



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

RELACIONES OBJETALES EN UN ADOLESCENTE OBESO

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ITZEL ANGELES GARCIA
N° de Cuenta: 0612484**

**ASESOR:
DRA. EN I.P BEATRIZ GÓMEZ CASTILLO**

Toluca, México, Julio de 2014

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9

CAPITULO 1. OBESIDAD

1.1 Definición de Obesidad.....	13
1.2 Obesidad y Adolescencia.....	16
1.3 Alimentación, Diada (madre. bebé).....	19
1.4 Apego.....	22

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

2.1 Definición de adolescencia.....	26
2.2 Características de la Adolescencia.....	28
2.3. Etapas de la Adolescencia (Peter Blos).....	34
2.4 Elaboración de Duelos en la Adolescencia.....	36
2.5 El Adolescente y su Cuerpo.....	39

CAPITULO 3. RELACIONES OBJETALES

3.1 Definición.....	44
3.2 Teorías de las Relaciones Objetales.....	46
3.3 Conducta de Apego.....	48
3.4 Melanie Klein.....	49
3.4.1 La posición Esquizo – Paranoide.....	50
3.4.2 Posición Depresiva.....	57

METODO 4.

4.1 Tipo de Investigación.....	65
4.2 Planteamiento del problema.....	66
4.3 Pregunta de investigación.....	67
4.4 Ejes Temáticos.....	67
4.5 Participante.....	69
4.6 Técnicas e Instrumento.....	69
4.7 Procedimiento.....	72

ANALISIS DE RESULTADOS 5.

5.1 Historia clínica.....	73
5.2 Análisis del Test de Relaciones Objetales.....	78
5.3 Discusión.....	84
CONCLUSIONES.....	90
SUGERENCIAS.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	95

RESUMEN

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado del IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones, los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial (ENSANUT, 2012).

La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso (ENSANUT, 2012).

Siendo hoy en día una problemática que no solo aqueja a México si no se ha vuelto una problemática mundial, convirtiéndose en uno de los principales temas para trabajar en cada programa de salud ya que cada día encontramos más casos de obesidad infantil y como consecuencia de ello diabetes infantil y otras enfermedades.

La investigación psicoanalítica ha intentado abordar diversas problemáticas que aquejan a nuestra sociedad, lo que ha llevado a despertar un interés interminable y cuestionable ante las determinaciones subjetivas que han de estructurar psíquicamente al sujeto, bajo la lupa de la teoría kleiniana, la presente investigación tiene como objetivo conocer las relaciones objetales de un adolescente con diagnóstico de obesidad.

La metodología utilizada fue de tipo cualitativo, mediante un estudio de caso de un adolescente de 13 años de edad originaria del Estado de México.

Así mismo la información recabada se obtuvo mediante la técnica de la entrevista psicodinámica y el Test de Relaciones Objetales de Philipson. Ambas técnicas

permitieron esclarecer los conflictos psíquicos pasados y presentes que perturban el equilibrio emocional del paciente, encontrando que ABL se encuentra posicionado en la fase Esquizo – Paranoide que se caracteriza por la relación con objetos parciales, siendo en este caso la figura materna que ve escindida, las aflicciones inevitables refuerzan el conflicto entre amor y odio, resultando los sentimientos de que existe un pecho bueno y otro malo, el conflicto innato se encuentra implícito en la capacidad para amar y los impulsos destructivos en la agresión.

Mostrando un deseo inconsciente de aniquilar y desaparecer a la madre, al querer salirse de su casa por “ya no aguantar más a la madre”, al ver a esa figura como alguien que castiga, que reprocha y que no es proveedora de amor pero al mismo tiempo parece realizar la fantasía inconsciente en la que el cuerpo entero simboliza el poder fálico en representaciones llenas de virilidad, utiliza la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra la reactivación del conflicto edípico, siendo esta misma, la obesidad la que garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria.

Finalmente nos encontramos ante un caso donde se evidencia la gran importancia de mirar a las problemáticas sociales bajo un enfoque psicodinámico, pues permitirán vislumbrar y entender por qué el sujeto se posiciona en determinadas dinámicas conflictivas y que busca elaborar mediante ellas.

INTRODUCCIÓN

La pregunta: ¿Cómo se relaciona con los demás?, nos hace pensar y nos remite a tomar en cuenta la gran relevancia que tiene en una persona los primeros años de vida, la primera relación que establece un bebé al nacer con su madre, la forma en que ese bebé ha sido sostenido, afianzado, nombrado y mirado; experiencias que al irse desarrollando van estructurando la capacidad de establecer un contacto apropiado con el mundo, con las demás personas; es así que sabemos un bebé nace desprotegido, dependiente, y es precisamente el vínculo materno y las primeras experiencias provistas por los padres las que determinan en gran medida la manera en que una persona se presenta ante los demás y la manera de establecer ese contacto. Por tanto el comportamiento no es simplemente un actuar al azar, si no que ha sido condicionado por experiencias pasadas, muchas de ellas inconscientes que se han llegado a introyectar y fijar.

Siendo el objetivo principal de esta investigación conocer las relaciones objetales en un adolescente obeso.

Por tanto la teoría de las relaciones objetales pretende mostrar las experiencias de la relación con los objetos, como es que se van generando organizaciones internas perdurables en la mente y en donde existe, desde luego, una interacción entre la internalización de las experiencias de relación, por una parte, y la actualización de las estructuras relacionales internalizadas, encarnándose en nuevas relaciones, que a su vez serán nuevamente internalizadas.

De tal forma que las Relaciones de Objeto comprenden elementos estructurales y dinámicos del funcionamiento psíquico, determinan la concepción que cada persona tiene de sí misma y del mundo que le rodea, influyendo en sus interacciones con los demás. Los objetos internos son representaciones de personajes que adquirimos por introyección e identificación, estableciendo entre ellos una dramática cuyo libreto son las fantasías inconscientes. Las emociones

humanas no serían solo fuerzas instintivas puras sino resultado de las fantasías inconscientes (Corderch, 1987).

Haciendo hincapié en la alimentación que no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa.

Lo que se pretendió al realizar este trabajo fue ampliar la visión acerca de la problemática de la obesidad, exponiendo la importancia de la psicología en cuanto a este tema, ya que por mucho tiempo solo fue tratada desde una perspectiva biológica y médica, dejando de lado el aspecto psicológico. Tendiendo como resultado la recaída de los pacientes con el mismo peso y en algunos casos con un peso mayor que con el que ingresaron, tomando en cuenta que el ser humano es un ente biopsicosocial y por lo tanto se le debe estudiar como tal.

Ahora bien, de acuerdo a lo anterior y respetando la individualidad natural de las Relaciones Objetales de cada individuo se considera al mismo tiempo pertinente hablar sobre la realidad actual en la que nos desenvolvemos la cual ha sido escenario de vínculos familiares caracterizados por relaciones afectivas distantes, aisladas, frías e indiferentes, que han dado lugar a diferentes problemáticas sociales, una de ellas caracterizadas por surgir en este seno familiar es la obesidad, llevándonos a interrogar ¿qué es lo que está ocurriendo dentro de las dinámicas familiares de hoy en día? , ¿Cómo es que estas “relaciones” impactan el psiquismo de un individuo? ¿Qué tipo de relaciones objetales estará introyectando y proyectando un individuo cuando se enfrenta a una determinada realidad familiar?

Es así que esta investigación, se enmarca bajo la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales, examinará como son las relaciones Objetales de un adolescente de 13 años con diagnóstico de obesidad, pretendiendo entender cómo influyeron las experiencias más tempranas proporcionadas por los padres, tratando de indagar su historia personal y familiar, con el fin de resignificar su contenido psíquico, bajo el entendido que la existencia de una necesidad primaria de objetos.

En cuanto a los límites que se encontraron durante la investigación fueron las interpretaciones ya que cada investigador posee su propia perspectiva difiriendo, de la que podrían realizar lo cual no significa que una interpretación sea mejor que otra (Sampieri et al., 2006).

De igual forma se les invita a las demás disciplinas, siendo esta medicina y nutrición, que se interesen en trabajar en conjunto, sabiendo que también podrían hacer grandes aportaciones.

CAPITULO 1. OBESIDAD

La prevalencia de la obesidad está aumentando en todas las edades, y los adolescentes representan el grupo con mayor tasa de incremento, esto hace pensar que puede haber factores psicosociales durante la adolescencia que predispongan a la obesidad en la edad adulta.

En muchas ocasiones encontramos que las dificultades para bajar de peso o mantenerlo no se deben únicamente a unos inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, si no que están muy relacionados con los índices de ansiedad y depresión, indicando que la obesidad frecuentemente coexiste con otras patologías principalmente en jóvenes con obesidad crónica.

La presencia de estos factores interfiere en el tratamiento de la obesidad infanto – juvenil y su identificación puede ayudar a mejorar la adhesión a unos hábitos de vida saludables y, con ello, a la prevención de las complicaciones asociadas a la obesidad. (C. Calderón, et al, 2010).

A lo que Bruch (citado en S. Lebovici, et al, 1995) distingue tres aspectos clínicos esquemáticamente diferenciados:

- Las obesidades sin problemas emocionales
- Las obesidades reaccionales que plantean la cuestión de la organización preexistente y de la frontera entre normalidad y neurosis
- Las obesidades de desarrollo, en que las que la precocidad y la intensidad de las intromisiones en el desarrollo, conducen a trastornos graves de la personalidad

1.1 DEFINICION DE OBESIDAD

La obesidad no siempre ha tenido esta connotación de enfermedad como se le atribuye actualmente, ya que históricamente ha desempeñado también la labor de protección ante inclemencias climáticas, otras veces de protección ante la hambruna y las carencias, incluso algunas veces como una forma de demostrar el poderío económico y social ante el grupo en donde se encontrase la persona obesa; en otras ocasiones ha representado una forma de atractivo sexual, de fertilidad, fidelidad entre otras (R. J. Pérez, 2012).

En cuanto a la Iglesia Católica, el cuerpo obeso era pintado y visto como algo hermoso. Estas razones reforzaban aún más el ideal de que la obesidad se considerara un signo de buena salud, un indicio de buena situación económica e incluso un atributo de belleza, siendo un símbolo de poder y abundancia (R.J. Pérez, 2012).

Actualmente la obesidad es temida colectivamente, significando la ausencia de voluntad, la dejadez, el abandono a las pulsiones más arcaicas, lo cual resulta aún más perjudicial para los pacientes, ya que se trata de un síntoma que no puede ser exhibido ante los demás (S. Lebovici, et al, 1995).

Siendo la obesidad en niños y adolescentes una enfermedad crónica y un problema de salud pública, existiendo determinantes genéticos y en todos los casos se produce por la acumulación de una ingestación de calorías alta y menor tiempo para la realización de actividad física (R. Calzado, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) se define a la obesidad como una acumulación anormal excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, la obesidad es el resultado de un aumento del peso

corporal mayor del esperado en relación a la ganancia de estatura, debido a la adquisición progresiva e inadecuada de tejido graso, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/cm^2).

Siendo la definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para todas las edades.

Existiendo múltiples factores que predisponen la obesidad tales como:

1. Factores ambientales o exógenos: Esta génesis se atribuye a una alimentación excesiva o no adecuada a la cantidad de energía gastada, es decir se consume o ingesta mayor cantidad de alimentos o con un aporte calórico mayor que los requeridos a la actividad física que se realiza diariamente.
2. Factores endógenos: Esta hace referencia a causas o motivos propios del organismo que propensa a la obesidad, siendo estos: *síndromes genéticos* donde la genética es la parte fundamental del individuo en sus características fisiológicas y constitucionales, *trastornos hipotalámicos* que se deben a la afectación del núcleo hipotalámico ventromedial, ya sea por lesiones de naturaleza traumática, neoplásica o inflamatoria, y las obesidades generadas por *endocrinopatías*.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), el 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19

años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones) en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4 pp mayor); y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%, 2.4 pp mayor).

En 2006 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, bajo este criterio, fue de 33.2% (33.4% en el sexo femenino y 33.0% en el masculino). El aumento entre 2006 y 2012 fue de 5% en seis años para los sexos combinados (0.28 pp/año); el aumento en el sexo femenino fue de 7% (0.40 pp/año) y en el sexo masculino de 3% (0.18 pp/año).

La obesidad y el sobrepeso, si bien son entendidos como trastornos que tiene relación con la alimentación, no son condiciones que por sí mismos hayan sido clasificados como un tipo de trastorno psicológico al menos del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.

La obesidad no puede ser considera como un tipo especial de trastorno mental que deba incluirse en el capítulo de trastorno mentales y de comportamientos, dado que en su desarrollo inciden diferentes factores, la presencia de factores biológicos y la falta de una estabilidad emocional en personas obesas, dificultan establecer un parámetro de lo que es característico de la obesidad.

A medida que la obesidad se va generando, aparecen mecanismos que tienden a perpetuarla y por tanto a que se mantenga hasta la vida adulta; El aumento progresivo de la prevalencia guarda relación directa con la mayor disponibilidad de

nutrimentos, la presencia de malos hábitos alimentarios y la realización de menor trabajo físico tanto para efectuar tareas cotidianas como actividades deportivas; esto último determinado por el aumento de las horas dedicadas a actividades sedentarias (R. Calzado, 2003).

1.2 OBESIDAD Y ADOLESCENCIA

La obesidad es más un estado que un síntoma, se constituye poco a poco; el paciente, su entorno y la ignorancia durante mucho tiempo; no implica una ruptura en la evolución del funcionamiento mental. Constituye para el sujeto una forma de adaptación, en parte aceptada de forma positiva y mantenida activamente en la medida en que le protege de angustias o desorganización más inquietantes (S. Lebovici, et al, 1995).

Bruch (citado en W. Burniat, 2002) fue uno de los primeros en sugerir que la obesidad de inicio temprano puede provenir de un aprendizaje deficiente en la infancia, sugiere que algunas madres no logran diferenciar las necesidades de su hijos para la señal de forma de alimentos con respecto a otros estados aversivos y así alimentar al niño de manera indiscriminada. Este proceso de aprendizaje defectuoso hace que el niño confunda el hambre con otras sensaciones internas, una confusión que persiste y contribuye a comer en exceso y el sobrepeso.

El niño obeso se describe inmerso en un ambiente familiar disfuncional con poca comunicación entre los padres y el niño; Al niño se le dificulta discriminar entre emociones y otro tipo de sensaciones corporales, como el hambre, el comer es usado como el sustituto de las necesidades afectivas, esta respuesta anormal desarrollado a principios de la interacción madre – hijo; Lejos de quejarse, el niño obeso encuentra en todo ello una satisfacción masoquista, tanto más importante cuanto que la agresividad tiene tendencia volverse contra el sujeto, el círculo vicioso, tan corriente en el obeso, se perpetua: el obeso se siente culpable de comer y de no adelgazar, extrae de ello una satisfacción inconsciente, que lo lleva

a comer todavía más, cuya economía psíquica ha hecho de la obesidad, un elemento constitutivo del Self que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia del sujeto (S. Lebovici, et al, 1995).

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, siendo carente la bibliografía acerca del adolescente obeso y predisponiendo que un niño obeso será un adolescente obeso.

Los adolescentes necesitan ser aceptados y apoyados por su grupo de pares, por lo general muy poca diferencia de edad, es importante compartir "identificadores de grupo" común símbolos. La ropa se vuelve importante, esto crea problemas para los adolescentes obesos, es difícil para los adolescentes obesos de ambos sexos encontrar ropa, otra cuestión importante para la aceptabilidad en las actividades de los grupos adolescentes es que los adolescentes obesos pueden adoptar fácilmente el sedentarismo ya que no son aceptados tan fácilmente como copartícipes cuando sus grupos está involucrado en el deporte, por lo tanto, su condición física no hace fácil reunirse con amigos en los clubes deportivos, campamentos de verano etc (W. Burniat, 2003).

La obesidad en algunos jóvenes parece realizar unas fantasías inconscientes en las que el cuerpo entero simboliza el poder fálico en representaciones llenas de virilidad por otra parte numerosos pacientes utilizan la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra las reactivación del conflicto edípico, siendo esta misma, la obesidad la que garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria (S. Lebovici, et al, 1995).

El adolescente obeso mantiene una relación singular con la sensación de hambre antes del acto de comer no se detecta en cada caso ya que los adolescentes suelen ser incapaces de decir si tienen hambre cuando comienzan a picar. Esta conducta obedece más bien a una sensación imprecisa, indefinible, a menudo con connotaciones de malestar o como respuesta a una necesidad (o placer) de llenado bucal, de masticar y deglutir, en una palabra, de una actividad oral incesante. Además la ingestión de alimentos no conlleva a una sensación de saciedad, sino más bien un sentimiento de culpabilidad o un estado de aburrimiento suplementarios.

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva, Bruch (citado en W. Burniat, 2002) afirma que el trastorno fundamental en la obesidad no es la hiperfagia, si no la actividad. En el seno de esta pasividad se suelen detectar ciertas emociones tales como el aburrimiento que, sin tratarse de un estado depresivo, aparece con frecuencia, o la soledad, que parece asociada con la sensación de aburrimiento. El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica; Opina que un adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch (citado en W. Burniat, 2002) propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de “hambre” como una sensación distinta de las otras necesidades o tensiones físicas. Si por el contrario, la madre reacciona

repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar. Según este autor, estos niños se convierten en adolescentes que no han desarrollado ni integrado su imagen corporal y que carecen totalmente de recursos de cara a las necesidades corporales. Desarrollan la sensación de que sus necesidades están controladas desde el exterior, como si ellos no fueran los propietarios de su cuerpo y de sus sensaciones. Este tipo de adolescente tendera a ingerir alimentos ante todo estado de tensión indeterminado, ya se trate de hambre, aburrimiento, soledad o malestar físico, como había hecho su madre cuando eran bebés al ofrecerles indistintamente alimentos cual fuera su manifestación.

Más allá de esta hipótesis predominantemente medioambiental otros autores han interpretado estas conductas alimentarias seguidas de obesidad como el testimonio de una fijación defensiva en la pulsión oral, la satisfacción del hambre es el prototipo de la satisfacción instintiva y, además, la oralidad esta erotizada a través de la actividad de succión característica del picoteo. La importancia de la oralidad y de su incorporación en la etapa de la adolescencia ha sido destacada por Blos, quien refiere a una autentica hambre de objeto, que es necesario incorporar las sensaciones de hambre y la tendencia a abotigarse de alimentos están solo en parte provocadas por el crecimiento físico de la adolescencia.

Cuando se hace excesiva, esta fijación en lo oral parece desempeñar diversas funciones: factor de lucha contra la depresión, factor de resistencia contra la sexualidad, obstáculo en la elaboración mental.

1.3 ALIMENTACIÓN, DIADA (madre – bebé)

La alimentación no se puede contemplar como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrenta la necesidades individuales del lactante con su participación activa

muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (S. Lebovici, et al, 1995).

Él bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos, con los cuales forma una unidad indisoluble, cuya vigilancia le asegura cuidados perfectos.

Existe en la madre, inmediatamente después del parto, un estado psicoafectivo particular en forma de “un periodo sensible” durante el cual la constitución del vínculo madre- recién nacido se establece de forma óptima, la prolongación de los momentos de contacto y de interacción madre – bebé durante las primeras horas y los primeros días después del nacimiento tienen efectos positivos, varios meses o incluso varios años más tarde, en la calidad de la relación madre – bebé y el desarrollo del niño (S. Lebovici, et al, 1995).

I. Lezine (citado en S. Lebovici, et al, 1995) describe a madres rígidas y crispadas que mantienen al bebé a tanta distancia que evitan el contacto, parece no darse cuenta de las expresiones de afecto de sus hijos, un segundo tipo de madres parece recibir las señales del niño pero es incapaz de darles respuestas, o intenta responder de manera incoherente e ineficaz y un tercer tipo de madres adopta una posición confortable, el bebé está acurrucado y el contacto piel a piel es estrecho, la comunicación se enriquece con las palabras de la madre, con su sensibilidad y con la adecuación de sus respuestas a las señales del niño, al respetar las pausas y los ritmos del bebé.

Winnicott (citado en S. Lebovici, et al, 1995) ha descrito al holding que podemos traducir en términos de comportamiento como *compartir* y en términos más psicológicos como *sostener*, se trata de una noción ambigua que designa el comportamiento de la madre y lo que este significa para ella y para su hijo, la calidad de una secuencia de interacción viene determinada no solo por lo que hace o dice la madre o por los comportamientos del lactante, sino también por el

tipo de relación, por la naturaleza del vínculo dinámico existente entre sus señales y comunicaciones respectivas, emitiéndose la hipótesis de que el origen de algunas formas de obesidad infantil y de anorexia mental en la adolescencia, se encontraría una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia esto es a la respuesta estereotipada de la madre por medio de un suministro de alimento a cualquier manifestación emocional del niño no le permitiría distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevaría a calmar cualquier sensación mediante la toma de alimentos, siendo como consecuencia a ello la sobrealimentación, donde el niño le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación, el niño se muestra incapaz de autonomía en la vida cotidiana, y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, se ven reprimidas. El padre permanece distante, interviene poco o adopta el papel materno, que refuerza el disfuncionamiento, el niño es un objeto de valor, es bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad (S. Lebovici, et al, 1995).

21

A. Freud (citada en S. Lebovici, et al, 1995) demuestra como la función alimenticia está implicada en la representación simbólica de las pulsiones en conflicto con el YO, conflictos que afectan a las pulsiones orales, es importante distinguir en los trastornos alimenticios aquello que representa en apariencia la conservación de un vínculo arcaico con un personaje materno, y lo que se refiere a conflictos internalizados y estructurales, las satisfacciones orales, que van menos acompañadas de prohibiciones o de limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales, representan el prototipo del goce menos conflictivo, mediante el cual, además, le es dado imaginarse que satisface a su madre, se crea un movimiento sin salida entre la tentativa de colmar esa falta objetal por medio de las gratificaciones orales y la percepción de la vanidad de semejante negación de la dependencia ante el otro.

Por su parte los psicoanalistas kleinianos afirman que la vida psíquica del bebé nace con él y que la experiencia de la alimentación se acompaña con el fantasma

de la devoración: los bebés asimilan los conflictos instintivos y los fantasmas que lo representan, y la madre es a la vez vivida como buena y mala, portadora de un seno bueno y otro malo, y sobre ella se proyectan todas las energías violentas debidas al deseo y a las ganas de devorarla piensan que para el recién nacido no existe diferencia entre el objeto psicológico de la realidad y los fantasmas que lo representan: las representaciones mentales existen entonces de entrada, él bebe quiere apropiarse de su madre, a quien no posee y quien se vuelve mala porque no le pertenece a él o porque le pertenece a su padre. Es buena madre cuando puede incorporarla como buen alimento, pero se convierte en seno malo porque su envidia lo ha dañado.

1.4. APEGO

La teoría del apego considera la comprensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares, como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente ya de manera embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez. En el transcurso de la primera infancia y de la infancia, los vínculos se hacen con los padres, quienes son buscados con el afán de encontrar protección, consuelo y sostén. Estos vínculos persisten en el transcurso de una adolescencia y de una vida adulta sanas, pero son completados con nuevos vínculos de naturaleza habitualmente heterosexual. La relación existe por sí misma y tiene, como tal, una importante función en la sobrevivencia, es decir, la protección.

La capacidad de establecer vínculos con otros individuos, a veces en el papel de aquel que busca cuidados y a veces en el del que los da, es considerado una característica principal del funcionamiento eficaz de la personalidad en relación con la salud mental.

La búsqueda de cuidados se encuentra en el individuo más débil y menos experimentado, frente a otro considerado más fuerte y/o más listo. Un niño, o una persona más grande, en el papel de quien busca los cuidados, se siente atraído

por aquel que los ofrece, y dependerá siempre de las circunstancias el grado de proximidad o de la accesibilidad, de donde se deriva el concepto de comportamiento de apego.

El hecho de dar cuidados, función primordial de los padres, es complementaria del comportamiento de apego; y es considerado de la misma manera que el hecho de buscarlos, es decir, como un componente fundamental de la naturaleza humana.

La exploración del ambiente, el jugar con sus pares o librarse a diversas actividades con ellos se considera un tercer componente fundamental. Cuando un individuo se siente seguro, tiende alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado, angustiado, fatigado o incomodo tiene necesidad de acercarse, esto es posible solo cuando sabe que su padre – madre va a permanecer accesible y va responder a su llamado, un niño sano se siente bastante seguro para la exploración.

Desde su nacimiento el niño da prueba de la capacidad inicial para entrar en una interacción social y muestra placer en hacerlo, el llanto es el único medio del que dispone para señalar sus necesidades de cuidado, y el contentamiento el único modo de indicar que ha sido satisfecho.

El apego cuyo objetivo es el mantenimiento de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente.

La existencia de un sistema de control de este tipo y de sus relaciones con los modelos de representación de si y de la figura de apego, que se establecen en la mente durante la infancia, se consideran como las características fundamentales del funcionamiento de la personalidad en el transcurso de la vida.

El esquema de apego que desarrolla un individuo durante sus años de inmadurez está profundamente influido por la manera en que lo tratan sus padres u otras figuras de tipo parental.

Han sido identificados de manera confiable tres esquemas de apego, así como las condiciones familiares que los favorecen:

- **Apego Seguro:** El individuo tiene confianza en el hecho de que su madre- padre está disponible, le responde y lo ayuda en el caso de verse enfrentado a situaciones adversas o que lo asustan. Con esta confianza, se siente alentado en sus exploraciones del mundo. Este esquema es favorecido por un padre y, durante los primeros años, especialmente por la madre; cuando esta se encuentra fácilmente disponible, es sensible a las señales del niño y reacciona con amor cuando este busca protección y/o consuelo.
- **Apego Angustiado o Ambivalente:** El individuo no está seguro de que su progenitor esté disponible y le responda o le ayude si él llama. Debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tendera a pegarse a la progenitora y se mostrara angustiado a ir a explorar el mundo. Este esquema se ve favorecido por un padre – madre que esté disponible y acuda en ciertas ocasiones pero no en otras, por medio de separaciones y, particularmente, de amenazas de abandono utilizadas como recursos disciplinario.
- **Apego Evitante:** El individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso *self*, este esquema es consecuencia del rechazo dela madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección.

Cuando estos esquemas de apego se establecen tienden a persistir. Esto se debe al hecho de que la manera en el padre trata a su niño, buena o mala, tiende a mantenerse sin modificación y a que todo esquema tiende a perpetuarse a sí mismo. Cuando el niño crece, este esquema se vuelve, cada vez más, una característica suya, lo que significa que propende a imponérselo a nuevas relaciones.

En el transcurso de los primeros años de vida, el niño construye el modelo mental que representa a su madre y a su manera de conducirse con ella, así como un equivalente para el padre; hacen ver claramente que las formas que estos modelos adoptan se apoyan en la experiencia que el individuo tiene con sus padres. La teoría del apego explica el desarrollo de las personalidades flexibles y sanas en el plano mental, y el de otras sujetas a la angustia, a la depresión o a otras formas de mala salud mental (S. Lebovici, et al, 2012).

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

La adolescencia, como cualquiera otra etapa de la vida humana, tiene características particulares que permiten identificarla cronológicamente por medio de los comportamientos específicos o por los fenómenos del proceso de ajustamiento de los individuos a su medio o con otros adolescentes que se encuentren en situaciones semejantes.

Es una etapa de suma importancia en el desarrollo de todos los seres humanos, al ser determinante en el comportamiento venidero de algunos.

La adolescencia como expresa la etimología de la palabra, es la edad del cambio: *adolescere* la cual significa en latín <<crecer>>.

Kemberger (citado en D. Marcelli, 2005), destaca que se considera que el adolescente es un niño y adulto al mismo tiempo, cuando lo cierto es que ha dejado de ser un niño sin todavía ser un adulto. Este gesto es el que retribuye a la crisis.

2.1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA

Para la OMS: “La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”

En cuanto a la definición de adolescencia D. Papalia (2005) la define como la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales la adolescencia dura casi una década, desde los 11 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20, en general se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, en el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: capacidad de reproducirse.

En la adolescencia, el aspecto físico de los jóvenes cambia como resultado de los procesos hormonales de la pubertad, su cuerpo toma la forma que corresponde a la edad adulta, su forma de pensar también se modifica pues tienen una mejor capacidad de pensar de manera abstracta e hipotética, sus sentimientos cambian casi con respecto a todo.

Todas las áreas del desarrollo convergen cuando el adolescente se enfrenta a su principal tarea: establecer una identidad que se llevara hasta la edad adulta.

A. Aberastury (2009) ha llegado a definir la adolescencia como: la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de sus elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil, la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica, la normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio, y que no significa sometimiento al mismo, sino más bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero o lo inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad.

Siendo la pubertad los cambios biológicos que señalan al final de la niñez, dan como resultado un rápido crecimiento en la estatura y peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y la llegada a la madurez sexual, estas enormes modificaciones físicas son parte de un largo y complejo proceso de maduración que comienza desde antes de nacer, y sus implicaciones psicológicas continúan hasta la edad adulta (D. Papalia, 2005).

Los cambios físicos en varones y mujeres durante la pubertad incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el desarrollo del vello púbico, una voz más

profunda y el crecimiento muscular, la maduración de los órganos reproductores llega con el comienzo de la menstruación en las niñas y la producción de espermatozoides en los muchachos (D. Papalia, 2005).

La adolescencia temprana, la transición después de la niñez, ofrece oportunidades para el crecimiento, no solo en la dimensión física, sino también en la competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima e intimidad al igual que implica grandes riesgos, algunos jóvenes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez que pueden necesitar ayuda para superar los peligros que se encuentren en el camino.

2.2 CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se ha pensado que la adolescencia era un periodo tormentoso y de tensión, un periodo agotador, y de crisis de identidad que estaba cargado de trastornos emocionales y de enfrentamiento y conflicto con los padres. Otros autores consideran que la adolescencia es una fase de crecimiento en la que hay una adaptación al desarrollo, estabilidad emocional y armonía intergeneracional, el 80% de los adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades.

Anna Freud (citada en A. Aberastury, 2009) dice que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmoción de este periodo de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad semipatológica, producto de la propia situación evolutiva, surge, por supuesto de la interacción del individuo con su medio, absolutamente

necesario para el adolescente, que en este proceso va a establecer su identidad, que es un objetivo fundamental de este momento vital.

El adolescente realiza tres duelos fundamentales: el duelo por el cuerpo infantil perdido, duelo por el rol y la identidad infantiles y el duelo por los padres de la infancia, la necesidad de elaborar los duelos básicos obligan al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta.

Cuando el adolescente se incluye en el mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y /o su acción sobre el para cambiarlo, en este periodo fluctúa entre una dependencia y un a independencia extremas y solo la marados bajo la otorgación de una excesiva libertad que el adolescente vive como abandono y que en realidad lo es.

El adolescente se presenta como varios personajes: es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades, no puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar lo que va adquiriendo y en esa dificultad de adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su identidad sexual.

Por otro lado los padres deben abandonar la imagen idealizada de sí mismo que su hijo ha creado y en la que él se ha instalado, ahora no podrá funcionar como líder o ídolo y deberá, en cambio, aceptar una relación llena de ambivalencia y de críticas, el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para aludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe respetarse.

El dolor que le produce abandonar su mundo y la conciencia de que se van produciendo más modificaciones incontrolables dentro de sí, lo mueven a efectuar

reformas exteriores que le aseguren la satisfacción de sus necesidades en la nueva situación en la que se encuentra ahora frente al mundo, las que, al mismo tiempo, le sirven de defensas contra los cambios incontrolables internos y de su cuerpo, se produce en este momento un incremento de la intelectualización para superar la incapacidad de acción.

Su hostilidad frente a los padres y al mundo en general se expresa en una desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo de la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad del misma.

Todo este proceso exige un lento desarrollo en el cual son negados y afirmados sus principios luchando entre su necesidad de independencia y su nostalgia de reaseguramiento y dependencia, sufre crisis de susceptibilidad y de celos, exige y necesita vigilancia y dependencia, pero sin transición surge en él un nuevo rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos.

El proceso del adolescente obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez, el problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, de desprendimiento.

Las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten, los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático, fóbico o contrafóbico, maniaco o esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias, donde se habla de una verdadera "patología normal" del adolescente, en el sentido de que precisamente este exterioriza sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias.

A. Aberastury (2009), sintetizando las características de la adolescencia, describió las siguientes:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad:

El auto concepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tiene muchas personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social, se va formando este sentimiento de identidad, como una verdadera experiencia de “autoconocimiento”, es necesario integrar todo lo pasado, lo experimentado, lo internalizado con las nuevas exigencias del medio y con las urgencias instintivas o con las modalidades de relación objetal establecidas en el campo dinámico de las relaciones interpersonales.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento una de ellas es la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal, ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, el proceso grupal .

Realiza un verdadero duelo por el cual al principio niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar las realidades más adultas que se van imponiendo que se encuentran fundamentalmente las modificaciones biológicas y morfológicas de su propio cuerpo.

- Tendencia grupal:

La tendencia grupal recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal, allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente, las actuaciones del grupo y

de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar.

El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

- Necesidad de intelectualizar y fantasear

Se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente, la necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivida de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa, esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar, las elucubraciones de las fantasías consientes y el intelectualizar, sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosas.

32

- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo más fervoroso

Esto nos explica como el adolescente puede llegar a tener tanta necesidad de hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren continuidad de la existencia de sí mismo y de sus padres infantiles.

- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario

El adolescente vive una cierta desubicación temporal, convierte el tiempo en presente activo como un intento de manejarlo, mantenerse únicamente en el tiempo experimental es una forma de intentar paralizar el tiempo, a medida que se van elaborando los duelos típicos en la adolescencia, la dimensión temporal adquiere otras características es aquí donde surge la conceptualización del

tiempo, que implica la noción discriminada del pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos y la propia muerte.

- Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta

En la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente se pueden describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que va de verdadera genitalidad procreativa que solo se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa, tiene aquí la masturbación la finalidad exploratoria, de aprendizaje y preparatoria para la futura genitalidad procreativa.

33

- Actitud social reivindicatoria con tendencial anti o asociales de diversa intensidad

El adolescente siente que no es él el que cambia, quien abandona su cuerpo y su rol infantil, sino que son sus padres y la sociedad los que se niegan a seguir funcionando como padres infantiles, descargando entonces contra ellos su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas.

- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida

Es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes, de una inestabilidad permanente, es el mundo adulto el que no tolera los cambios de conducta del adolescente, el que no acepta

que el adolescente pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales y exige de él una identidad adulta, que por supuesto no debe de tener.

- Separación progresiva de los padres

Uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia, por lo tanto una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres, la aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres, gran parte de la relación con los padres esta disociada y estos son vividos entonces como figuras o muy malas o muy buenas.

- Fluctuaciones del humor y del estado de animo

Los cambios de humor son típicos en la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos, al fallar estos intentos de elaboración, tales cambios de humor pueden aparecer como micro crisis maniacodepresivas.

34

2.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA (PETER BLOS)

Blos divide la adolescencia en etapas las cuales el adolescente atravesará con gran rapidez e inevitablemente (A. Quintanilla, 2012):

- **Pre adolescencia (de 9-11 años):** En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas

emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades masculinas al extremo.

- **Adolescencia Temprana (de 12-14 años):** La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.
- **Adolescencia (de 16-18 años):** Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios ósea padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.
- **Adolescencia tardía (de 19-21 años):** Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.
- **Pos adolescencia (de 21-24 años):** Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la

planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta.

2.4 ELABORACION DE DUELOS EN LA ADOLESCENCIA

El pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de triple duelo (A. Aberastury, 2009)

- Duelo por el cuerpo infantil
- Duelo por la identidad y el rol infantil
- Duelo por los padres de la infancia

DUELO POR EL CUERPO INFANTIL

Consiste en ir aceptando las modificaciones biológicas, ante las cuales siente impotencia, ya que no puede hacer nada para frenar estos cambios. Esto se refleja en cierta rebeldía en la esfera del pensamiento, se halla incómodo con su cuerpo.

En virtud de las modificaciones biológicas características de la adolescencia, el individuo, se ve obligado a asistir pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a la realidad concreta, vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aun en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto, esta contradicción produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente.

Niega así su cuerpo infantil perdido, y en fluctuaciones incesantes con la realidad, que lo ponen en relación con sus padres, su familia y el mundo concreto que lo rodea y del cual depende, elabora esa pérdida y va aceptando su nueva personalidad.

DUELO POR LA IDENTIDAD Y POR EL ROL INFANTIL

El niño en su infancia, acepta su relativa impotencia, necesita de otras personas que cumplan sus funciones yoicas, y su yo, mediante la proyección e introyección configura su identificación.

En la adolescencia, sufre un "fracaso de personificación". No se da cuenta de cómo debe actuar, ya que no es un niño pero tampoco un adulto. Es lo suficientemente grande para ser un niño y por tanto no puede mantener la dependencia infantil aunque quisiera. Esto es debido a la actitud de sus padres que ahora tienen para con él. Pero tampoco puede asumir la independencia adulta. Sufre una confusión de roles, recurre al "mecanismo de defensa esquizoide" de delegar toda responsabilidad y obligaciones en el grupo de pares (barra), quedando así por fuera del proceso de pensamiento; forma parte de las actividades del grupo, pero no se hace cargo de sus consecuencias. Tiene un manejo omnipotente de la irresponsabilidad, y son otros los que se hacen cargo por él del principio de realidad. Ya que éste no se hace cargo de sus actos y las consecuencias de ellos.

En este período hace posible un tipo de pensamiento en el que despersonaliza a los seres humanos, utilizándolos como objetos, como medios para sus satisfacciones. Este manejo de las personas demuestra una clara inestabilidad afectiva e indiferencia hacia los demás.

Pero mediante la "barra", que cumple el rol de mecanismo de defensa esquizoide, como ya explicamos anteriormente, es que se siente seguro en esa uniformidad que el grupo le da. Más tarde irá adoptando roles cambiantes y participando activamente en el grupo, y es así, que de a poco toma las responsabilidades y las culpas grupales. Mediante estas proyecciones e introyecciones es que va asimilando y desechando identificaciones hasta llegar a formar una propia.

Aberastury y Knobel (2009) dicen que: "La exageración o fijación de este proceso por no elaborar el duelo por la identidad y por el rol infantil explica las conductas psicópatas tratando a las personas como objetos, para así lograr sus objetivos. También se ve en el desafecto y crueldad con el objeto"

Normalmente el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo infantil y su rol infantil; al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndolas por la de los padres actuales, en el próximo duelo.

DUELO POR LOS PADRES DE LA INFANCIA

El adolescente empieza a separarse de sus padres. Lo que marcará el "fin de la relación de dependencia" que mantenía con ellos. Es más que obvio que sigue dependiendo de ellos, no sólo económicamente, sino sentimentalmente, ya que necesitan de la comprensión y la aprobación de éstos (sentirse aceptado). Además tiene la necesidad de una identidad fuera de la familia, aunque inconscientemente, también se siente parte de ella. Es una contradicción más de las muchas que caracterizan esta etapa.

La búsqueda de un nuevo estatus, que le es transferido a este por su cuerpo, mediante los cambios corporales, lo llevan a una nueva búsqueda de identidad y un nuevo rol por el infantil ya superado. La independencia de la que hablamos es relativa, ya que si le dieran una verdadera libertad e independencia, este la sentiría como abandono. Es menester, que el pasaje de la relación infantil que tenía con los padres a la adolescencia (de una dependencia total a una pseudo-independencia), sea lento. Esto facilitará su independencia en un futuro, y hará menos traumático el duelo.

Esta pseudo-independencia se ve claramente en la necesidad de pedir prestado el auto a sus padres, en el momento de pedir para llegar más tarde de la hora que estaba pactada antes, ante la necesidad de pedirles dinero, etc. Lo hacen, porque

sienten la necesidad de aparentar una cierta independencia económica frente a sus compañeros de grupo, de sentirse casi un "adulto". Este proceso de independencia y pérdida, es sentido tanto por el adolescente como por los padres, ya que estos se dan cuenta de que sus hijos están creciendo y con esto les viene a la mente la idea próxima, en algún momento, de la muerte. La idea de esto les produce la necesidad de retener la relación de padres infantiles que mantenían con su hijo de la infancia. Esto lo hacen a través de la dependencia económica, no permitiéndoles ciertos gustos o salidas. Volvemos a notar que estos duelos son vividos de igual forma tanto por los padres como por los hijos.

Los cambios biológicos que se dan en la pubertad, le imponen la sexualidad genital e intensifican el duelo por el cuerpo infantil y el sexo opuesto perdido. Durante la infancia el niño se masturbaba constantemente para negar la pérdida del sexo opuesto, aunque también a manera de exploración. En cambio en la pubertad, se da primero a manera de exploración y después como búsqueda de placer debido a fantasías eróticas. Esto lo hace en soledad, por la carga de culpa emocional que le proporciona el "súper-yo", con todo el peso que le impone la sociedad.

La definición de su capacidad pro-creativa y su rol en la pareja, (el duelo por la bisexualidad) se debe a la resolución nuevamente del complejo de Edipo, el cual lo llevará a buscar pareja fuera del núcleo familiar. La aparición de los caracteres sexuales primarios (como ya explicamos arriba), lo llevarán a la definición sobre su rol en la relación de procreación. (A. Aberastury, 2009)

2.5 EL ADOLESCENTE Y SU CUERPO

La pubertad se manifiesta mediante profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente, repercuten en el ámbito psicológico, en la realidad concreta y en el ámbito imaginario y simbólico.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable pero de forma total: el físico cambia no solo a los ojos del adolescente, sino también a los ojos de quien lo contempla. La imagen del cuerpo cambia completamente en varios aspectos:

- **El cuerpo como punto de orientación espacial.**

<<El adolescente es un poco como un ciego que se mueve en un espacio en el que las dimensiones han cambiado>> (Haim citado en D. Marcelli, 2005), El adolescente se enfrenta a la transformación de este instrumento de medida y referencia con respecto al entorno, que es la percepción misma de su cuerpo.

- **El cuerpo como representante simbólico:**

En la forma de utilización, con aprecio o desprecio, con amor u odio, como fuente de rivalidad o sentimiento de inferioridad, vestido en ocasiones, disfrazado, el cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de los conflictos y de los modos de relación. Por ejemplo para el chico el pelo corto o largo puede reflejar una moda o también puede ser una expresión simbólica de la identidad sexual.

- **El cuerpo y el narcisismo:**

El interés que manifiesta el adolescente en ocasiones por su propio cuerpo parte de un conjunto más amplio de hiper-motivaciones del mismo y explica la presencia, en ocasiones predominante, de la dimensión narcisista en el funcionamiento mental a esta edad (Vincent, citado en D. Marcelli, 2005),

Es importante mencionar que los cambios que sufre el narcisismo, tanto en su aumento cuantitativo como en la diferente distribución dinámica.

Recordemos que desde el punto de vista clínico, el narcisismo patológico puede definirse como:

1. Desinterés con respecto al mundo exterior (egoísmo)
- 2.- Una imagen imponente de Si mismo (megalomanía).

El egoísmo y la megalomanía son dos tipos de reproche a menudo dirigidos al sujeto en un momento u otro de la adolescencia.

Muchos autores insisten en el aumento de las manifestaciones tendentes al narcisismo en la adolescencia con respecto precedente y la preponderancia de las conductas surgidas de una vertiente narcisista.

El desarrollo y la estabilización del narcisismo adulto se consideran necesarios en la adolescencia, ya que el adolescente, además de elegir nuevos objetos, tiene que escogerse también a Si mismo, en tanto que el objeto de interés, de respeto y de estima. La forma en que algunos adolescentes maltratan su cuerpo es uno de los signos que revelan las dificultades narcisistas.

Algunos autores diferencian los modos de expresión del narcisismo durante la adolescencia, situando ciertas conductas denominadas <<narcisistas>> en una línea de continuidad que abarca desde las conductas que reflejan la normalidad casi total hasta las que se observan en los estados extremadamente patológicos. (Kernberg, citado en D. Marcelli, 2005).

-El primer modo de expresión se manifiesta como preocupación por sí mismo, amor por sí mismo e incluso fantasmas de grandes características, de un narcisismo habitual en la adolescencia, que viene determinado por el aumento de la investidura libidinosa de Sí mismo y por la coexistencia con una persistente investidura de objeto.

-El segundo tipo ya es más patológico, se manifiesta por una identificación patológica de sí mismo, con los objetos infantiles, y la búsqueda de objetos que representan el Yo de la infancia. Ya no convergen las investiduras narcisistas y de objeto.

-El tercer tipo, todavía más patológico que el anterior, se manifiesta por el mantenimiento constante de un Yo que se impone con proyección de un Yo con modelo primitivo que se impone sobre el objeto.

Este narcisismo de la adolescencia está relacionado con el narcisismo parental proyectado sobre el niño, quien potencialmente se convierte en el que podría realizar los fantasmas de los padres, pudiéndose sentir al mismo tiempo muy desvalorizados en caso de no realizarlos.

- **El cuerpo y el sentimiento de identidad:**

El sentimiento ajeno o de extrañeza con respecto a su cuerpo que invade en esta etapa a muchos individuos es equiparable, descartado todo factor psicótico, al sentimiento de no conseguir una identificación segura (Male citado en D. Marcelli, 2005).

Es decir el adolescente se enfrenta a una serie de modificaciones corporales que suceden a un ritmo rápido y le cuesta asimilar.

CAPITULO 3. RELACIONES OBJETALES

Las relaciones objetales han sido consideradas en su esencia como la manera en que el individuo se relaciona con la gente y con las cosas, procurando explicar los principales rasgos y conflictos en función de las necesidades del individuo de imponer sobre las gentes y las cosas de su mundo externo las diversas relaciones inconscientes entre el mismo y las figuras del mundo interior, relaciones que han nacido de sus experiencias más tempranas.

Esta teoría permitió integrar, en forma armonioso, los elementos “internos” y “externos” de la experiencia humana, ya que se investiga y conceptualiza las influencias de las relaciones interpersonales “externas” sobre la organización de las estructuras mentales “internas”, así como la forma en que estas últimas determinan las nuevas relaciones interpersonales que se establecen posteriormente (G.L Villafaña, 2003).

Melanie Klein nos ha ofrecido una de las teorías más peculiares dentro del psicoanálisis, realizó importantes hallazgos en el funcionamiento psíquico basándose en un mundo interno poblado de objetos y la fantasía que opera en él, importantes conceptos que dan una explicación de la constitución del sujeto que más tarde le permitirán insertarse en sociedad; así mismo la teoría Kleniana postula la existencia de un Yo capaz de percibir angustia, desarrollar primarios mecanismos de defensa y establecer relaciones de objeto desde el comienzo de la vida misma. La vasta teoría de Melanie Klein también se caracteriza por fundamentarse en aquella primera relación con la madre específicamente con el “pecho” y sus futuras introyecciones y proyecciones de objetos externos e internos como base para consolidar el yo y así mantener una adecuada relación con el medio. Es así que para comprender al sujeto, su condición psíquica y la relación que mantiene con su entorno, se debe tener en cuenta aquella relación primaria con su madre, la manera en que elaboro esa relación y la capacidad de la madre para sostener a su hijo.

3.1 DEFINICION

J. Laplanche (1993), define a la relación de objeto como “el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión fantaseada de los objetos y unos tipos de defensa predominantes.

Entendiéndose por objeto a una persona hacia la cual apuntan las pulsiones (hacia la cual se dirige la libido) sin que se le quite la cualidad de sujeto; relación debe tomarse en su sentido pleno, como una interrelación, la forma en como el sujeto constituye sus objetos y como estos moldean su actividad; y la preposición de señalar esta interrelación.

Para M. Klein (1957) el término relación de objeto temprana se refiere a angustias y defensas presentes en el vínculo del bebe con su madre:

El bebé se encontrará con otro del que depende para seguir viviendo otro omnipotente, la madre a quien percibe parcializada, especialmente al pecho, al pezón, que alimenta; influirá de esta manera en el desarrollo psíquico del niño la calidez de la madre, la capacidad de sostenerlo de mirarlo de nombrarlo, de ser una madre que sin saberlo haga lo adecuado para su hijo. Es entonces que aparece la madre como el primer objeto para el bebé, una madre y específicamente aquel pecho que alimenta, que satisface pero que también no alimenta e insatisface que frustra; el primer objeto de amor y odio, con el cual establecerá una relación.

La relación madre- hijo es fundamental y fundante, en ella se ponen en juego dos demandas y dos deseos ambos se complementan la madre al querer que el hijo se deje alimentar y el hijo que quiere ser alimentado, pues en todo caso el seno no es solo físico y nutricio, ese seno es también un objeto erótico, un objeto de goce, un objeto con el cual se pretende tener una relación y que por otro lado le

permite alcanzar la satisfacción de una pulsión, es por ello que esta relación inicial con el seno de la madre resulta esencial (L. Vacarezza, 2002).

A partir de lo anterior se puede mencionar que nuestra existencia es entonces debida al reconocimiento de ese gran otro, en este sentido la madre; el bebé tiene que ser mirado, nombrado, reconocido, de ser lo contrario el bebé sencillamente no existe, por tanto desde un inicio el bebé es un sujeto, sujeto al deseo de la madre, es una relación, un intercambio, un juego de ambos madre e hijo, una relación primaria, una relación objetal (N.S Rosales, 2013).

Así la teoría de las relaciones objetales Scharff y Scharff (citado en G. Villafaña, 2003) se refiere a una teoría psicoanalítica de la personalidad humana que sostiene que el infante humano es capaz de relacionarse activamente desde el nacimiento. A si mismo está comprendida por varias teorías cuyo concepto central es el que el yo es capaz de relacionarse con un “objeto externo” el objeto de apego desde el nacimiento. La experiencia es internalizada dentro de la psique como un “objeto interno” en estrecha conexión con una parte correspondiente del yo, ambas son en una parte conscientes y en otra inconscientes. El subsecuente progreso en la relación bipersonal en el desarrollo pre – edipico, y la situación tri – personal en el desarrollo edipico se apoya en este fundamento.

La palabra objeto en el término de relaciones de objetales no se refiere simplemente a otra persona, ni a la memoria de una persona o la experiencia, el uso de la palabra objeto puede referirse ya sea al “objeto externo” el objeto de apego, es decir, la madre en primer lugar y poco después el padre o al “objeto interno” la estructura mental en yo, que es una composición de experiencias introyectadas con los otros significativos a lo largo del curso del desarrollo.

3.2 TEORIAS SOBRE LAS RELACIONES OBJETALES

La teoría freudiana de las relaciones objetales se centra en la incorporación de objetos que como representación se constituye en el yo; es decir lo que hay del objeto en el sujeto con sus correspondientes implicaciones

O. Kernberg (1996) por su parte señala que la teoría de las relaciones objetales representa “el estudio psicoanalítico de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otros en el contexto de las relaciones interpersonales presentes”, así mismo la teoría de las relaciones objetales también hace énfasis en la singularidad del individuo, estudia el desarrollo de una personalidad altamente individualizada, de una persona consiente de sí misma y de otros seres humanos y el desarrollo en profundidad de las relaciones interpersonales como requisito principal para la satisfacción de las necesidades psíquicas personales.

M. Klein (1946) considero que las relaciones objetales existen desde el comienzo de la vida, derivan de las fantasías y surgen de la fuerza de los instintos, son moldeados por la libido y la agresión. Propugna la tesis de que la relación del bebé con la madre entraña en algo más que la satisfacción de necesidades fisiológicas. Las relaciones del bebé con su primer objeto, a la madre, hacia los alimentos, se hallan entrelazadas entre si desde un comienzo. Por consiguiente, el estudio de las pautas de actitudes fundamentales hacia los alimentos parece ser el enfoque más adecuado para la comprensión de los niños pequeños.

Melanie Klein postula el punto de vista de que “la relación con el pecho amado y odiado, bueno y malo es la primera relación objetal del bebé” y de que “el estrecho vínculo existente entre el bebé y la madre se centra en la relación con el pecho de esta”, enfatizó la importancia de la introyección en las relaciones objetales, en donde la introyección de un objeto “bueno” es precondition para el desarrollo normal.

Así mismo Winnicott (citado en G.L Villafaña, 1981) esclarece que el cuidado materno satisfactorio conduce a la instauración de las primeras relaciones objetales de la criatura, así como sus primeras experiencias de satisfacción instintiva. Dividió al cuidado materno en tres fases: el “sostenimiento” holding, la convivencia entre la madre y el hijo, y la convivencia entre la madre, el padre y el hijo. La salud mental del individuo se apoya en ese cuidado materno.

Modell (citado en G.L Villafaña, 2003) establece que el crecimiento de las relaciones objetales es el resultado de la interacción de dos marcadas fuerzas: una se relaciona con la calidad del maternaje, y la otra con el equipo biológico del niño, el daño en los procesos biológicos puede dejar una dañada capacidad para formar relaciones con los objetos. Propuso las tres fases de amor objetal: a) la fase más temprana, donde el infante responde a la madre, pero todavía es incapaz de hacer una distinción psicológica entre el self y el objeto; b) el estado medio, es el estado de la relación objetal transicional, corresponde al estado simbiótico propuesto por Mahler; c) el estado maduro, es donde hay una separación distintiva entre self y objeto.

Bleichmar y Lieberman (citado en G.L Villafaña, 2003) señalan ideas principales de las teorías acerca de las Relaciones Objetales como:

- Es decisiva la relación temprana con la madre y luego con los padres.
- No se piensa en términos de impulsos que buscan descargarse, sino es una necesidad de contacto con el objeto primario, ya sea para la seguridad, identificación, tranquilidad, unidad del self, humanización, procesos de fusión y separación.
- La patología, sobre todo la más grave, se origina en esos estadios del vínculo inicial del bebé con la madre.

Bowlby (citado en G.L Villafaña, 2003) señala que la primera relación de un objeto en el niño, deriva de su necesidad de ayuda, exige mayor atención, su elección se dirige, en primera instancia, a todos aquellos que lo cuidan, pero pronto ocupan su lugar de padres, a lo largo de todo el periodo de latencia, los niños aprenden a experimentar hacia las personas que los ayudan en su desamparo y satisfacen sus necesidades, un amor que se basa en el modelo de relación surgida al ser amamantado por la madre, y la continua... las relaciones del niño con cualquier persona responsable de su cuidado le proporciona una fuente inacabable de excitación sexual.

3.3 CONDUCTA DE APEGO

La teoría de apego desarrollada por J. Bowlby, postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de la teoría se encuentra la reciprocidad de las tempranas relaciones, la que es una precondition del desarrollo normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo a los humanos, las conductas de apego del infante humano, por ejemplo la búsqueda de la proximidad, sonrisa, colgarse son correspondidas con las conductas de apego del adulto tocar, sostener, calmar y estas respuestas refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular.

La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primero y encima de todo, un regulador de la experiencia emocional.

Según J. Bowlby por conducta de apego se entiende cualquier forma de comportamiento que hace una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido, en tanto la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos, la meta de la conducta de apego es mantener ciertos grados de proximidad o de comunicación con la figura o las figuras de apego distinguida.

El mantenimiento inalterado de un vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación de un vínculo como una fuente de dicha (G.L Villafaña, 2003)

3.4 MELANIE KLEIN

M. Klein (1952) elaboro su teoría sobre el desarrollo emocional del bebe a partir de sus observaciones de niños pequeños, en su artículo “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”, expone sus ideas sobre los estadios del desarrollo temprano haciendo énfasis en aspectos como las ansiedades, las defensas y las relaciones objetales.

M. Klein considera que en el comienzo de la vida existen dos fuentes de ansiedad en el niño, una interna y otra externa. La interna tendría su origen en la pulsión de muerte que actuaría en el interior del organismo y que fundamenta el temor a la aniquilación y que daría paso a su vez a las primeras experiencias o sensaciones de persecución y destrucción y aniquilación interna. La fuente de ansiedad externa estaría dada por la experiencia de nacer, siendo el patrón de futuras angustias ante un momento de frustración y necesidad (H. Segal, 1998).

Retomando al seno materno, sabemos que este es el primer objeto para el bebé y para cada uno de nosotros, este pecho materno representara ahora un objeto de amor y a su vez un objeto de odio, pues por una parte cubrirá las demandas del niño y por otra no estará presente cuando se le demande generando frustración. Esto es, al principio el niño amará a su madre cuando esta satisface sus necesidades, calmando sus sentimientos de hambre y proporcionándole placer sensual mediante el estímulo que experimenta su boca al succionar el pecho. Cuando el niño tiene hambre y no se le gratifica, ese amor se convierte en frustración y odio hacia ella queriéndola atacar (N.S Rosales, 2013).

Propone dos estadios en la vida del bebé a los cuales denomina la posición esquizo – paranoide y la posición depresiva

3.4.1 La posición Esquizo – Paranoide

La posición esquizoparanoide es considerada como la primera fase del desarrollo, que se caracteriza por la relación con objetos parciales, al predominio de mecanismos de defensa del orden primitivo, como la idealización, escisión, negación y en donde predomina una ansiedad de tipo paranoide.

Abarca los primeros 3 o 4 meses de vida; tras el nacimiento, el bebé experimenta ansiedad que proviene de fuentes internas y externas. La primera causa externa de ansiedad se encuentra en el nacimiento, el neonato siente dolor e incomodidad ante la pérdida del estado intrauterino, lo cual es sentido por él como un ataque de fuerzas hostiles, una ansiedad persecutoria.

Siendo la ansiedad persecutoria (paranoide) la que predomina en esta posición, la cual experimentada por el yo como una amenaza de fuerzas hostiles que los atacan y que tiene dos orígenes: el interno dado por la pulsión de muerte y externo dado por toda experiencia extra psíquica que provoque frustración en el niño, la ansiedad persecutoria entra desde el comienzo en la relación del bebé con los objetos en la medida en que está expuesto a privaciones (R.J Pérez, 2012).

El bebé a partir de su nacimiento se tiene que enfrentar a la ansiedad innata provocada por los instintos de muerte y de vida y ante el impacto de la realidad; el instinto de muerte se proyectará ya que el yo tratará de evitar la ansiedad de contenerlo, y otra parte de esta pulsión se traducirá en agresión. Parte del instinto de muerte se proyectará al objeto original primario al pecho de la madre, siendo percibido, de esta forma como amenazador y malo, generando el sentimiento de persecución, en lo que vemos el miedo inicial al instinto de muerte se convertirá en miedo a un perseguidor a un pecho malo. La agresión que inicialmente es el

instinto de muerte pronto será utilizada por el bebé para atacar y defenderse de los perseguidores (H. Segal, 1998).

Las experiencias del bebé con su madre y con la alimentación inician una relación de objeto con ella, las pulsiones oral – libidinales y oral destructivas se dirigen hacia el pecho de la madre por lo que se trata de una relación parcial, en periodos libres de hambre y tensión existe equilibrio entre las pulsiones libidinales y agresivas, pero se altera cada vez que debido a privaciones, las pulsiones agresivas se refuerzan. La alteración del equilibrio causa el estado emocional llamado voracidad, la cual se define como una emoción de tipo oral que consiste en un deseo vehemente, impetuoso e insaciable, que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz de dar, su aumento fortalece el sentimiento de frustración y por ende, las pulsiones agresivas aumentan (G.L Villafaña, 2003).

Así mismo como ya se ha mencionado anteriormente, junto con este tipo de experiencias, las aflicciones inevitables refuerzan el conflicto entre amor y odio, resultando los sentimientos de que existe un pecho bueno y otro malo, el conflicto innato se encuentra implícito en la capacidad para amar y los impulsos destructivos en la agresión (M. Klein, 1957).

De esta manera, el pecho es amado y sentido como “bueno”, si gratifica pero si es frustrante, es odiado y sentido como “malo” por el bebé, esto es debido a la falta de integración del yo y a los procesos de escisión dentro del yo en relación con los objetos y por tanto nos encontramos ante una característica principal atribuida a la madre en esta edad, la madre no es completa, es parcial y más específicamente su pecho.

En este estadio se presentan además los procesos de introyección y proyección, donde el bebé proyecta sus pulsiones de amor y las atribuye al pecho bueno, y proyecta las pulsiones destructivas hacia el exterior y las atribuye al pecho malo, simultáneamente, introyecta al pecho “bueno” y al pecho “malo” (G.L Villafaña, 2003)

El pecho malo adquiere las cualidades oral – destructivas de las pulsiones del bebé cuando atraviesa periodos de frustración y odio, en sus fantasías destructivas muerde y desgarra al pecho, lo devora influido por la voracidad, lo aniquila, y siente que el pecho lo atacara de la misma forma, a medida que las pulsiones sádico- uretrales se fortalecen en el bebé en su imaginación, taca al pecho con orina envenenada y heces explosivas, y supone que el pecho lo envenenara o hará explotar.

Otro punto que caracteriza a esta posición es la escisión, un mecanismo de defensa que opera al momento de enfrentarse a la realidad, se separa aquel pecho en donde se ha depositado parte del instinto del muerte; este mecanismo de defensa le permitirá al yo del bebé contener la angustia generada por la realidad externa y la interna (pulsión de muerte), convirtiendo al pecho en pedazos, la escisión permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, este ordenamiento de las experiencias acompaña al proceso de escindir al objeto, sirve para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño, es la base de lo que será después la capacidad de discriminar , la temprana diferencia entre lo bueno y lo malo (R.J Pérez, 2012).

La función que juega la escisión en la posición esquizoparanoide es lo que permitirá al yo emerger del caos y ordenar las experiencias; este proceso podría presentarse excesivo y a la vez extremo, sin embargo permite del mismo modo ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño, misma que se considera una condición previa para la integración (H. Segal, 1998).

Esto se explica cuando el adulto en su vida cotidiana, reactiva aquella singular relación ante el objeto persecutorio y el objeto ideal, puede que al momento de reaccionar ante una situación de peligro, se refleja aquel objeto persecutorio; así también el objeto ideal se reflejará en la bondad que se pueda encontrar en las personas, idealizándolas (M. Klein, 1937).

De acuerdo a lo anterior encontramos que la escisión no es un mecanismo que necesariamente nos haga referencia a la patología, es un mecanismo necesario en la vida del sujeto, y que para M. Klein también no es propio de la posición esquizoparanoide o de la psicosis, este mecanismo se presenta una y otra vez y opera en las diferentes situaciones de la vida del sujeto, sin embargo depende de que tan rígida y excesiva ha sido la escisión en la relación más temprana.

Siendo otro mecanismo utilizado en la posición esquizo – paranoide la identificación proyectiva, la cual consiste en escindir y apartar las partes del yo y objetos internos y se los proyecta al objeto externo, que queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas e identificadas con ellas, pero sus principales propósitos se encaminan a dirigirse hacia el objeto ideal para evitar la separación, o hacia el objeto malo para obtener el control de la fuente de peligro.

La negación es mágica, omnipotente; es otro mecanismo de defensa que puede utilizar el yo, el cual se presenta cuando la persecución es tan intensa que se hace insoportable, se puede negar completamente la existencia de objetos persecutorios, esto se basa en la fantasía de total aniquilación (R.J Pérez, 2012).

Cuando lo mecanismo de proyección, introyección, escisión, idealización, negación e identificación proyectiva e introyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y esta invade al yo puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva, el yo se fragmentara y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad (R.J Pérez, 2012).

El amor y gratificación que la madre proporciona a su hijo, lo ayudan a contrarrestar la ansiedad persecutoria y los sentimientos de pérdida y persecución despertados en el nacimiento, por lo que la introyección de un objeto bueno estimula la proyección, se fortalece el sentimiento de poseer un objeto interno “bueno”, el logro del paso de la posición esquizo - paranoide a la depresiva será consecuencia de la prevalencia de experiencias gratificadoras o buenas sobre las

de frustración o malas vivencias por el bebé, las cuales darán paso a la permanencia a la existencia de un objeto interno “bueno”, el yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios y que su propio instinto de vida predomina sobre su propio instinto de muerte (R. J Pérez, 2012).

La fuerza del temor a la persecución crea la necesidad de ser protegido de aquí que el pecho bueno se transforme en un objeto “ideal”, que saciará el deseo voraz de gratificación inmediata, ilimitada e incesante, Esta idealización del objeto es una defensa contra la ansiedad (G.L Villafaña, 2003).

Otro factor fundamental al momento de describir la dinámica de esta posición es la interpretación que el bebé le da al pecho y las circunstancias que influyen, inicialmente, el pecho es instintivamente percibido como la fuente de alimento, y por lo tanto como origen de la vida misma. Este pecho bueno gratificador restaurara la perdida de la unión prenatal y el sentimiento de seguridad que en su momento lo acompañaba, dependerá en gran medida de las circunstancias externas, las características psicológicas de la madre y de la capacidad del bebé para catectizar ese pecho convirtiendo a la madre en el objeto amado, también puede ser que al vivir esa unidad intrauterina el bebé innatamente sienta que en el exterior exista algo que le de todo lo que necesita (M. Klein, 1957).

Conforme a lo anterior Klein muestra que a partir de ese estado prenatal, las experiencias vividas dentro del útero, son consideradas como factores para el anhelo universal posterior al estado intrauterino y por tanto para sentar las bases del impulso a la idealización de los objetos.

La tendencia de reparar, se halla intrínsecamente ligada a sentimientos de culpa, al sentir el bebé que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidas contra la persona total de su objeto amado, surge la culpa en toda su fuerza y, junto con ella, la necesidad de reparar, preservar o revivir e objeto amado dañado,

el fracaso en la reparación conduce a la desesperación, el éxito a renovadas esperanzas (R.J Pérez, 2012).

M. Klein (1952) refiere que, puesto la tendencia a reparar deriva en última instancia del instinto de vida, origina fantasías y deseos libidinales, esta tendencia forma parte de las sublimaciones y constituirá, a partir de este estadio en adelante, el medio más poderoso por el cual se mantiene al límite y disminuye la depresión.

En su obra *Envidia y Gratitude*, M. Klein (1957), considera que la envidia es una expresión oral-sádica y anal-sádica de impulsos destructivos, que opera desde el comienzo de la vida y que en estas tiene su base constitucional. Así mismo llego a la conclusión de que la envidia al atacar la más temprana de las relaciones, la que se tiene con la madre es una de los factores más poderosos de socavamiento, desde su raíz, de los sentimientos de amor y gratitud.

55

La envidia tiene sus orígenes en las dificultades que el bebé tuvo al momento de estructurar el objeto bueno, sintiendo que la gratificación que alguna vez le fue privada ha quedado encerrada en ese pecho que lo frustró.

M. Klein habla de la envidia como:

“El sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo y dañarlo (...) no solo busca robar sino también colocar en la madre y especialmente en su pecho, maldad excrementos y partes malas de sí mismo con el fin de destruir su capacidad creadora (...) la envidia es siempre una pasión baja, que arrastra si las peores pasiones”

La finalidad de la envidia es conseguir a toda costa las cualidades del pecho bueno, primeramente el bebé sentirá que no tiene la misma capacidad que el pecho tiene, tratara de igualarlo pero en su intento se dará cuenta que es imposible, por tanto si él no puede ser como el pecho, tratara de quitárselo

dañándolo destruyéndolo, de esta manera al envidiar destruimos al otro, y al mismo tiempo la relación que existe, esto es lo mismo que ocurre con las relación entre madre y bebé, ya que si se suprime la fuente de lo bueno en el otro automáticamente el bebé se encontrara rodeado de objetos malos, a los que continuamente se sentirá atacado (N.S Rosales, 2013).

Por tanto, ahora podemos entender que la envidia la podemos observar en cada uno de nosotros, es lo que en muchas de las ocasiones nos muestra la falta o la carencia que tenemos ante los demás, percibir lo que el otro tiene y que queremos tenerlo, quitárselo, destruirlo, con la finalidad de defendernos de la angustia generada por el otro, así también se puede observar en el narcisismo, cuando la persona tiene la fantasía omnipotente de eliminar a una persona de su vida o sus cualidades de ella, o en la reacción terapéutica negativa, en el intento del paciente de rebajar el trabajo del analista por creer que ella puede tener el control sobre su vida propia, actos que sin duda detrás guardan un gran empobrecimiento del yo.

De esta manera, la envidia se relaciona íntimamente con la pulsión de muerte incluso, es una internalización primaria, la contraparte de este proceso es la gratitud, esta es una expresión de la pulsión de vida, por tanto los impulsos de la capacidad de amar del bebé también son innatos. (N.S Rosales, 2013).

Aunado a esto, Klein considera que la gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad de amar. La gratitud refiere Klein es esencial en la estructuración de la relación con el objeto bueno, hallándose también subyacente a la apreciación de la bondad en otros y en uno mismo (M. Klein, 1957).

De manera breve se puede describir los orígenes de la gratitud cuando el bebé recibe el pecho con felicidad, la experiencia de gratificación se repite una y otra vez, introyectando en él un pecho bueno bondadoso, y a su vez se identifica con el sintiéndose capaz de amar a ese pecho y a el mismo. Así mismo se refuerza cada vez la creencia de que existen objetos buenos a los cuales se pretenderá

preservar Esta relación se repetirá en el desarrollo ulterior, se puede observar en una amistad o en la relación amorosa en donde las palabras son innecesarias remitiendo al estado de intimidad que alguna vez se vivió con la madre.

La gratificación que el bebé experimenta al momento de ser amamantado sienta las bases de la gratificación sexual y de toda aquella relación con los demás, haciendo posible el sentimiento de unidad con otra persona. (N.S Rosales, 2013)

3.4.2 Posición Depresiva

Comprende de los 3 a los 6 meses de vida, la relación del bebé con el mundo está diferenciada; aun predominan los impulsos orales pero las tendencias anales, uretrales y genitales adquieren fuerza.

Los deseos que el bebé tiene por su madre, él la desea intensamente porque es ella quien lo alimenta, lo calma, lo cuida, pero pronto esta madre se ausenta y él demanda entonces, siente gran odio por ella, por no ser cuidado y correspondido, y querrá destruirla devorándola y depositando en ella heces y orinas; entonces el bebé constantemente se encuentra odiando y amando a la misma madre (M. Klein 1957).

Esta dinámica propia de la posición esquizoparanoide pronto tendrá que cambiar de dirección, de esta manera Klein define a esta posición como el estadio de desarrollo del bebé en su primer año de vida que le permite comenzar a integrar sus objetos, los que asumen aspectos positivos y negativos. En especial la internalización de objetos que provoca sentimientos encontrados, crea un mundo interno por demás problemático, dominado por diversos sentimientos de culpa e intentos de reparación.

Llevándose a cabo en esta etapa la integración y síntesis del objeto, es decir, la unión de los aspectos bueno y malo de los objetos parciales los convierten en

personas totales, esto origina ansiedad depresiva y sentimientos de culpa ya que la ambivalencia es ahora vivenciada hacia un objeto total, el pecho bueno y el pecho malo, la madre buena y la madre la mala, ya no pueden estar separadas como el primer estadio. Las pulsiones destructivas a pesar de estar disminuidas, son sentidas como peligrosas para el objeto amado, percibido como persona, la ansiedad de perderlo aumenta la voracidad, que es sentida como incontrolable y destructiva, y que amenaza los objetos internos y externos, por tanto el yo inhibe los deseos instintivos (G.L Villafaña, 2003).

Del mismo modo, encontramos que en esta posición el reconocimiento a la madre abre en el bebé un mundo nuevo de experiencias y a su vez de consecuencias, una de ellas es el acercamiento de ambos objetos el bebé puede percibir que contiene tanto objetos buenos como malos, aprendiendo a tolerar la pulsión de muerte, la proyección e introyección de objetos parciales paulatinamente van disminuyendo y va en aumento la proyección e introyección de objetos totales, que ayudaran cada vez más al yo a su integración (A. Tallaferro, 2007).

La ansiedad con respecto a la madre internalizada que se siente como dañada o en peligro de ser aniquilada, conduce a una identificación mayor con ese objeto dañado, lo que fortalece el impulso a reparar y las tentativas a inhibir la agresión, la tendencia a la reparación origina fantasías y deseos libidinales, lo que forma parte de las sublimaciones que será el medio más poderoso para disminuir la depresión (G.L Villafaña, 2003).

Pronto surgen en esta posición sentimientos como la culpa y la nostalgia por haber destruido a su objeto amado.

S. Freud en su artículo "Duelo y melancolía" (1915), establece que la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una pérdida en la capacidad de amar y que se puede extremar hasta una delirante expectativa de castigo. La melancolía es la pérdida del objeto amado real verdadera o alguna

situación similar que tenga el mismo significado que da por resultado la instalación del objeto dentro del yo, debido a un exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto esta introyección se malogra y la consecuencia puede ser una enfermedad.

Klein antepone la condición de que solo a partir de que el objeto realmente sea amado totalmente se vivirá la melancolía de su pérdida en sentido contrario no se puede hablar de una pérdida como tal o de melancolía.

La experiencia de melancolía moviliza en el bebé el deseo a sus objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasiono en sus fantasías omnipotentes, desea restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos y devolverles la vida y la integridad (M. Klein, 1937).

En la relación, se puede observar el triunfo y el fracaso de tal reparación, para la primera, la reparación conduciría a renovadas esperanzas y en el fracaso a la desesperación (H. Segal, 1998).

La reparación menciona Klein, es un mecanismo fundamental en el amor y en todas las relaciones humanas, tiene sus orígenes innatos, dentro del sujeto existiendo una tendencia a hacer sacrificios para reparar a las personas amadas, que en la fantasía han sufrido un daño ocasionado por el mismo.

La posición depresiva es también el momento del nacimiento de las capacidades de amor y M. Klein muestra que “el yo no llega a constituir su amor por un buen objeto, un objeto completo, además de un objeto real, si no es habiendo conocido un aplastante sentimiento de culpabilidad” en efecto, la fase de relación de objeto parcial hace que el pecho materno sea vivido como necesario, en función de los servicios que presta, pero no resulta todavía objeto de amor propiamente dicho. Por el contrario, cuando la madre pasa a ser para él un objeto total, el niño puede empezar amarla como una persona, busca en ella un apaciguamiento de sus miedos persecuidores e intenta introyectarla para que le proteja de persecuciones

internas y externas, pero desde entonces, la vive también como si estuviera en constante peligro: ella misma está expuesta a los objetos persecutores y, además, a los reproches y a los ataques por parte de las propias pulsiones del niño, que vive ahora toda su ambivalencia, su odio y su amor hacia ella. Constantemente, la vive en peligro de ser destruida y, al introyectarla, es todo su mundo interior el que es vivido como si pudiera ser destruido. Los fantasmas de destrucción de la madre amada, a la que el niño se identifica, van acompañados de nuevos sentimientos de pérdida, de nostalgia, y de culpabilidad. La posición depresiva es una mezcla de estos sentimientos con las angustias persecutoras de la fase precedente. El yo siente una inseguridad constante en la posesión de buenos objetos. Los sujetos deprimidos, niños o adultos creen contener objetos moribundos o muertos. Se producen fluctuaciones constantes entre la angustia persecutora, si el odio predomina, y la angustia depresiva si el amor ocupa el primer plano, la experiencia de la depresión moviliza en el niño el deseo de reparar su o sus objetos destruidos, el conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del niño y sus tendencias de amor y reparación. (S. Lebovici, et al, 1995)

60

Cuando el bebé introyecta una realidad externa tranquilizadora, mejora su mundo interno; y esto a su vez por proyección mejora la imagen del mundo externo. Por la tanto, a medida que el bebé introyecta una y otra vez un mundo externo más realista y tranquilizador, y también en cierta medida establece dentro de sí objetos totales indemnes, se produce progresos esenciales en la organización del superyó.

Este superyó temprano es muy cruel y severo ya que está en relación con el sadismo del niño. El niño lo que hace es proyectar su sadismo fuera en un objeto externo, y después hay un juego de proyección e introyección, y eso se proyecta en el objeto externo distorsiona al objeto, así la madre no es la misma, dado que se le ha puesto el sadismo y es una mamá mala que puede devorar, castigar, persecutoramente, esta imagen se introyecta y se convierte en el superyó (R.J Perez 2012).

Cuando el bebé, nota que sus padres lo aman a pesar de que este los ha atacado porque no complacen sus deseos, cae en cuenta que no es malo, él se identificara con ellos, y crecerá la seguridad en sí mismo, y sentirá que él es capaz también de amar, que ha amado realmente a sus padres.

La identificación es esencial para que la reparación se lleve a cabo en su totalidad, es un elemento importante en las relaciones humanas en general, y una condición del amor autentico, es “identificarse” con el otro (N.S, Rosales, 2013).

Cuando aumenta el sentido de realidad en relación con los objetos y la confianza en ellos, el bebé se vuelve capaz de distinguir entre la frustración impuesta desde el exterior y los peligros internos fantaseados. Por ende el odio y la agresión se relacionan más estrechamente con la frustración o daño derivados de factores externos. Esto constituye un paso hacia un método más realista y objetivo de manejo de su propia agresión, que despierta menos culpa y en último término capacita el niño tanto para vivenciar como para sublimar su agresión en una forma egosintónica. La creciente adaptación a la realidad tiene como resultado una relación más segura con el mundo exterior e interno (R.J, Pérez, 2012).

Según M. Klein (1952), este es método en que se establecen las bases del desarrollo normal: se desarrollan las relaciones con los demás, se establecen más firmemente los objetos internos buenos, lo que trae aparejado un sentimiento de mayor seguridad; todo cual fortalece y enriquece la yo. El yo es más fuerte una repetidamente y sintetiza los aspectos escindidos del objeto y del sí mismo. Gradualmente los procesos de escisión y de síntesis se aplican a aspectos ahora menos distanciados unos de otros; aumenta la percepción de la realidad y los objetos aparecen bajo una luz más realista. Todos estos procesos conducen a una creciente adaptación a la realidad externa e interna.

Esta identificación y el deseo de reparar es un componente esencial en las relaciones interpersonales sanas, los sacrificios que hacemos por los demás reactivan las emociones de la infancia, ya que reflejamos como fue el trato que recibimos de nuestros padres, y nosotros respondemos bajo estas emociones o más aun como hubiéramos deseado que ellos se comportaran con nosotros, gozamos en la fantasía inconsciente lo que anhelamos o hubiéramos querido recibir de los padres, manejando de igual modo en la fantasía los sufrimientos y frustraciones del pasado.

M. Klein menciona que en toda relación interpersonal jugamos el papel inconsciente de hijo bueno o de padre bueno, dinámica que ayuda a eliminar parte de nuestros sentimientos de odio y neutralizar las quejas hacia los padres frustradores.

La identificación que realizamos guarda una peculiaridad muy interesante, ya que en nuestras relaciones interpersonales, somos aquel niño que hubiéramos querido ser, reparando el daño que habíamos hecho a nuestros padres.

Finalmente, el sujeto en la posición depresiva, integra a los objetos totales con sus características ambivalentes, el bebé llega a reconocer que realmente ama a su madre, y que la ha dañado, cree que sus impulsos amorosos la restauraran, le regresaran la vida, con la finalidad de amortiguar sus impulsos agresivos para no dañar más a su objeto de amor, y de cierta manera disminuir su culpa. La elaboración de esta posición es fundante para la capacidad de amar, de identificarse, de ser un ser social, esta primera relación se hallara inconsciente, nunca se terminara de reparar, ni se perderán las primeras experiencias, más bien, se reactivaran constantemente para las ulteriores relaciones interpersonales, buscando en los otros a nuestros padres primarios, para repararlos, o buscando el amor que nunca se recibió de ellos, para amortiguar la frustración generada por ellos, resultan variadas las finalidades para cada sujeto, sin embargo para cada

uno el actuar revelara gran parte de esa primera relación inconsciente (N.S, Rosales, 2013).

De acuerdo a lo anterior se entiende que esa primera relación objetal va más allá de un fin meramente fisiológico, el hambre, alimentarse, ya que no es solo el hambre lo que el bebé ha de buscar, sino más bien la forma en que la madre alimenta, si el bebé succiona el pecho, tratando de calmar su hambre, y la madre no da ese pecho con amor, el bebé indudablemente quedara insatisfecho.

Es importante retomar que la alimentación es el primer medio por el cual el bebé comienza a tener contacto con el mundo exterior, su boca que en este momento es un cumulo de sensaciones eróticas, será modulado por el pecho, por la madre, por su condición psíquica.

Por tanto, por condición psíquica, se hace referencia a la capacidad que tiene la madre de amar a su hijo y de poder alimentarlo, no solo es presentar el pecho sino más bien, el hablarle, el mirarlo, el calmarlo en toda la extensión de la palabra. Cualquier situación externa que la madre haga sobre el bebé, este la interpretará inevitablemente ya que, este bebé está en espera de ser consolado, de ser abrazado, de ser alimentado, se presenta vulnerable y es la madre precisamente quien comience por demostrarle a su hijo como es el mundo exterior, siendo necesario considerar la condición psíquica de la madre, la capacidad que tiene para gratificar al niño en el momento preciso, de formar un espacio en donde puedan predominar las experiencias gratificadoras que las frustrantes (N.S, Rosales, 2013).

En consecuencia a las demandas que el bebé hace a su madre, puede ser que ella corresponda a los llamados de su hijo, gratificándolo, y es entonces donde el bebé ama intensamente a un pecho al que considera bueno, dador de vida, de amor pero también puede ser que la madre no cubra estas demandas en el momento oportuno, y el bebé odia a esa madre, específicamente al pecho.

El medio primario e inmediato de calmar al bebé del hambre, odio, tensión o temor es la satisfacción de los deseos del bebé. La madre, su pecho y su forma de encontrar el momento adecuado para calmar al niño, son entonces pieza clave para aumentar la seguridad en él, y con esto disminuir la ansiedades originales desarrollando sentimientos de amor hacia la madre, sin embargo este amor ya se encuentra perturbado en su raíz por impulsos destructivos. Es así que el amor y odio luchan en su mente persistiendo a lo largo de la vida (M. Klein, 1937).

De esta manera, es cierto que el bebé ha conocido a su primer objeto, el pecho, este se puede presentar de formas variadas, sin embargo el bebé lo interpretará y creará fantasías acerca de él. Por tanto, resulta importante tomar en cuenta esas fantasías que en algún momento el bebé creó del pecho, de su realidad interna (pulsiones) y de la realidad externa (experiencia del nacimiento, condición psíquica de la madre) ya que M. Klein menciona que estas fantasías perdurarán a lo largo de la vida y el sujeto las utilizará a su conveniencia con tal de amortiguar su angustia. (N.S, Rosales 2012).

METODO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó un **estudio de caso**, que se podría definir como una investigación que mediante los procesos cualitativos, se analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría, tienen como objetivo documentar una experiencia o evento en profundidad o entender un fenómeno desde la perspectiva de quienes lo vivieron, el estudio no parte de hipótesis ni de concepciones preestablecidas, sino que se generan conforme se recolectan y analizan los datos (Sampieri et al., 2006).

R. Rojas (1993) define al estudio de caso como un procedimiento que permite centrar la atención en alguna institución o persona que se considera típica o que se elige de manera intencional, para obtener información amplia y profunda y conocer con detalle los diversos aspectos, manifestaciones y situaciones que ha tenido o tiene el caso que se estudia, para ello se utilizan la entrevista, la observación, y el análisis de documentos, el estudio de caso permite, bajo determinadas circunstancias, generalizar para otros casos aquellas situaciones o elementos que se consideran comunes.

Para esta investigación la tipología fue de forma instrumental y holística, ya que se trabajó con un solo caso y el caso fue evaluado de manera completa y profunda de acuerdo al planteamiento del problema de la misma forma se proporcionó información de utilidad para casos similares.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado del IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones, los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial (ENSANUT, 2012).

La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso (ENSANUT, 2012).

Siendo uno de los principales temas en cuanto a salud pública, generando nuevas reformas para combatir esta problemática.

Abunda bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y el ejercicio producen una disminución inicial en el peso de personas obesas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años el casi 90 % recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan, siendo muy pocos los que consideran los aspectos psicológicos y familiares, la obesidad no es considerada en sí como un trastorno dentro de la psiquiatría (Silvestri, E. & Stavile, A. 2005).

El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y mantenerlo (Silvestri, E. & Stavile, A. 2005).

La importancia de este estudio fue mirar a la obesidad desde una perspectiva psicológica, siendo la medicina insuficiente para el abordaje de esta problemática, ya que en muchos casos clínicos encontramos que el paciente obeso recae o

simplemente no logra llegar a su peso, coexistiendo los aspectos psicológicos que son los más importantes para el tratamiento de la obesidad.

Este estudio se realizó con una visión interdisciplinaria ya que ni la medicina ni la psicología pueden actuar por separado al abordar esta problemática, lo que se pretendió es dar una explicación el porqué de la obesidad, teniendo en cuenta que el ser humano es un ente biopsicosocial y por ende debe ser abordado y estudiado como tal.

4.3 Siendo la **pregunta de investigación**: ¿Cuáles serán las relaciones objetales en un adolescente obeso?

4.4 EJES TEMATICOS

Según Kerlinger (2002) el eje temático se refiere a los temas, sustancia de lo que se trata en la investigación y que se relaciona o es del objeto.

La investigación se sustentara sobre los siguientes ejes centrales, categorías de análisis, siendo:

- **Relaciones Objetales**

La teoría de las relaciones objetales inconscientes ha sido desarrollada y elaborada principalmente por Melanie Klein y Fairbairn. Estos analistas demuestran que las relaciones objetales existen dentro de la personalidad tanto como entre la personalidad y el mundo externo, y que el mundo interior de las relaciones determina de modo fundamental las relaciones del individuo con las personas del mundo externo. Este mundo interior de relaciones objetales es básicamente el residuo de las relaciones del individuo con las personas que ha dependido para la satisfacción de las necesidades primitivas en la infancia y durante las primeras etapas de la maduración (H. Phillipson, 2010)

Para J. Laplanche (2010) El término relaciones objétales es utilizado para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado

complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de la defensa predominantes, se trata de un hecho, de una interrelación, no solo de la forma como el sujeto constituye sus objetos, sino también de la forma en que estos modelan su actividad, aparece a la vez como un concepto global y tipificador de la evolución de la personalidad.

- **Adolescencia**

A. Aberastury y M. Knobel, (2009) definen a la adolescencia como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en el desarrollo a su disposición que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil. Obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil.

El adolescente se presenta como varios personajes, es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades. No puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar los que va adquiriendo.

- **Obesidad**

Según la OMS (2013) la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

4.5 PARTICIPANTE

El participante fue un caso clínico canalizado al C.E.S.P.I, fue un adolescente de 13 años con diagnosticado con Obesidad, por parte de la nutrióloga de su escuela, nivel socioeconómico medio bajo, originario del Estado de México, estudiante del segundo año de secundaria que por confidencialidad del paciente se nombró a lo largo de la investigación como ABL.

El paciente llega al Centro presentado como demanda el acoso escolar que vive en su escuela ya que menciona que constantemente es molestado por su gusto excesivo a los videojuegos y por no sentirse a gusto con su dinámica familiar ya que refirió no sentirse cómodo viviendo con su mamá y su hermana, teniendo el deseo de irse a vivir con su padre que por cuestiones legales de pensión alimenticia actualmente no tiene contacto con él.

Refiriendo que no tiene buena relación con su mamá ya que todo el día está enojada y lo regaña de todo.

69

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS:

Entrevista psicodinámica: I. Díaz (1998) define a la entrevista clínica psicodinámica, como un encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o los entrevistados.

Con ella se obtiene, por medio de la observación, de la escucha y del análisis de la interacción con el paciente, la información esencial para la formulación del diagnóstico.

Lo que para L. Rossi (2010) la entrevista es un instrumento fundamental para el método clínico, así como una técnica de investigación científica de la psicología, sus objetivos son investigar y determinar un diagnóstico y/o terapia, la entrevista debe desarrollarse en un horario establecido y en un escenario profesional que sea identificado como tal por el entrevistado, que este arreglado con propiedad, adecuado a la edad del paciente y constituya un lugar seguro, con poco ruido, buena iluminación y espacio.

El entrevistador tiene que crear un ambiente sensible, empático, motivante, con un clima de receptividad, calidez, respeto e interés cooperativo, ya que es necesario que los entrevistados se sientan respetados, escuchados, comprendidos para que puedan hablar de sus angustias, sus síntomas y sus conductas conflictivas.

En la entrevista con pacientes adolescentes se deberá ser muy claro y preciso tanto en las intervenciones que se hagan durante el tratamiento como en el establecimiento mismo del encuadre que lo regirá, esto es, en temas tales como el pago, la confiabilidad, la asistencia y la comunicación y citas con los padres entre otros (L. Rossi, 2010).

Test de relaciones objetales TRO

H. Phillipson logra fusionar el poder de dramatización sugestiva que tiene las escenas del TAT con la neutralidad temática que tienen las manchas de Rorschach, concilio el movimiento interno de lo humano con el estatismo externo de las cosas, así obtuvo un estímulo que presenta, a la vez, la indeterminación Rorschach y la sugestividad del TAT, Phillipson recoge los comportamientos proyectivos perceptual y fantaseados en igual medida, da amplia oportunidad al fracaso de la percepción y de la fantasía y puede así denunciar claramente toda carencia interna (H. Phillipson, 2010).

Ficha Técnica:

Nombre: Test de Relaciones Objetales TRO

Autor: Herbert Phillipson

Material: Láminas, Manual

Administración: Individual

Edad: 13 años en adelante

El material consiste en 3 series de 4 láminas con figuras y una blanco, presenta situaciones de relaciones objetales básicas: Situaciones de una persona, de dos personas, de tres personas y situaciones de grupo, en las tres series las situaciones básicas de relaciones objetales varían en cuanto al contenido de realidad y el contexto de realidad. Así en todas las situaciones las personas son ambiguas en cuanto al sexo y edad, y las figuras, en particular los rostros, no tiene detalle o son imprecisos, esos detalles no sugieren nada acerca de los sentimientos, actitudes o relaciones entre las figuras. Tampoco se presenta ninguna actividad o dirección de movimiento en particular (H. Phillipson, 2010).

A partir de las historias que el sujeto elabora ante la presentación de las láminas del test, se interpreta la relación que ha establecido consigo mismo y con otras personas. Las láminas cromáticas y acromáticas presentan grados diferentes de la estructuración de los estímulos y número de los integrantes. El análisis e interpretación de las historias permiten inferir la dinámica inconsciente del sujeto desde el punto de vista de la teoría de las relaciones objetales.

Descripción de cada una de las series de las láminas:

Láminas de la serie A: Moviliza contenidos vinculados con las relaciones tempranas de dependencia y con las necesidades de afecto y seguridad. Se piensa que el clima emocional de las situaciones de esta serie tendería a estimular las necesidades primitivas de dependencia y las ansiedades conexas.

Láminas de la serie B: Buscan enfatizar las relaciones de fantasía con objetos amenazantes e intransigentes. La profundidad que produce el oscuro sombreado al carbón, puede tender asimismo a evocar la experiencia y expresión de ansiedades relacionadas con el control de las fuerzas internas y del mundo externo.

Láminas de la serie C: Se ha procurado ofrecer un mundo rico en posibilidades y provocativo, el nivel de realidad de esta serie es maduro y se ha pensado que la introducción del color incrementa la amenaza y los apoyos en función de la participación emocional real.

Lámina en Blanco: En su respuesta a la lámina en blanco el sujeto puede no solo mostrar la relación transferencial en la que ha estado operando a lo largo de toda la tarea; a menudo podrá resumir sus problemas actuales tal como él los siente y los métodos de solución más aceptables para él. Esta lámina brinda un cuadro del mundo que él se crearía para gratificar sus necesidades, evitando, al mismo tiempo, las amenazas y consecuencias que teme en la realidad (Phillipson, 2010).

72

4.7 PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo la revisión bibliográfica correspondiente al marco teórico, donde al mismo tiempo se trabajaron sesiones de entrevista con el paciente de una duración de 45 a 50 minutos cada una sumando un total de 10 sesiones, durante estas, se tomaron notas y observaciones relevantes, se conformó el historial clínico de la paciente para posteriormente rescatar datos esenciales que se incluyen en el apartado de historia clínica, así mismo se aplicó el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, anotando cada una de las historias planteadas por cada lámina y en conjunto con la historia clínica se interpretó el test, posteriormente se vinculó la información obtenida de ambas técnicas con el marco teórico, resultando de este las conclusiones y sugerencias de la investigación.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Nombre: ABL

Edad: 13 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Actualmente cursando el 2° año de secundaria

Nacionalidad: Mexicana

Motivo de consulta

ABL llega al centro con la demanda de acoso escolar que vive en su escuela ya que menciona que constantemente es molestado por su gusto excesivo a los videojuegos y por no sentirse a gusto con su dinámica familiar ya que refirió no sentirse cómodo viviendo con su mamá y su hermana, teniendo el deseo de irse a vivir con su padre que por cuestiones legales de pensión alimenticia actualmente no tiene contacto con él.

Refiriere que no tiene buena relación con su mamá ya que todo el día está enojada y lo regaña de todo, refiriere que él hace todo en la casa y que constantemente es reprochado es por la madre, a lo que él no discute con ella solo se sale a jugar o se pone a jugar videojuegos.

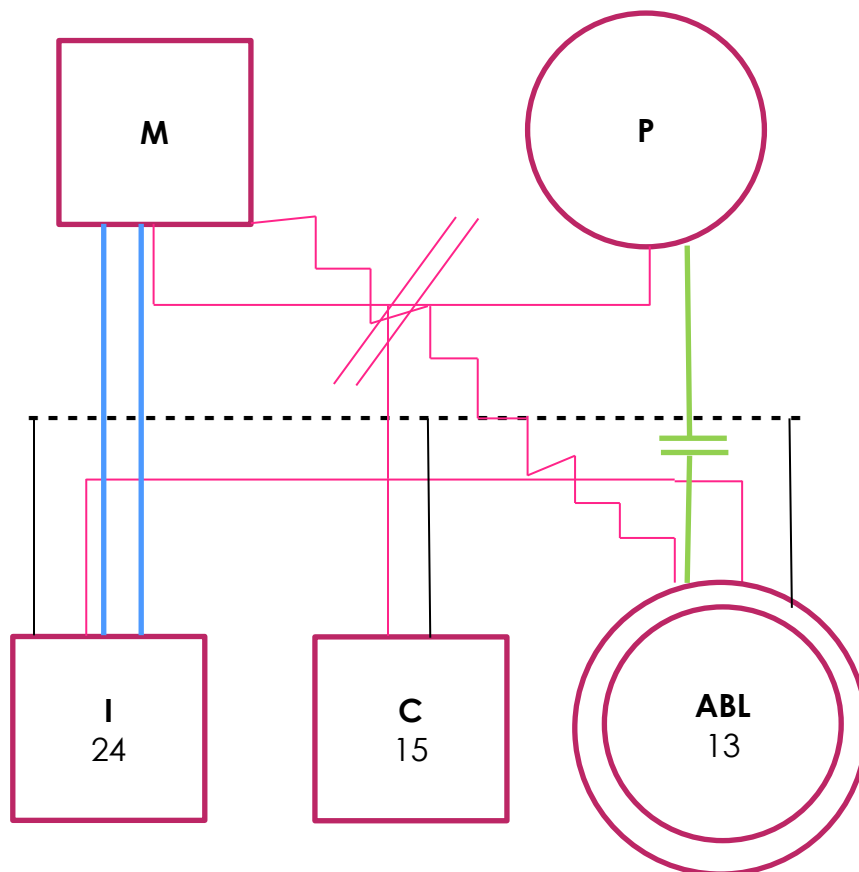
Descripción del sujeto.

ABL es un adolescente de 13 años, visiblemente con sobrepeso, llega a sesión con el uniforme de la escuela (suéter, pantalón azul marino y zapatos negros), test blanca, ojos color miel, estatura media con poco contacto visual, cabello negro siempre llega peinado, usa lentes, en todas las sesiones se nota con buen cuidado

personal, constantemente muestra movimiento en las manos, siempre tiene que estar agarrando algo.

Camina un poco encorvado, se muestra tímido, introvertido, en su discurso se muestra callado hasta que se le hace alguna intervención, un poco resiste, siendo sus respuestas cortas y concretas, no tiene ningún tipo de contacto físico al saludar o al despedirse lo hace verbalmente, al igual que siempre viene acompañado por su herma "C".

Familiograma



Historia familiar

ABL es originario del Estado de México es el menor de 2 hermanas, la hermana mayor tiene 24 años de nombre I, que actualmente ya no vive con ellos ya que se casó y tiene su familia aparte, C es la segunda hermana de 15 años, sus padres llevan más de 8 años separados y divorciados.

Actualmente lleva más de medio año que no tiene contacto con su papá ni con sus abuelos paternos, ya que su mamá levanta una demanda por falta de pago de la pensión alimenticia, prohibiéndole a ABL y a su hermana C tener contacto con él hasta que se resuelva el caso.

ABL no recuerda con exactitud como fue el día que se separaron sus padres ya que refiere ser el muy pequeño, tener la edad de 6 años, solo recuerda que en ese tiempo él vivía con sus abuelitos paternos y estando en casa de los abuelos, sus padres empezaron a discutir se gritaban, no recordando que se decían, menciona él irse a dormir y al despertar al siguiente día ellos seguían discutiendo, recuerda escuchar que su padre salió de su casa, tomó el carro y se fue, al pasar algunas horas su padre regresó ya sin el carro ya que lo había vendido, menciona que su madre se enojó bastante, teniendo la fantasía de que esa fue la causa de su divorcio, mencionando que el principal motivo fueron los problemas económicos. ABL no ha vuelto a mencionar el incidente o el motivo real de la separación de sus padres con ninguno de sus familiares, solo quedándose con el supuesto de que se separaron por eso.

A partir de la separación de sus padres, ABL, su hermana C y su mamá se van a vivir a una casa aparte, antes de la demanda hacia su padre ABL pasaba tiempo con él, generalmente se quedaba con él los fines de semana, o lo iba a visitar entre semana para comer con él y hacer actividades juntos.

ABL menciona que su relación con su padre es buena se lleva muy bien, casi no lo regaña ni lo reprocha por nada, cuando están juntos por lo general construyen cosas: como aviones, barcos ya sea que compren las piezas o ellos mismos las

hacen de madera, dice que puede jugar videojuegos ya que su padre no lo regaña como lo hace su mamá.

En cuanto con su hermana mayor no tiene mucha relación, ya que se juntó con su esposo, por que salió embarazada, cuenta tener buena relación con el esposo de su hermana, cuando esta con él juegan videojuegos y le gustan las mismas cosas que a él como los comics, siente una gran identificación con él, ya que es el único hombre en casa, por su parte con su hermana dice no tener no muy buena relación ya que las ocasiones que la ve solo recibe reproches por parte de ella, constantemente le dice que es muy gordo que ya no debería de comer tanto, que baje de peso, que haga más ejerció y que es un burro en la escuela por tener esas calificaciones.

Con su hermana C, relata no llevarse mal pero tampoco pasa mucho tiempo con ella ya que siempre está en el teléfono y es sus cosas, no mostrando ningún interés por él, casi no pasan tiempo juntos ni realizan actividades, dice sentir mucho coraje cuando su mamá solo le deja actividades de la casa a él y su hermana no hace casi nada, solo se la pasa sentada en el sillón mientras él tiene que hacer las cosas.

Respectivamente con su mamá ABL cometa no tener buena relación, siendo su motivo de consulta las discusiones constantes con su madre, ya no aguantar más la situación que vive en su casa, queriéndose salir de ahí e irse a vivir con su papá, refiere no poder platicar con ella de ningún tema ya que de cualquier cosa comienza a gritar o a pelear, siendo los problemas centrales: las calificaciones, el negarle ver a su papá y a sus abuelos paternos; percibiendo siempre a su mamá molesta “con cara de enojada” no teniendo la confianza para platicar con ella, ABL prefiere encerrarse en su cuarto que entablar discusiones con ella, cuando tienen una discusión ABL prefiere no decir nada y descargar su coraje en otra cosa, juega videojuegos o se sale a jugar, en muchas ocasiones ha tratado de

platicar con ella acerca de ir a visitar a sus abuelos pero siempre se lo niega, llegando a tener discusiones fuertes.

El motivo por el cual no puede ver a sus abuelos paternos es porque cuando su madre presenta la demanda hacia su padre su abuela tuvo una discusión muy fuerte con madre, siendo la respuesta de ella negándoles ver sus nietos hasta que se solucione el problema legal.

Para los deberes domésticos explica que él realiza casi todo, él siempre tiene que ir por la comida, poner la mesa, barrer y acomodar su cuarto, cuando muestra su inconformidad, ya que su hermana C no tiene muchos deberes en la casa, su madre contesta que es su obligación por ser el hombre de la casa, y que tiene que aprender a hacerse responsable que es rol que le toca.

ABL dice que la madre prefiere pasar más tiempo con sus dos hermanas que con él, teniendo mejor relación con la mayor, por su nieta, en varias ocasiones la madre les compra cosa a ellas y a él no, ante esta situación ABL junta dinero y él se compra su ropa o cosas que él quiere o le gustan.

77

ABL muestra gran cariño por sus abuelos paternos, ya que hasta la edad de 6 años vivió con ellos, pasando gran parte de su tiempo con ellos ya que sus padres trabajaban, siendo ellos los que se encargaban de ellos, dice estar muy consentido por ellos, siempre le dan chocolates o les compran golosinas, al igual que le dan dinero para que se compre lo que quiera.

Dice extrañar mucho los días que pasaba con ellos, después de la separación de sus padres él pasaba algunos fines de semana con ellos, al igual que navidad o año nuevo.

En la escuela, dice presentar algunos problemas académicos en las materias de matemáticas y español, no sabiendo su madre de esta situación, siendo su propósito estudiar para no salir mal en este bimestre, mostrando gusto por las materias que involucran alguna actividad motora fina ya que dice que han realizado varios experimentos, al igual que presenta un gusto por el dibujo siendo unos de sus pasatiempos favoritos, expresa no tener muchos amigos en la

escuela y no tener muy buena relación con sus compañeros de clase, recibiendo burlas por su gusto excesivo a los videojuegos.

Al terminar sus actividades escolares, realiza alguna actividad deportiva ya sea natación y Taekwondo a los que muestra gran gusto.

ABL, muestra una gran afiliación por uno de sus compañeros con el cual pasa la mayoría de su tiempo, considerándolo alguien muy importante en su vida ya que con el comparte todos sus problemas, llevando una relación con el por más de 2 años, haciéndose amigos desde que entraron a la secundaria, con el comparten el gusto por el videojuegos al igual que por lo comics, llegando a pasar fines de semana juntos.

Para indagar más acerca de su historia de desarrollo y de la problemática del paciente se le solito a la madre su asistencia para una entrevista, a la cual no ha asistido, reagendando en varias ocasiones, siendo muy resistente la madre a la entrevista de igual forma que se observa un abandono por parte de la madre, al no interesarle el proceso de su hijo ya que desde que ABL ingreso al CESPI no se le ha visto acompañado por ella en ninguna de la ocasiones.

78

5.2 ANALISIS DEL TEST RELACIONES OBJETALES

Conducta presentada en la aplicación del test

ABL se mostró ansioso durante la aplicación de la prueba, del mismo modo que sus historias fueron cortos aunque se le pedía que tratara de hacerlas más largas, hubo poco contacto visual de la misma forma que miraba muy de cerca las láminas.

Se mostró atento ante las instrucciones dadas para la aplicación del test, del mismo modo se le dio la opción de escribir las historias o narrarlas o lo que prefirió narrarlas.

Asimismo la ejecución del test fue con gran rapidez, casi no dejando espacio entre cada lamina, las historias fueron cortas y concretas.

Al presentarle la última lámina, fue en la única ocasión que hubo contacto visual con mirada de asombro por que no había nada.

Interpretación por láminas

L	NARRACIÓN	INTERPRETACIÓN
A1	<p>“Aquí está un señor caminando en, aquí hay una fuente y este señor perdió a su perro y aquí esta otro señor que aquí esta cuidado a su perro, el perro se lastimo la pata y el señor lo está curando, y el señor esta triste lo quiere buscar y no lo encuentra”</p>	<p>Muestra una fuerte necesidad de afecto, cuidado y busca aquella figura, que en este caso es masculina, que le brinde seguridad que lo “cure” de todas sus dolencias psíquicas que padece, al mismo tiempo que está en una búsqueda incansable de esa relación con el otro que le brinde esa seguridad a lo que esa búsqueda se le vuelve algo frustrante “triste”</p>
A2	<p>“Es una mujer y un hombre que están en la cima de una montaña y le está pidiendo matrimonio a la mujer, y ella le va a decir que si y se van a casar”.</p>	<p>Expresa esa tendencia sexual de la búsqueda del otro, esa característica del adolescente al iniciar la búsqueda de pareja</p>
A3	<p>“Este niño está jugando con sus juguetes y este su papá acaba de llegar de trabajar y está buscando unos libros y este aquí está su hermana y están platicando, su hermano no le hace caso solo está</p>	<p>Se percibe un cambio de rol, en el cual ABL se percibe como la hermana, existe esa identificación con el sexo opuesto (femenino), manifiesta claramente la dinámica familiar en la que está inmerso, en donde existe físicamente esa</p>

	<p>jugando con los juguetes y su hermana también le dice a su papá que le haga caso pero tampoco le hace caso”</p>	<p>figura paterna, pero no cumple con esa función ya que no es esa figura que le brinde a ABL seguridad, comprensión, cariño del mismo modo que al fallar esa figura paterna busca alguien más, que en este caso es el hermano, que le proporcione ese vínculo seguro pero de la misma forma que la figura paterna falla esa figura fraternal falla al no encontrar en ellas lo que el demanda que es atención, afecto y seguridad</p>
AG	<p>“Es un señor y su hijo están en la casa y no lo ha visto en mucho tiempo, vino por él se lo quiere llevar de su casa para irse, quieren irse a vivir a otro lado, quieren ir a una playa y estar juntos”</p>	<p>En esta lamina ABL claramente manifiesta ese deseo de estar junto que esa figura paterna, esa figura a la cual se le fue quitada en edades muy tempranas, que ha dejado de “ver en mucho tiempo” ese deseo de tener esa identificación con una figura masculina.</p>
B2	<p>“Este es un grupo de personas que están platicando en un parque, platican de cómo es su vida de como los ha tratado”</p>	<p>Esa interacción con los otros, con el grupo de pares, carente de afiliación y de sentido, solo se juntan a platicar de la vida, sin objetivos en común, muestra cómo vive su realidad externa con los demás, carente de afecto</p>
B1	<p>“Aquí está un niño que está</p>	<p>En esta lamina ABL muestra</p>

	<p>viendo cómo están peleando su papá y abajo esta su mamá, pelean de dinero, a él lo acaban de despedir y están discutiendo de donde van a sacar dinero, el niño escucha como le grita su papá a su mamá y su mamá a su papá y está viendo nada más la sombra de su papá”</p>	<p>claramente la fantasía que tiene acerca del por qué se separan sus padres, esa fantasía en la cual sus padres se separan por problemas económicos, de la misma forma que revive ese hecho tan doloroso que fue para él, de la misma forma que lo vivió en su realidad es como lo relata “solo vio la sombra de su papá”, solo vio esa figura masculina alejarse de su lado a lo cual le causa tanto dolor.</p>
B3	<p>“Aquí es un alberca, y esto es el público que le está gritando para que el eche ganas y este se va a echar un clavado, es la sombra, y va a brincar y va a ganar”</p>	<p>Muestra ese deseo de ser reconocido por el otro, de ser apoyado por ese otro que le grite “échale ganas ” y cuando haya tenido el reconocimiento de ese otro es cuando él va a ganar</p>
BG	<p>“Aquí es un niño que lo están molestando en la escuela, lo molestan por tener granos, le dicen granoso y que le llevo fea la pubertad”</p>	<p>Manifiesta ese mundo real en el que está inmerso, en donde es molestado por sus compañeros, a lo cual le genera gran conflicto, y miedo de relacionarse con sus pares, vive esa relación como agresiva a lo cual el responde con pasividad.</p>
C1	<p>“Es una pareja feliz está lloviendo y están debajo de un árbol se quieren besar y no pueden, porque aquí</p>	<p>Es una de las pocas laminas en las que aparece la figura materna, una figura introyectada como</p>

	<p>está su mamá y los puede cachar, su mamá no quiere al chavo, porque su mamá es la sirvienta de la casa”</p>	<p>castigadora, una figura que le impide ser feliz, de la misma forma que en la lámina A2 expresa esa tendencia sexual de la búsqueda del otro, esa característica del adolescente al iniciar la búsqueda de pareja</p>
C2	<p>Aquí están en una estación de tren, todos están juntos, y a él lo dejaron aparte, él es el niño que no quieren, le hacen bullying, no lo quieren por ser chaparrito, le dicen hoobit, enano, insultos graves”</p>	<p>De la misma forma que en la lámina BG expresa su interacción con su grupo de pares, en esta lámina se muestra el acoso que sufre por parte de sus compañeros, al igual que experimenta esa discriminación que sufre por parte de sus pares.</p>
C3	<p>“Aquí está su abuelita, y el niño está durmiendo, su abuelita le está llevando un vaso de agua, no sé qué más, se lo lleva para que no se despierte en la noche”</p>	<p>Muestra la carencia de una figura materna, al mismo tiempo que la evasión de la misma al “no saber más”, no atribuirle ni características ni buenas ni malas, solo proporciona lo necesario para sobrevivir como “el vaso de agua”, al igual que no representa la figura materna como una madre si no la que juega ese rol es la “abuelita”, negando totalmente a la madre.</p>
CG	<p>“Aquí es una sala está amaneciendo apenas, y le está preparando el desayuno para su mamá y</p>	<p>Se ve la dinámica familiar y el rol que le toca cumplir, “prepara el desayuno para su mamá y sus hermanas, y el</p>

	<p>sus hermanas, el más pequeños es el que está preparando del desayuno, les hace de desayunar huevos con tocino”.</p>	<p>más pequeño es el que prepara el desayuno”</p>
<p>BLANCO</p>	<p>“Aquí hay un bosque y este es un parque aquí hay juegos, aquí están dos niños jugando felices, y llega la familia y están felices uno esta patinando, la mamá está poniendo el mantel y la comida y el papá juega con su hijo, pasan por lo columpios, comen sándwiches de jamón y se van en la noche muy noche, llegaron a la casa a jugar juegos de mesa y a ver la tele y a merendar ya después de durmieron”.</p>	<p>Muestra el deseo de tener una familia que le proporcione de todo lo que carece actualmente como amor, seguridad, apoyo, y que surjan de esa familia “niños felices”. Muestra esa familia idealizada, esas actividades que le gustaría hacer de la misma forma de cómo le gustaría relacionarse con los demás integrantes.</p> <p>Al ponerle a la madre la tarea de “poner el mantel y la comida” y esa tarea simbólica que le asigna para que proporcione ese amor, comprensión y seguridad que en la actualidad carece, al igual que al padre le asigna la tarea de estar involucrado en las tareas familiares y más aún estar presente psicológicamente para los niños no solo físicamente</p>

5.3 DISCUSIÓN

Considerando los datos recabados de la Historia Clínica, Familiar y Personal así como la interpretación del Test de Relaciones Objetales, en este apartado se vinculan los datos obtenidos con los constructos de la teoría Kleiniana que han de permitir realizar un análisis de cómo el paciente ha ido elaborando sus relaciones de objeto, y que tipo de objetos se encuentran poblando su mundo psíquico, respondiendo de esta manera al objetivo de esta investigación ¿Cuáles serán las relaciones objetales del paciente?.

Al analizar la Historia Familiar del paciente se puede ver que desde muy pequeño se le fue negado el vínculo afectivo con la figura paterna a causa de la separación y divorcio de sus padres siendo esta separación un tema que le genera mucha angustia y ansiedad, siendo en la actualidad un tema delicado y muy doloroso para él, creando una fantasía acerca de la separación de sus padres para mitigar el dolor, no teniendo curiosidad por saber el motivo real de la separación y no interesándole ese tema diciendo que “Sabe lo que necesita saber, para que preguntar más”, como se interpreta en una de las láminas del TRO revive ese escena en la que él estuvo presente, que fue el día que su papá los dejó y tal como lo proyecta en la lámina solo vio la sombra de su papá, siendo esa figura investida como tal una “sombra”, ya que existe ese papá físicamente pero no es proveedor de las necesidades que ABL demanda tales como: amor, apoyo, seguridad, establecimiento de límites etc.

Debido a la ausencia de una imago paterna, ABL idealiza a la figura como omnipotente al que no le ve ningún defecto, anhela que ese otro le proporcione esa identificación con la figura masculina, ya que ABL se muestra ambivalente en el proceso identificatorio tal como lo proyecta en una de las láminas, al cambiar su rol en este caso escoge el femenino.

En cuanto a su relación con la madre, vive una relación conflictiva ya que como lo refiere en la Historia Familiar, ABL percibe a la madre como alguien “histérica”, todo el tiempo está enojada, no se puede hablar con ella.

Su interacción es a base de gritos y regaños constantes, los problemas centrales en la relación son que desperdicia mucho tiempo en los videojuegos, es un flojo, y constantemente es comparado por su hermana “C”, diciendo que debería ser como ella ya que ella si va bien en la escuela y es más inteligente.

Al igual que ABL cumple con más tareas domésticas que su hermana ya que le corresponde por ser hombre, le tocan más responsabilidades que cubrir, ese es el rol que le corresponde.

Siendo reforzada esta conducta por las dos hermanas, creando una alianza con la madre en contra de ABL.

Tal como lo menciona S. Lebovici (1995) el niño obeso se describe inmerso en un ambiente familiar disfuncional con poca comunicación entre los padres y el niño; Al niño se le dificulta discriminar entre emociones y otro tipo de sensaciones corporales, como el hambre, el comer es usado como el sustituto de las necesidades afectivas, esta respuesta anormal desarrollado a principios de la interacción madre – hijo; Lejos de quejarse, el niño obeso encuentra en todo ello una satisfacción masoquista, tanto más importante cuanto que la agresividad tiene tendencia volverse contra el sujeto, el círculo vicioso, tan corriente en el obeso, se perpetua: el obeso se siente culpable de comer y de no adelgazar, extrae de ello una satisfacción inconsciente, que lo lleva a comer todavía más, cuya economía psíquica ha hecho de la obesidad, un elemento constitutivo del Self que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia del sujeto.

En esta relación madre- hijo se vislumbra el deseo inconsciente de la madre de vengarse de eso otro que le hizo daño, en este caso el padre, y el hecho de que ABL sea hombre y se parezca físicamente al padre, lo hace partícipe de esa

descarga de pulsiones por parte de la madre, “le tocan responsabilidades que cubrir, es su rol por ser hombre”.

De acuerdo con la teoría Kleniana ABL se encuentra posicionado en la fase Esquizo – Paranoide que se caracteriza por la relación con objetos parciales, siendo en este caso la figura materna que ve escindida, las aflicciones inevitables refuerzan el conflicto entre amor y odio, resultando los sentimientos de que existe un pecho bueno y otro malo, el conflicto innato se encuentra implícito en la capacidad para amar y los impulsos destructivos en la agresión (M. Klein, 1957).

De esta manera, el pecho es amado y sentido como “bueno”, si gratifica pero si es frustrante, es odiado y sentido como “malo”, esto es debido a la falta de integración del yo y a los procesos de escisión dentro del yo en relación con el objeto y por tanto la madre no es completa, es parcial.

Los psicoanalistas kleinianos afirman que la vida psíquica del bebé nace con él y que la experiencia de la alimentación se acompaña con el fantasma de la devoración: los bebés asimilan los conflictos instintivos y los fantasmas que lo representan, y la madre es a la vez vivida como buena y mala, portadora de un seno bueno y otro malo, y sobre ella se proyectan todas las energías violentas debidas al deseo y a las ganas de devorarla piensan que para el recién nacido no existe diferencia entre el objeto psicológico de la realidad y los fantasmas que lo representan: las representaciones mentales existen entonces de entrada, él bebe quiere apropiarse de su madre, a quien no posee y quien se vuelve mala porque no le pertenece a él o porque le pertenece a su padre. Es buena madre cuando puede incorporarla como buen alimento, pero se convierte en seno malo porque su envidia lo ha dañado.

Como lo proyecta en láminas del TRO, ese deseo de aniquilar de desaparecer a la madre al no mencionar a esa figura en la mayoría de las láminas, al querer salirse de su casa por “ya no aguantar más a la madre”, al ver a esa figura como alguien

que castiga, que reprocha y que no es proveedora de amor pero al mismo tiempo parece realizar unas fantasías inconscientes en las que el cuerpo entero simboliza el poder fálico en representaciones llenas de virilidad utiliza la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra la reactivación del conflicto edípico, siendo esta misma, la obesidad la que garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria (S. Lebovici, et al, 1995).

El adolescente obeso se describe clásicamente como una persona inactiva, el adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa con rasgos neuróticos habituales en la serie fóbica; Opina que un adolescente normal tiene que haber adquirido un sentimiento de su propio cuerpo, la conciencia de ser un organismo autónomo e independiente, tener la capacidad de reconocer y definir las necesidades corporales y ser capaz, teniendo en cuenta sus necesidades y las del entorno, de llegar a una satisfacción adaptada a sus propias necesidades. El adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía. Bruch (citado en W. Burniat, 2002) propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales, según este autor, estos niños se convierten en adolescentes que no han desarrollado ni integrado su imagen corporal y que carecen totalmente de recursos de cara a las necesidades corporales. Desarrollan la sensación de que sus necesidades están controladas desde el exterior, como si ellos no fueran los propietarios de su cuerpo y de sus sensaciones. Este tipo de adolescente tendera a ingerir alimentos ante todo estado de tensión indeterminado, ya se trate de hambre, aburrimiento, soledad o malestar físico, como había hecho su madre

cuando eran bebés al ofrecerles indistintamente alimentos cual fuera su manifestación.

La importancia de la oralidad y de su incorporación en la etapa de la adolescencia ha sido destacada por Blos, quien refiere a una auténtica hambre de objeto, que es necesario incorporar las sensaciones de hambre y la tendencia a abotigarse de alimentos están solo en parte provocadas por el crecimiento físico de la adolescencia.

Cuando se hace excesiva, esta fijación en lo oral parece desempeñar diversas funciones: factor de lucha contra la depresión, factor de resistencia contra la sexualidad, obstáculo en la elaboración mental.

A. Freud (citada en S. Lebovici, et al, 1995) demuestra como la función alimenticia está implicada en la representación simbólica de las pulsiones en conflicto con el YO, conflictos que afectan a las pulsiones orales, es importante distinguir en los trastornos alimenticios aquello que representa en apariencia la conservación de un vínculo arcaico con un personaje materno, y lo que se refiere a conflictos internalizados y estructurales, las satisfacciones orales, que van menos acompañadas de prohibiciones o de limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales, representan el prototipo del goce menos conflictivo, mediante el cual, además, le es dado imaginarse que satisface a su madre, se crea un movimiento sin salida entre la tentativa de colmar esa falta objetal por medio de las gratificaciones orales y la percepción de la vanidad de semejante negación de la dependencia ante el otro.

Donde ABL le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación, se muestra incapaz de autonomía en la vida cotidiana, y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, se ven reprimidas. El padre permanece distante, interviene poco, que refuerza el disfuncionamiento, el niño es un objeto de valor, es bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad (S. Lebovici, et al, 1995).

Poseyendo ABL un apego evitativo a lo que se refiere que no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás, del rechazo de la madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección.

CONCLUSIONES

Las relaciones objetales han sido consideradas en su esencia como la manera en que el individuo se relaciona con la gente y con las cosas, procurando explicar los principales rasgos y conflictos en función de las necesidades del individuo de imponer sobre las gentes y las cosas de su mundo externo las diversas relaciones inconscientes entre el mismo y las figuras del mundo interior, relaciones que han nacido de sus experiencias más tempranas y a partir de esta discusión es cómo podemos concluir que el psiquismo del paciente se encuentra poblado por objetos escindidos, su madre, el primer objeto de amor se encuentra representado por características principalmente malévolas y en menor frecuencia benévolas, por tanto objetos malos, frustrantes, privadores, destructivos no teniendo ningún tipo de sostén, siendo sus hermanas participes de esta dinámica que se juega en su casa y teniendo un padre ausente psíquicamente.

Al mismo tiempo que odia a ese objeto, lo anhela ya que su obesidad y su pasividad le otorgan el poder de permanecer a lado de ese Otro mostrándose indefenso, la obesidad le garantiza a veces la permanencia de un estatus de niño pequeño, con las prerrogativas que le acompañan: persistencia inhabitual de cuidados corporales, y de forma general una relación más cercana, más dependiente con la madre, un menor grado de exigencia por parte del padre, un lugar especial en la fratria, tal como lo menciona P. Blos una auténtica hambre de objeto.

No teniendo la necesidad de buscar su autonomía, siendo esta una de las principales características del adolescente, separarse de ese Otro para tener la capacidad de pensar, sentir y actuar de manera independiente, ya que el paciente se encuentra en su zona de confort obteniendo ganancias secundarias de este estado.

El adolescente se queja de un sentimiento de vacío, de inutilidad, y en otros casos se describen estados de tensión ansiosa, el adolescente obeso no ha llegado a conseguir esa autonomía.

Bruch (citado en W. Burniat, 2002) propone una hipótesis centrada en el papel que desempeña el entorno de cara a la constitución de esta autonomía: la incapacidad del adolescente obeso para reconocer sus necesidades corporales y reaccionar con una respuesta adecuada proviene del caos de las primeras experiencias de satisfacción, sobre todo orales: cuando una madre ofrece alimento en respuesta a señales que indican una necesidad alimentaria, el niño ira desarrollando progresivamente la noción de "hambre" como una sensación distinta de las otras necesidades o tensiones físicas. Si por el contrario, la madre reacciona repetidamente de forma inadecuada, ya sea indiferente, hiperestimulante, prohibitiva o totalmente permisiva, el niño quedara sumido en un constante estado de perplejidad y, por consiguiente será incapaz de distinguir si tiene hambre, si se siente repudiado o si experimenta otro tipo de malestar. Según este autor, estos niños se convierten en adolescentes que no han desarrollado ni integrado su imagen corporal y que carecen totalmente de recursos de cara a las necesidades corporales. Desarrollan la sensación de que sus necesidades están controladas desde el exterior, como si ellos no fueran los propietarios de su cuerpo y de sus sensaciones. Este tipo de adolescente tendera a ingerir alimentos ante todo estado de tensión indeterminado, ya se trate de hambre, aburrimiento, soledad o malestar físico, como había hecho su madre cuando eran bebés al ofrecerles indistintamente alimentos cual fuera su manifestación.

En cuanto a la sexualidad personal se puede decir que es la que hace a cada quien, es el eje integrador de la personalidad de lo cual carece ABL reafirmando esta posición de niño pequeño, ser el niño de mamá.

Los adolescentes necesitan ser aceptados y apoyados por su grupo de pares, por lo general muy poca diferencia de edad, es importante compartir "identificadores de grupo" común símbolos. La ropa se vuelve importante, esto crea problemas para los adolescentes obesos, es difícil para los adolescentes obesos de ambos sexos encontrar ropa.

Siendo su grupo de pares muy reducido, careciendo de ese apoyo por parte de los mismos que son aquellos que le brindarían seguridad y lazos seguros para que el adolescente se enfrente a su mundo exterior.

De la misma forma ABL encuentra en todo ello una satisfacción masoquista, cuanto que la agresividad tiene tendencia volverse contra el sujeto, el círculo vicioso, tan corriente en el obeso, se perpetua: el obeso se siente culpable de comer y de no adelgazar, extrae de ello una satisfacción inconsciente, que lo lleva a comer todavía más, cuya economía psíquica ha hecho de la obesidad, un elemento constitutivo del Self que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia del sujeto.

SUGERENCIAS

A partir de esta investigación se puede identificar una serie de sugerencias que permitan plantear nuevas propuestas dentro de diversas temáticas sujetas a investigación o para próximas investigaciones.

- La teoría de las relaciones objétales permite adentrarnos a una explicación de algunos componentes psicológicos que intervienen en algunas problemáticas sociales actuales, es por ello que se invita tomar en cuenta esta teoría para futuras investigaciones.
- Es importante que se sigan realizando estudios bajo un enfoque psicodinámico acerca de la obesidad específicamente en adolescentes ya que se carece de bibliografía acerca del tema, ya que se predispone la obesidad desde la infancia.
- Resultaría interesante realizar una investigación donde se comparen las relaciones objetales de un grupo de adolescentes no diagnosticados con obesidad y otro diagnosticado con obesidad para observar en que difieren o en que se asemejan cada grupo.
- Del mismo modo, resulta conveniente que los trabajos que se lleguen a realizar a este tipo de población, sea multidisciplinario, que el paciente cuente con el apoyo de un nutriólogo y del mismo modo con un psicólogo.

- De igual forma se le apuesta a la psicoterapia con enfoque psicoanalítico o psicodinámico para la resolución de este tipo de problemática (obesidad) ya que a través de la transferencia y del mismo proceso terapéutico el paciente podrá revivir el vínculo con la madre y así resignificar sus conflictos hacia la madre.
- En cuanto a la paciente es necesario que retome un proceso terapéutico en donde pueda significar sus conflictos, pero sobre todo, desalojar la culpa, que pueda enfrentarse a la responsabilidad concreta de su cambio subjetivo que le devuelva la confianza en sí misma y la capacidad para defenderse pero que descubra sobre todo, como la capacidad de elaboración se puede convertir en el principal antídoto de su estancamiento libidinal.
- Cabe destacar que este trabajo que pueda llevar la paciente depende en gran medida de la responsabilidad y predisposición que pueda tener si acepta hacerse cargo de su vida para no dejarla en manos de otros.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., Knobel, M. (2009). La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós
- Burniat, W., Cole, T., Poskitt, E, et al. (2002). Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management. Cambridge: Cambridge University Press.
- Calderón, C.; Forns, M.a; Varea, V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad Nutrición Hospitalaria, vol. 25, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 641-647 Grupo Aula Médica, S. L.
- Calzado, R. (2003) Obesidad en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos Clínico. México: Paidós
- Díaz I. (1998) Técnica de la Entrevista Psicodinámica. México: Pax México
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales). Recuperado el 24 de septiembre de 2013 de la siguiente base de datos ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf
- Freud. S. (1915) Pulsiones y destinos de las pulsiones. Buenos Aires; Argentina: Amorrortu
- Hernández R et al (2006) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana
- Hernández R et al (2006) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana
- Kernberg, O. (1979) La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis
- Klein M. (1937). Amor, Culpa y Reparación. Argentina: Paidós.
- Klein M. (1945). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades temprana. Argentina: Paidós
- Klein M. (1957). Envidia y gratitud. Argentina: Paidós.

- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Argentina: Paidós.
- Klein, M. (1993). Obras Completas de Melanie Klein. Tomo II. Barcelona:Paidós
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1993) Diccionario de psicoanálisis. Madrid, España: Labor.
- Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1988). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Vols. 1,3,4,6). Madrid: Biblioteca Nueva
- Lebovici, S., Weil – Halpern, F. (2012). La psicopatología del bebé. México: Siglo xxi editores, s.a. de c.v.
- Marcelli, D., Braconnier, A. (2005) Psicopatología del Adolescente. Barcelona, España: Masson
- OMS (2013). Recuperado el 24 de septiembre de 2013 de la siguiente base de datos <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Papalia, D. (2005). Psicología del Desarrollo. México : McGraw-Hill.
- Pérez, R.J. (2012). Relaciones Objetales en la Obesidad Mórbida: Estudio de Caso, Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Ixtlahuaca CUI, Ixtlahuaca, Estado de México
- Philipson H. (1999) Test de Relaciones Objetales. Argentina: Paidós
- Quintanilla, A: La adolescencia (2012). Recuperado el 18 de marzo de 2014 de la siguiente base de datos <http://maestriapsicologiaclinicaudzacatecas.blogspot.mx/2012/04/la-adolescenciapeter-blos-jean-piaget-y.html>
- Rojas R. (1993) Investigación social: teoría y praxis. México: Ed Plaza y Valdez
- Rosales, N.S. (2013). Relaciones Objetales en una Mujer Víctima de Violencia Intrafamiliar: Estudio de Caso, Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Autónoma del Estado de México UAEMEX

- Rossi L. (2010) Entrevista, Historia clínica, Patología frecuente. México: Editores de textos mexicanos
- Segal, H. (1998). Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós
- Silvestri,E. & Stavile,A.(2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Recuperado el 24 de septiembre de 2013 de la siguiente base de datos <http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>
- Silvestri,E. & Stavile,A.(2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Recuperado el 24 de septiembre de 2013 de la siguiente base de datos <http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>
- Tallaferro, A. (2007). Curso básico de psicoanálisis. México: Paidós
- Vacarezza, L. (2002). El trabajo Analítico. Conceptos indispensables. Madrid, España: Síntesis
- Villafaña, G.L. (2003). Relaciones Objetales en pacientes con intento de Suicidio, Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Iberoamericana