones yoicas para que recupere la autoestima y logre hacer proyectos de vida futuros. Como decía uno de los pacientes *"nunca es tarde, aunque parezca que sí"*. Lo mismo hay que hacer como psicoanalistas si el impulso de infantilizarse proviene de algún trauma. En esos casos hay que tramitar el trauma junto con ellos.

Una forma de definir la teoría de las relaciones objetales es pensar en las organizaciones internas perdurables de la mente, que se producen a través de la experiencia de la relación con los objetos (Tucker-Oklander, 1999). Esto se refiere a la teoría que dice que el desarrollo de que las estructuras psíquicas se origina cuando se internaliza la experiencia de relación con los objetos. Esta teoría integra elementos *"internos"* y *"externos"* y estudia la influencia de las relaciones interpersonales *"externas"* sobre la organización de las estructuras mentales *"internas"* y como éstas afectan y determinan a las nuevas relaciones interpersonales. Es una teoría circular donde lo interno está marcado por lo externo, que modifica lo interno y a su vez cambia lo externo que se va generando.

Si pensamos en el anciano y su desarrollo, cuando los elementos externos comienzan a demeritar su fortaleza y a tratarlo como un niño, su estructura mental internaliza esa idea de relación, en la que él toma el papel de dependiente que no tiene capacidad ni voluntad de decidir. Esto lo hace ser cada vez menos independiente y sus nuevas relaciones interpersonales estarán regidas por esa sensación de no poder estar solo. Cuando las relaciones afectivas son de iguales, o de personas que admiran sus capacidades y no las demeritan, el anciano internalizará esos objetos ante los cuales sigue siendo un adulto con experiencias que vale la pena contar y que merecen ser escuchadas, sigue siendo independiente y tiene voluntad. Sus nuevas relaciones interpersonales estarán gobernadas desde esa posición autosuficiente.

Winnicott (1960) hace la diferencia entre las necesidades del *ello* y las del *yo*. Las del *ello* son los deseos pulsionales, y las del *yo* encuentran respuesta en el objeto. Aquí Winnicott aclara que las necesidades del *yo* no están relacionadas con la búsqueda del placer como descarga. Las necesidades del *yo* incluyen el deseo de ser visto, reconocido y comprendido, o la aspiración de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando se satisfacen estas necesidades del *yo* surge una sensación de armonía y de plenitud. Cuando no se cubren la reacción emocional del sujeto es de vacío y de desesperanza. Con base en estas ideas, pensemos ahora en el adulto mayor donde la desesperanza está naturalmente presente por la cercanía de la muerte. Las relaciones afectivas que infantilizan y desprecian las capacidades disminuidas del anciano promueven la desesperanza y el vacío, porque no están encaminadas a satisfacer las necesidades del *yo*. Cuando la red social del anciano contribuye a tener esa sensación de ser visto y valorado, se satisfacen las necesidades del *yo* y se alcanza la armonía. En el proceso terapéutico se ve, se reconoce y se comprende al paciente anciano, desde la compasión afectiva. Esto es importante porque no hay que pasar por alto las necesidades y el sufrimiento del paciente.

No es conveniente desconocer sus dolores o minimizarlos. La compasión afectiva hace énfasis en reconocer lo que le pasa y saber que es difícil, pero hacerlo con empatía. Si no hay compasión se puede caer en la idea de que lo único que hace falta es que el anciano “le eche ganas” y eso no es así. La compasión surge de la empatía de ver lo que el otro está viviendo y sufriendo. Se rige por comprender y ayudarlo a entender al paciente la situación, y con eso contribuir a fortalecer el yo.

La relación de las personas con la familia, los amigos, los enemigos, los vecinos y los compañeros de trabajo puede reanimarse, revitalizarse o morir durante la vejez. Lo mismo sucede con la relación consigo mismo, con la comida, con la sociedad, con su entorno físico y con sus necesidades físicas y emocionales (Tuber-Oklander, 1999). En el anciano esto sucede igual, pero con el componente de que, además, tiene que enfrentar las pérdidas y las muertes. Esto es parte de la evolución y es fundamental en el desarrollo psicoafectivo. En general, hay adaptaciones a la realidad pasivas que después dan paso a la adaptación activa. Dependiendo de las relaciones afectivas, el anciano puede quedarse en una adaptación a su realidad pasiva, que poco a poco irá en detrimento de su psique y lo volverá cada vez más dependiente. Lo ideal es que trascienda a una adaptación activa incorporando los cambios en las relaciones afectivas. La labor del terapeuta y de las relaciones afectivas adecuadas es la de pasar a una adaptación activa. Una adaptación pasiva se observa cuando el anciano dice cosas como “ya no puedo salir de casa porque me puedo caer”. El equivalente de una adaptación activa sería decirle que sí puede hacerlo, que ir más despacio está bien y que puede tener el auxilio de un bastón. Adaptación pasiva es como “dejar de hacer”. Adaptación activa se refiere a “hacer lo que se pueda dadas las nuevas condiciones”.

El proceso psicoanalítico con el anciano no puede pensarse sólo alrededor de hacer consciente lo inconsciente porque la urgencia en el aquí y en el ahora, es la de establecer un vínculo personal que se base en la compasión

emocional, y que funcione como un buen maternaje que acompañe al buen desarrollo psicoafectivo del anciano. También se busca el inconsciente, sobre todo en las historias que se repiten, pero la interpretación de ese inconsciente no es necesariamente lo que más ayuda al paciente anciano y ha de hacerse con especial cuidado. Decía Cicerón que la ofensa *en un cuerpo caduco y delicado es de mucho sentimiento* y lo mismo podemos decir de la interpretación. Interpretar no es ofender, pero muchas veces la rudeza de la interpretación en el anciano puede sentirse como incompreensión. El inconsciente que sale en las historias repetidas nos permite reconocer las fortalezas, las debilidades y los deseos del pasado, para trabajarlos en el presente y con eso buscar satisfacer las necesidades del yo y fortalecerlo. Con todo esto se trabaja el *Complejo de Benjamin Button* para superarlo. En este sentido, el tratamiento con el anciano comienza con una psicoterapia psicoanalítica, donde la escucha es psicoanalítica pero no se le da tanto peso a devolverle la interpretación al anciano.

Tener un modelo integrado teórico-clínico sobre el desarrollo psicoafectivo del anciano nos permite reconocer etapas y síntomas y con base en ellos, proponer estrategias de tratamiento, de la misma forma que se hace con los pacientes cuando observamos el desarrollo psicosexual. Esto nos ayudará a tener mayores posibilidades de ayudar y ayudarnos a tener un envejecimiento mentalmente saludable. Una vez que contamos con el modelo de desarrollo psicoafectivo del anciano, se necesitan las hipótesis metapsicológicas que darán el sustento teórico psicoanalítico. La metapsicología del anciano se basará en las diferentes dimensiones del aparato psíquico. Al igual que en el modelo de Freud, con la evolución del adulto mayor es necesario considerar las hipótesis Dinámica, Económica, Estructural, Genética y Adaptativa. Esto dará fundamento teórico psicoanalítico para establecer diagnósticos.

Una vez que se desarrollen las hipótesis metapsicológicas, se podrá analizar la pérdida de las funciones yoicas y se conseguirá explicarlas en función de la pérdida del equilibrio entre estas distintas dimensiones. Con análisis como este podremos alcanzar una vejez mentalmente saludable, que se refiere a conservar la funcionalidad y alcanzar la armonía y la plenitud.

Desarrollo psicosexual de la infancia		Desarrollo psicoafectivo del anciano	
Etapa oral Etapa Anal Etapa Fálica	Se relacionan con el instinto sexual que satisface las zonas erógenas	No se viven estas etapas	
Latencia	Antes de la adolescencia Época de calma, no se disminuye el impulso sexual, se reorienta. El yo es inmaduro. Hay una nueva adaptación, se organiza el yo y se controlan los impulsos. La autoestima y la aceptación se desarrollan en esta etapa.	Latencia madura	Después de la madurescencia. El impulso sexual no disminuye. Se reorienta y evoluciona. El yo no es inmaduro. Hay adaptaciones y el yo se adecúa a la realidad para lograr una autonomía integrada. La autoestima y la aceptación maduran y han de mantenerse.
Adolescencia	Crisis de identidad y herida narcisista. Se desarrolla una nueva identidad y un nuevo narcisismo.	Madurescencia	Crisis de identidad y herida narcisista. Se desarrolla una nueva identidad y un nuevo narcisismo.
Estadío del espejo	Entre los 6 y los 8 meses de edad. Se resuelve la fragmentación corporal y se alcanza una imagen total. Se conforma el yo	Estadío del espejo	Se fortalece el yo, se evita la fragmentación y se mantiene la cohesión.
Integración de la personalidad	El bebé pasa de la no-integración a la integración y puede transitar a la desintegración. • Personalización, el bebé está en su propio cuerpo • Realidad externa, relacionada con los objetos y las relaciones objetales • Formación del <i>self</i> , se alcanza el estado gradual integrado	Integración de la personalidad	En el anciano no hay estado de no-integración. Hay integración y desintegración • Personalización, el anciano está en su propio cuerpo envejecido • Realidad externa, relacionada con las relaciones objetales internalizadas, y con las relaciones afectivas • Formación del <i>self</i> , se mantiene el estado gradual integrado
Complejo de Edipo	Origen en la culpa y la vergüenza del deseo incestuoso	Complejo de Benjamin Button	Origen en la culpa y la vergüenza de la vejez

Modelo Cicerón

Desarrollo psicosexual del niño

Desarrollo psicoafectivo del anciano

Vida con altibajos

Oral Anal Fálica Latencia Adolescencia

Madurescencia Latencia Madura

Complejo de Edipo
(selección de pareja)Complejo de Benjamin Button
(adulto infantil pierde funcionalidad)Relaciones objetales
mamá y papá
(estadio del espejo)Relaciones afectivas
amigos y amigasRelaciones afectivas
amigos y amigas
(estadía del espejo)

Bibliografía

1. Abraham, K. (1994) Psicoanálisis clínico. Lumen-Hormé, ISBN 950-618-066-0
2. Cardoso, S y Diniz Neto, O. (2016) Consideraciones para la Repetición del Anciano con Alzheimer: Una Perspectiva Psicoanalítica. Revista Subjetividades, vol. 16, núm. 3, pp. 58- 6. DOI: 10.5020/23590777.16.3.58-69
3. Cicerón, M. T. (44 a C, 2009) Sobre la vejez, sobre la amistad. Alianza.
4. Fitzgerald, F.S.K. (1922) The Curious Case of Benjamin Button. Colliers Magazine.
5. Freud, A. (1961) El yo y los mecanismos de defensa. Paidós.
6. Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Obras completas, 7 (pp. 109-224). Amorrortu, 1976.
7. Freud, S. (1914). Narcisismo. En Narcisismo: una introducción. En Obras Completas, volumen 14. Amorrortu.
8. Freud, S. (1924). Obras Completas, Volumen XIX: Neurosis y psicosis (2013). Amorrortu.
9. García Arroyo, J.M. (2022) El estadio del espejo: antecedentes y fenomenología. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 42(142): 29-47 doi:10.4321/S0211-57352022000200003.
10. Jung, C. G. (2001). Los complejos y el inconsciente. Barcelona: Alianza
11. Editorial Klein, M. (1946) Obras Completas. Paidós.
12. Lacan J. (1977) El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Escritos 1. Madrid: Siglo XXI.
13. Luque, A. Martínez, A. (2024) Madurescencia, la adolescencia de los adultos. vérticeK, en prensa.
14. Montero, G. J. (2015). Psicoanálisis de la madurescencia (definición, metapsicología y clínica). International Journal of Psychoanalysis, 1.6, 1752-1781.
15. Montero, G. J. (2015). La madurescencia como clave de la mediana edad de la vida. PAJAR, 3(2), 45-46.
16. Sollod, R.N., Wilson, J.P., Monte, C.F. (2009) Anna Freud. Extensión del alcance del psicoanálisis: la psicología del yo. Capítulo 6 del libro Teorías de la personalidad. Debajo de la máscara. 8ª Edición. McGraw Hill.
17. Tuber-Oklander, J (1999) Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. Aperturas psicoanalíticas Num 0003. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000093
18. Winnicott (2016) páginas 182-200. Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós.
19. Winnicott, D.W. (1963) El miedo al derrumbe. Ediciones Psicoanalíticas I, Paidós.
20. Winnicott, D.W. (1988) La naturaleza humana. Paidós Mexicana, SA ISBN 950-12-416002
21. Winnicott, D.W. (1989) Sostén e Interpretación: fragmento de un análisis. Paidós. ISBN 978- 950-12-4153-2.
22. Winnicott, DW (2016) Deprivación y delincuencia, compilado por Clare Winnicott, Ray Sheperd y Madelein Davis. Paidós biblioteca de psicología profunda 145. ISBN 978-607- 747-302-2.
23. Yañez Lozano, JJ (2014) El desarrollo en la edad adulta. ISBN: 978-607-00-8544-4. Lira Impresos.
24. Zabaráin Cogollo, S., Quintero Díaz, L., Russo De Vivo, A. (2015). Logros del yo durante el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia. Revista Psicoespacios, Vol. 9, N. 14, junio 2015, pp.129-160. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Fragmentación de la mente: trauma, disociación e histeria.

Alejandro Luque Hernández ¹

¹ Médico internista, Psicoterapeuta,
Psicotraumatólogo y Psicosomatólogo.
Centro K. CDMX. México



Resumen

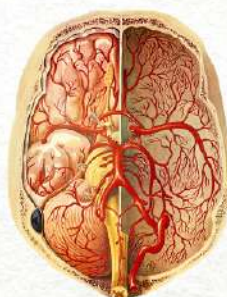
En el presente artículo se analiza el fenómeno histérico desde el origen del concepto hasta las teorías y nomenclatura más reciente y se repasa la historia del mismo. Se toman las propuestas de S. Freud en sus escritos pre-psicoanalíticos que hacen énfasis en el trauma y la escisión de la mente como mecanismo etiológico. Se incluyen las contribuciones del Dr. J. Breuer a dichas hipótesis. Se incorpora el concepto de disociación patológica propuesto por P. Janet, haciendo un lado la disputa entre éste y el padre del psicoanálisis. Se reestructura el caso de Anna O. desde las clasificaciones psiquiátricas recientes y se analiza desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad.

Palabras clave: histeria, trauma, disociación, trastorno de identidad disociativo, trastorno neurológico funcional.

Abstract

This paper analyzes the hysterical phenomenon from the origin of the concept to the most recent theories and nomenclature, also reviews its history. The proposals of S. Freud are taken of his prepsychoanalytic writings, which emphasize trauma and the splitting of the mind as an etiological mechanism. Dr. J. Breuer's contributions to these hypotheses are included. The concept of pathological dissociation proposed by P. Janet is incorporated, leaving aside the dispute between him and the father of psychoanalysis. The case of Anna O. is restructured based on recent psychiatric classifications and analyzed from the structural dissociation of personality theory.

Keywords: hysteria, trauma, dissociation, dissociative identity disorder, functional neurological disorder.



Cómo citar:

Luque Hernández, Alejandro (2025, enero). Fragmentación de la mente: trauma, disociación e histeria. vérticeK, 4(1), 20-32.



Introducción

La histeria ha causado fascinación a lo largo de la historia de la medicina. En esta neurosis no se hallan alteraciones anatómicas perceptibles del sistema nervioso, por ello se le cataloga como una entidad funcional y se origina por situaciones traumáticas que sobrepasan los mecanismos de integración del individuo ocasionando la disociación de la mente. Está caracterizada por diversos síntomas neurológicos exagerados compuesta por cambios psíquicos y físicos perceptibles clínicamente y que ocasionan malestar y perturbación significativa en la vida del individuo.

Esta entidad fue descrita desde los médicos grecorromanos y se asoció inicialmente a la insatisfacción sexual femenina por lo que, junto con la fascinación de su riqueza sintomática, fue motivo de discriminación y persecución e incluso hoy en día se utiliza el término “histérica” para denostar a las personas.

A finales del S. XIX en el Hospital de la Salpêtrière en París se darán cita varios médicos encantados por los hallazgos de Charcot y sus *teatros del cuerpo*, uno de ellos, el Prof. S. Freud impactado por lo observado hipotetizará junto al Dr. J. Breuer el mecanismo psicopatológico – etiológico de la misma -. Posterior a la ruptura por diferencias en postura, el primero continuará y forjará un único e innovador camino, construyendo para siempre el edificio metapsicológico y el quehacer psicoanalítico.

En ese mismo nosocomio fundará el departamento de psicología experimental por petición de Charcot el filósofo y posteriormente médico Pierre Janet cuyas contribuciones al mecanismo disociativo patológico siguen vigentes en el momento actual.

En el presente escrito revisaremos no solo la historia de la histeria y las contribuciones de estos grandes sino también revisaremos el caso más emblemático de esta entidad nosológica en la época contemporánea, el caso de Anna O, se analizará desde el conocimiento y diagnósticos psiquiátricos vigentes, de la teoría del trauma y de la disociación de la estructura de la personalidad propuesta por van der Hart.

HISTERIA.

DELIMITANDO EL CONCEPTO

El concepto de histeria / neurosis histérica se ha confundido y sobre utilizado en el quehacer psicoanalítico de tal forma que muchas y muchos pacientes son catalogados como *neuróticos histéricos* por el simple hecho de contar con rasgos teatrales o seductores en su personalidad. Es también cierto que en la actualidad nos cuestionamos si en realidad existen pacientes como los narrados en los casos clínicos elaborados por S. Freud dentro de sus escritos pre-psicoanalíticos.

Quisiera entonces, antes de continuar, explicitar a través de sus definiciones las distinciones existentes entre *neurosis histérica*, *trastorno histriónico de la personalidad* y *estilo de personalidad histriónico*, con el fin de que en los siguientes párrafos nos vayamos adentrando en la neurosis histérica y lo que conocemos hoy en día sobre esta entidad.

Entendemos por personalidad a una *organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones* (Bermudez, 1996). La personalidad nos da identidad y capacidad de adaptación al ambiente y está constituida por rasgos que son patrones persistentes de forma de pensar sobre uno mismo, el entorno y relacionarse. En la personalidad existe un componente biológico – heredado denominado temperamento y uno producto del aprendizaje y experiencias que vivimos desde el nacimiento denominado carácter-. El estilo de personalidad marca una tendencia del individuo por actuar o pensar de determinada forma, no es considerado como patológico siempre y cuando sea flexible y no acentuado, y no ocasione algún deterioro funcional – adaptativo (DSM-IV-TR, 2000)

Así existen personas con *estilo de personalidad histriónico* y está caracterizado por excesiva emocionalidad y búsqueda de atención, actuando de forma seductora y provocativa, excéntrica y con tendencia al dramatismo.

De acuerdo con Millon (1994) el estilo de personalidad y los trastornos de personalidad son parte de un continuo de manera que los primeros se mantienen en el rango de la normalidad y los trastornos en el rango de la patología, es decir, la distinción radica en el grado o nivel. Es entonces que reconocemos en el *Trastorno histriónico de la personalidad* definido según el DSM-5 como un *patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienzan en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos*, encontrando cinco o más de los siguientes hechos (DSM-5, 2013).

1. Incomodidad en situaciones en las que no es el centro de atención;
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado;
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones;
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención;
5. Estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles;
6. Muestra auto-dramatización teatralidad y expresión exagerada de la emoción;
7. Es sugestionable y
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad"

A las personas con *estilo histriónico de la personalidad* así como aquellos con *trastorno histriónico de la personalidad* frecuentemente son tildados de "histéricos" y desde nuestro quehacer psicoanalítico diagnosticados con "neurosis histérica", como veremos, en poco o nada tiene esto que ver con "la histeria" descrita por S. Freud y que tanto le apasionó para a través de ella cimentar la metapsicología freudiana y el psicoanálisis. El mismo Freud en su escrito "Histeria" (1888) la define cabalmente como una neurosis en la que no se hallan alteraciones anatómicas perceptibles del sistema nervioso que descansa por completo en modificaciones fisiológicas de este. Es decir, es una neurosis que se caracteriza por una intensa excitación nerviosa, provocada por una circunstancia o situación anómala en la que se producen reacciones neurológicas exageradas, compuesta por cambios psíquicos, alteraciones emocionales y cambios físicos diversos sin correlato anatómico definido.

También Freud es puntual en recordarnos la importancia que tiene diferenciar a la Histeria de otras entidades neuróticas:

“algunos autores [...] suelen todavía hoy aplicar arbitrariamente los rótulos de -histéria- e -histérico-, y arrojar en una misma bolsa -histeria- con nerviosidad general, neurastenia y muchos otros estados psicóticos y diversas neurosis que todavía no han sido destacadas del caos de las afecciones nerviosas” (Freud, 1888)

HISTORIA DEL ENCANTO HISTÉRICO

El registro más antiguo de la sintomatología histérica lo realizaron los egipcios en sus papiros médicos alrededor del 1900 a. C. como anomalías en el comportamiento en mujeres adultas atribuido al útero desplazado de su lugar.

La palabra “histeria” de los términos griego y latino “*Hysterikos*” e “*hystera*” respectivamente fue relacionada siempre, desde Hipócrates y los médicos grecorromanos a la inactividad o insatisfacción de la función sexual – reproductiva de la mujer (Caballero, 2020). Tanto griegos como romanos lo asociaban a la falta de matrimonio y lo definían como una enfermedad del útero por una interrupción de la reproducción. Entre los siglos V y XIII el cristianismo lo asoció a posesión demoníaca de tal forma que utilizaban los exorcismos, amuletos, oraciones, tortura y ejecución de las “brujas”.

En los siglos XVI y XVII activistas y académicos trabajaron para cambiar la percepción de la histeria a una condición médica nuevamente, desvinculándolo del útero y focalizándolo en el sistema nervioso central iniciando así la era del interés en el estudio de modelos neurológicos sobre la histeria. Un ejemplo de esto es Charles Lepois (1563) que pensaba en la histeria como una enfermedad del cerebro. Será Thomas Sydenham (1697) quien lo describirá como una condición emocional en lugar de física – orgánica. Briquet (1859) en su *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie* (1895) la definirá como un “síndrome crónico que se manifiesta por síntomas inexplicables en todos los sistemas y órganos del cuerpo” otorgándole el nombre de “síndrome de Briquet” que podemos encontrar aún en literatura médica antigua.

Aparece en la escena Jean-Martin Charcot (Paris 1825 – 1893), apasionado por el estudio de la histeria y empeñado en encontrar la causalidad de esta entidad. Neurólogo y profesor de anatomía patológica, titular de la cátedra de enfermedades del sistema nervioso y fundador de la neurología moderna. En 1882 inaugura la primera cátedra de neurología del mundo en el Hospital de la Salpêtrière en Paris, Francia. A través de su estudio mediante la técnica de la hipnosis en pacientes le denomina “histeria traumática” para hacer referencia al antecedente de trauma físico en estas pacientes. Es en la Salpêtrière en donde se darán cita innumerables neurólogos de la época, dentro de los cuales dos serán decisivos para el estudio de la entidad: Sigmundo Freud y Pierre Janet.

LA INDISOLUBLE RELACIÓN HISTERIA – HIPNOSIS.

El Diccionario de Psicoanálisis Roudinesco (1988) nos dice sobre la hipnosis: “derivado del griego “Hypnos” (sueño) y sistematizado entre 1870 y 1879 para designar un estado modificado de conciencia (sonambulismo o estado hipnoide) provocado por la sugestión de una persona por otra. La palabra hipnotismo fue creada por el médico escocés James Braid para caracterizar un conjunto de técnicas que permiten provocar un estado hipnoide en un sujeto con fines terapéuticos”.

La hipnosis y los estados hipnóticos se conocen de igual forma desde la época grecorromana clásica y fueron de gran interés para la medicina desde mediados del S. XVII (Caballero, 2020). Entre la segunda mitad del S. XVIII y la primera del S. XIX sucedió en Europa la primera oleada del hipnotismo moderno como parte de la medicina alemana cuyos actores más destacados fueron Mesmer, Puységur o Faria. El primero de ellos, Anton Mesmer (1734 – 1815) enunció la existencia de un “fluido universal” que impulsaba el movimiento de los seres vivos. Dicho fluido se acumularía en imanes y podía ser manipulado mediante pases o toques terapéuticos de magnetismo animal (Caballero, 2020).

Armand de Chjstenet (marqués de Puysegur) (1751 – 1825) postulaba que el sonambulismo provocaba cualidades extraordinarias a las personas. El abate Faria (1756 – 1819) fue el responsable de introducir la hipnosis oriental en París explorando el “sueño lúcido” que se caracterizaba por ser un estado de concentración mental semejante al sueño.

El positivismo moderno que dominó la medicina europea desde mediados del siglo XIX y encarnado por la Academia de Ciencias de Francia rechazó los presupuestos y resultados de este magnetismo animal condenándolo a la marginidad. La segunda oleada de hipnotismo (denominada neurohipnología) se originó en la obra del neurocirujano James Braid (1795 – 1860) que inició el estudio de la hipnosis con los métodos de la medicina, la definición como “un estado peculiar del sistema nervioso que puede provocarse mediante la atención fija y abstraída de un objeto no excitante por su naturaleza y en el cual las respuestas a la sugestión pueden hacerse con facilidad” (Citado por Caballero, 2020).

Entre 1881 y 1902 ocurrió en Francia una gran fascinación por la histeria y la hipnosis. En ese momento las escuelas de la Salpêtrière y de Nancy conceptualizaron el hipnotismo de manera distinta.

Por un lado la Escuela de la Salpêtrière alineada en torno a Charcot (1825 – 1893) que hacia 1870 empezó a interesarse por la histeria (Caballero, 2020) utilizando el método anatomoclínico (mismo que le había dado éxito en muchas otras enfermedades) mismo que resultó inútil para esta entidad. Hacia 1878 empezó a interesarse por la hipnosis (Caballero, 2020) como una herramienta que podía generar neurosis provocadas y con esto contribuir al estudio de la histeria. Al tiempo Charcot completó su teoría sobre la histeria concibiéndola como una enfermedad neurológica hereditaria con expresión funcional y caracterizada por una lesión dinámica sin alteraciones en los órganos.

Por otro lado, también en Francia, surgió la escuela de Nancy cuyo representante fue el profesor Hippolyte Bernheim (1840 – 1919) que a su vez había quedado fascinado por el trabajo de Liébeault.

La escuela de Nancy fue permeando entre muchos médicos de la época incluyendo al mismo Sigmund Freud que pasó cuatro semanas con Bernheim en Nancy antes de regresar a Viena posterior a su estancia en París con Charcot. Esta escuela consideraba a la hipnosis como una técnica de inducción del estado hipnótico siempre y cuando existiera disposición tanto del hipnotizado como del hipnotizador, que podía suceder en sujetos normales (no solo en histéricos como proponía Charcot) bajo sugestión (Caballero, 2020).

SINTOMATOLOGÍA HISTÉRICA: SRITA. ANA O

S. Freud describió en “Histeria” (1888) la sintomatología histérica, como un “status que de tiempo en tiempo produce estallidos” caracterizado por ataques convulsivos (hoy conocidos como pseudocrisis convulsivas), globus histérico, alteraciones en la sensibilidad, parálisis, contracturas y dolor, particularmente desencadenado por la estimulación de “zonas histerógenas” y siempre con el toque de “lo excesivo” (Freud, 1888).

El caso de Anna O (Bertha Pappenheim) paciente de Josef Breuer (1842 – 1925) y expuesto de forma colorida junto con S. Freud producto de una intensa relación entre ambos de 1882 a 1895 en “*Estudios sobre la histeria*” (1895.) Este caso que cumple ya 129 años de su publicación, quizá sea considerado como el más emblemático en la historia reciente sobre la histeria.

Anna O fue una mujer de 21 años de edad, tuvo antecedentes familiares de psicosis y “padres nerviosos” (Breuer & Freud, 1895).

Inició su padecimiento en torno a 1880 relacionado con la enfermedad del padre misma a la que "se consagró" con deterioro progresivo de sus condiciones físicas hasta el fallecimiento del mismo en 1881. Esta entidad está caracterizada por una fase de incubación latente, seguida por la contracción manifiesta de la enfermedad de julio a diciembre de 1880, un periodo de sonambulismo persistente que alternaba con estados de normalidad hasta diciembre 1881 y una última fase caracterizada por la involución progresiva de los estados de sonambulismo y los fenómenos histéricos hasta junio 1882 (Breuer & Freud, 1895).

El curso de la enfermedad está definido por periodos sintomáticos de calma y normalidad alternando con agudizaciones relacionadas particularmente con eventos estresantes. Está caracterizado por síntomas psíquicos y físicos. Dentro de los primeros destacan insomnio, irritabilidad, agresividad, somnolencia, estupor, distractilidad, desorientación, amnesia, ideas delirantes, mutismo, parafasias y acatafasia con afecto teñido de angustia, tristeza y rabia ampliamente desregulados. Desde el punto de vista físico la sintomatología consistía en tos psicógena, cefalea, estrabismo convergente, alteraciones visuales, dificultad para deglutir, contracturas, anestias en las extremidades y parálisis de las mismas (particularmente la superior derecha y ambas inferiores) y anorexia (Breuer & Freud, 1895)

LA INTRIGA HISTÉRICA EN EL ORIGEN DEL PSICOANÁLISIS

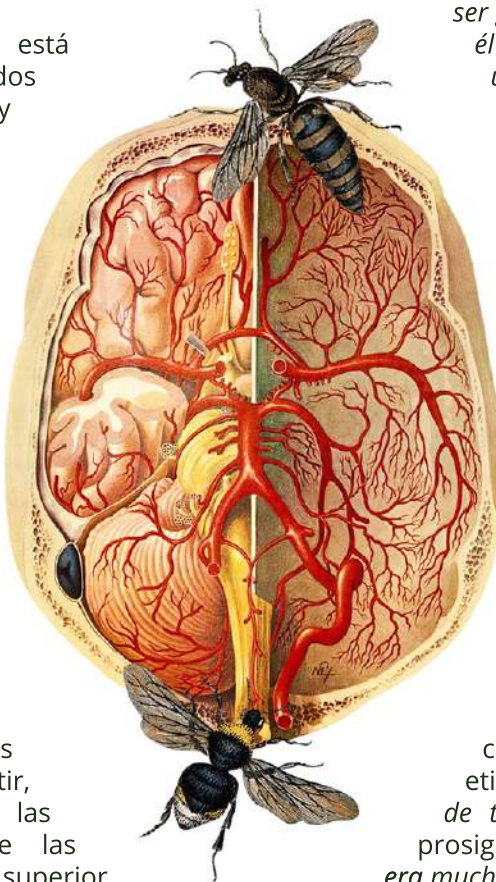
En "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos" (Freud, 1893), Sigmund Freud se presenta ante nosotros para mostrarnos su trabajo como una continuación y a la vez una disrupción de los elaborados por Charcot.

En este escrito trata de la "patogénesis de los síntomas histéricos" haciendo incapié en que "los fundamentos más directos para la génesis de síntomas histéricos han de buscarse en el ámbito de la vida psíquica" del sujeto.

Nos dice Freud "supongan un individuo hasta cierto momento sano, quizá libre de toda tara hereditaria, que es sorprendido por un trauma" (Freud, 1893) poniendo sobre la mesa y enfatizando el trauma psíquico como un elemento etiológico indispensable en la generación de la histeria.

Continúa Freud "este trauma tiene que cumplir ciertas condiciones; tiene que ser grave, o sea, de tal índole que a él se conecte la representación de un peligro mortal, una amenaza para la existencia" (Freud, 1893), es decir, no corresponde a un evento traumático cualquiera sino a un evento excitatorio de tal magnitud que ponga al individuo en condición de amenaza para la vida. Freud continúa "hemos conseguido averiguar que tras los fenómenos de la histeria se esconde una vivencia teñida de afecto, y que además esa vivencia es de tal índole que permite comprender sin más el síntoma a ella referido" (Freud, 1893). Se introduce entonces el tema afectivo, particularmente el miedo, como el segundo elemento etiológico necesario "es el afecto de terror, el trauma psíquico" y prosigue "el recuerdo de aquel suceso era mucho, muchísimo más vivo que el de otros, y que el afecto a él conectado era tan grande como acaso lo fue al producirse la vivencia real y efectiva" (Freud, 1893).

Freud profundiza aún más y sienta las bases tanto para futuras publicaciones como para la construcción del edificio metapsicológico, nos dice "si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo [...] lo llamaremos <suma de excitación>".



Ahora bien, en todo individuo para la conservación de su salud existe el afán de volver a empequeñecer esa suma de excitación, el acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales, el empequeñecimiento por vías motrices (Freud, 1893), poniendo de manifiesto lo que en el futuro será el mecanismo conversivo histérico.

Como tercer requisito en la etiología se encuentra que el individuo haya estado incapacitado para reaccionar adecuadamente al exceso de excitación – trauma, es decir, la acción o respuesta bloqueada, *“y si la reacción a un trauma psíquico está totalmente interceptada, el recuerdo de él conserva el afecto. Si un ofendido no puede devolver la afrenta [...] se crea la posibilidad de que el recuerdo de ese suceso vuelva a convocarle el mismo afecto que estuvo presente al comienzo”* (Freud, 1893), así entonces, *“el histérico padece de unos traumas psíquicos incompletamente abreaccionados”* (Freud, 1893) justificando la técnica de la abreacción como herramienta terapéutica pre psicoanalítica.

En 1895 S. Freud y J. Breuer publican “Estudios sobre la histeria” en cuyo primer capítulo “Comunicación preliminar” se expone el punto central etiológico de la histeria. Esta se concibe por los autores de forma secundaria a la presencia de una representación patógena cuyo afecto queda estrangulado en el cuerpo. Esta representación y el afecto permanecen en un estado de “conciencia segunda” (Freud & Breuer, 1895). Nos exponen: *“en el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la ínfima lesión corporal; lo es, en cambio, el afecto de horror, el trauma psíquico [...] En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico”* (Freud & Breuer, 1895), podemos observar en primer lugar la clara división con la teoría de Charcot sobre la importancia del trauma físico en la etiología del fenómeno histérico, haciendo énfasis en el trauma psicológico; continúan *“suele tratarse de vivencias que al enfermo le resulta desagradable comentar, pero, principalmente*

a que en realidad no las recuerda, y hartas veces ni vislumbra el nexo causal entre el proceso ocasionador y el fenómeno patológico” (Freud & Breuer, 1895) poniendo sobre la mesa el estado de “conciencia segunda”, prosiguen: *“de nuestras observaciones se sigue que los recuerdos que han devenido ocasionamientos de fenómenos histéricos se han conservado durante largo tiempo con asombrosa frescura y con su plena actividad. Aquí debemos mencionar otro hecho llamativo [...] los enfermos no disponen de estos recuerdos como disponen del resto de su vida. Al contrario, estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria. Únicamente si se indaga a los enfermos en estado de hipnosis, esos recuerdos acuden con la vividez intacta de unos acontecimientos frescos”* (Freud & Breuer, 1895), es decir, los pacientes histéricos padecen un estado de conciencia segunda, fuera del recuerdo consciente que podrá ser evocado por la hipnosis como técnica terapéutica. Hoy sabemos que la hipnosis desencadena un estado escindido – disociativo de la mente (Caballero, 2020) y por si nos quedara duda de la importancia que en este primer momento del estudio de la histeria dan a la escisión de la mente podemos leer: *“mientras mas nos ocupábamos de estos fenómenos, más seguro se volvía nuestro convencimiento de que aquella escisión de la conciencia [...] existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre <hipnoide>, sería el fenómeno básico de esta neurosis”* (Freud & Breuer, 1895). La escisión – disociación de la mente es el requisito básico e indispensable para la ocurrencia del fenómeno histérico *“[...] un trauma grave, una sofocación trabajosa, pueden producir una escisión de grupos de representaciones aun en quienes ese fenómeno no preexistía, y este sería el mecanismo de la histeria adquirida psíquicamente”* (Freud & Breuer, 1895).

Es importante en honor a J. Breuer su contribución en la parte teórica de “Estudios sobre la histeria” (Freud & Breuer, 1895) manifestando la importancia de tres aspectos en el fenómeno histérico: 1. la escisión de la mente, 2. El afecto y 3. la excitación tónica cerebral. Para Breuer no consistía únicamente en un acontecimiento o hecho puntual para provocar el trauma sino que se trataba de una historia de eventos, es decir, una serie de eventos que llevaban a la escisión de la psique.

En “La etiología de la histeria” (1896) Freud establece la importancia de las vivencias sexuales traumáticas infantiles como condición inicial en la infancia a cuyo recuerdo patógeno es difícil acceder semejando una cadena compuesta de eslabones y ramificaciones.

Conforme desarrolla sus postulados sobre la etiología de la histeria, Freud expone dos constructos más para explicar el fenómeno: la represión y la conversión. En este punto Freud se lanza a completar desde su apreciación clínica su hipótesis sobre el mecanismo psicopatológico de la histeria marcando desde entonces un camino distinto y novedoso al conocimiento de la época y a lo que otros investigadores de la época postulaban. Freud construye su propia teoría y renuncia a las elaboraciones vigentes a finales de S. XIX.

En lo que respecta a *la represión*, en los textos anteriores a “La interpretación de los sueños” (Freud, 1900) lo utiliza como mecanismo psíquico responsable de rechazar o mantener representaciones inconciliables fuera de la conciencia (Laplanche & Pontalis, 1996). Freud le resta importancia al mecanismo de la escisión de la mente para darle paso al mecanismo de la represión designando el destino de las representaciones separadas de la conciencia, constituyendo un núcleo psíquico separado. Más adelante en su obra durante los años 1911-1915 se dedicará a exponer una teoría articulada del proceso de represión partiendo de su nueva “teoría de la seducción”.

Por otro lado ya en aquella época especificaba y diferenciaba las diferentes clases de psiconeurosis por la utilización de mecanismos defensivos distintos siendo el segundo constructo, *la conversión* el característico de la histeria. Se trata de la conversión del afecto al síntoma físico, es decir, el “salto de lo psíquico a la inervación somática” (Laplanche & Pontalis, 1996). La conversión surge ya en sus primeras investigaciones pre psicoanalíticas, primeramente en “Las psiconeurosis de defensa” (Freud, 1894) y en el caso Emmy von N de los “Estudios sobre la histeria” (Freud & Breuer, 1895). La conversión es correlativa a la separación de la libido de la representación, como producto de la represión, esta energía libidinal es entonces “traspuesta a lo corporal” (Freud, 1894).

FREUD Y PIERRE JANET

Es bien sabida la disputa entre S. Freud y P. Janet, ambos discípulos de Charcot en el hospital de la Salpêtrière, disputa plagada de reclamos por la autoría y similitud de conceptos referentes al inconsciente. No es mi intención profundizar en dicha disputa sino por el contrario, poner a Pierre Janet (1859 – 1947) en la escena dada su importancia en el estudio de la disociación patológica en los individuos traumatizados. Si bien es cierto que sus teorías sobre el mecanismo de los fenómenos histéricos divergen, también lo es que convergen en un punto: la escisión – disociación de la mente. Ambos conceptos tienen sus particularidades y distinciones, pero coinciden en el material de la psique que es expulsado producto de una fracturación traumática.

P. Janet nació en Paris, Francia en 1895, filósofo inicialmente y posteriormente médico – neurólogo. Fue escogido por Charcot como su aliado para establecer en 1889 un laboratorio de psicología experimental dentro del hospital de Salpêtrière. Janet se vio obligado para aceptar tal encomienda a estudiar y titularse como médico con una tesis magistral titulada “*L'état mental des hystériques*”.

Janet es considerado como el “padre de la disociación”, del “análisis psicológico” y del “subconsciente”. En los últimos años su trabajo ha sido rescatado no solo por los “neojanetianos” sino por los estudiosos en el trauma psicológico por su semejanza con las teorías y los estudios más contemporáneos sobre las secuelas del psicotrauma.

En sus primeros trabajos propondrá la “*teoría de la disociación patológica*” o “*desagregación*” como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados. Conceptualiza la disociación como una defensa frente a la ansiedad ocasionada por la experiencia traumática. Producto de esa disociación persistirán “*ideas fijas subconscientes*” en la mente del paciente. La disociación llevará a un estrechamiento de la conciencia en el cual unas experiencias no se asociarán con otras (tomado de Gondra, 1997).

REVISIÓN DEL CASO ANA A PARTIR DE LA DISOCIACIÓN Y LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

Entendemos por disociación como “una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación del cuerpo, el control motor y la conducta” (APA, 2014).

El proceso disociativo es considerado transdiagnóstico ya que podemos encontrarlo en una diversidad de entidades psicopatológicas siendo las más importantes el trastorno de estrés postraumático, los trastornos disociativos (antes llamados “personalidad múltiple”), de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales) y de somatización.

Podemos diferenciar el espectro de síntomas disociativos en físicos / somatomorfos y mentales / psicomorfos y por otro lado en síntomas positivos (intrusiones) y negativos (pérdidas) (Van der Hart & Nijenhuis, 1999; Van der Hart, 2011). Atendiendo a esta forma de clasificarlos, los *síntomas disociativos psicomorfos negativos* incluyen la pérdida de memoria (amnesia), el entumecimiento emocional, las alteraciones del pensamiento con pérdida de la función crítica y las pérdidas de necesidades, deseos y fantasías.

Los *síntomas disociativos psicomorfos positivos* incluyen los síntomas intrusivos (“flashbacks”), ideas delirantes y alucinaciones. En lo que respecta a los físicos, los síntomas disociativos somatomorfos negativos incluyen pérdida de las funciones y habilidades motoras, pérdida de sensaciones corporales (anestesia, analgesia, pérdida de visión, etc), finalmente, los síntomas disociativos somatomorfos positivos incluyen comportamientos y experiencias físicas intrusivas tales como dolor, movimientos anormales, pseudocrisis convulsivas, fasciculaciones o tics, etc. (Van der Hart, 2011)

Partiendo de esto, retomemos el caso Anna O. clasificando su sintomatología de la siguiente forma:

- Síntomas disociativos psicomorfos positivos: alucinaciones visuales, ideas delirantes, irritabilidad e impulsos agresivos.
- Síntomas disociativos psicomorfos negativos: pérdida de rasgos del carácter, estupor, inatención, desorientación, amnesia y mutismo.
- Síntomas disociativos somatomorfos positivos: pseudocrisis convulsivas, contracturas, tos psicógena y dolor de cabeza.
- Síntomas disociativos somatomorfos negativos: Estrabismo convergente, debilidad de los músculos de la garganta, anestesia de las extremidades, parálisis de extremidad superior izquierda, anorexia e insomnio.

Es a partir de eso que podemos asegurar categóricamente que la Srita. Bertha Pappenheim (Anna O.) padecía síntomas disociativos producto de eventos traumáticos que ocasionaron el fenómeno histérico observado por Breuer y descrito junto con Freud. Podríamos integrar incluso los siguientes diagnósticos de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013):

1. Trastorno de identidad disociativo por contar con A. perturbaciones de la identidad caracterizadas por dos o más estados de personalidad definidos.

La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante en el sentido del yo y del sentido de entidad acompañado de alteraciones relacionadas con el afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y funcionamiento sensitivo – motor, B. lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos e información / sucesos traumáticos importantes, C. que causan malestar clínicamente significativo y deterioro social sin D. ser parte de la cultura.

2. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (de conversión) por contar con A. uno o más síntomas de alteración en la función motora o sensitiva voluntaria, B. incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas, C. no es explicado mejor por otro trastorno y D. causa malestar clínicamente significativo. Especificando que la paciente tiene síntomas mixtos que corresponden a debilidad o parálisis, movimientos anómalos, deglución, habla, *pseudocrisis convulsivas*, pérdidas sensitivas, pérdida sensitiva especial (visión).

UNA MENTE FRACTURADA

Ante el trauma psíquico y particularmente ante el trauma complejo relacional, en individuos susceptibles ocurrirá el proceso de disociación patológica dando como resultado la fragmentación en la estructura de la mente y esto a su vez el desarrollo de trastornos tales como estrés postraumático complejo, límite de la personalidad, neurológico funcional / conversivo, somatización y trastorno de identidad disociativo antes de nominado de personalidad múltiple, entre otros.

La salud mental se caracteriza por la capacidad de integrar de forma continua eventos dentro de una personalidad coherente permitiendo que funcione de manera adaptativa. La capacidad de integración está fundada por dos acciones esenciales: la capacidad de síntesis y la capacidad de realización (“el darse cuenta”) (Van der Hart, 2011).

La capacidad de síntesis consiste en asociar experiencias y funciones adquiriendo progresivamente mayor complejidad, generando una personalidad en evolución continua con respecto a la complejidad y dinámica. Existen dos aspectos, la síntesis de componentes de experiencias por un lado (sensaciones, percepciones, sentido del yo y conducta) en un determinado periodo de tiempo en una estructura mental coherente y continua. Por otro lado, la síntesis de experiencias, conocimiento y funciones a través del tiempo introduciéndolas en una personalidad coherente (van der Hart, 2011)

La capacidad de realización analiza y difiere hechos y experiencias personales, es el proceso por el que uno se vuelve consciente de los hechos y sus implicaciones, así como de las experiencias a lo largo de la vida. Existen dos acciones mentales complejas dentro de esta capacidad de realización: la personificación y la presentificación. Con respecto a la primera es la acción mental de “adueñarse” de la experiencia con un sentido personal (“esto me paso a mí”), con respecto a la segunda es la acción de integrar el pasado, presente y futuro y a la vez traerlo al presente para darle realidad. Con la presentificación los individuos le damos al presente el más alto grado de realidad. Cuando la personificación falla la experiencia deja de ser la experiencia de uno mismo (despersonalización) (Van der Hart, 2011).

Cuando suceden eventos extremada o repetitivamente estresantes se requieren altos niveles de capacidad de integración, cuando esto falla se produce la disociación patológica de la mente.

La idea fundamental de la disociación patológica consiste en que los componentes de la personalidad pueden dividirse entre sí bajo condiciones de estrés extremo manifestándose en diferentes condiciones psicobiológicas.

La Teoría de la Disociación Estructural (van der Hart, 2011) explica los mecanismos y los niveles de fragmentación producto del trauma, entendiendo el proceso de disociación como clave de la misma.

Se parte de la premisa de que al nacer no contamos con una personalidad integrada, es decir, el niño opera con diferentes estados del Yo que manejan diferentes necesidades (apego al cuidador, comer, explorar el mundo, etc.), conforme el niño crece y madura, los estados del Yo se integran paulatinamente hasta formar una personalidad congruente, flexible y adaptativa. El trauma temprano interrumpe este proceso permaneciendo las partes del Yo separadas / disociadas e incapaces de funcionar las unas con las otras, de cumplir varias de las necesidades y en un conflicto constante. No se puede formar un Yo congruente, flexible y adaptativo si el cuidador primario del niño es inconsistente y otorga apego inseguro (van der Hart, 2011).

Estas partes del Yo disociadas se manifiestan en forma de síntomas disociativos positivos y negativos tanto psicomorfos como somatomorfos (Van der Hart, 2011).

CONCLUSIONES

La histeria es un trastorno que goza de una fascinación extraordinaria a lo largo de la historia hasta el momento actual. A lo largo de este escrito hemos transitado desde el origen y la historia del trastorno histérico hasta las nuevas conceptualizaciones del mismo. En lo que respecta a nuestro quehacer psicoanalítico la entidad es parte fundadora del edificio construido por S. Freud posterior al encuentro en París con estos pacientes en el Hospital de la Salpêtrière comandado por Charcot durante su estancia a finales del S. XIX.

El mismo encanto histérico ha llevado a la confusión de términos, definiciones diversas, categorizaciones, estigmatización, investigación y constructos hipotéticos dispares. Hoy en día dentro de nuestra misma profesión dirigimos el término "histérico (a)" incluso a personas con rasgos histriónicos o con trastornos de la personalidad que nada tienen que ver con la entidad que originalmente utilizó S. Freud como modelo clínico para el estudio de la psique.

En este sentido, el caso de Anna O. es sin lugar a duda el más emblemático dentro del psicoanálisis y de la historia de la histeria. Este caso narrado y elaborado magistralmente por J. Breuer y S. Freud nos permite por su riqueza clínica, minuciosa descripción de los síntomas y de la historia natural de la enfermedad reelaborarlo desde las nuevas teorías del trauma.

En este artículo me centré en un S. Freud prepsicoanalítico, aquel que considero salvo las críticas que esto pudiera ocasionar, no distante de la realidad actual con respecto al trauma en la infancia y las secuelas que este ocasiona para el resto de la vida, siendo una de ellas el proceso de escisión – disociación de la mente con la generación de múltiples e independientes estados del Yo.

La Teoría de la disociación de la estructura de la personalidad propuesta por Van der Hart nos acomoda para establecer que Anna O. al igual que el resto de los y las histéricos padecen trastornos de identidad disociativos y que en lo que en realidad observamos clínicamente son estas personalidades independientes en conflicto constante y alternantes desencadenadas por eventos sobrestresantes en el individuo. Hoy nos explicamos que la basta riqueza de síntomas psicológicos son producto de la disociación *psicomorfa* y que la variedad de síntomas físicos funcionales, es decir, sin correlato neuroanatómico resultan de la disociación *somatomorfa*.

El abordaje propuesto durante este escrito afianza el uso de las técnicas terapéuticas utilizadas en aquel entonces tal como la hipnosis y su fortalecimiento con datos neurocientíficos actuales, la abreacción y sobre todo, aquel instrumento propuesto por Freud consistente en llegar al núcleo traumático en el recuerdo a través del análisis de la cadena y ramificaciones asociativas; más allá de esto, nos permite elaborar e incorporar nuevas propuestas terapéuticas.

REFERENCIAS:

1. American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: Author.
3. Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. I. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar en Obras completas (Tomo II). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
4. Caballero, L. (2020). Un regalo de Julia: Breve ensayo a propósito de un caso de histeria e hipnosis. Barcelona: Caligrama.
5. Freud, S. (1888). Histeria en Obras completas (Tomo I). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
6. Freud, S. (1896). La etiología de la histeria en Obras completas (Tomo III). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
7. Gondra, J. M. (1997). La psicología de Janet. Madrid: Síntesis.
8. Millon, T. (1994). Millon index of personality styles. San Antonio: The Psychological Corporation.
9. Millon, T., & Davis, R. (1998). Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
10. Roudinesco, E. (1988). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
11. van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of a reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(1), 37-44.
12. van der Hart, O. (2011). El Yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

LA VERGÜENZA DE SER UN BEBÉ NO DESEADO

Rubicelia Vargas Fosada ¹

¹ Psicoanalista del centroK.



CLÍNICA

Resumen

La vergüenza es un sentimiento que produce mucho dolor en nuestros pacientes. Sus orígenes son diversos. Aquí se plantea cómo ser un o una bebé no deseada, produce un sentimiento de vergüenza en etapas muy tempranas. El no esperar o desear a un bebé, puede llevar a fallas del ambiente en el sostenimiento o a desarrollos patológicos del narcisismo, lo que a su vez puede conducir a un falso self. Esto se traduce en pacientes que experimentan una sensación de poco valor, vacío y poca vitalidad, sentimientos que pueden desembocar en depresiones profundas o en pensamientos suicidas. Se presenta un caso clínico en el que la vergüenza es un sentimiento prevalente en la paciente, y se describe cómo este sentimiento ha sido abordado y elaborado conjuntamente con la analista.

Palabras clave: vergüenza, suicidio, culpa, depresión.

Abstract

Shame is a feeling that causes a lot of pain in our patients. The origins are diverse. Here we consider how being an unwanted baby produces a feeling of shame in very early stages. Not expecting or desiring a baby can lead to environmental failures to support or pathological developments of narcissism, which in turn can lead to a false self. This results in patients experiencing a feeling of little value, emptiness and little vitality, feelings that can lead to deep depression or suicidal thoughts. A clinical case is presented in which shame is a prevalent feeling in the patient, and it is described how this feeling has been addressed and elaborated together with the analyst.

Keywords: shame; suicide; blame; depression.



Cómo citar:

Vargas Fosada, Rubicelia (2025, enero). La vergüenza de ser un bebé no deseado. vérticeK, 4(1), 33-38.



Introducción

La vergüenza es un sentimiento doloroso que a veces ni siquiera se puede nombrar por la sensación de humillación que produce y la manera en que se expande dentro de sí. Es por eso que se vuelve difícil trabajarla con los pacientes, pues hay que descubrirla en lo que no se dice. En muchas personas que llegan a nuestros consultorios es fundamental elaborar la vergüenza, entender de dónde viene, cómo se produjo, por supuesto nombrarla y acogerla. La vergüenza puede haberse producido en etapas tempranas, cuando no aparecen todavía los recuerdos conscientes, cuando no hay lenguaje.

Las experiencias al inicio de la vida, aunque estás no se recuerden, son determinantes en nuestra manera de relacionarnos con los otros. Para Winnicott [1981] el cuidado materno satisfactorio es fundamental para llegar a *ser*. La fase inicial del cuidado materno (provisto por la madre y el padre) es el sostenimiento, que no solamente significa cargar a la criatura¹, sino que se refiere a todos los cuidados diarios que la persona necesita y que no son generales, son específicos e individuales [Winnicott, 1981]. Por esto Winnicott dice que no existe tal cosa como un bebé, sino que cada uno es único en relación con su madre. Los cuidados maternos son los necesarios y también deben ser confiables y estables. La fuerza del *yo* será el resultado de un sostenimiento adecuado, porque de esta manera la criatura obtendrá un sentido de continuidad. Con un mal sostenimiento se puede sentir la desintegración y el aniquilamiento psicótico [Winnicott, 1981].

Los padres se preparan para recibir al bebé, y la madre establece una conexión emocional con su hijo desde el embarazo, lo que le permite atender las necesidades de su bebé y dar un buen sostenimiento en el momento de su nacimiento. Sin embargo, hay ocasiones en las que los bebés no son planeados, e incluso pueden ser no deseados por los padres. En tales situaciones, puede suponerse que resulta más difícil para la madre o el padre seguir el ritmo de las necesidades de su hijo, con consecuencias que repercutirán en su desarrollo.

Ferenczi (1984) analizó el exacerbado instinto de muerte en "los niños recibidos con frialdad y falta de cariño" en la familia, manifestado en un pesimismo general, disgusto por la vida y tendencias suicidas. En su trabajo sobre "Bebés no deseados", Galit Atlas [2023] ejemplifica con el análisis de un paciente, la falta de coherencia en la vida de las "personas que no fueron completamente bienvenidas en este mundo". En este caso, el paciente de Atlas experimentó un rechazo materno, que no estaba presente en su memoria consciente, lo que lo llevaba constantemente a tener pensamientos suicidas y a sentir que no merecía nada en la vida.

En otra teoría, las experiencias tempranas de admiración y grandiosidad son importantes para lograr que el *self* sea cohesivo y estable, además de la posibilidad de proyectar cualidades positivas y admirables en las personas que satisfacen estas necesidades narcisistas en el bebé [Kohut, 1977].

¹Winnicott define a la criatura como el niño o niña de muy corta edad que todavía no habla, por lo que depende de que su madre reconozca sus necesidades por identificación emocional.

En la experiencia de grandiosidad, la relación con el “objeto del sí mismo” es especular, y el bebé espera de este objeto reconocimiento de su grandeza y valor. En la idealización parental el objeto del sí mismo se identifica con esta perfección, para calmar la angustia. Las relaciones con los objetos del sí mismo construyen el amor propio con el que el sujeto vivirá por siempre.

Un *self* cohesivo da fortaleza para enfrentar las dificultades, provee de una confianza en las capacidades propias y una autoestima equilibrada. Si las experiencias en la vida inicial no llevan a la persona desarrollar un *self* cohesivo, entonces vivirá fragmentado, vacío y con falta de vitalidad. El individuo con un *self* no cohesivo está falto de amor propio, lo que puede ir acompañado de una vergüenza sobre *lo que se es*. Morrison [2008] traza una línea del desarrollo para la vergüenza en función del self. Desde esta teoría, también podemos pensar que el bebé no deseado, tampoco ha sido reconocido en su grandiosidad y por lo tanto puede vivir un sentimiento de vergüenza.

En su artículo “Fenómenos narcisistas y vergüenza” Morrison [2008] hace una revisión sobre las diferentes concepciones del narcisismo y su relación con la vergüenza. Este autor habla del narcisismo como un deseo de “ser especial para una persona en particular, un otro significativo, alguien a quien hemos atribuido importancia y poder”. De acuerdo al autor, el grado de la patología del narcisismo es una señal de la indiferencia de los cuidadores primarios. Morrison define un lenguaje de la vergüenza relacionado con sentimientos de fracaso, imperfección, empequeñecimiento e insignificancia, y sugiere valorar la magnitud de la vergüenza sentida, si es soportable o insoportable, tal que lleve a la depresión profunda o incluso al suicidio.

La vergüenza, como se ha señalado, puede aparecer en la infancia temprana; sin embargo, de acuerdo con Gaulejac (2008) “se consolida por etapas a medida que el niño crece e invade el conjunto del psiquismo”.

Este autor pone como un elemento en el sentimiento de la vergüenza la “caída de los padres”. Un padre ausente, en falta o humillado, que no está para proteger y cuya madre no lo suple, produce en el niño o la niña la falta de valor y la duda en sí mismo. Esto quizá puede conectarse con esa falta de idealización de los padres que menciona Kohut. Para lidiar con el sentimiento de vergüenza, Nathanson [1992] define “la brújula de la vergüenza” como la forma en que las personas reaccionan a lo que sienten ante la vergüenza. Los comportamientos descritos por Nathanson incluyen autoagresión, agresión hacia otros, aislamiento y negación.

La culpa y la vergüenza suelen confundirse, pero tienen diferencias importantes. Mientras que la culpa se refiere a las acciones (culpa de lo que se hizo), la vergüenza es del ser (vergüenza *de lo que se es*). La culpa puede residir en una parte de la persona, pero la vergüenza tiene un efecto global del que la persona no puede separarse. Estructuralmente, la culpa se refiere al *Superyó* y la vergüenza al *Ideal del Yo* (Rosi-Monti, 2012). De acuerdo con Rosi-Monti [2012] *la culpa concede la posibilidad de la reparación o de la penitencia-expiación, la vergüenza es un hecho concreto, una constatación*.

Viñeta clínica

N es una mujer de entre 35 y 40 años. Profesional exitosa e independiente, tiene un buen trabajo y vive sola. Su principal sentimiento es de empequeñecimiento, vacío, profunda tristeza y mucha soledad. Acude a consulta tras finalizar una relación con un hombre que la maltrataba y se aprovechaba de su situación financiera. Las experiencias previas de N en el ámbito amoroso estuvieron marcadas por hombres con adicciones, que ejercían violencia y abuso de confianza.

Los padres de N se conocieron en el trabajo y su madre quedó embarazada poco después. Su padre inicialmente negó la paternidad, pero finalmente la reconoció cuando N casi cumplía el año. Sus padres vivieron juntos por algunos años.

Después apenas tuvo contacto con su padre y considera que fue lo mejor, describiéndolo como una persona horrible y distante emocionalmente. A lo largo de su vida, N enfrentó desafíos en cuanto a su imagen, especialmente durante la adolescencia, cuando sufrió acoso escolar debido a su peso.

A pesar de ser una estudiante destacada, N nunca recibió el reconocimiento de su madre. N lucha constantemente por la aceptación de su cuerpo y lamenta su incapacidad para valorarse más allá de su capacidad intelectual. Se siente desanimada al mirarse en el espejo y cree firmemente que nunca podrá aceptarse a sí misma. Desde que era adolescente, N probó con diversas psicoterapias, dice que cada una le ha dejado algo bueno, pero no ha podido resolver sus sentimientos de no merecer nada.

Descripción del tratamiento

Desde que comenzó el tratamiento N nunca ha faltado a las sesiones. Hemos hecho una buena alianza y siento una gran ternura por ella. Al inicio del tratamiento hablaba mucho de sus relaciones amorosas, y se culpaba por las humillaciones que había vivido. Desde entonces comencé a notar su sentimiento de vergüenza. Parecía decirme que ese trato que le daban sus parejas era lo que se merecía y a lo que podía aspirar, pero yo no alcanzaba a percibir la profundidad de la vergüenza de ser, la vergüenza de sí misma.

Cuando N hablaba de su madre, generalmente lo hacía con enojo; la culpaba de los problemas que tuvo con su peso en su niñez y adolescencia. N se sentía tan avergonzada de su cuerpo cuando era adolescente, que no soportaba la mirada de los otros. Hemos hablado de que esa es la misma sensación que tiene cuando se ve al espejo, esa vergüenza que sentía entonces, es la que ahora siente. Esa mirada está dentro de ella, así como el sentimiento de verse y sentirse gorda. Parece ser una vergüenza instalada, que surgió por la no aceptación de sus padres al inicio de su vida.

Durante su adolescencia, N experimentó intensamente la indiferencia por parte de su madre. En una ocasión la paciente refirió que su madre se había ido a una fiesta a la que ella decidió no ir, ya que no disfrutaba de ese tipo de eventos. En un momento de desesperación generado por el sentimiento de soledad y abandono, llamó a su madre para decirle que se lanzaría desde la ventana. Sin embargo, su madre simplemente colgó el teléfono y no respondió a su necesidad de apoyo, y regresó a la casa una vez que se había terminado la fiesta. Este evento ha sido un punto de referencia importante en nuestro trabajo, ya que hemos podido conectarlo con su pasado y explorar cómo la falta de apoyo materno (la falla en el sostén) en su infancia ha contribuido a sus sentimientos de tristeza, de poco valor y de vacío en la actualidad.

Para N su abuela materna fue una figura rescatadora, la cuidaba de pequeña, la llevaba a todas partes con ella y reconocía lo buena que era para la escuela. Cuando su abuela murió, N sufrió una depresión muy fuerte, dejó la universidad y estuvo hospitalizada por un tiempo. Me platicó de una visita que le hizo su padre al hospital, y de la insensibilidad que le mostró. Por primera vez vi la vergüenza al hablar de él. Lo describió como un padre ausente y con poca fuerza, nada protector. De su padre, la paciente refirió:

- ¡Ay! No, no, que bueno que no estuvo cerca de mí, es una persona horrible (lo dice casi con mueca de asco). ¡Es muy raro!

En su vida también estuvo L, un novio de su mamá con el que vivieron mucho tiempo y que tenía la misma profesión que ella tiene ahora. A él lo admira y lo nombra papá. Él siempre reconoció el potencial intelectual de N y trataba de persuadir a su madre para que la apoyara. L murió durante la pandemia y el dolor que le produjo nos ha llevado a reflexionar sobre su impacto en la vida de N, además de servir como parte del proceso de elaboración de su duelo.

La abuela materna y L sirvieron para formar esa pareja idealizada con la que N logró reparar un poco ese *self* fragmentado que se formó de pequeña. Esta pareja rescatadora, apoyó a que N no tuviera un yo más debilitado. Nos ha servido mucho en el tratamiento rescatar la mirada de ambos, para que ella sienta el reconocimiento que no logró de su madre y trabajar ese sentimiento de no ser suficiente que siempre la acompaña.

El tratamiento sigue. Siempre había visto a N por videollamada, pero hace poco me dijo que iría al consultorio. Durante la primera sesión la paciente se refirió mucho a su cuerpo y la aceptación de éste, lo que se traduce en aceptarse; finalmente su cuerpo es el contenido de su *ser*. En contratransferencia sentí que ella estaba lista para dejarse ver por mí. La despedí y la animé a que siguiera visitándome en el consultorio, lo que ha seguido sucediendo.

Hay un tema que N no quiere tratar todavía, pero estoy en espera de que ella esté lista: la vergüenza que siente del padre biológico y el rechazo de él. Considero que esta es una de las causas por las que N sigue sintiendo que nunca le será posible tener una pareja con la que pueda hacer una familia, que es algo que ella desea vehementemente, tal vez para resarcir la falta de deseo que tuvo al inicio de su vida.

Conclusiones

El tratamiento de la vergüenza en la clínica psicoanalítica es importante, como lo es descubrir de dónde viene el sentimiento y reconocer el dolor que produce en nuestros pacientes, entenderlo y ayudarlos a repararlo.

Puede haber muchas causas que produzcan vergüenza. Entender el origen particular en cada uno de los pacientes nos puede guiar en el tratamiento. En el caso aquí tratado, la vergüenza viene del rechazo y las fallas del ambiente en la infancia temprana, pero en otros pacientes puede tener otros orígenes que se relacionen, por ejemplo, con lo social o lo cultural.

Vemos en éste, como en otros casos, la importancia de la aceptación y mirada de los otros en la construcción de la subjetividad de una persona. El cómo nos percibimos o lo que sentimos que somos es producto de cómo nos vieron o aceptaron los otros que nos son significativos. El caso de los bebés no esperados o no deseados, ese sentimiento de vergüenza *de ser* se llega a producir en esa etapa en la que todo es sensación y todavía no hay habla.

Como todo en el psicoanálisis, no hay generalidades para tratar la vergüenza en los pacientes. Es necesario entender las necesidades particulares para reconocer las causas y poder dar un buen sostenimiento. Parafraseando a Winnicott, *no existe una cosa tal como un paciente, sino es en relación con su analista*.

Agradecimientos

La idea de este artículo me surgió en un seminario del Doctorado en Psicoanálisis con el Dr. José Ángel Aguilar, que además ha sido mi supervisor. Gracias a él he descubierto la relevancia del tema de la vergüenza para trabajar en el tratamiento en psicoterapia psicoanalítica.

Bibliografía

1. Atlas, G. (2023). Bebés no deseados. En herencia emocional: Curar el legado del trauma. (pp. 113-131). Barcelona: Paidós.
2. De Gaulejac, V. (2008). Las fuentes de la vergüenza. Buenos Aires: Mármol Izquierdo.
3. Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press. (Trad. cast. por Noemí Rosenblatt. La restauración del sí mismo. Barcelona-Bs.As.: Paidós, 1980).
4. Morrison, A. P. (2008). Fenómenos narcisistas y vergüenza. Clínica e investigación relacional, 2(1): 9-25.
5. Nathanson, D. (1992). Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self. New York, NY: Norton
6. Rosi-Monti, M. (2012). Sobre las huellas de la vergüenza. El lugar de la vergüenza en psicopatología. Aperturas psicoanalíticas, 42. Recuperado el 15 de abril de 2024 de:
7. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=769>
8. Sándor, F. (1984). El niño mal recibido y su impulso de muerte (1929b). En Obras Completas, Psicoanálisis. Tomo IV. Madrid: Ed. Espasa-Calpe, S.A. Recuperado el 15 de abril de 2024 de: <https://www.alsf-chile.org/selecciones-tomo-iv.html>
9. Winnicott, D. (1981). El proceso de maduración en el niño. Tercera edición. Barcelona: Laia.



QUE TU MENTE INUNDE LA MÍA

**EL PROCESO RELACIONAL
PARA IMAGINAR LA VIDA
DESPUÉS DEL TRAUMA**

CLÍNICA

Karla Escenaro ¹

¹ Clínica privada. escenaro@hotmail.com

Resumen

Trabajar trauma en la clínica psicoanalítica requiere un entendimiento profundo de la psique y el soma, la conexión o desconexión entre ellos. Muchas veces tenemos la idea de que los traumas son eventos desafortunados en la vida de las personas y que las marcan, pero olvidamos que trauma es también aquello que tuvo que haber pasado y no pasó, así como lo que sucede en el cuerpo con estas experiencias repetitivas de ausencia relacional. En este artículo se expone esa clase de trauma y lo que a Miguel lo lleva a construir una vida sin vitalidad, sin deseo y sin relaciones.

Palabras clave: Mente, cuerpo, trauma, trauma evolutivo, disociación.

Abstract

Talking about and working on trauma in the psychoanalytic clinic requires a deep understanding of the psyche and soma, the connection or disconnection between them. Many times, we have the idea that trauma is related to unfortunate events in people's lives that mark them, but we forget that trauma is also what should have happened and did not happen, as well as what happens in the body with these repetitive experiences of relational absence. This article exposes this kind of trauma and what leads Miguel to build a life without vitality, without desire and without relationships.

Keywords: Mind, body, trauma, evolutive trauma, dissociation.

Cómo citar:

Escenaro, Karla (2025, enero). Que tu mente inunde la mía. El proceso relacional para imaginar la vida después del trauma. vérticeK, 4(1), 39-47.



¿Qué traes ahí?... Quién iba a decir que esta iba a ser una intervención que daría un giro a nuestro encuentro terapéutico. Tal vez uno esté pensando en interpretaciones fabulosas de esas que traen recuerdos reprimidos y hacen consciente lo inconsciente, ¿Qué traes ahí? no fue una de esas interpretaciones, pero vaya que la curiosidad por el otro es una fuerte herramienta de subjetivación.

La *experiencia de ser* se va conformando cuando se tiene curiosidad tanto por uno mismo como por el otro. Los seres humanos nos vamos armando a través de la experiencia relacional, y ésta sólo se da de manera saludable si podemos tener la certeza de que somos pensados y deseados por los demás. Aron (2013) cita a Suttie quien desarrolló una teoría de las relaciones objetales que identificaba el ansia por la sociabilidad y la compañía, y la necesidad de amar y ser amado como motivaciones humanas fundamentales. Refiere:

El niño, entonces, no solamente comienza la vida con una actitud benevolente, sino que la Necesidad de Dar continúa como un motivo dominante a lo largo de la vida.... La necesidad de dar es vital tanto como la necesidad de recibir. El sentimiento de que nuestros dones (amor) no son aceptables, es tan intolerante como el sentimiento que los dones del otro ya no son obtenibles (Suttie en Aron 214p)

En este dar y recibir amor se va armando el psiquismo, el reconocimiento; el reconocimiento es la respuesta del otro que hace significativos los sentimientos, las intenciones y las acciones del *si-mismo* pero este reconocimiento sólo puede provenir de otro al que nosotros, a la vez, reconocemos como persona por derecho propio (Benjamin, 1996). Cuando esto no sucede, podremos encontrarnos frente a una discontinuidad del *self*, y por lo tanto de pequeños abismos de nuestra existencia. Sabemos que lo que mantiene la relación que se está constituyendo de la madre con su infante, es la gratificación que experimenta cuando el bebé le responde (Benjamín, 1996); pero ¿qué sucede cuando madre y bebé no encuentran este reconocimiento mutuo, cuando la respuesta no es leída de manera adecuada, o la madre está tan deprimida que no alcanza a leer a su bebé? Sucede entonces el quiebre de la paradoja, es decir reconocer que *tú* que eres mío (bebé que te tuve dentro), eres también diferente, nuevo y estás fuera de mí (Benjamin, 1996)

Es así que el reconocimiento es en sí la base de la *intersubjetividad*, y de la relación entre la madre y el bebé. Viene acompañado de sintonía, mutualidad afectiva y estados de ánimo compartidos. Entonces será de suma importancia la aparición de un otro vivo que responda desde sus diferentes formas comunicativas.

Ahora bien, pensemos ¿qué sucedería si no hubo esas respuestas, esa sintonía, y por lo tanto esa capacidad de reconocer al otro como un ser independiente y total, y esta forma de interacción se vivió durante muchos años? Estaríamos frente a una situación que deja al niño con poca experiencia relacional. Esta poca experiencia relacional, al ser repetitiva en dosis constantes, forma lo que Masud Khan llamó *trauma acumulativo* (Khan, 2005) en donde refiere que tiene sus inicios en el periodo de desarrollo en que el niño necesita y usa de su madre como protección contra las excitaciones. Cuando los desencuentros entre madre e hijo son frecuentes y provocan alteraciones en el psique-soma del niño configuran entonces un proceso de reacción patológica. Otros autores que mencionaré más adelante se suman al entendimiento de este tipo de trauma.

Quisiera hablar ahora de Miguel, un joven que llegó a mi consulta con la vida apagada, sin deseo, desvitalizado, ¿Qué es lo que tiene que pasar para que un adolescente de 14 años no esté viviendo?

Caso Miguel

Cuando Miguel entra por primera vez a mi oficina observo un semblante inexpresivo, una mirada perdida. Al empezar a hablar con él me llama la atención lo corto de sus respuestas, apenas un sí o un no o los hombros levantados, pero no era la actitud desafiante que yo ya conocía de algunos adolescentes, no se sentía así, más bien era lo que pude interpretar como poca vitalidad.

Miguel llega porque había explotado con su madre, la había amenazado con un cuchillo y comenzaba a dormir con uno debajo de la almohada, pero la imagen de ese motivo de consulta no encajaba con el chico que yo tenía al frente. Lo que más llamaba la atención era la desvitalización que se podía observar, no había historias, casi no había amigos, sus días transcurrían en jugar videojuegos encerrado en su cuarto e ir a la escuela como acto repetitivo.

Un adolescente encerrado, podría yo pensar que estaba furioso, pero no había expresión de nada, una cara sin expresión, nada me confirmaba su enojo, más que el relato que la madre hizo del cuchillo, relato que ella tampoco me podía decir por qué había pasado. Era como si ella tampoco tuviera idea de por qué su hijo había llegado a ese punto. Cuando hablé con ella en una entrevista inicial, se desbordó en llanto pero no me podía explicar la historia, no había en sus palabras una continuidad de Miguel, es como si no hubiera relación entre ellos, eran dos personas que estaban viviendo en un mismo espacio pero una no sabían nada de la otra en realidad, como si Miguel estuviera desconfirmado en sus diferentes aspectos del self, disociados hasta en el discursos de la madre, no reconociendo un continuo de quién era su hijo, entonces pude intuir que lo que ahí había era un trauma evolutivo, un trauma relacional que poco a poco fue armando a este adolescente.

Cada semana en el consultorio nos acompañábamos Miguel y yo muchas veces en silencio. Sus respuestas a mis preguntas eran cortas, sin gran contenido o continuidad. Durante algunos meses me aferré a ese silencio, pero me hacía estar incómoda, mantenernos en el vacío de la sesión iba a ser poco productivo, no había recuerdos que traer al presente, anécdotas que comentar, vida que transmitir, poco a poco fui intentando hablar yo más que él, en algunas ocasiones le contaba historias, le preguntaba si sabía de superhéroes, fue cuando él me dijo que le gustaba ir al cine a veces. ¿Quién iba a decir que la película *Deadpool* (película sobre un superhéroe que realmente es un antihéroe, engreído, sarcástico e irreverente) iba a hacer un puente inicial? Me dijo que él ya la había visto, y me preguntó si yo ya la había visto, le dije que yo no pero que la iba a ver para que pudiéramos platicar, aun así, le dije que me contara de qué se había tratado, con quién había ido al cine y cómo había sido esa salida.

Con pocas palabras me lo contó, eran más mis preguntas curiosas que sus respuestas. Pasó una semana y en la siguiente sesión me preguntó, ¿viste la película?, le dije que sí, su cara se transformó, (él se supo pensado por mi esa semana, recordado, supo que vi la película por él, esto era nuevo en su vida) comenzamos a hablar de ella, más bien yo comencé a hablar y él respondía a alguna de mis preguntas con gestos, sin mucho diálogo en palabras, pero su actitud sí cambió. Recordé a Roussillon (2016) quién hace referencia a que el ser humano quiere ser buscado, que la curiosidad por el otro va subjetivando a la persona, hay unos ojos curiosos que se interesan por lo que soy y lo que me gusta. Es así como empezó nuestra curiosidad, yo preguntando por lo que le gustaba y el curioso de saber si iba a dar continuidad a mi curiosidad, si era real, si lo iba a pensar y esperar realmente cada semana.

Las sesiones siguieron entre películas, juegos de video, con muchas preguntas y pocas y cortas respuestas, el silencio no era opción para mí, si yo me callaba él también, lograba percibir que él esperaba mis preguntas, aunque no obtuviera respuestas más allá de un sí, no o no sé, se tenía que ir construyendo donde no había, mi interés hacía que él estuviera, y permaneciera.

Tengo que reconocer que no fue nada fácil la paciencia, y fue muy agotador todo el trabajo, nuestra relación se caracterizaba como ya mencioné por una concreción absoluta, y un silencio *desvitalizador*.

Vuelvo entonces a la pregunta que hice antes de iniciar el caso, ¿Qué es lo que tiene que pasar para que un adolescente de 14 años no esté viviendo?

Podría pensar en el desarrollo de Miguel, su madre y las condiciones para que en ambos los ritmos de la vida no se encontraran en sintonía, una primera respuesta sería desde la línea de Benjamin (1996) no hubo reconocimiento de la madre de Miguel hacia su hijo y por lo tanto de Miguel hacia ella, es entonces que el proceso de subjetivación se ve detenido. Miguel no tuvo la oportunidad de sentirse uno, diferente, y por ende, con deseos, vitalidad y prospección.

Sigo dando explicación a Miguel con lo que Khan (2005) llamó trauma acumulativo, es decir, la constante falta de respuesta de la madre de Miguel, así como lo que vivía en casa hizo que Miguel tuviera que desenvolverse de tal manera que sus necesidades fueran disminuidas al punto de desvitalizarse.

Lo que es común en estos estados de trauma es que se haga presente el vacío, lo no mentalizado y por supuesto la no existencia. El trauma es aquello que toma lugar y nos deja fuera de la experiencia de sí, es una herida interna, una ruptura o una partición del self debida a sucesos difíciles o dolorosos, es decir, *el trauma no es lo que le pasa a una persona, sino lo que ocurre en su interior* (Maté, 2022).

Bessel van del Kolk (2015) refiere que todos los traumas son preverbales, es decir, es frecuente que las heridas que sufrimos hayan sido configuradas en momentos de nuestra vida en que nuestro cerebro no podía simbolizar o alcanzar estadios más maduros, o por otro lado, incluso después de adquirir el lenguaje algunas heridas están enquistadas en áreas del cerebro y cuerpo que no son parte del lenguaje.

En Miguel es interesante ver cómo el perdió a lo largo de su vida la significación, es decir, su vida estaba reducida a situaciones monótonas, nada de interacciones sociales y lo que hacía era de manera mecánica, sin ninguna significación emocional, es como si la mente y el cuerpo estuvieran desconectados, y fue hasta que mostró una emoción intensa, rabia con su madre y hacia ella, que la alerta se prendió para que lo llevaran a terapia. Es importante recalcar esto, ya que muchas personas no llegan a servicios de salud mental porque viven de forma mecánica y no es notable los resultados del trauma, en cambio, cuando el trauma da señales fuertes, emociones intensas o desorganización entonces si llegan a estos servicios en el mejor de los casos.

Los psicoterapeutas tenemos que estar atentos a lo que el cuerpo habla, incluso en sus formas más silenciosas, en donde aparentemente no está pasando nada.

Todos tenemos restos de trauma, desregulaciones que se fijaron en nuestra niñez, nuestro cuerpo habla de manera constante de lo que nos ha pasado a lo largo de nuestra historia, y pocas veces es identificado, lo lamentable es que la mente hace una *sobreadaptación* y aprendemos a vivir así, con dolor, con ansiedad, con malestar.

En personas con trauma severo se puede observar que lo más cotidiano de la vida no encuentra solución. La desconexión es tan grave que en respuesta al propio trauma y para manejar el miedo que persistió durante mucho tiempo, estos pacientes aprendieron a desconectar las áreas del cerebro que transmiten los sentimientos viscerales y las emociones que los acompañan. Es así que no se permiten el registro de todo el abanico de emociones y sensaciones que forman los cimientos de nuestra subjetividad. Lo que vemos es una *adaptación trágica* (van der Kolk, 2015). El mismo van der Kolk (2015) nos habla de cómo existe una desactivación prefrontal medial, y ésta podría explicar por qué tantas personas traumatizadas pierden la noción de propósito y de dirección. En la clínica podemos observar a varios pacientes pidiendo consejo sobre cosas ordinarias, muchas veces mal interpretamos esta acción pensándolos dependientes, y no con la mirada de la teoría del trauma, la incapacidad de pensar o hacer cosas cotidianas puede tener su origen en esto, además de que pocas veces van a seguir nuestros consejos si es que se los damos. Entonces podemos observar cómo la realidad interior está deteriorada. ¿Cómo poner en acción un plan cotidiano si no se puede definir qué se está sintiendo? Tenemos que recordar que la brújula de nuestras acciones y decisiones son las emociones y sus sensaciones.

Varios autores nos hablan de que la disociación debida al trauma es una forma de sobrevivirlo. A partir de la caótica inundación que se produce por afectos no regulados y que amenazan la estabilidad de la identidad, los conflictos intrapsíquicos se experimentan como insoportables, lo que en una mente con un desarrollo adecuado no sucede.

Cuando existe un desarrollo adecuado, habrá sensaciones displacenteras que se regularán con otros mecanismos; sin embargo, en una mente con rastros de trauma severo, las sensaciones serán tan intensas y *desorganizantes* que no hay opción más que la disociación continua. Ahora bien, ¿por qué estos conflictos son insoportables? Bromberg (2011), refiere que es porque la disyunción que tiene lugar no se da entre contenidos inarmónicos de la mente, sino entre aspectos alienados del *self*-entre estados del *self*, tan discrepantes que no pueden coexistir en un estado único de consciencia. Por eso son una potencial desestabilización de la continuidad del *self*. Continúa Bromberg (2011) diciendo, la fuente primaria del caos es un aparato mental que intenta funcionar por encima de sus posibilidades, que las diferentes experiencias del *self* a las que la mente trata de responder y resolver como conflictos internos no son negociables para la persona en ese momento. Es entonces que nos podemos dar cuenta cómo el trauma, como lo refiere el autor, nunca termina, siempre deja un residuo de afecto no procesado, disociado, que la mente va a intentar controlar porque no lo puede regular. Y es así como se forma una estructura basada en la disociación por trauma. La mente siempre va a asegurarse de manera proactiva que el desestabilizador no se repita. La mente traumatizada estará en hipervigilancia y sobrerreacción continua. Es importante señalar que las sobrerreacciones pueden ser altamente ruidosas (impulsividad, adicciones entre otras) o silenciosas (aislamiento, desvitalización etcétera), y es como si estas reacciones tomaran control de la persona, lo que llamaríamos estructura. Si nos asomamos, podremos observar cómo la disociación ha tomado el control para proteger a la mente, ya no es sólo una función de la mente como en cualquier persona, sino se vuelve una función, una función que hace que los estados del *self* se encuentren separados, y cada uno de ellos podrá jugar su propio rol protector con su propia verdad individual (Bromberg, 2011).



Algunas pautas de abordaje

Broomberg (2011) refiere que *una postura terapéutica que intente de manera sistemática evitar los enfrentamientos de subjetividades será vivida en definitiva por el paciente como desconfirmatoria* (p.p 134) Muchas veces como en este caso nos enfrentamos a pacientes que mantenerlos en nuestra mente es absorbente, se borran, y ahí es en donde reside el trauma relacional. El mismo Broomberg nos aclara que esto es así porque el analista puede no estar sintiendo personalmente el impacto de las partes disociadas del self, las cuales están tratando de encontrar existencia relacional. Mentalizar depende de si un individuo es capaz de experimentar al otro, sustentándolo en su mente de cualquier manera, reconociendo como el otro es, no importa como sea. El primer objeto elegido para hacer este trabajo, es decir reflejar la materia psíquica en búsqueda de forma y de significación, es el objeto maternal primario. Es en el encuentro con éste donde la materia primera de la experiencia subjetiva, la huella perceptiva primera, encuentra su origen la mayoría de las veces. La comunidad perceptiva entre la naturaleza de la huella y la naturaleza del objeto, facilita el primer transfer sobre el objeto de la materia de ésta, confiere al objeto su atracción natural fundamental.

Es por lo que *el objeto, cuyo impacto hay que simbolizar es también el objeto buscado para simbolizar este impacto* (Rousillón, 2016) De ahí parte lo que Bion y otros autores han llamado *reverie* materno, la presencia de la función materna para lograr y enriquecer las representaciones en el otro, pero cuando por razones internas de esta madre, no está disponible afectivamente para que esto se logre. El niño crecerá sin representaciones suficientes que den sustento a la riqueza de la vida mental, y por lo tanto con pocas capacidades para ir al mundo, explorarlo, transformarlo, jugarlo, a la manera *winnicottiana*.

Un año después vi que Miguel llegó y tenía algo en la bolsa de la sudadera ya que lo tocaba con su mano, pero no lo sacaba. Le pregunté ¿qué traes ahí?, el volteó a verme con una cara entusiasmada y me enseñó un cubo de Rubik. Le pedí que lo armara y lo hizo de una manera veloz, entonces le dije que si sabía cuánto tiempo hacía armándolo y me dijo que no, tomamos el tiempo y así transcurrieron muchas sesiones, el desafiando su tiempo y yo admirada de la capacidad que tenía. Cada sesión me traía uno diferente y más complicado, la verdad nos la pasábamos muy bien, reíamos y él se entusiasmaba si rompía su *record*.

Miguel empezó a sentir que sabía lo que hacía, era bueno en eso, yo nunca he logrado armar un cubo de esos, y él vio que podía ganarme haciendo eso, que ahí estaba su dominio del mundo y que yo estaba aprendiendo de él, me daba explicaciones de cómo lograr armarlos, se estaba dando un proceso relacional, en donde él también construía nuevo conocimiento en mí, inundaba mi mente con su saber.

Después de los cubos, fue un rompecabezas que le compré para jugar juntos, recuerdo que era de Italia porque él me había dicho que le gustaba ese país, él supo que lo elegí para él, y pasamos muchas sesiones armándolo. En un momento durante el armado del rompecabezas me dijo que, si podía poner música en su celular, me traía otra parte de él al consultorio, comenzamos a escuchar su música todas las sesiones, yo a veces cantaba la canción y un día vi que ambos la estábamos cantando. La música fue una invitada constante a nuestros encuentros, él llegaba y ponía su música en su celular y se acomodaba para que yo empezara a hablar o preguntar, empecé a mostrar curiosidad por los artistas que él escogía, cabe mencionar que sus gustos eran bastante buenos y me enseñó un par de violinistas que yo no conocía. Una vez más su mundo modificaba el mío y él lo sabía, estaba dejando partes de él en mí, y yo las tomaba para que formaran parte de mí.

Trabajamos juntos de esta manera cuatro años, los diálogos como se esperarían en una sesión analítica nunca aparecieron ¿recuerdos? No de la manera en que se abordarían clásicamente, incluso el silencio tampoco se manejó de manera clásica, había que construir donde no había, que llenar el vacío con relación, con curiosidad con existencia, confirmarnos, preguntarnos.

Así llenamos cuatro años, yo siempre hablé más que él, en muchas ocasiones le platiqué el mundo, los conciertos, los deportes. Él me platicaba de sus juegos, de comics, de superhéroes, de música, de películas.

De no salir de su casa comenzó a ir por su hamburguesa favorita, y en algunas ocasiones me dijo que había ido al cine solo, todo esto me emocionaba, su deseo estaba apareciendo. Transcurrimos la secundaria con pocos amigos, un par de fiestas en donde yo seguía preguntando por lo que había vivido, cómo se había ido vestido, quienes estaban en la fiesta. Me encantó cuando con una sonrisa me dijo que en una de ellas bailó con sus compañeros. Sus cumpleaños los celebrábamos en el consultorio, nos comíamos una dona de chocolate que era su favorita. Pasamos por el cáncer de mama de su madre, el cambio a la preparatoria, una novia que tuvo a quien no veía, pero chateaban, la decepción amorosa, *Deadpool 2*. Siempre con esas cortas respuestas a mis continuas preguntas, yo traía los recuerdos y temas de lo que habíamos hablado. Presté mi entendimiento del mundo para que él pudiera apropiárselo, fue como si estuviéramos los dos descubriendo todo lo que lo rodeaba, dando pie al apego, derivado de la experiencia relacional que se estaba estableciendo entre nosotros dos. El apego es la primera y más importante relación a través de la cual los seres humanos aprenderán a organizar significado. Derivado de esto se tendrá el entendimiento del mundo y del otro, habrá una mejor mentalización si hay un apego seguro, la mente estará dispuesta a abrirse, a combinarse. Parte de lo que hizo que Miguel no tuviera esta riqueza psíquica, esta curiosidad por el mundo y por sí mismo, fue que, durante su crianza, estuvo sostenido por una madre deprimida, sin ganas de mostrar el mundo, y un padre lejano, sin vitalidad, ausente.

Después de cuatro años de tratamiento Miguel comenta que quería terminar la terapia, estaba ya en la prepa, se sentía más cómodo, todavía silencioso, pero más tranquilo, cerramos tratamiento yo le dije que ahí tenía un lugar a donde retornar.

Después de ocho meses de haber cerrado el tratamiento recibí un mensaje de él, esto nunca había sucedido a pesar de tener nuestros teléfonos, siempre era su madre quien me escribía, su mensaje decía: hola soy Miguel Gutiérrez quiero ver si tienes un espacio para irte a ver. Cuando lo recibo, nos vimos con gusto, se sentó en su lugar y me dijo....

Me sentí triste por algo que pasó con mis amigos en la escuela.... Quiero que me ayudes a saber cómo relacionarme mejor con los demás....

Para mí, estas palabras fueron muy alentadoras, me causaron una emoción profunda ya que interpreté que él estaba listo para salir al mundo, que ahora podía compartirse con los demás, que su mente podría inundar las de otros y dejarse inundar por diferentes experiencias.

Referencias

1. Aron, L. (2013) Un encuentro de mentes. Mutualidad en psicoanálisis. Ediciones Universidad Alberto Hurtado
2. Benjamin J. (1996) Lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Paidós. Buenos Aires.
3. Broomberg, P. (2011) La sombra del tsunami. Agora Relacional. España.
4. Crasnopol, M. (2019) Micro-Trauma. Una comprensión psicoanalítica del daño psíquico acumulativo. Colección de Pensamiento Relacional. España.
5. Khan, M. (2005) El concepto de trauma acumulativo. Rev de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica de Madrid, 44:117-137
6. Maté G. (2022). El mito de la Normalidad. Tendencias. México
7. Porges, S. Buczynski, R. (SF). La teoría polivagal para el tratamiento del trauma. Newman Institute.
8. Rousillón (2016) Agoníe, Clivage et Symbolisation Capítulo XIV Simbolización Primaria e Identidad. Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia, 6.
9. van Der Kolk, B. (2015) El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la sanación del trauma. Cap. 6 Perder nuestro cuerpo, perdersen a nosotros mismos. Eleftheria, Barcelona.

LA ENVIDIA, EL FRATRICIDIO Y OTROS DEMONIOS. ¿QUÉ PASÓ CON BABY JEAN?

Yovana R. Rodríguez Hernández ¹

¹ Psicoterapia psicoanalítica clínica privada,
Coyoacán, CDMX.



ARTE Y PSICOANÁLISIS

Resumen

Dentro de la clínica psicoanalítica se llegan a develar sentimientos ambivalentes en los pacientes, quienes declaran sentirse abatidos y sufrir al no poder “controlar” las emociones que esos sentimientos les provocan. Uno de ellos es la envidia. Se manifiesta en diferentes grados: desde aquella ligera que los hace sentir algo cabizbajos por no tener aquello que (en su fantasía) sus familiares, compañeros de trabajo u escuela, o vecinos, sí tienen: ropa, autos, casa, dinero, una excelente relación de pareja o muchos amigos. Relatan sentimientos de inferioridad por la idea de no ser tan listos, tan guapos, o tan amados como alguien más, con quien inevitablemente se comparan. Lo más difícil de aceptar es que existen sentimientos agresivos, profundos, que pueden llevar a desear la destrucción de todo lo bueno que otra persona pueda tener. La envidia se convierte en un eje fundamental del estudio del comportamiento humano, con cuya presencia nos encontramos constantemente y a la que Melanie Klein llamó envidia primaria, un concepto fundamental de su teoría y que refiere a sentimientos de hostilidad y resentimiento que los bebés padecen hacia su objeto primario (regularmente la madre) dada la percepción de que dicho objeto posee cualidades que se desean, pero no se poseen. El séptimo arte nos permite apreciar ejemplos abrumadores sobre las diversas congojas que aquejan a los seres humanos. Un excelente ejemplo sobre envidia primaria y los males que acarrea, es la película ¿Qué paso con Baby Jane? (What Ever Happened to Baby Jane?) Analizaremos la vida de las hermanas Hudson y la interesante interpretación de las protagonistas quienes en la vida real, sentían aversión la una por la otra.

Palabras clave: envidia, agresión, familia, celos, parentalidad.

Abstract

Patients experiment ambivalent feelings within psychoanalytic practice, who state feeling dejected and suffering whilst unable to control the emotions triggered by those feelings. One of them is envy. It appears under several degrees, starting from that slight one that makes them feel somehow crestfallen for not being able to own what (in their imagination) his relatives, co-workers, school mates or neighbours do have: clothes, cars, money, outstanding love affair or plenty of friends. They refer to feelings of inferiority linked to the impression of being less smart, less good-looking, or less beloved than others whom they compare to. Most difficult to accept is the existence of deep, aggressive feelings which can lead to wishing for the removal of every good thing the other person might hold. Thus, envy becomes a fundamental linchpin on the study of human behavior that turns into a constant presence around us which Melanie Klein called the primary envy, a foundational concept on her theory referring to hostility and resentment feelings that babies develop towards their primary object (frequently the mother) given the perception that the object holds desirable, but non-owned (by the baby) features. The seventh art allows to admire overwhelming examples on the diverse range of sadness damaging human beings. An outstanding illustration on the primary envy is the movie called "What ever happened to Baby Jane?". We will focus on the life of the Hudson sisters and the masterly performance of the main characters, who, in real life, felt a deep loathing for each other.

Keywords: envy, aggression, family, jealous, parenting.

Cómo citar:

Rodríguez Hernández, Yovanna R. (2025, enero). La envidia, el fratricidio y otros demonios. ¿Qué pasó con Baby Jean? vérticeK, 2(2), 48-54.



... porque Dios creo al hombre para ser inmortal y lo hizo para ser una imagen de su propia eternidad ... sin embargo a través de la envidia del diablo, la muerte vino al mundo: y los que estén en posesión de su lado la encuentran

Libro de la Sabiduría, Antiguo Testamento

Introducción

La envidia ha sido catalogada, de acuerdo con la tradición eclesiástica, como uno de los siete pecados capitales. Pecados que son el origen de otras faltas graves que ponen en riesgo el alma de los creyentes. Más allá de las creencias religiosas, los pecados capitales se han convertido en referentes continuos para otras disciplinas, denotando las pasiones que aquejan continuamente a la psique humana. Cualquiera de estas pasiones puede destruir la vida tanto del “pecador” como de las personas que le rodean. Morgado (2018) nos dice que lo que más y mejor caracteriza a la verdadera envidia es *el deseo de que el otro, el envidiado, no tenga lo que tiene, de que no sea verdad que lo tenga, de que no sea cierto su éxito o no sea tanta como parece su riqueza material*.

Lo que más distingue a la *envidia patológica* va mucho más allá de desear lo que otro tiene; es desear que NO lo tenga, es destruir todo lo bueno que hay en él y que nadie más disfrute de las bondades de su existencia. La psicoanalista austríaca Melanie Klein (1882-1960) acuñó el término para explicar los sentimientos de destrucción con los que nacemos, colocando a la envidia como parte constitutiva del ser humano y que sirve incluso para la conservación de la vida.

Cuando la envidia está centrada en la persona y no en las cosas que posee, existe un fuerte deseo de que esa persona no sea mejor que uno mismo y este sentimiento puede acabar hasta con la estabilidad física, mental y emocional del envidioso. Es decir, el envidioso intentará destruir todo lo que el otro es, a pesar de su propio bienestar emocional y físico, destruirá, aunque se destruya a sí mismo.

La proximidad es un factor potenciador de la envidia. En ambientes en los que se debe convivir diariamente y donde existe una relación competitiva como en la oficina, la escuela, o ambientes políticos, es común encontrar actitudes de envidia. En el contexto familiar aparece la envidia cuando deseamos lo del otro, porque vivimos celosos del otro; es una eterna competencia por el amor y la atención de los padres. Cuando llega un nuevo hermanito, los demás hermanos y hermanas siempre sentirán una especie de curiosidad combinada con miedo al imaginar que perderán su lugar en los corazones de mamá y papá. Debido a los celos, aparecen regresiones en el desarrollo, como no querer realizar actividades para las que ya eran autónomos como perder el control de los esfínteres, no querer dormir solos, no comer solos.

Todas estas conductas suelen ser pasajeras. Es una forma que tienen los niños y las niñas de lidiar con esas emociones que no entienden y el miedo a perder el amor y las atenciones de sus cuidadores.

Para que un infante pueda desarrollar una psique sana, sus cuidadores han de contar con las herramientas adecuadas para ayudar a los pequeños a reconocer y contener sus emociones y tramitarlas de manera que no los dañe a ellos ni a los demás. Los problemas graves comienzan cuando aquellos cuidadores primarios no son capaces de ayudar al niño ya que son incapaces de traducirle sus sentimientos agresivos.

La película

(contiene espóiler)

¿Qué pasó con Baby Jane? es una película estrenada en 1962, con un guion adaptado por Lukas Heller de la novela homónima escrita por Henry Farrell en 1960. Fue dirigida por Robert Aldrich y protagonizada por dos divas del cine de oro hollywoodense: Bette Davis y Joan Crawford.

Comienza con la historia de la pequeña Jane Hudson, estrella infantil muy famosa y que rápidamente se convirtió en una celebridad; hicieron muñecas de ella y todas las niñas de la época querían ser y tener una Baby Jane. Gracias al dinero que ganaba, se convirtió en la hija favorita de su padre, quien demostraba una devoción insana. Su hermana Blanche creció tras bambalinas, ignorada por su padre y con una madre incapaz de darle la contención amorosa que necesitaba.

Blanche estudio actuación y al crecer resultó ser más solicitada y talentosa como actriz para las películas de la época que su hermana Jane, quien no tenía buenas capacidades histriónicas. Blanche comienza a ganar mucho dinero y al morir sus padres, ella termina siendo el sostén para Jane. Jane al no poder con la frustración que le causa el hecho de que Blanche sea famosa, se refugia en el alcohol. Un accidente de auto aparentemente provocado por una Jane beoda, cambiará la vida de las dos hermanas para siempre.

Blanche queda confinada a una silla de ruedas y viviendo en un ambiente hostil, en el que Jane, viviendo con la culpa del accidente, se queda a cargo de los cuidados de su hermana; pero día a día le demuestra su desprecio: la mantiene encerrada en su habitación no permitiendo que Blanche vea a nadie, le juega "bromas" pesadas con su comida (poniendo animales muertos en el plato) la hace sentir inútil y una carga. Blanche por su parte, asume un papel de víctima y busca desesperar a su hermana. Ambas se fastidian la vida, pero Jane se muestra abiertamente más agresiva.

Tras varios intentos de Blanche por escapar de su prisión e intentar hablar con alguien para informarle su condición, la furia de Jane se incrementa y ataca a su hermana físicamente: la golpea, la pateo, hasta amarrarla y amordazarla en la cama. Pero Jane no contaba con que Edwing, un chico al que contrató para tomar clases de música en un fallido intento por volver al medio del espectáculo, descubriría a Blanche e intentaría ayudarle llamando a la policía.

Una desesperada Jane intentando huir de la policía, arrastra a una famélica Blanche hasta la playa. La poca cordura que quedaba en Jane se desquebraja y entra en un estado maniaco en que compra helado y lo lleva con Blanche, como si estuvieran en un día de playa común. Blanche, en un intento de redención, confesaría que ella fue la autora del accidente, que buscaba esa noche asesinar a Jane porque siempre la había envidiado.

Blanche muere de inanición y Jane pierde completamente el contacto con la realidad y baila en la playa como cuando era una niña, con *I've written a letter to daddy* sonando en su mente.

La película es extraordinaria en su argumento, y mantiene al espectador en continua ansiedad, esperando el siguiente golpe. Se debe destacar que la rivalidad entre las hermanas Hudson es avasalladora en la pantalla debido al odio que se tenían en la vida real las protagonistas Bette Davis y Joan Crawford.

Esta historia la podemos observar en la serie de televisión titulada *Feud*, protagonizada por Susan Sarandon y Jessica Lange y dirigida por el genio de Ryan Murphy.

En Hollywood, años 60's, en el ocaso de estas dos divas que ya no eran aquellas hermosas jóvenes buscadas por el público y los productores de cine, en un mundo excesivamente competitivo, lograron que la película fuese un éxito y que se llegara a pensar que lo que vimos en pantalla no fue una simple actuación, sino los verdaderos sentimientos de las actrices.

Un análisis para las hermanas Hudson

Comencemos con el contexto de los padres: una madre con poco carácter incapaz de enfrentarse al padre en los momentos en los que no está de acuerdo; un padre con sed de éxito, mismo que busca a través de la más pequeña de las hijas, ya que esta cumple con el estereotipo de "muñeca" perfecta: rubia, linda y de figura delgada. El padre se ciega ante el éxito, la fama y el dinero que su hija pequeña consigue y olvida a la otra casi por completo, relegándola a vivir a la sombra de su hermana e ignorando sus necesidades. La figura de la madre es casi inexistente, se muestra incompetente ante los deseos del padre sobre la educación de sus hijas.

Creciendo en un ambiente en el que una era ignorada por completo y otra acaparaba toda la atención, desarrollaron personalidades alimentadas por la envidia, la rivalidad y los celos. Blanche siempre deseó ser el centro de atención y Jane no quería perder el interés que todos mostraban por ella. Así Jane, siendo una niña mimada, egocéntrica y malcriada, sufre una tremenda herida narcisista al crecer, ya que para el público (y todos los demás) había perdido toda gracia.

Sigmund Freud en su obra de 1914 *Introducción al narcisismo*, describe al *narcisismo* como una etapa del desarrollo en que la libido está depositada sobre el yo. Toda la energía y satisfacción están depositadas en sí mismo y predomina el sentimiento de grandiosidad; el bebé es un ser perfecto ante los ojos de sus padres.

Lo natural será que el pequeño comience a abandonar ese sentimiento conforme las frustraciones, reglas y prohibiciones ya no lo coloquen más en el centro de su mundo.

El sentimiento de grandiosidad no es olvidado por completo, quedando residualmente en un *yo ideal*, aquello que aspiramos ser de acuerdo con los ideales introyectados en las primeras etapas de desarrollo. Heinz Kohut, psicoanalista austriaco, realizó un extenso estudio sobre el narcisismo en el que explica que la consolidación del narcisismo es necesaria para el desarrollo emocional, ya que a partir de éste se forma la identidad. Es necesario que los padres idealicen al bebé y que a su vez el bebé idealice a papá y mamá; así conseguirá introyectar la *imago parental* idealizada, con la que medirá sus logros a lo largo de la vida. Una *herida narcisista* es aquello que experimentamos al enfrentarnos al dolor y la frustración de no alcanzar los ideales que aspiramos. Todos experimentamos este tipo de heridas conforme vivimos, pero cada persona reacciona de acuerdo con los recursos emocionales que posee.

Jane jamás tuvo la oportunidad de desarrollar un *narcisismo adecuado*, y al dejar de ser el centro de atención, sobre todo de su padre, comenzó a sufrir una depresión narcisista que la sumió en la locura; se aferró a su imagen infantil (maquillaje exagerado, vestidos de muñeca) para experimentar nuevamente la admiración y el amor de los demás, pero lejos de lograr ese objetivo, causó repulsión, convirtiéndose en una caricatura de lo que fue.

Blanche, por otro lado, creciendo como una pequeña sin encanto y olvidada por sus padres, acumuló celos, hostilidad y odio hacia su hermana. A pesar de sublimar esas emociones, ya que logró ser una actriz consolidada, la envidia patológica que le aquejaba nunca le permitió ser feliz, deseaba más que nada que Jane muriera.

Para Melanie Klein, psicoanalista austriaca, la envidia se origina en las etapas tempranas del desarrollo, y en su libro *Envidia y Gratitud* (1957) explica que la matriz del odio y el amor se genera a partir de los montos de envidia primaria que el bebé posee y de la forma en cómo actúan sobre su *objeto primario* (generalmente la madre). Durante su desarrollo, el infante va configurando en su psique los objetos con los que interactúa, primero dividiéndolos parcialmente en buenos y malos, hasta conseguir visualizar *objetos totales*, que tienen ambas cualidades al mismo tiempo.

Blanche jamás consiguió ver a Jane como un *objeto total*, los montos de agresión que ambas poseían eran extremos y el resultado no podía ser otro más que el deseo por la destrucción de la otra hermana. Blanche no sólo deseaba ser mejor que Jane; deseaba que Jane no fuera feliz y quería quitarle toda autonomía. Así que, al no conseguir asesinarla, el accidente le permitió sumergirse en un mundo perverso: dependería completamente de los cuidados de su hermana y conseguiría así su venganza, aunque a ella le costara también su propia vida. Llenas de celos, rencor y dependencia, ambas sufren y ninguna se abandona.

Conclusión

En la mitología griega existe Némesis, diosa de la venganza, y Ptono, dios de los celos. Los romanos unificaron ambas personalidades para crear así el mito de una única deidad: la diosa Invidia (malicia, mala voluntad) palabra que se convierte en la raíz latina de envidia. Así en la mitología podemos observar como la envidia trae consigo sentimientos destructivos: celos y venganza.

La envidia es un sentimiento de enojo contra otra persona que posee o goza de algo deseable para el sujeto: el impulso de éste es dañarlo o quitarle eso que posee. Implica la relación del sujeto con una sola persona, y se remonta a la relación más temprana y exclusiva, que es la que se tuvo con la madre.



A través de la conciencia de que la existencia es finita y que el ser humano posee limitaciones (a veces por su condición física, otras por su condición social, cultural y económica) se puede entender el nacimiento de la envidia, donde el envidiado posee las cualidades o cosas que el envidioso considera que deberían ser suyas.

Ya sea por narcisismo o injusticia social, el envidioso siente que hay una especie de “mala estrella” sobre él y una “buena racha” para aquél al que envidia.

Klein ya nos pone en aviso de que esos sentimientos nacen desde la más temprana infancia, por lo que se puede pensar que la responsabilidad recae sobre los padres y/o cuidadores primarios para brindar una contención adecuada. Se debe ayudar al niño a entender las diferencias que existen entre todos los seres humanos y por qué esas diferencias son buenas para la vida misma, ya que nos ayudan a posicionarnos en un lugar único y especial para cada uno.

La envidia se constituye alrededor de un conjunto de deseos y fantasías primitivos de que desaparezca aquello que nos hace diferentes del *objeto materno*. Con el tiempo, las fantasías de envidia pueden contener:

- 1) El deseo de ser el mismo que el objeto ideal.
- 2) Un anhelo de ser parte de ese objeto ideal o estar fusionado con él, y
- 3) Formar parte de una estructura organizada narcisísticamente dentro del self, que nos lleva a odiar las diferencias con el objeto.

Realizar un estudio sobre la envidia presenta muchas dificultades, ya que la palabra tiene una carga moral muy grande, que provoca que quién acepta sentirla sea poco apreciado socialmente.

Podemos atribuir esta situación a que, como se mencionó al inicio del artículo, la envidia bíblicamente está vinculada al odio, la venganza y las intrigas del demonio. Pertenece a la lista negra de los pecados capitales y de acuerdo con Klein, sería el peor de los pecados, ya que los otros van en contra de una sola virtud concreta, mientras que la envidia ataca toda virtud y toda bondad.

Lo que pasó con Baby Jean fue que la envidia fragmentó todo su ser y el de su objeto más cercano (su hermana) llevándolas a buscar la destrucción de todo lo bueno que la otra pudiera poseer, a costa de su propia ruina.

Bibliografía

1. Aldrich, R. (Productor & Director). (1962) ¿Qué pasó con Baby Jean? USA. Seven Arts Productions.
2. Britton, R. (2016) El se piensa a sí mismo postergado: la personalidad patológicamente envidiosa. En: Roth, P., Lemma, A. (2016) Retorno a envidia y gratitud. Karnac Books.
3. Freud, S. (2022) Introducción al Narcisismo. Obras completas Vol. XIV. Ed Amorrortu.
4. Grippo, J. (2014). Melanie Klein envidia y gratitud. Psiconotas. Rescatado de: <https://www.psiconotas.com/melanie-klein-envidia-y-gratitud.html>
5. Klein, M. (1988). Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas Vol. 3. Ed. Paidós. Barcelona.
6. Kohut, H. (2015) Análisis del Self, tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Ed. Amorrortu.
7. Morgado, I. (2018). La envidia y el cerebro del envidioso. El PAÍS. Rescatado de: https://elpais.com/elpais/2018/04/13/ciencia/1523613742_991399.html
8. Padalino, L. (2022). ¿Qué fue de baby Jean? Cuando el odio se convierte en arte. La mente es maravillosa. Rescatado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/que-fue-de-baby-jane-cuando-el-odio-se-convierte-en-arte/>

Límites jugados. Tejiendo afectos en tiempos de desborde, libro de Marcela Altschul¹

Ana Martínez Vázquez

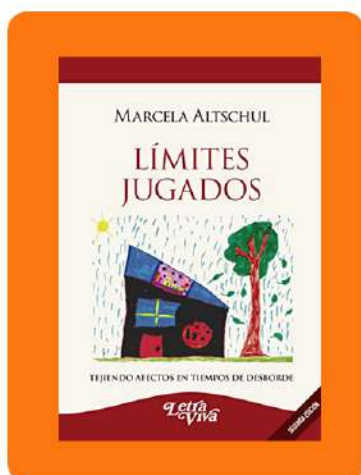
¹ Límites jugados. Tejiendo afectos en tiempos de desborde (2015)
Letra Viva. Buenos Aires, ISBN 9788-950-649-595-4, Argentina



Cómo citar:

Martínez Vázquez, Ana (2025, enero). Reseña del libro Límites jugados. Tejiendo afectos en tiempos de desborde, de Marcela Altschul. vérticeK, 4(1), 55-56.

RESEÑA



Jugar al límite. A ese chico le faltan límites. Esta es una frase común en el mundo ante la mala crianza de un niño que hace un berrinche o una rabieta en público. Así empezamos. La autora comienza con la importancia de los límites en la crianza. A lo largo del libro nos habla con calidez de los límites en muy diversos sentidos, y cuando se refiere a los padres o madres en su acto de educar, habla de las *pautas de crianza* para referirse a los límites que hay que poner a la hora de criar. Cuando se le dice a un niño o una niña *esto no, pero tal cosa sí* se le habilita para reconocer que no todo está mal, ni todo está bien ... no todo está permitido, ni tampoco prohibido.

El libro está situado en Argentina, pero muchas de las cosas que la autora plantea son universales. A los argentinos, con sus las normas y las leyes, les dedica un capítulo. Todo lo demás es internacional. Acompaña sus ideas con viñetas clínicas que utiliza para para ilustrar los conceptos de una forma muy clara. Los casos que presenta están muy bien seleccionados.

¿Cómo afectan los no límites la organización psíquica? Esta es una pregunta que nos acompaña en la lectura. La autora explica que los límites son muchos, y que hay que aplicarlos con cuidado y coherencia.

Estamos más centrados en nuestra propia comodidad, en el deseo de que se ponga un tope al despliegue infantil, que a nuestra preocupación por la conveniencia de hacerlo en términos de facilitar el desarrollo del niño en cuestión. Lo que la autora parece querer decirnos es que no sólo hay que poner topos para detener el desborde del niño o la niña; hay que recordar la idea de que estamos facilitando el desarrollo de una persona durante su crecimiento, y con base en eso limitar.

Habla de la necesidad de medicar, pero aclara que *de ningún modo consideramos como límite al efecto de una reacción química derivada de una medicación.* Explica que un fármaco limita, pero que no es ese límite al que se refiere la autora cuando habla de *límites jugados*, y no deja de criticar la medicación con *metilfenidato*, la droga de la obediencia. Esos límites, no facilitan el desarrollo.

Los límites contienen y cuidan. Esto hace que la convivencia con un niño sea más agradable, siempre y cuando los límites sean claros. Hay que poner límites para los berrinches, reconociendo que son descargas explosivas de afecto dirigidas hacia sí mismo. El límite no consiste en mandarlo al rincón. Está en *escucharlo y ayudarlo a disminuir esa tensión interna que tiene dentro.*

También hay límites para diferenciar su cuerpo. Dormir con los padres abrazado no ayuda a limitar el cuerpo de manera independiente. En los caprichos se juega el límite al narcisismo, el límite al propio yo. Se dirigen al adulto con el afán de decir *yo quiero yo puedo es mío*. En cualquier caso y de acuerdo con la autora, hay que sostener el límite con sanciones correctas. El lenguaje es importante porque toda acción debe ir acompañada por la palabra.

Así, en este libro aprendemos de la mano cálida e inteligente de la autora, que construir límites es *un proceso creativo de cada adulto comprometido por la crianza.*



© Derechos Reservados 2025 VÉRTICEK Todos los Derechos Reservados.
© Derechos Reservados 2025 CENTROK Derechos de Contenido Reservados.