

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS DOCTORAL

***CELOS Y CELOTIPIA:
ESTUDIO PSICODINÁMICO CON DOS CASOS***

PRESENTADO POR:
ANALISSA ALVARADO DE JOYCE

Director Ponente:
DR. RAMON MON

Supervisores Clínicos:
DR. RAMON MON
DR. ROGELIO MORENO

Supervisor Metodológico:
DRA. MELVA PALACIOS DE MON

PANAMÁ, MARZO DE 2008



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

<https://doi.org/10.37387/speiro.td.506>

DEDICATORIA

A mi amado esposo Robert, quien con su amor, cariño y respaldo me dio seguridad y apoyo, para trabajar en esta investigación.

A mis queridas y amadas hijas Grethel Marie y Juliette Marie, quienes con su presencia, me han brindado todo lo necesario para llevar a cabo este proyecto.

A mi madre Elvira y hermano Popo, los cuales durante toda mi vida, me han ofrecido su amor y me han enseñado a que con tenacidad y deseos se pueden lograr muchas cosas en la vida.

AGRADECIMIENTO

A las dos actrices que participaron en esta investigación, quienes confiaron en la psicoterapia y me brindaron sus vivencias pasadas y presentes, aportando un material significativo para este proyecto.

A todos mis profesores, en especial, al Dr. Ramón Mon, quien como director y supervisor de esta tesis, me brindó todos sus conocimientos, así como su guía y orientación. Al Dr. Rogelio Moreno por todos sus aportes analíticos y seguimiento constante en la supervisión de uno de los casos.

A la Dra. Melva Palacios de Mon, quien me ayudó a profundizar en la investigación cualitativa y organizar dicha investigación.

PRÓLOGO

Esta investigación estuvo enfocada en comprender los celos y la celotipia, por medio de una metodología cualitativa y con el instrumento de un diseño de estudio de caso. Para lograr el objetivo, recabamos información desde marcos conceptuales diversos, los cuales nos proporcionaron una guía específica acerca de lo que ya se conoce y de lo que aún falta por entenderse acerca de dicho fenómeno. La propuesta de investigación se realizó con el apoyo de dos mujeres celotípicas, las cuales estuvieron dispuestas a asistir a psicoterapia psicoanalítica, proporcionando la información necesaria para poder entender y ampliar nuestro conocimiento acerca de los celos y la celotipia. Para poder integrar la información de los dos casos analizados, se triangularon los datos recabados por medio de la psicoterapia, las supervisiones y la información de la historia clínica. Todo se analizó, tomando en cuenta la información teórica obtenida. Finalizado el estudio, se hallaron similitudes y diferencias entre los dos casos analizados y pudimos reconocer cómo en las relaciones de pareja se reviven las ansiedades y gratificaciones vividas en la niñez, en torno al apego y relación del niño con su madre (o primer objeto de relación) y al nacimiento de los hermanos. Los celos son un sentimiento normal y es experimentado por todas las personas, ante el temor a la pérdida del ser amado. En la celotipia, existe también un miedo a la pérdida, pero que es manifestado por el control, la posesividad y el sometimiento, ante el temor a perder lo que yo tenía y que ahora otro recibirá. En la psicoterapia, se pudo establecer un vínculo entre éstas relaciones primarias con la madre y sus actuales relaciones de pareja, las cuales manifestaron una pérdida significativa al nacimiento de los hermanos. En uno de los casos, la paciente logro trabajar su celotipia y mejorar su relación de pareja; en el otro caso, la celotipia aparece combinada con una envidia patológica, lo cual hizo muy difícil el trabajo, ya que había constantes agresiones hacia la pareja, hacia sí misma, hacia los demás y hacia la terapia.

ADVERTENCIA

“Las opiniones contenidas en la presente investigación son de responsabilidad exclusiva del autor, y no representan necesariamente la opinión de la Universidad Católica Santa María La Antigua”

ÍNDICE ONOMÁSTICO

La investigación lleva el título “Celos y Celotipia: Estudio psicodinámico con dos pacientes en estudio de casos” y se construyó y dividió en siete capítulos, realizados de una forma continua y de fácil lectura.

En el capítulo 1, mostramos la importancia, justificación y pertinencia del tema de investigación dentro del marco individual, conyugal y familiar de quien pueda estar presentando una celotipia, para entonces plantearse las preguntas de investigación que dan inicio a este estudio. A la vez, se registran las limitaciones y delimitaciones que se fueron presentando a lo largo de la investigación.

El capítulo 2, se centra en el marco conceptual, iniciamos con algunas concepciones teóricas acerca de los celos y la celotipia desde diversos autores, para entonces abordar los celos desde su etiología, epidemiología y evolución. Se presentan dos clasificaciones de los celos desde Sigmund Freud y desde Karl Jaspers, para luego abordar los celos y la celotipia desde diversas aproximaciones psicoanalíticas: Complejo de Edipo, Relaciones Objetales y la Teoría del Apego. Todo este recorrido acerca de la estructuración de los celos y la celotipia nos lleva a acercarnos al tema de la envidia y la voracidad, como manifestaciones primarias y agresivas y a la gratitud y capacidad de amar como manifestaciones de seguridad, confianza y satisfacción plena.

En el capítulo 3, se hace referencia a la investigación cualitativa desde una perspectiva fenomenológica, por medio del estudio de casos, lo cual pudiera mostrar la forma en que las dos actrices de este estudio entendían su realidad y la que vivían en ese momento, a partir de sus celos o celotipia. También dentro de este capítulo se hace referencia a las técnicas cualitativas utilizadas, con el recurso de la entrevista a profundidad (a través de la psicoterapia psicoanalítica) y el registro de la Historia Clínica, para entonces establecer los criterios para el análisis de la información y para el análisis de los datos, constituidos por la triangulación de las fuentes de datos escogidos: entrevistas, supervisiones y teorías psicológicas.

El capítulo 4, compila las dos historias clínicas completas, recorriendo cada una de las diversas secciones que contempla el modelo de Karl Menninger. Y para poder recabar estas historias se trabajó con cada una de las dos actrices de esta investigación, por un período de 100 horas en terapia psicoanalítica y 50 horas de supervisiones con cada uno de los casos.

En el capítulo 5, desarrollamos la evolución de la psicoterapia, haciendo una descripción de las tres fases por las que atravesaron cada una de las dos actrices de esta investigación: fase inicial, fase intermedia y fase final y que muestran el recorrido que se tuvo en terapia, en relación con los aspectos más significativos de éstas.

En el capítulo 6, se integran todos los aspectos antes expuestos en este estudio, pudiendo triangular los datos obtenidos a través de la psicoterapia, las supervisiones y la historia clínica, tomando en cuenta la información teórica recopilada, lo cual muestra el análisis completo de toda esta investigación, y que permite establecer las zonas de sentido, recopiladas a través del discurso de cada una de las actrices. Este capítulo contiene también las respuestas a las preguntas planteadas al inicio y que se desarrollan sobre la base de esta triangulación.

En el capítulo 7 se concluye y reportan todos los hallazgos encontrados a lo largo de toda la compilación de este estudio.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
PRÓLOGO	vii
ADVERTENCIA	viii
ÍNDICE ONOMÁSTICO	ix
ÍNDICE GENERAL	xi
ÍNDICE DE CUADROS	xiv
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Importancia del tema de investigación	2
1.2 Justificación y pertinencia del tema de investigación	3
1.3 Planteamiento de las preguntas de investigación	3
1.4 Limitaciones y Delimitaciones	4
1.4.1 Limitaciones	4
1.4.2 Delimitaciones	4
CAPÍTULO 2	
MARCO TEÓRICO	5
2.1 Celos: Algunas concepciones teóricas	6
2.2 Celotipia	9
2.3 Etiología de los celos	13
2.3.1 Celos fraternos	15
2.4 Epidemiología de los celos	17
2.5 Clasificación de los celos	20
2.5.1 Clasificación según Sigmund Freud	20
2.5.1.1 Celos de competencia y normales	20
2.5.1.2 Los celos proyectados	20
2.5.1.3 Celos delirantes	21
2.5.2 Clasificación según Karl Jaspers	23
2.5.2.1 Celos psicológicamente normales	23
2.5.2.2 Celos morbosos	23

2.5.2.3 Celos delirantes	23
2.5.2.4 Delirio celotípico	23
2.6 Aproximaciones psicoanalíticas a los celos	23
2.6.1 Complejo de Edipo	23
2.6.1.1 Identificación	26
2.6.2 Teoría de las Relaciones Objetales	27
2.6.2.1 Introyección	30
2.6.3 Teoría del Apego	30
2.7 Envidia, celos y voracidad	35
2.7.1 Características del hombre envidioso	40
2.8 Gratitud y capacidad para amar	40
2.8.1 Amor sexual maduro	43
2.8.2 Enamorarse y convertirse en pareja	44

CAPÍTULO 3

<i>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</i>	47
3.1 Tipo de investigación	48
3.2 Escenarios de la investigación	51
3.3 Selección de actrices	51
3.4 Técnicas cualitativas	52
3.4.1 Entrevista a profundidad (Psicoterapia Psicoanalítica)	53
3.4.2 Registro de la Historia Clínica	54
3.5 Criterios para el análisis de la información	54
3.6 Indicadores, categorías y zonas de sentido	56
3.7 Criterios para el análisis de los datos	56
3.7.1 Entrevistas	57
3.7.2 Supervisión de casos	57
3.7.3 Teorías Psicológicas	58

CAPÍTULO 4

<i>CASOS CLÍNICOS</i>	59
4.1 Casos clínicos	60
4.2 Relevancia y relación con el tema de investigación	60
4.3 Historia clínica	60
4.4 Caso N. 1 Roberta	60
4.4.1 Identificación	60
4.4.2 Planteamiento general del problema	60
4.4.3 Registro de la enfermedad presente	61
4.4.4 Historia familiar	61
4.4.5 Historia del desarrollo	62
4.4.6 Procesos parciales del funcionamiento psicológico	65
4.4.7 Patrones integrativos	66
4.4.8 Fracaso de los esfuerzos integrativos	67
4.4.9 Recapitulación	68

4.4.10	Diagnóstico según el DSM-IV	69
4.5	Caso N. 2 Diana	69
4.5.1	Identificación	69
4.5.2	Planteamiento general del problema	69
4.5.3	Registro de la enfermedad presente	70
4.5.4	Historia familiar	70
4.5.5	Historia del desarrollo	71
4.5.6	Patrones de ajuste adulto	74
4.5.7	Procesos parciales del funcionamiento psicológico	75
4.5.8	Patrones integrativos	76
4.5.9	Fracaso de los esfuerzos integrativos	77
4.5.10	Recapitulación	78
4.5.11	Diagnóstico según el DSM-IV	79

CAPÍTULO 5

EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA

5.1	Evolución de la psicoterapia	81
5.2	Caso N.1 Roberta	82
5.2.1	Fase Inicial	82
5.2.2	Fase intermedia	83
5.2.3	Fase final	84
5.3	Caso N.2 Diana	85
5.3.1	Fase inicial	85
5.3.2	Fase intermedia	86
5.3.3	Fase final	87

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1	Triangulación	89
6.2	Caso N.1 Roberta	90
6.3	Caso N. 2 Diana	96
6.4	Preguntas de Investigación	101

CAPÍTULO 7

HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

107

BIBLIOGRAFÍA

111

ÍNDICE DE CUADROS

N°	Descripción	Pág.
1	Etiología y desarrollo inicial de los celos infantiles (Ortigosa, 1999)	14
2	Evolución de los celos infantiles según Polaino-Lorente (1991)	19
3	Triangulación de los dos casos de la invasión	90

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1.1 Importancia del tema de investigación

Una relación de pareja puede ofrecer un clima emocional agradable, placentero, gratificante y amoroso, o por el contrario ser displacentero, enfermizo y aterrador.

“Yo creo que no deberías trabajar más, yo te puedo mantener y darte una mensualidad, para que tú puedas atender la casa y a mí cuando llego del trabajo”. “Ese tipo de ropa no es adecuado, pareces una cualquiera y las otras personas no te van a respetar como yo lo hago, así que mejor ve a cambiarte”. “Nadie te va a querer tanto como yo te quiero, a pesar de que te has engordado”. “No te creo que vas en el carro, toca el pito para escuchar y comprobar si es verdad, lo que me dices”. Estos son algunos comentarios recabados de diferentes casos que he atendido y en donde los pacientes reportaban que su pareja era celosa.

Los celos no son el principal causante de las rupturas y divorcios en la vida marital, pero si están relacionados a inseguridad, devaluación, peleas maritales, maltrato, violencia, hostigamiento, deprivación, suicidios y homicidios.

Para Platón los celos se hallan “entre aquellos estados psíquicos en los que el hombre se encuentra bajo la determinación de la pasión”. Shakespeare los denominaba “monstruo de ojos verdes”. La Rochefoucauld escribía “los celos no son amor”. Para Descartes, los celos son “esa especie de amor, que se relaciona con el deseo de conservar un bien”.

Pensando en cualquiera de estas definiciones, podemos reflexionar acerca de cómo desde Platón hasta Descartes los celos aunque se dan dentro del amor (en una relación de pareja) pueden causar mucho dolor y te alejan de ese mismo amor anhelado y querido.

Generalmente pensamos en lo difícil que puede ser para una persona que su pareja sea celosa, sin evaluar la situación del celoso, el cual se siente constantemente angustiado, paranoico, obsesionado, a la expectativa y sintiendo que su pareja le puede llegar a ser infiel y abandonar. Muchas veces viviendo en total agonía e incertidumbre, sintiéndose con muy baja autoestima y mucha inseguridad.

Miguel de Cervantes (1650) en su libro *El Celoso Extremeño* hace alusión a esta situación, mostrando al protagonista principal como un hombre excesivamente celoso, que construye toda una fortaleza para cuidar y custodiar a su esposa, vigilando hasta el último detalle para que su esposa no le fuera infiel, lo que lo lleva al final a su propia muerte, al sufrir una profunda tristeza y al darse cuenta de que todas sus murallas no impidieron la infidelidad de su esposa.

Desde el inicio hasta el final de la obra, el hombre nunca dejó de sufrir a raíz de sus celos.

Cuando hay celos, sufre tanto el celoso como su pareja, lo que me motivo a realizar esta investigación, buscando encontrar cuál es el origen de los celos, por qué surgen y cómo se desarrollan, lo que lleva a un deterioro significativo en la vida individual, marital y familiar.

1.2 Justificación y pertinencia del tema de investigación

En mi experiencia en la práctica privada como terapeuta familiar y de parejas, he podido vivenciar las fuertes perturbaciones emocionales que traen en toda la dinámica familiar, los celos de uno de los cónyuges, ya que en la celotipia no se ve afectada sólo la persona en la cual es evidente el trastorno, sino también la pareja y los hijos, ya que en ellos el celoso deposita parte de su patología, trastocando la vida no sólo de un individuo, sino de toda una familia.

Los celos son experimentados por la pareja y trabajados en terapia sistémica, de forma tal que sus síntomas e intensidad disminuyan, para así poder reestablecer la relación de pareja. Se trabaja para contribuir a resolver la disfunción marital, que está ocasionando los celos, pero en muchos casos no se llega a determinar su origen.

Al especializarme en terapia psicodinámica y al ser en un principio terapeuta sistémica, considero que es muy importante poder entender ambos puntos significativos en una díada conyugal (el aspecto individual y el aspecto conyugal). Para poder trabajar con una pareja se deben hacer intervenciones en torno a su situación conyugal, y a la vez entender las motivaciones individuales de cada uno de los miembros de la pareja.

Es por esta razón que consideré importante investigar acerca de los celos y la celotipia, ya que dicha situación pueda ser vista no sólo en términos de la pareja, sino también desde una sintomatología individual, que trastoca el sistema conyugal.

1.3 Planteamiento de las preguntas de investigación

Desde el principio del estudio, las preguntas me ayudaron a visualizar y conceptualizar hacia dónde iba dirigida mi investigación: quería investigar acerca de los celos y la celotipia. Estas preguntas fueron las siguientes:

1.3.1 ¿De qué forma se pueden diferenciar los celos de la celotipia?

1.3.1.1 ¿Cómo son las relaciones objetales en una persona celotípica?

1.3.1.2 ¿Cómo se manifiestan los procesos de apego en una persona celotípica?

1.3.1.3 ¿Cómo está relacionado el complejo de Edipo con la celotipia?

1.3.1.4 ¿De qué manera las relaciones tempranas con los hermanos influyen en una persona celotípica?

1.3.2 ¿Cuáles son los principales cuadros psicopatológicos de la celotipia?

1.3.3 ¿Cuál es la relación entre envidia y celos?

1.3.3.1 ¿De qué manera el proceso de gratitud interviene en los celos?

1.3.3.2 ¿De qué manera el amor sexual maduro repercute en los celos?

1.3.4 ¿Cómo se afecta la relación de pareja por la celotipia?

1.3.4.1 ¿De qué forma el sistema familiar puede ser afectado por la celotipia?

1.4 Limitaciones y Delimitaciones

1.4.1 Limitaciones

1. Es interesante destacar cómo algunas situaciones son permitidas para un género específico, ya que en una investigación anterior sobre la infidelidad, quise evaluar a miembros de ambos sexos y sólo pude conseguir hombres infieles y no mujeres infieles, y a pesar de que contacté algunos casos, éstos no estaban dispuestas a hablar del tema, Esta misma situación me ocurrió en esta investigación, ya que no pude lograr trabajar con un hombre y una mujer, sino con dos mujeres, ya que los hombres celosos que contactaba no querían asistir a terapia. Toda esta reflexión me lleva a pensar que el tema de la infidelidad es más permitido para los hombres y la temática de los celos más abierto para las mujeres.

2. También debió darse una evaluación previa de celos en los protagonistas, ya que inicialmente se evaluaron seis casos, en donde la mayoría no cumplían con los criterios de selección, pues los celos se estaban dando a raíz de una infidelidad del otro miembro de la pareja y no era una situación constante en el protagonista.

1.4.2 Delimitaciones

1. El protagonista que manifestaba la celotipia debía tener una relación de pareja en ese momento, lo que permitiera identificar la situación de celos.

2. El protagonista tenía que estar dispuesto a iniciar un proceso de psicoterapia psicoanalítico de dos veces a la semana por un periodo mínimo de un año.

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2.1 Celos: algunas concepciones teóricas

Existen diversas definiciones e interpretaciones que aluden a los celos, los cuales vienen dados desde significados textuales hasta nuestras propias interpretaciones acerca de lo que consideramos es una persona celosa.

Van Sommers (1989) refiere que los celos no sólo están arraigados a la naturaleza humana, sino que es una de las emociones más básica e invasora que afecta al hombre en todos los aspectos de sus relaciones humanas. También manifiesta en sus investigaciones que las personas generalmente le exponen que el componente predominante de sus celos no es la hostilidad, sino el sentimiento de haber quedado afuera, excluido y aislado, en un estado en donde prevalece la tristeza, sobre el resentimiento y el odio.

Lachaud (1998) presenta una descripción de la palabra celos, al señalar que en griego antiguo, la palabra “phtónos” es lo más cercano a la definición actual de los celos. En el siglo XII, celoso aparece en provenzal antiguo, como “gelos o gilos”, que viene del griego “zelos” o del latín “zélósus”. Al “zèle”, en este período, se le describía como un fuerte apego.

Los celos están descritos en todas las literaturas, novelas, poemas, canciones, así como en la historia de la humanidad, interpretados y descritos según la percepción del momento, pudiendo observarse cómo desde el siglo XII hasta el siglo XXI se narran sensaciones y sentimientos con respecto a éstos, y se describen como un fuerte apego, un sentimiento doloroso o manifestaciones de fuerte magnitud, destacándose el nivel de desvalorización que siente el individuo.

Lo que inquieta al celoso es la indecisión, la agonía entre la posibilidad de la pérdida y el deseo de evitarla. A quien se vigila celosamente no es al rival, sino que se vigila celosamente aquello que me pertenece. El celoso no deja lugar a la relación amorosa, el otro se convierte en un objeto materializado, como si fuese de su propiedad (Tellenbach, 1969).

Y es como si se triangulara la relación (incluyendo la persona celosa a un tercero, no necesariamente real), en una necesidad inconsciente de cuidar y alejar a la pareja. La persona celosa cuida tanto que su pareja no le sea infiel o no le abandone, lo cual afecta la relación de pareja y lleva en algunos casos a la ruptura de la relación.

Van Sommers (1988) hace referencia a Clanton y Smith, especialistas en celos, quienes manifestaron que: “Ráfaga de celos alude a un

sentimiento inmediato que surge en el momento en que se detecta la precipitación de un acontecimiento” (p.54).

Esta sensación es manifestada en muchas ocasiones por personas celosas, cuando hacen referencia a lo impulsivo y sin control de sus actos, sienten celos y no es hasta después de pasada la sensación, en que se hacen conscientes de su reacción.

“Los celos pueden definirse como una pasión que genera un temor inconsciente o consciente de perder la felicidad que se ha logrado con quien se ama o a quien se tiene aprecio y cariño en cualquier grado” (Selles, 1999, p. 44).

Van Sommers (1989) refiere que en los textos psicológicos corrientes, los celos son clasificados como emociones complejas, a diferencia del miedo y la cólera, que son emociones primarias o simples. Los celos pueden implicar cólera y daño, alucinación y pérdida, indignación y ofensa y no hay fundamentos para creer que los celos se asocian exclusivamente con un tipo de amor. Los celos infantiles tienen algo en común con los celos de los adultos.

Pareciera que estas primeras descripciones de los celos por los diversos autores, estuvieran basadas principalmente en las sensaciones experimentadas por las personas celosas y del dolor que los arraiga, en donde la persona celosa sufre a causa de sus celos.

La Enciclopedia Didáctica de la Sexualidad (1995) explica que los celos pueden constituir una obsesión infundada en personas con sentimientos de inferioridad y de baja autoestima y que a su vez pueden dramatizar, dudar y deformar cualquier situación que sientan desfavorable, por lo que estas personas se sienten susceptibles de ser abandonadas por su pareja, en cualquier momento.

Es importante diferenciar que las personas inseguras no necesariamente tienen que llegar a ser celosas, pues un individuo con pobre estima de sí mismo, puede desarrollar otras defensas ante su inseguridad. Por otro lado, las personas celosas, si parecen reflejar una baja autoestima, lo cual puede estar dado por la inclusión de un tercero.

Es común observar celos en niños al llegar otro bebé a la familia y el mayor es el que suele reaccionar mal (Van Sommers, 1989). Foster (1927 citado en Van Sommers) estableció que los celos infantiles son incitados por los padres, pues en un estudio que realizó con 15 chicas que habían sido remitidas al Habit Clinics de Boston, principalmente por celos, mostró que en muchos casos, los padres

hacían comparaciones entre los hijos en detrimento de los que eran celosos. Pareciera entonces que Foster estuviera hablando de una competencia: una mezcla entre envidia y celos.

Dunn y Kendrick (1982) estudiaron niños ingleses y descubrieron que el 93% de los hermanos mayores se volvían más demandantes y traviosos ante el nacimiento de un nuevo hermano y señalaron que los celos entre hermanos de diferente sexo son más fuertes, ya que la madre presta más atención al recién nacido cuando es de sexo diferente al del hermano mayor, de modo que un hermano de otro sexo es una fuente de celos. Ellos describían a un niño que metódicamente esparcía la leche de su vaso en el sofá, como reacción contra la mutua admiración entre su madre y su hermanito.

Caratozzolo (2002) refuerza esta idea al describir que los celos son parte de la vida de todo ser humano e inician en el momento en que el niño se da cuenta que su mamá, figura de cuidados y atenciones no es sólo para ella, pues aparece un tercero, el papá, iniciando una situación de exclusión. “Los celos son constitutivos del sujeto; para que el niño devenga en un ser humano tiene que experimentar la primera decepción; para advenir como sujeto es necesaria la existencia de un otro” (p.52).

Según estos autores, algunos quienes presentan sus investigaciones psicológicas hasta los que hacen referencia a sus corrientes psicoanalíticas, manifiestan como punto crucial del desarrollo de los celos, el advenimiento de un tercero en la vida anímica de la persona. Y pareciera entonces que la forma en que se maneja dicha inclusión va a repercutir significativamente o no en la aparición de unos celos normales o patológicos.

Lacan (1936 citado en Lachaud, 1998) señala que “la triangulación debe intervenir lo antes posible ya que es una buena defensa contra la relación dual imaginaria [omnipotente] permite la sana expresión de los conflictos” (p.44).

“Los celos no empiezan con la diferencia de los sexos sino con la introducción de un tercero” (Lachaud, 1998, p.69). Y no sólo es perder al otro, sino que soy dejado por otro, una tercera persona que recibirá aquello que era mío, y ese sentimiento es más doloroso que el simple abandono (Goldin, 1992).

Si no hay celos, no existe el otro. Para el niño, cuando un tercero aparece en escena, puede constituir su yo discriminándose de la madre, entonces ya no es parte de ella, ni ella es parte de él, son

diferentes, pero este objeto que se incluyó en la unidad inicial va a ser objeto de rivalidad, de celos (Caratozzolo, 2002).

La presencia del otro, despoja del amor materno y se manifiestan los celos, apareciendo un aspecto narcisista en los celos: una herida en el self, que hace que yo sienta que perdí algo que era mío, que me lo quitaron y esto afecta mi propio self, mi propia valía.

Cómo podríamos entonces diferenciar entre celos normales y celos enfermizos, patológicos o celotipia, puesto que los celos dañinos crean sentimientos dolorosos y/o hostiles a la persona y parecen darse por un manejo inadecuado, con la aparición de un tercero en la vida anímica infantil. Pero si al mismo tiempo, hablamos que los celos son experimentados por todos los individuos.

Para Freud (1920-1922) “Los celos se encuentran entre los estados afectivos, como el duelo, que lícito llamar normales”. Su ausencia aparente justifica la inferencia de que “han sufrido una fuerte represión y por eso cumplen un papel tanto mayor dentro de la vida anímica inconsciente” (p.217).

A su vez Pittman (1994) explica que: “los celos pueden ser una emoción normal, adecuada y hasta necesaria” (p. 70). Todas las personas los experimentan y se dan cuando la persona siente que su pareja se está alejando y le advierte que otra cosa o persona se ha interpuesto entre los dos.

Los celos son manifestaciones experimentadas por todas las personas no sólo en una relación de pareja, sino desde la infancia con la presencia de un nuevo hermano, los padres o cualquier otra figura significativa. Sus manifestaciones son las que van a mostrar su severidad o patología. Mientras que exista la consciencia de la necesidad del otro, se puede brindar respeto, cuidado y atención.

Dentro de los trastornos de personalidad, hablamos que para que un trastorno específico sea catalogado como tal, debe interferir en la vida personal, familiar y social de un individuo, considerando que para que los celos sean catalogados como una celotipia, de igual forma deben afectar el entorno personal de dicha persona.

2.2 Celotipia

Los celos forman parte de la vida y pueden estar presentes en una relación de pareja sin ser dañinos, pero cuando el amor es invadido por los celos patológicos, el control, la posesividad y el sometimiento van ocupando su lugar, provocando un empobrecimiento del sujeto y

la pareja, en donde el otro no es percibido como un sujeto independiente, sino como un objeto de propiedad exclusiva.

Los celos traen dolor a quien lo experimenta, “desde la simbiosis con la madre, desde la omnipotencia infantil a la relación de objeto, una pérdida de la unidad con la madre que garantizaba un estado de felicidad sin fallas, la salida del paraíso representado en esa relación fusional” (Caratozzolo, 2002, p. 54).

En la vida de todo ser humano, los celos siempre están presentes, pero a su vez el sujeto puede o no hacer su duelo de una forma funcional o de forma patológica. Ortigosa (1999) señala que existen ciertos criterios para diferenciar en una celotipia:

1. Edad: Más allá de los 6 años, debe disminuir la presencia de los celos hasta desaparecer o convertirse en rivalidad aceptable.
2. Cronicidad: La prolongación en el tiempo sólo se justifica por una mala resolución de la celotipia.
3. Actividad: Los celos interfieren en las relaciones interpersonales. La generalización es una parte de los celos inapropiados.
4. Sintomatología: Reacción emocional y conductual exacerbada, frente al estímulo, surgen conductas de agresión directa.

Arrang (1989 citado en Ortigosa, 1999), comenta que “no existe una conducta celotípica específica y categorizable como tal de una manera diferenciada, al menos desde un punto de vista estrictamente conductual” (p. 82). Pero a su vez manifiesta que existen manifestaciones de ansiedad y depresión que surgen como consecuencia de la tensión frente a la llegada del nuevo hermano, tales como:

1. Regresión: Las etapas evolutivas ya superadas muestran un retroceso, estas reacciones buscan reconquistar el afecto y la atención perdida.
2. Incremento de la desobediencia, negativismo y oposición.
3. Indiferencia: Ensimismado en un mundo que ahora es satisfactorio.
4. Retraimiento.
5. Otros trastornos psicológicos: Cuando son las causas o se asocian a lo psicológico.
- 6.- Funcionamiento Familiar: Si el problema se da dentro de una estructura del funcionamiento familiar patológico que fomenta los celos fraternos.

El diagnóstico de los celos tiene dificultad, porque no existen criterios para esta labor. Se conoce sobre los celos evolutivos pero no cuando se tornan patológicos. Se deben tomar criterios, según Ortigosa (1999), de edad, cronicidad, interferencia en la actividad cotidiana, gravedad de la sintomatología presencia de otros trastornos psicológicos y funcionamiento familiar.

Los celos patológicos están dados en aquellos que cambian continuamente y con mucha facilidad sus objetos y que pueden sentir celos de objetos en los cuales no presentan interés, hasta que algo suscita sus celos. Los celos pueden convertirse en obsesión, y esto demuestra que el aferrarse a los pensamientos conscientes que caracterizan los celos sirve para reprimir otra cosa. El celoso experimenta depresión, agresividad y envidia, ya que reacciona a la pérdida, la cual está relacionada a una disminución de su autoestima. El carácter de los celos se debe a que la situación actual que está experimentando la persona trae el recuerdo de una situación similar que fue reprimida. “El mantener en el primer plano de la consciencia una humillación actual ayuda a mantener en segundo plano la humillación anterior” (Fenichel, 1931, p. 571).

Jones (1945-1946 citado en Fenichel, 1931) manifiesta que “para un hombre como éste [celoso] el amor representa un medio terapéutico del que espera la curación de un estado mórbido” (p. 572). Fenichel manifiesta que esto es “la dependencia narcisista del celoso frente a su objeto”, refiriendo que Jones le concede poco valor al mecanismo oral de la regulación de la autoestima, y le da importancia a los sentimientos inconscientes de culpa que las satisfacciones narcisísticas tratan de contrarrestar. “La necesidad neurótica de tener lazos, es más frecuente que el temor neurótico a los lazos. El temor a todo cambio de objeto” (p. 572).

Y este cambio de objeto, en realidad se da en una continuidad, se reproducen las impresiones y sentimientos anteriores en el nuevo objeto, y se pone en el otro todo lo que no se tiene y no se quiere y que hace sentir menos e inseguro, con el deseo de poseer al otro, tenerlo sólo para sí mismo, provocando celos.

Los celos conducen a un goce que se codicia; es la forma de erradicar el deseo; celando al objeto del que se podría gozar. El celoso trata de tomar directamente el deseo del otro cuyo objeto se quiere recuperar, ya que éste pone de manifiesto una pérdida. Los celos están relacionados con la pérdida original, la que mutiló al otro para separar de él al objeto. Herida narcisista, si las hay. Los celos sólo pueden provocar una destrucción ilimitada, la rabia total. Rabia que acompaña el proceso erótico hacia la intrusión y, luego, el Edipo. Rabia, pues el hecho de ver otro bebé en los brazos de la madre provoca una herida narcisística que se inscribirá en el psiquismo del niño (Lachaud, 1998).

Las personas que muestran celos generalmente se sienten despreciables, ya que tienen un pobre concepto de sí mismas y se sienten inseguras de poder encontrar una pareja y cuando lo hacen

tienden a ligarse con desesperación a su pareja. En muchas ocasiones, estas personas tratan de reducir la autoestima de su compañero con la necesidad de que se aferre a ellas con igual desesperación. Estos celos buscan llevar a que la pareja más segura de sí misma, sienta desconfianza, buscando que renuncie a su carrera, educación, pasatiempos, amigos, parientes e incluso hijos, en un esfuerzo por sentirse que ocupa un lugar muy importante en su lista de prioridades. Los celos parecen contener un elemento de dependencia y de miedo al abandono. “Tal vez sean el equivalente adulto de los miedos al abandono parental que todos experimentamos en la infancia” (Pittman, 1994, p. 71).

Al inicio de la vida del niño, la noción del propio cuerpo no existe, ya que hace falta el espejo. La persona que sufre de celos muestra hasta qué nivel el otro hace falta. El yo del niño se constituye a partir del espejo y también del intruso, aquél que él era cuando era pequeño y aún no había sido destetado, en donde se identifica con este intruso, aflorando los celos (Lachaud, 1998). La persona se observa en el espejo de los ojos del otro y a la vez ve a su amada y a sí mismo. Es entonces que si su amada no lo ve, porque está mirando a otro, el espejo no lo refleja, por lo que su lugar queda en el vacío (Goldin, 1992).

El papel del tercero es esencial, ya que los celos vienen dados en relación con el otro. La llegada de un hermano o hermana menor produce en algunos niños la sensación de abandono y se encuentran en tal estado de abandono imaginario que tratan de hacer todo lo que esté a su alcance para recuperar el amor que imaginan haber perdido, luchando durante toda su vida para ser reconocidos por su familia y allegados. Estas personas tienen un gran sufrimiento y una búsqueda desesperada de reconocimiento por parte de los padres.

Lacan (1961-1962 citado en Lachaud, 1998), “considera que los celos son la experiencia fundante de la instauración del sujeto a la que identifica con más exactitud en el complejo de intrusión” (p. 61). El sujeto se plantea su posición al darse cuenta que no tiene con el otro una rivalidad, sino una “identificación mental”.

En el niño, el objeto primario es un objeto de necesidad. Progresivamente, con la ayuda de su madre este objeto de necesidad se vuelve, un objeto de deseo, el cual progresivamente podrá transferir a otro objeto. En los celos patológicos, el objeto continúa estando en el registro de la necesidad y su ausencia no asegura ya la autoconservación. El estado del objeto que está en función del momento traumático, vinculado con la fijación del niño, es primordial en cuanto a la forma que tomará la manifestación de sus

celos. Para una persona celosa, los celos son el lugar en el que se puede ver sin ser visto. El sujeto está excluido de la escena que contempla. El celoso afirma que la palabra miente, que lo que le dicen esconde la mentira, ya que no considera que pueda ser verdad lo que le dicen, y el que habla miente. (Lachaud, 1998). Los celos amorosos no tienen “como punto de partida la brutal realidad sino la duda” (Mairet, 1908 citado en Lachaud, 1998, p. 37).

Podemos concluir que sin celos no hay otro y cuando el tercero aparece, el niño puede constituir su yo discriminándose de la madre, ya no siendo parte de ella, ni ella parte de él, sino diferentes. Los celos entonces aparecen como parte importante en la diferenciación con la madre, lo cual le permite al niño constituir su yo diferente de otros, pero que al mismo tiempo en la forma en que se dio esa relación inicial va a constituir la presencia o no de una celotipia.

Lachaud (1998) nos proporciona seis aspectos importantes en la diferenciación del sí mismo del sujeto, en el inicio del desarrollo del infante, lo cual le permitirá no sólo diferenciarse y reconocer al otro, sino que también lo ayudará a salir de la etapa narcisística y de la fusión:

- La negación del tercero;
- Una relación asfixiante;
- El rechazo de la diferencia;
- El deseo fundamental de excluir al otro;
- El compartir es experimentado en el modo de la frustración
- El rechazo de la palabra fundante de la existencia del sujeto.

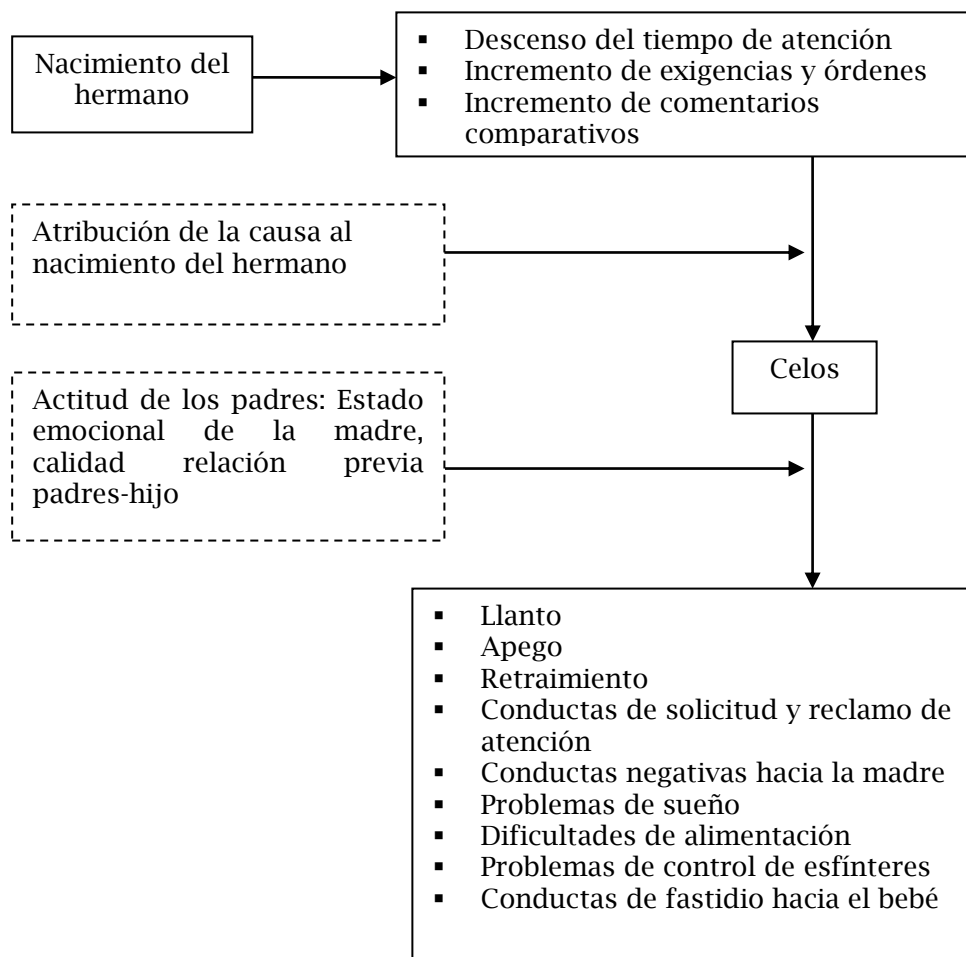
2.3 Etiología de los celos

Así como para la mayoría de las patologías, los primeros años son vitales, en los celos ocurre lo mismo. Desde las nuevas corrientes psicoanalíticas (Relaciones Objetales y Psicología del Self), cuando los instintos no llegan a ser lo más importante, se reconoce cómo las relaciones de objeto, en los primeros años de vida del infante son cruciales también para el desarrollo de los celos. Como vimos anteriormente, los celos empiezan con el darse cuenta de la presencia de un tercero en la vida del ser humano.

En el Cuadro N.1, Ortigosa (1999) manifiesta que el nacimiento de un hermano es significativo en el desarrollo de los celos, pero que a su vez existen otras circunstancias que afectan, ya que al nacimiento de un nuevo niño en la familia, puede disminuir el tiempo de atención, aumentar las exigencias e incrementar comentarios comparativos entre los hermanos, entonces el niño siente que estos nuevos cambios están íntimamente relacionados con el nuevo hermano y

aparecen los celos y estos llevan a manifestaciones, tales como: conductas de fastidio hacia el nuevo hermano, llanto, apego, estar retraído, reclamos, conductas negativas, dificultades en el sueño, la alimentación y el control de esfínteres. A su vez es importante referir que la aparición de los celos en el niño, va a estar relacionado con la relación previa con su madre.

Etiología y desarrollo inicial de los celos infantiles (Ortigosa, 1999)
Cuadro N.1



2.3.1 Celos Fraternos

Los hermanos ejercen influencia en el desarrollo psicosocial, ya que proveen al individuo la posibilidad de relacionarse y a través de la convivencia enriquecer las habilidades sociales; pero esta situación es más notoria avanzado el crecimiento, ya que en el momento del nacimiento de un hermano se experimenta la pérdida de la afectividad y la atención recibida.

Arranz y Olabarrieta (1998 citado en Ortigosa, 1999) manifiestan que la presencia de un hermano, proporciona un compañero para jugar, imitar, pelear, querer y un compañero que proporciona experiencias significativas. Según Boer, Westenberg, McHale, Updegraff y Staker (1997 citado en Ortigosa, 1999) “Es necesario comprender que la relación fraterna es una parte esencial en el desarrollo emocional, cognitivo y social del niño. El hermano mayor es el primer contacto con un igual” (p. 39).

David y Northway (1957, citado en Ortigosa, 1999) “llegan a teorizar que cada niño usa a un hermano como medio para su propia autodefinición” (p. 39). Y en donde Griffin y de la Torre (1985) refieren que los celos son normales y universales en toda dinámica familiar; “aunque los sentimientos normales, sin embargo, pueden generar considerable ansiedad en los niños y frustración en los padres” (p. 10). Los celos son una respuesta normal a una situación familiar y pueden perder el carácter evolutivo para convertirse en patológico. En el momento que pasa de normal a patológico extranscenden el ámbito familiar, interfiriendo en la cotidianidad.

En los primeros meses de vida para los niños que han sido bien cuidados, el primer sentimiento de traición que experimentan viene con el destete o independencia, que marca el final de la fusión entre la madre y el infante. Aunque la madre sea suficientemente buena, tiene que llevar a la desilusión. Cuando el niño experimenta la llegada de un nuevo hermano, vuelve a sentir la traición del amor de los padres. Cuánto más fuerte es el amor, la lealtad y el compromiso, más grande es la sensación de traición. No existe traición si no ha existido primero la confianza, de acuerdo con el principio de oposición de Jung (Janet Mattinson, 1988).

Cuando un niño pequeño es destetado tempranamente por la llegada de un nuevo hermanito, siente un odio celoso hacia el nuevo intruso y rival, no sólo por la pérdida del amamantamiento, sino también por todos los otros cuidados maternos, y se siente destronado en sus derechos. A su vez, también desarrolla odio hacia su madre (a la que vive como infiel), el que a menudo se expresa en alteración de la conducta, volviéndose irritable, desobediente. Estos celos se siguen

experimentando en los años siguientes con la aparición de cada nuevo hermanito. No cambia que el niño sea el consentido de la mamá, ya que las exigencias de amor de los niños no tienen medida, exigen exclusividad y no admiten ser compartidos (Freud, 1932-1936). Muy bien lo reafirma Lachaud (1998): “Para un niño pequeño, la llegada de un nuevo niño a la familia constituye un traumatismo importante y para nada banal” (p. 34).

El niño odia a sus competidores, a sus hermanos, y esto se mantiene por largos años hasta la madurez. Es posible ver con más facilidad a los inicios de los dos años y medio hasta los cuatro o cinco años cuando nace un hermanito, el cual es recibido de forma poco amistosa, con manifestaciones como: “no me gusta; que la cigüeña se lo lleve de nuevo”. Y el niño aprovecha toda oportunidad de intentos para hacerle daño al recién llegado (Freud, 1915-1916).

Freud (1900) relataba el caso de un niño que sin haber cumplido los 3 años, intentó ahogar en la cuna a su hermano y obsérvese, pues, como en este periodo los niños son capaces de tener celos con toda “fuerza” y “nitidez”. De igual forma, Freud manifestaba que aunque en la vida adulta se tenga una buena relación con los hermanos; los sentimientos de hostilidad subyacen en el inconsciente. El deseo de muerte del niño contra sus hermanos se explica por su egoísmo y éste lleva a que vivencie a sus hermanos como competidores.

El niño vivencia a sus hermanos como competidores y desarrolla hostilidad contra ellos; en la medida en que avanza en su crecimiento, se debilita la expresión de esa hostilidad primaria (Freud, 1906-1908).

Es importante considerar que los celos son sentimientos de origen constitucional y que reflejan la forma en que el ser humano aprende de forma dolorosa sobre su existencia como ser social, de acuerdo con esto es importante comprender que se debe tomar en cuenta la totalidad de las relaciones y los modos de interacción. Un apego débil con la madre, modelos rígidos como autoritarios o permisivos, conllevan a una relación fraterna dañada que suele mantenerse más allá de la infancia a menos que ocurra una modificación familiar.

Ortigosa (1999) refería que las familias que funcionan con vínculos inapropiados y estructuras inestables, influyen en la aparición de celos.

El vínculo entre hermanos permite conocer la evolución y dinámica intrínseca de la relación (incluyendo el mismo nivel de jerarquía y el sistema familiar). Es conocido que dentro de la cultura se refuerza la

expresión de los sentimientos positivos y se obliga a reprimir los negativos, llevando a que estos últimos se expresen de forma agresiva.

A través del estudio de los celos fraternos se puede observar que “la idea básica que subyace en los celos es el desplazamiento y la pérdida de un poder que de la noche a la mañana se desvanece sin remedio y con un culpable. Esto se conoce como síndrome de destronamiento, siendo entonces el destronamiento y la culpabilidad la piedra angular sobre la que se asientan los celos. El grado de afecto hacia el objeto deseado y la posesión previa son variables que permiten diferenciar estos conceptos entre sí. El objetivo es poseer el objeto amado, por lo tanto, los celos se basan en el amor y en la exclusión de un rival, que hace el triángulo (Ortigosa, 1999).

Polaino-Lorento (1991 citado en Ortigosa, 1999) “la rivalidad es uno de los modos más frecuentes de comportamiento natural entre hermanos en que se producen disputas pasajeras propias de la convivencia diaria”.

Ramamourti (1985 citado en Ortigosa, 1999) expone que la rivalidad fraterna reúne cuatro características, las cuales se concretan en verbalizaciones de disgusto, agresividad o daño, ausencia de conductas de compartir e interferencia de cualquier intento verbal o físico de los padres por atender al hermano pequeño.

2.4 Epidemiología y evolución de los celos.

El estudio epidemiológico muestra sus limitaciones desde la infancia, porque los padres no acuden en busca de ayuda a menos que el caso se les desborde por completo. En cuanto a las diferencias en relación con el sexo, no se ha demostrado nada contundente. Los celos se observan cuando se tiene un hermano del mismo sexo. La cultura influye en la aparición de los celos. Existen características intraculturales que potencian o minimizan los celos. El avance tecnológico refuerza la rivalidad, la envidia y la competencia.

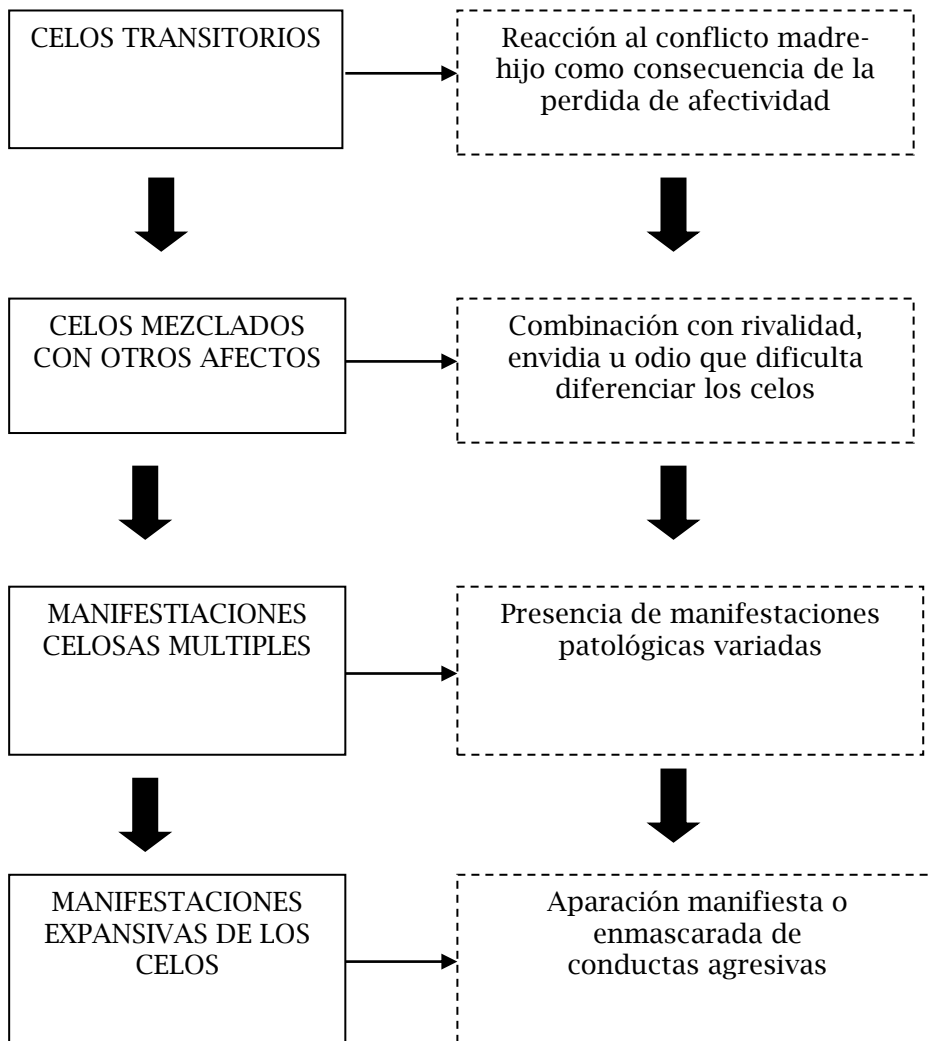
Como se ha ido señalando, los celos son parte del desarrollo y a medida que ocurren diferentes interferencias (sociales, familiares), éstos pueden tomar diferentes matices. Polaino-Lorento (1991 citado por Ortigosa, 1999) señalan cuatro etapas en la que los celos cumplen la siguiente evolución:

1. Etapa de transición: Los celos aparecen como parte del proceso evolutivo, son adaptativos y son importantes en el crecimiento emocional y social.

2. Etapa de mezcla de sentimientos: Incremento de las exigencias y las comparaciones entre hermanos. Esto lleva a que los celos se confundan con otras emociones (odio, envidia, rivalidad), enmascarando los celos. Muchas veces los celos y la envidia se encuentran estrechamente relacionados.
3. Etapa de manifestación conductual: Se ve en la conducta manifestaciones de ambivalencia, coexisten sentimientos de cooperación/intolerancia.
4. Etapa de expansión: Si no se superan los celos, y éstos bordean el odio, no es extraño que aparezcan un rechazo exacerbado hacia el hermano y un rencor desmedido hacia los padres. Los celos pueden llevar a un deterioro temprano de la relación con los padres.
5. Tensión que se observa en malestares estomacales, malestar indefinido, dolor de cabeza o vómito. Se puede considerar la etiología de la perspectiva conversivo-psicosomática de las molestias estomacales y dependiendo de las situaciones que acompañen este cuadro, el problema puede bifurcarse hacia una patología del carácter (daño estructural y la malignización del self).
6. Agresividad que se vincula a casos de celos, baja tolerancia a la frustración, falta de control e ineficacia en la expresión y solución de un conflicto. Esto se puede observar en el ambiente familiar, relación de iguales y en el colegio.

En el cuadro N. 2, se observa el momento en que el hijo se enfrenta al sentimiento de pérdida de afectividad producto del nacimiento de un hermano, y cómo experimenta los celos como reacción ante la pérdida. Dependiendo del manejo que se efectuó en casa, la rivalidad puede tener un matiz de índole agresivo. Las pulsiones agresivas se observarán en las respuestas primitivas del niño, lo que llevará a la exacerbación del sentimiento de culpa, lo que impedirá la neutralización de las pulsiones agresivas, llevando a que el niño comience a tener manifestaciones patológicas variadas, que se extienden fuera del ámbito familiar y que motivan a que se mantenga en la posición esquizoparanoide, producto de las agresiones dirigidas hacia los padres y hermanos. El temor a la retaliación, la escisión como principal defensa contra el odio impiden la integración. Ahora el sujeto no sólo experimenta los celos, sino que se defiende de sus proyecciones.

Evolución de los celos infantiles según Polaino-Lorente (1991)
Cuadro N.2



* Cuadro tomado del libro El niño celoso de Juan Manuel Ortigosa, página 80.

2.5 Clasificación de los celos

2.5.1 Clasificación según Sigmund Freud

Es importante retomar el pensamiento freudiano para la comprensión de los celos, ya que las experiencias tempranas han sufrido una fuerte represión, adquiriendo un papel de suma importancia dentro de la vida anímica inconsciente.

Freud (1920-1922) manifiesta que las personas utilizan los celos para poder rechazar mediante la proyección sus impulsos hacia la infidelidad y hacia la homosexualidad. De esta forma, se comprende que a nivel delirante en las estructuras psicóticas, se caracteriza en la paranoia. Las dos clases de impulsos inconscientes (fantasías o actuaciones impulsivas de infidelidad e impulsos homosexualoides) también desempeñan ciertamente un papel en los celos normales. Los celos hacen su aparición todas las veces que una necesidad de reprimir los impulsos hacia la infidelidad y hacia la homosexualidad, coincide con la característica de la intolerancia a la pérdida de amor. Esta comprensión del sentimiento de pérdida de amor lleva a la clarificación de los celos en estratos y en niveles:

2.5.1.1 Celos de competencia o normales

En ellos lo esencial es que están compuestos por el duelo, y porque existe una pérdida del objeto de amor y por la herida narcisista. Se generan sentimientos de hostilidad frente a los rivales que han sido preferidos y por la autocrítica que hace el yo por la pérdida del amor. Estos celos normales son acordes con las relaciones actuales, guardando proporción directa con las circunstancias y controlados por el yo consciente.

Los celos normales se componen de la tristeza y el dolor por el objeto amado que se cree perdido, de la ofensa narcisista que sentimos ante el hecho de que aquél al que amamos, desee ahora a otra persona, algo he hecho o dejado de hacer para que la pareja haya dejado de querer o desear.

Estos celos no son completamente racionales, es decir, nacidos de circunstancias actuales proporcionales a la situación real y dominados por el yo consciente. Demuestran tener profundas raíces en lo inconsciente, perpetuando impulsos de la afectividad infantil, y procedente del complejo de Edipo o del complejo fraterno del período sexual.

2.5.1.2 Los celos proyectados

Proviene en el hombre y en la mujer, de la propia infidelidad practicada o de impulsos reprimidos. Aquellos que niegan

experimentar tentaciones de infidelidad en el matrimonio, sienten tal presión, que suelen acudir a un mecanismo inconsciente para aliviarla, proyectando sus propios impulsos a la infidelidad sobre la persona a quien deben guardarla. Es decir, que se muestran muy moralistas, cuando son los que, en su realidad inconsciente, desean transgredir las reglas de la fidelidad matrimonial.

2.5.1.3 Celos delirantes

Proviene de anhelos de infidelidad que han sido reprimidos, pero los objetos en la fantasía son de carácter homosexual. Estos celos delirantes se sitúan en la paranoia y el intento de defensa lo lleva a realizar que: “yo no soy quien lo ama; ella lo ama”.

Mediante el mecanismo de proyección se desplazan sobre el inconsciente ajeno lo propio, es decir, el celoso discierne la infidelidad de su pareja, a medida que hace esto consciente lo aumenta de manera desproporcionada, logrando de esta forma mantener inconsciente la propia infidelidad, de esta forma, la hostilidad que sienten del medio es producto de la propia agresión reflejada en el exterior. Es importante que en un caso de delirio de celos se tomen en cuenta los tres estratos anteriores; el último estrato no se debe tomar como única explicación.

Freud (1920-1922) describe el sentimiento de infidelidad y los impulsos homosexuales como fuente de conflicto para el ser humano y la paranoia como una expresión patológica de los celos:

- En la infidelidad, las personas reprimen sus deseos inadmisibles, hacia el inconsciente. Reprimido el deseo de ser infiel, aparece proyectado hacia otra persona, quien sin haber hecho nada indebido, pasa a ser la infiel en la mente del otro, lo que da producto a los celos (Goldin, 1992). A su vez, las personas que han sido infieles suelen manifestar celos no provocados (Pittman, 1994).

- En la homosexualidad, la persona piensa constantemente que su pareja está traicionándolo, visualizando en su imaginación una relación sexual en la que es un tercero, un espectador e imagina que ese otro que ocupa su lugar, es mejor y con más experiencia; acto seguido se identifican con su objeto celado y fantasean estar en su lugar. Generalmente estas personas en un episodio de celos, son las primeras que han percibido a un tercero, pues esta persona les ha llamado su atención, volcándose como la verdadera interesada en el otro. Desde lo racional, el sujeto está convencido de que el problema radica en la honestidad de su pareja, no viendo las otras determinaciones. La homosexualidad reprimida también se evidencia cuando después de una infidelidad, el engañado expresa sus celos, queriendo conocer todos los detalles de la traición, queriendo

participar de la escena. A su vez, es interesante manifestar que este tipo de celos, que inician a veces sin un motivo, terminan haciéndose una realidad, porque hay una verdadera inducción a la infidelidad, aunque ésta aparentemente sea lo más temido. Quien experimenta ese tipo de celos quiere de forma muy reprimida, siendo hombre, además de gozar con una mujer, también gozar como mujer, y la situación de los celos, por todos estos argumentos se lo posibilita. Busca con sus celos, que este tercero le proporcione la dimensión erótica que necesita (Goldin, 1992).

- En la paranoia, el individuo que proyecta al exterior su infidelidad o su homosexualidad reprimida, muestra una reacción paranoica frente al ambiente, ya que todo lo que es reflejado al exterior se vive como algo externo que amenaza con regresar (ominoso). La paranoia es una regresión al narcisismo, al que por lo general las personas "normales" superan y salen más modestas (se podría decir que es una reacción paranoide que le puede ocurrir a cualquiera en el momento que experimenta una pérdida de amor), en cambio, la paranoia como tal permanece con las características narcisistas: arrogante e insistente.

La paranoia persecutoria consiste en amar a los odiados perseguidores. El inicio de una rivalidad detenida y una agresión reprimida explica la vuelta que sobreviene después que la madre admira a otro varón, esto estimula la elección narcisista y tras una fase de celos intensos, el rival es elegido como objeto de amor. Freud menciona que estas actitudes homosexuales no excluyen la heterosexualidad ni conllevaban el horror feminae. Los celos son una de las variedades de la paranoia, que también tiene otras maneras de expresarse. La gravedad de estas personas reside en su paranoia, más que en sus celos.

El paranoico es una persona en quien las situaciones externas, no son externas, sino que se integran, a su tema central, nada es casual e independiente de él, interpretándose como el centro de todo; el paranoico no siente que él es más importante que el mundo, sino que siente que todo lo que sucede tiene que ver con él y esto resulta amenazante. En la paranoia, lo fundamental es tener la razón, por lo que al sentir que lo contradicen, le reitera su pensar y de que el mundo es un lugar hostil. El paranoico siente que su pareja le engaña y si alguien trata de decir que esta equivocado, le crea un sentimiento de engaño, llevando a que el paranoico sea imparcial en su concepción del mundo: solo tolera amigos y enemigos (claramente se percibe el mecanismo de escisión). Para esta persona es fundamental que se verifique el engaño del cual es víctima y el cual justifica sus celos (Goldin, 1992).

2.5.2 Clasificación según Karl Jaspers

Jaspers (1910) manifiesta que se dan cuatro formas de celos:

2.5.2.1 Celos psicológicamente normales

Las ideas de los celos son cambiantes. Cuando se experimentan los celos, se da una intensidad de estos, para luego reestructurarse y encontrar una justificación.

2.5.2.2 Celos morbosos

Las ideas se desarrollan de forma lenta y brusca, pero estable y las demostraciones de los mismos se mantienen durante años y es difícil olvidarlas, ya que se exteriorizan y aumentan.

2.5.2.3 Celos deliroides(desarrollo)

Se dan ideas y observaciones que aparecen por todas partes y que se olvidan sin ninguna crítica. Aquí no existe la certeza, sino la sospecha que sometida a crítica, finalmente aparece como verdadera.

2.5.2.4 Delirio celotípico (proceso)

Tiene conexiones con todos los síntomas psicóticos, dependiendo del cuadro morbo en que se presente. Si no se da en la plenitud de los demás síntomas, su origen puede hallarse en una combinación de errores sensoriales y falsos recuerdos.

2.6 Aproximaciones psicoanalíticas a los celos

2.6.1 Complejo de Edipo

El complejo de Edipo es extraído de la saga griega del rey Edipo, en donde el héroe griego mata a su padre y toma por esposa a su madre (Freud, 1932-1936).

En la actualidad, se sabe que no todos los trastornos son neuróticos como lo señaló Freud y que la estructuración mental, por ejemplo, en los casos borderline es previa al complejo de Edipo. La relevancia de la comprensión del Edipo radica en saber que las ansiedades generadas en este período viven en el inconsciente y las defensas frente a esto serán las que permiten identificar la situación que viven las personas celosas.

Alrededor de los 3 años de edad se observa el complejo de Edipo, el cual consiste en la atracción sexual entre un niño y su progenitor. El niño se enamora profundamente del padre del sexo opuesto, a la vez que siente celos profundos hacia el progenitor del mismo sexo a quien toma como rival. El enamoramiento por la madre y los celos

hacia el padre es un suceso universal de la niñez temprana (Freud, 1886-1899).

El complejo nuclear de toda neurosis es el Complejo de Edipo, el niño toma a ambos miembros de la pareja parental y en específico a uno de ellos, como objeto de sus deseos eróticos. La ternura que se presenta tiene el matiz de lo sexual, pero con sus metas inhibidas. El amor hacia uno de los padres posteriormente se ubica en los vínculos con los hermanos. El complejo así formado está destinado a una represión y desde lo inconsciente actúa lo que lleva a comprender que se debe estar preparado para tropezar con su presencia (Freud, 1923-1925).

Existe una época en la que el niño es gobernado por los deseos sexuales no reprimidos, lo que lleva a que una parte de su quehacer intelectual se ponga al servicio de los intereses sexuales (Freud, 1910). Llevándolo a investigar la procedencia de los niños, por lo común reacciona sintiendo al hermanito como un competidor. La investigación es apuntalada a la comprensión de donde vienen los niños, como si por medio de esto se pudiera prevenir ese indeseado acontecimiento (Freud, 1906-1908).

Otro aspecto relevante de este período de desarrollo es el concepto de bisexualidad; el varón no posee sólo la ambivalencia hacia el padre y amor tierno hacia la madre, sino que también se comporta como una niña: “muestra la actitud femenina tierna hacia el padre, y la correspondiente actitud celosa y hostil hacia la madre” (Freud, 1923-1925, pp.34-35).

El conocer sobre la bisexualidad es lo que hace difícil reconocer las elecciones de objeto y las identificaciones primitivas, ya que, podría ser que la ambivalencia comprobada en la relación con los padres debiera referir la bisexualidad y no que se desarrolle la actitud de rivalidad a partir de la identificación (Freud, 1923-1925).

Este complejo de Edipo se hace inevitable por la identificación preedípica y el amor al objeto que lo precede. Se hace evidente el “amor hacia el progenitor del sexo opuesto” y los “deseos de muerte dirigidos contra el progenitor del mismo sexo” (Freud, 1923-1925). El resultado de esta relación indica que no sólo se debe tomar en cuenta las diferencias entre las distintas personalidades de los padres, sino también el hecho de que los conceptos de amor y muerte varían de un niño a otro. Y entonces el amor puede ser conceptualizado de diversas formas, al igual que la muerte para cada persona en particular (Fenichel, 1931).

El niño percibe al tercero (su padre) como superior, y él se siente pequeño en relación con el otro y su madre, figura vital para supervivencia, desea a otro ser poderoso que no es él. A su vez si la niña ha podido transferir sus deseos edípicos al padre, Meler (2000 citado en Caratozzolo, 2002) nos dice que “experimenta un miedo físico debido a la disparidad de tamaño corporal entre ella y su padre, mientras los varones temen resultar insuficientes ante los deseos de su madre” (p.54). Esto da lugar a que en la vida adulta aparecen los celos, haciendo sentir a la persona insegura e inferior con respecto al tercero. Esta persona está reviviendo en la vida adulta un trauma infantil (Caratozzolo, 2002).

En el varón, el primer objeto de amor es la madre, deseando dormir con ella, acariciarla y ser su centro, creando deseos asesinos hacia su padre, quien interfiere en sus planes, y todo esto le provoca culpa y temor a la retaliación por parte del padre y una sensación de angustia por esa retaliación inminente (Gabbard, 2002).

Freud (1901-1905) manifiesta que la mayor fuente de ansiedad del niño es que esa retaliación del padre se desea en forma de castración, por lo cual el niño renuncia a la lucha sexual por su madre y se identifica con el padre. Esta identificación con el agresor lleva a la decisión futura de buscar a una mujer como su madre, de forma que el niño puede ser como su papá. Esta internalización es dada al final del quinto o sexto año de vida.

En las niñas se explica de forma más compleja, en donde el complejo de Edipo se resuelve por el complejo de castración, ya que esto es promulgado por una conciencia de castración (Gabbard, 2002). Según Freud (1932-1936), en las fases pre-edípicas, la niña se siente como un niño hasta que descubre la existencia de un pene, por lo tanto se siente inferior y aparece la envidia del pene, y por esto culpa a la madre por su inferioridad, volviéndose hacia su padre como su objeto de amor y deseo, queriendo tener un hijo de éste para reemplazar su deseo por el pene.

El complejo de Edipo está relacionado con la evolución erógena que conduce, desde el erotismo oral, al erotismo anal, a la genitalidad, así como el desarrollo de las relaciones de objeto a partir de la incorporación parcial y ambivalencia, hasta el amor y el odio, y terminan en las tendencias edípicas, que se expresan en una masturbación genital, la cual se encuentra cargada de culpa. El poder superar todas estas tendencias, las cuales son reemplazadas por una sexualidad adulta, dan como resultado la normalidad en el individuo, mientras que las personas que se quedan aferradas

inconscientemente a todas estas tendencias edípicas, manifiestan una neurosis (Fenichel, 1931).

Freud (1923-1925) manifiesta que las personas normales son capaces de percibir características reales de los objetos y reaccionar adecuadamente en relación con ellos, mientras que en el neurótico, el complejo de Edipo no ha sido liquidado, juzga equivocadamente sus objetos, y sólo percibe en ellos la representación de sus objetos del pasado.

La resolución o no del complejo de Edipo en cada persona determina el carácter específico de las perturbaciones que sufrirá en sus relaciones de objeto. Aspectos tales como la situación familiar (real o sustituta), la edad y el número de niños, la edad en que se dieron conflictos significativos para la familia y el contenido de esos conflictos, determinará en cada caso el cuadro clínico (Fenichel, 1931).

Todo esto también desemboca en un interés sexual del niño en saber de donde vienen los bebés, lo que supone la mayoría de las veces a que surjan temores egoístas frente a la llegada de un niño, en donde los padres también influyen en el complejo de Edipo, ya que se pueden dejar llevar por la atracción sexual y donde hay varios hijos, muestran preferencia a uno de ellos. En tal situación, el perjuicio egoísta proporciona la base para que esos nuevos hermanos sean recibidos con antipatía, y en muchas ocasiones, los hijos manifiestan este sentimiento de odio mucho más que el complejo parental (Freud 1916-1917).

Freud (1916-1917) postula que “el niño desplazado a un segundo plano por el nacimiento de un hermanito, y casi aislado de la madre por primera vez, difícilmente olvidará este relegamiento; le nacen sentimientos que en el adulto se dirían de grave inquina y que a menudo pasa a ser la base de un distanciamiento duradero” (p. 304). Este hecho muestra que durante el crecimiento, el afecto original puede trasmutarse en otros sentimientos. Cuando los hermanitos crecen, la actitud para con ellos puede ser objeto de amor, como sustitución de la madre infiel; una hermanita puede tomar a un hermanito como sustituto del padre, quien ya no se ocupa de ella, como en los primeros años

2.6.1.1 Identificación

Freud (1920-1922) reconoce la identificación como una forma temprana de ligazón afectiva con las personas. Tiene un lugar importante en el desarrollo del Complejo de Edipo. El varón tiene un

interés en su padre (ser como él) y el padre es su ideal. La identificación con el padre se da de forma contemporánea con la investidura de objeto de la madre, existiendo dos lazos psicológicamente diversos; éstos coexisten un tiempo sin perturbarse entre sí. El desarrollo de la vida anímica avanza y esto trae que los lazos confluyan, en un Complejo de Edipo normal, el padre es un estorbo y aparece una hostilidad que busca sustituir al padre. Desde un inicio la identificación es ambivalente y puede ser de ternura o de eliminación.

2.6.2. Teoría de las Relaciones Objetales

Freud (1937-1939) en su artículo de Relaciones de Objeto explica que el primer objeto erótico del niño es el pecho materno nutricio satisfactor. Al inicio, el pecho no es distinguido del propio cuerpo y cuando tiene que ser separado del cuerpo, trasladado hacia fuera por la frecuencia con que el niño lo echa de menos, toma consigo como objeto, una parte de la “investidura libidinal”, originalmente narcisista (p. 188). Este primer objeto se completa luego en la persona de la madre, quien no sólo alimenta, sino también cuida, provocando en el niño, sensaciones corporales placenteras y displacenteras. En estas dos relaciones, la madre se fija como el primer y más intenso objeto de amor en ambos sexos.

El varón busca la imagen de la madre y la mujer a un hombre como su padre. Estos vínculos infantiles con los padres son importantes para la posterior elección de objeto sexual, lo que significa que cualquier perturbación de ellos crea consecuencias en la vida sexual adulta. La inclinación infantil hacia los padres es importante, pero no la única, que renovados en la pubertad, marcan el camino a la elección de objeto (Freud, 1901-1905).

Fenichel (1931) “Una incapacidad de amar basada en una profunda ambivalencia se manifiesta también en aquellas personas cuyas relaciones de objeto están dominadas por los celos” (p. 571). Las personas pueden experimentar celos ocasionales por sus parejas sin que estos sean considerados patológicos, mientras que cuando los celos son recurrentes y persistentes se dan en personas que no son capaces de “incubar un amor auténtico”, ya que en todas las relaciones se haya inmersa una necesidad narcisista.

Es importante observar como nuevamente las relaciones son cruciales para el desarrollo del infante, en donde Freud se aparta un tanto de su tópico instintivo para prestarle singular atención a la relación entre los padres y el infante y su futura selección de objeto.

La teoría de las relaciones objetales manifiesta que las pulsiones emergen en el contexto de una relación (díada madre-hijo), por lo que no se pueden separar uno del otro (Gabbard, 2002).

Para Fairbairn (1952 citado en Scharff y Scharff, 1991), a diferencia de Freud, manifiesta que las pulsiones están inicialmente dadas por la búsqueda objetal más que por una necesidad de reducir la tensión, entonces los niños se desarrollan y no internalizan únicamente un objeto o persona, sino que internalizan una relación completa. Esto se da por la experiencia positiva del sí mismo (el lactante), la experiencia positiva del objeto (madre alerta y cuidadora) y la experiencia afectiva positiva (saciedad). Cuando vuelve el hambre y la madre no está disponible inmediatamente, entonces se da una experiencia negativa de enojo y quizás temor, que incluye una experiencia negativa de sí mismo, el bebé demanda y se siente frustrado por un objeto desatento y frustrante, al percibir que la madre no se encuentra disponible. Al final, estas experiencias son internalizadas como dos situaciones opuestas de relaciones objetales que se dan por una representación de sí mismo, una representación de objeto y un afecto ligado a estos dos.

El niño va a instaurar, ya sea de forma positiva o negativa, sus relaciones con las demás personas, con base en la representación inicial que tuvo con sus objetos de cuidado.

Fairbairn (1952, 1954, 1963 citado en Scharff y Scharff, 1991) explica que lo que organiza al bebé al principio es la necesidad de relacionarse con la persona que lo cuida, usualmente la madre, quien también puede ser el padre con capacidad de maternaje. El bebé asimila los aspectos no satisfactorios de su relación y los disocia de su experiencia, los reprime del consciente, porque son muy dolorosos para mantener en la consciencia, y estos dos aspectos de experiencias dolorosas son las siguientes:

- La necesidad excitante (self libidinal): en la que el bebé siente a la madre seductora, ansiosa, y el bebé queda deseando una satisfacción que no consigue.
- Y la necesidad rechazante o frustrante (self anti-libidinal o saboteador interno): en la que el bebé percibe a la madre rechazante, agresiva y que frustra sus necesidades. El bebé queda frustrado y triste y se convierte en una represión hostil.

Finalmente existe un área de satisfacción relativa entre el niño y la madre que Fairbairn (1952 citado en Scharff y Scharff, 1991) denomina "Ego Central" (Self Central) en relación a su objeto interno "Objeto Ideal". Generalmente, la madre va a ofrecerle al niño lo que ella misma tuvo en su propia historia relacional, recreando

nuevamente en la relación con su hijo ansiedad, rechazo o una relación ideal.

Fairbairn (1952 citado en Scharff y Scharff, 1991) señala que la personalidad del infante está construida de la percepción que el infante tenga de su propia experiencia familiar. Sus sentimientos de necesidad o frustración determinan la apreciación del infante acerca de los eventos que transcurran. De esta forma, la estructura psíquica del niño se construye; y es el resultado de un sistema de relaciones objetales conscientes e inconscientes. La situación endopsíquica se refuerza o modifica a la luz de futuras experiencias, la maduración de las habilidades cognoscitivas, y los cambios en la calidad de las relaciones primarias, durante las diferentes fases del desarrollo. Las partes conscientes se mantienen en un sistema abierto, flexible y cambiante. Las partes inconscientes se dividen entre un sistema cerrado, rígido y que no cambian dada la fuerza de la represión; y que además no están disponibles para interactuar con otros o para aprender y cambiar a un nivel consciente. Mientras que las necesidades, frustraciones, nostalgias, amor y odio se re-experimentan dentro del self. Estos afectos caracterizan al objeto excitante y rechazante que ha sido internalizado dentro de toda personalidad.

El niño aprenderá a relacionarse de acuerdo con estas relaciones iniciales, de las cuales se construye el mundo psíquico del infante y las cuales constituirán el desarrollo de su personalidad.

Según Bion (1976), la madre tiene la capacidad de contener la ansiedad y frustración de su hijo en un estado conocido como "reverie" o ensueño o fantasía. Cuando el niño se identifica con la madre como la contenedora, el niño desarrolla un self seguro y con capacidad para pensar, dándose la identificación introyectiva.

La vida de un niño depende de tener una madre. El ambiente más importante para el infante durante los dos primeros años de vida es el ambiente que le proporciona la madre. Los intercambios no verbales entre la madre y el niño (comida, cuidado, atención, etc.) pueden promover o destruir su desprendimiento. (Scharff, 1991).

Una relación saludable, libre de frustraciones constantes, rechazo y ansiedad, debe proporcionarle al niño una organización lo suficientemente sana, para tener un sí mismo funcional, capaz de establecer relaciones constantes, duraderas y óptimas con las demás personas.

2.6.2.1 Introyección

Introyección es la internalización de la madre del infante, y tiene su comienzo con las sensaciones físicas asociadas a la presencia de la madre durante la lactancia, pero no se vuelven significativas hasta que se desarrolla un límite entre lo interno y lo externo. Una representación del objeto bueno se da con la realización alucinatoria del deseo que surge a partir del deseo del infante hambriento por su madre y la cual luego se transforma en una presencia interna a medida que se desarrolla el aparato cognitivo-perceptual del infante. “Una gran fuerza motivacional en la introyección de los aspectos positivos, amados de la madre parece ser el temor del infante de perder a la madre (Schafer, 1968 citado en Gabbard, 2002, p.35). Para la introyección de los aspectos negativos de la madre, los factores motivacionales incluyen la fantasía de controlar al objeto, al contenido dentro de uno mismo (Segal, 1964 citado en Gabbard, p.35), lo que crea una sensación de dominio a través de la repetición de experiencias traumáticas con el objeto (Schafer, 1968 citado en Gabbard, p. 64) y se prefiere tener un objeto malo a no tener ningún objeto (Gabbard, 2002).

Un apego muy fuerte al objeto dañino que se ha internalizado puede también estar conectado con el deseo de una relación más positiva con el objeto, a su vez que esto introyectado no necesariamente está relacionado con el objeto real externo (Meissner, 1981 citado en Gabbard, p. 36). Independientemente si el objeto ha sido bueno o malo, se internaliza en el niño, transformándose luego en una parte del sí mismo del sujeto. Ante la presencia de la introyección de una madre buena, se da el temor a perderla, lo cual luego se transforma en una sensación positiva propia y de los demás, mientras que ante la introyección de una madre que no fue lo suficientemente buena, aparece una necesidad de controlar dicho objeto, a través de la repetición de experiencias traumáticas, para no perder al objeto (Gabbard, 2002).

2.6.3 Teoría del Apego

La teoría del apego busca explicar la tendencia de las personas a formar lazos afectivos profundos con otras personas (Bowlby, 1969). “El apego es un enlace, basado biológicamente entre el niño y el cuidador que tiene por propósito garantizar la seguridad y la supervivencia del niño”. El niño busca estar cerca de la cuidadora para lograr una respuesta tranquilizadora. “Las estrategias de apego, son completamente independientes de las influencias genéticas, son adoptadas en la infancia y se mantienen relativamente estables” (Gabbard, 2002, p.61).

Bowlby (1969) a quien se le atribuye dicha teoría, manifiesta que la teoría del apego posee una dinámica propia y ésta busca explicar la conducta de apego que los niños y adultos tienen con determinadas personas. Alrededor de los tres meses de edad, la mayoría de los bebés reaccionan de una forma diferente con la madre y de otra forma con los demás. A esa edad, el bebé sonríe y vocaliza con mayor prontitud a su madre, siguiéndola con la mirada durante mayor tiempo que al resto de la gente. De igual modo, durante el primer año, el bebé protesta cuando se le deja en la cuna, al no poder ver a su madre. Mas adelante, el niño pequeño que ya tiene otras actividades advierte la ausencia de su madre al poco tiempo y vuelve a protestar. En adelante, está siempre en alerta y observando para saber donde está la madre y si no está al alcance de su mirada, presta atención al sonido de sus movimientos. Todas estas conductas de apego se dan con regularidad y fuerza hasta casi el final del tercer año y después de esta edad, la mayoría de los niños adquieren un grado mayor de confianza hacia figuras subsidiarias de apego en ambientes extraños (parientes o maestros).

Para Bowlby (1969), la conducta de apego es una conducta de tipo social, que posee una importancia igual a la del apareamiento y a la paterna. En ésta los patrones de conducta en el bebé se forman de manera interaccional, es decir, con su madre y su medio ambiente, y por esta razón no se debe hablar en términos de necesidades o impulsos. La conducta de apego persiste durante toda la vida, se seleccionan viejas o nuevas figuras y se mantiene la cercanía y/o comunicación con ellas.

Bowlby (1977 citado en Marrone, 2001) quien dice que la teoría del apego es una forma de sistematizar la tendencia a crear lazos afectivos con otras personas y a su vez es una forma de explicar el dolor emocional y los diversos trastornos de personalidad, como la ansiedad, la depresión, entre otros, y que se dan como consecuencia de la separación y la pérdida.

La privación de los cuidados maternos produce efectos dramáticos e importantes en el individuo, por lo que durante la infancia es vital que los padres sean sensibles a las señales del bebé, para que sean capaces de una adecuada interpretación y puedan responder apropiadamente y de forma rápida. Por el contrario, la falta de sensibilidad por parte de los padres se da cuando éstos fracasan en apoyar y entender las necesidades del bebé, lo que más tarde a lo largo de la vida, tendrá que ver con la "integración del self y autovaloración". La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres tiende a convertirse

en una estructura interna, o sea, un sistema representacional (Marrone, 2001).

La teoría del apego nos ha aportado una valiosa información acerca de la importancia del cuidado emocional de los padres hacia el infante, al mostrarnos que el bebé recién nacido ya siente la presencia de la madre y se vincula significativamente con ella, y dependiendo de cómo la madre responda a dicha vinculación, le va a proporcionar al niño las herramientas estructurales para el desarrollo de un self sano o disfuncional.

La experiencia emocional de cada individuo desde que es neonato va a tener una influencia significativa a lo largo de su vida (Bowlby, 1988). El desarrollo del “ego” y “super-ego”, está íntimamente relacionado con las relaciones humanas primarias de la vida del niño; y sólo cuando éstas son continuas y satisfactorias logran aquéllas desarrollarse (Bowlby, 1982).

Las estrategias de apego que no tienen que ver con las influencias genéticas fueron estudiadas por Ainsworth, Bell y Stayton (1971 citados por Furman y Flanagan, 1997) en un laboratorio y las llamaron situación extraña. Dicha situación buscaba separar al niño de su cuidadora principal y observar su reacción, de la cual pudieron encontrar diferentes tipos de apego infantil, los cuales son:

1. Apego seguro: Estos niños buscan la proximidad con la cuidadora cuando ella retorna y luego se observan animados, para seguir explorando y jugando. Este tipo de apego se da cuando el infante está firmemente apegado a la madre, a la cual utiliza como base desde donde explora el mundo y es capaz de separarse por breves períodos.
2. Apego evitativo: Se observa en infantes que se presentan menos ansiosos durante la separación y tratan con desaire a la cuidadora cuando ella regresa. Estos niños no muestran preferencia sobre la cuidadora o un extraño.
3. Apego ansioso-ambivalente: Los niños se resisten a la separación y son difíciles de calmar luego del regreso de la cuidadora. Estos niños muestran mucha ansiedad frente a la separación y manifiestan enojo, tensión y apego cuando esta regresa.

Main y Solomon (1986 citados por Furman y Flanagan, 1997) encontraron un cuarto patrón de apego infantil:

4. Apego desorganizado: Estos niños demuestran expresiones incompletas, inconscientes, confusas o temporalmente desorganizadas. Pueden buscar proximidad en un momento y luego rápidamente evitar el contacto.

A través de todas las investigaciones y estudios con base en la teoría del apego, se ha demostrado cómo la forma en que la madre se relaciona con el niño en sus primeros años de vida, va a ser significativa en el establecimiento de sus relaciones futuras y sus formas de apego. Scharff (1991) indica que los intercambios sensoriales primitivos que tienen lugar entre la madre y el infante podrían ser precursores de su sexualidad de adulto.

Hazan y Shaver (1987 citados por Furman y Flanagan, 1997) propusieron que las relaciones adultas pueden ser conceptualizadas como relaciones de apego, cuando el amor adulto romántico es conceptualizado como la integración de tres sistemas: el apego, los cuidados y la sexualidad y además proponen que existe un cuarto sistema filial que también está involucrado, y es responsable de las similitudes entre las relaciones de amistad y las románticas.

Arieta Slade (1999 citado en Romero, 2005) dice que "... la representación del niño de sí mismo y de su experiencia interna debe ser vista como una función directa de la capacidad de sus padres de representar e imaginar su mente y de esta forma se aporta una base segura para el niño como -ser mentalizante-; comprender la interfaz de la mente del niño con las mentes de sus figuras de apego es necesariamente el foco central del proceso terapéutico ó analítico" (p.100).

Existen niños que muestran vulnerabilidad biológica manifestada en síntomas de severos trastornos de ansiedad generalizada, esto conlleva a una necesidad intrínseca de apego seguro para poder estabilizar los sentimientos internos de desintegración.

Los niños biológicamente vulnerables sienten miedo a la desregulación y la rabia con sus efectos, necesitan que exista alguien que regule su self. Winnicott (1965 citado en Romero, 2005) " el sentido de sí mismo del niño como real y separado surge del reconocimiento que la madre hace del infante como real y separado; es esta capacidad de reconocer al self como real y separado lo que conduce al desarrollo del símbolo" (p. 101)

Cuando la madre reconoce con éxito los gestos del bebé e interpreta la necesidad, permite que se registre o se cree un código precomunicacional, lo que lleva al infante a desarrollar la capacidad de emplear un símbolo. La interacción de la madre de leer e interpretar adecuadamente las señales del bebé permite que éste represente y simbolice su propia vida interna; esto es su propio sentido de realidad subjetiva.

Romero (2005) comenta que: “Observar la naturaleza del conflicto y las manifestaciones en términos de la exacerbación del odio que Slade interpreta como el desarrollo de una especie de certeza de “maldad interior”. La necesidad de tener que enfrentar situaciones tan difíciles como la no representación o la degradación y dilución de la capacidad representacional es lo que finalmente nos parece estar moviendo a “cerrar filas” desde diferentes modelos teóricos” (p. 101).

Hazan y Shaver (1987 citado por Furman y Flanagan, 1997) proponen que ciertos estilos primarios de amor son paralelos a los anteriormente expuestos:

1. Por lo que vemos a adultos seguros y que se sienten cómodos, dependiendo de otros y de que otros dependan de ellos, siéndoles fácil acercarse a otros y no se preocupan mucho por el rechazo o el estar muy próximos a alguien.
2. Los individuos evitadores no están cómodos con la cercanía de otros, no confían en ellos y no les gusta depender de los demás.
3. Mientras que los adultos ansiosos-ambivalentes a menudo desean estar más cerca que lo que los demás están dispuestos a aceptar y les preocupa que sus compañeros no les amen o que los vayan a abandonar.

Por su parte Bartholomew (1990 citado por Furman y Flanagan, 1997) distinguió dos formas de evitación:

1. Un miedo en el cual la persona desea contacto íntimo, pero evita esas relaciones por miedo al rechazo.
2. Un alejamiento en el cual la persona niega la necesidad de apego y se ve a sí misma como autosuficiente.

El estilo de apego está muy relacionado a la intimidad. Los individuos seguros se muestran más satisfechos en su matrimonio, tienen relaciones más estables y se encuentran más capaces de apoyarse en el cónyuge cuando se enfrenta a una pérdida o algún otro problema. Cuando entran en discusiones, buscan resolver los conflictos, experimentan afectos positivos y menos ansiedad; lo que promueve la generación de mejores estrategias de resolución y una comunicación más abierta y constructiva durante los conflictos. Los evitadores pueden evaluar sus matrimonios como más satisfactorios porque tienen menos expectativas sobre la intimidad o se muestran defensivos con la calidad de la relación. Los ansiosos—ambivalentes se muestran menos satisfechos y se casan más rápido que los demás individuos, ya que ven el matrimonio como una manera de disminuir su temor al abandono y esto les asegura que son amados (Furman y Flanagan, 1997).

En los adultos, el cónyuge o compañero, a largo plazo, son la principal figura de apego, y la manera en que se relacionan con ellos depende del estilo de apego, lo cual está muy relacionado con la satisfacción marital, con la estabilidad de la relación, con los patrones de interacción, y con la percepción que se tiene de las relaciones.

Para poder experimentar celos debe existir una elaboración cognitiva de posesión junto con la innata de apego. Los celos son esperables dentro del desarrollo, el calificativo de negativos se adquiere como consecuencia de una incorrecta postura de los padres y esto provoca que desemboquen en celos patológicos. La imaginación de un niño lo lleva a que los celos estén bajo el ala de la suspicacia y sospecha continua. La perspectiva de la realidad cambia y esta falta de interpretación desemboca en celos.

Para que aparezcan los celos debe establecerse el apego hacia la figura materna, se debe poseer el cuidado, atención, protección y carisma de la madre, por lo que López (1984, citado en Ortigosa, 1999) define el apego en secuencia de estadios:

- 1.- Preferencia por los miembros de la propia especie, sin llegar a establecer diferencias entre quienes interactúan con él.
- 2.- Interacción privilegiada con las figuras de apego sin rechazar a los desconocidos.
- 3.- Interacción de forma privilegiada con las figuras del apego y rechazar a los desconocidos.
- 4.- Vinculación, conflicto e independencia.
- 5.- Paso de la tríada a la tétrada familiar, ante esta situación:
 - La madre disminuye las interacciones positivas y aumenta las prohibiciones y fricciones.
 - El niño aumenta sus conductas de apego hacia la madre, incrementando sus reacciones negativas, intensificando las conductas regresivas, recurriendo con más frecuencia a la manifestación de los síntomas sustitutivos: problemas de sueño, rechazo a la comida, negativa de ir a la guardería y manifestación habitual de conductas ambivalentes con el nuevo hermano (quererlo-rechazarlo, sentir orgullo de él y despreciarlo).

2.7 Envidia, celos y voracidad

A través del estudio de los impulsos destructivos, se puede observar que la falla en la integración afecta las relaciones amorosas. La falta de capacidad en el manejo de estos impulsos lleva a que no se logre distinguir claramente que tipo de agresión se dirige hacia los objetos de amor. De allí que es importante lograr una definición conceptual que permita entender la génesis de los impulsos agresivos y la forma

en que éstos se presentan. Es cierto que en la práctica no lo podemos ver de manera separada y pura, pero la comprensión permite entender qué tipo de agresión se dirige al objeto de amor y el nivel de defensa establecido.

La envidia se refiere a algo que uno quiere y no tiene, mientras que los celos se refieren a algo que uno tiene y no quiere perder (Van Sommers, 1989). “Considero que la envidia, siendo expresión oral-sádica y anal-sádica de impulsos destructivos, opera desde el comienzo de la vida y tiene base constitucional” (Klein, 1957, p. 181).

La envidia es una relación en dos partes, que se da muy temprano y el sujeto envidia al otro por alguna posesión o cualidad, en cuanto la voracidad, se puede entender que se desea poseer todo lo positivo sin mediar las consecuencias (Segal, 1980 citado en Ortigosa, 1999). La envidia se nutre de la pulsión de muerte y la voracidad de la pulsión de vida (Romero, 2005).

La escisión del pecho bueno y el pecho malo permite que el ser humano lidie con estos impulsos primitivos. Es importante reconocer que el pecho no es solamente algo físico, sino que comprende la totalidad de deseos instintivos y fantasías inconscientes. De esta forma el pecho adquiere cualidades que trascienden el alimento real.

Siendo el pecho bueno el prototipo de bondad, paciencia y generosidad materna; la envidia tiene que ver con la dificultad de la estructuración del objeto bueno, ya que el bebé siente que ha sido privado de su gratificación y esta privación queda detenida en el pecho que la frustró.

El estudio profundo de Klein (1957) de esta situación temprana permite aclarar el concepto de la siguiente manera: “envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso de quitárselo y dañarlo” (p. 186). La envidia se remonta a la más temprana relación con la madre, y en esta época no la reconoce como un objeto total, es una relación parcial, una no-persona: un pecho que alimenta, una mano que acaricia o limpia, un ojo que mira, una boca que murmura, etc.

En los celos se observa una relación entre dos personas en primera instancia, pero por su característica de peligro se introduce la participación de un tercero. Estos celos tienen base sobre la envidia, pero su principal medio es el amor que el sujeto siente que le es debido y le ha sido quitado o está en peligro de quitárselo un rival.

En toda esta necesidad primaria que surge de la relación del sujeto con el objeto, se observa la voracidad como un deseo vehemente, impetuoso e insaciable y que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz y está dispuesto a dar. Klein (1957) señala que “En el inconsciente la finalidad de la voracidad es vaciar e introyectar destructivamente. La envidia roba y coloca en el pecho, maldad, excrementos y partes malas de sí mismo con el fin de dañar y destruir. Profundamente es destruir la capacidad creadora” (p.186). Sin embargo lo destructivo se puede entender como una consecuencia a diferencia de la intención destructiva que ocurre en la envidia. Se observa que la envidia es proyección y la voracidad es introyección.

Klein (1957) reconoce toda la dimensión de la envidia, la cual debe ser diferenciada de los celos. La envidia está en el comienzo de los sentimientos humanos; es contemporánea al espejo; por esta razón señala a lo largo de toda su obra que la envidia precede a los celos. El pensamiento kleiniano está centrado en la definición y el abordaje clínico de la envidia.

Todo el esfuerzo de conceptualización de la envidia abre paso a la revisión de otros autores, en donde Lagache (1981 citado por Lachaud, 1998) comenta que “celos, envidia, heridas del deseo – confundidos a veces por su ambigüedad en la lengua corriente – ponen en evidencia el elemento esencial de toda estructura psíquica” (p. 29).

Para Lachaud (1998), los celos de los hermanos no corresponden a una competencia vital: el sujeto palidece de envidia, no de necesidad. Hay envidia en relación con lo que el sujeto ve, con lo que el otro posee y él no.

El afecto envidioso desde la perspectiva freudiana es visto como producto de las consecuencias psíquicas de la envidia del pene. Con la admisión de la herida narcisista, se establece en la mujer un sentimiento de inferioridad. “Superado el primer intento de explicar su falta de pene como castigo personal, y tras aprehender la universalidad de este carácter sexual, empieza a compartir el menosprecio por el varón por ese sexo mutilado en un punto decisivo, y al menos en este juicio, se mantiene en paridad con el varón” (Freud, 1923-1925).

En la envidia del pene se renuncia a su objeto genuino, pero en lo inconsciente esto no deja de existir, persiste en carácter de los celos, con un leve desplazamiento. Los celos se pueden dar en ambos sexos, y desempeñan un papel más importante en la vida anímica de la

mujer, porque reciben de forma desviada un enorme refuerzo desde la fuente de la envidia del pene (Freud, 1923-1925).

Otra de las consecuencias de la envidia del pene “es el afloramiento de los vínculos tiernos con la madre, lo que sucede con la niña es que responsabiliza a la madre de su falta de dotación, generando celos en otro niño a quien se considera que la madre ama más; esto conlleva a la motivación de deshacer la liga madre-hija” (Freud, 1923-1925, p. 273).

Para Freud, los celos se relacionan con el complejo de Edipo; para Lacan nacen con la intrusión, en el momento en el que el niño teme perder su primer objeto de amor, no pertenecería ni a la envidia -ser o tener lo que el otro es o tiene- ni a los celos, ya que el niño está en una relación exclusiva con la madre.

La envidia es un proceso imaginario, puede no faltar nada, pero yo estoy excluido de lo deseable (Lachaud, 1998)

La diferencia entre los celos y la envidia, se da cuando el niño más pequeño puede ser objeto de una mirada envidiosa por parte de su hermano mayor ya destetado, y al no poder hacer lo mismo, tenderá por el contrario, a vivir sus celos como una herida permanente en su desgraciada condición: no es el último, el último de los últimos. (Lachaud, 1998).

Romero (2005) sintetiza el pensamiento de Klein (1932) y dice que la envidia "primaria" es una manifestación instintual y requiere del mecanismo de escisión como defensa. Dentro de la fase oral citada por Romero: "La envidia oral es una de las fuerzas motoras que llevan a los niños de ambos sexos a querer abrirse paso por entre el cuerpo de la madre y que despiertan el anhelo de conocimiento (impulso epistemofílico)" (p. 67).

Shorter Oxford Dictionary (citado en Klein, 1957): “los celos significan que alguien ha tomado o recibido “lo bueno” que por derecho pertenece al individuo. En este sentido yo interpretaría “lo bueno” básicamente como el pecho bueno, la madre, una persona amada, que alguien ha quitado” (p.187). Klein (1957) manifiesta que el hombre que es envidioso se siente tranquilo al observar la desventura de los demás y se molesta ante la satisfacción del otro, por lo que resulta muy difícil satisfacer a un hombre envidioso.

Klein (1957) cita de Otelo lo siguiente: “Los celos no se satisfacen con esa respuesta, no necesitan ningún motivo. Los hombres son celosos

porque son celosos. Los celos son monstruos que nacen y se alimentan de sí mismos". (p. 187).

Appleby (1996 citado en Ortigosa, 1999) expresa: "el celo se diferencia de la envidia en que el primero va más allá del pensamiento y conduce a la acción, obligando al sujeto a recuperar el afecto perdido" (p.27).

Feldman y De Paola (1994 citado en Ortigosa, 1999): "El objeto envidiado es un objeto idealizado que posee cualidades inalcanzables, de modo que no se pretende tanto el objeto en sí como una imagen idealizada" (p.27).

"Los celos son razonables y pertenecen a los hombres razonables, mientras que la envidia es vil y pertenece a los viles; porque los unos logran para ellos mismos cosas buenas por celos, y los otros impiden a sus prójimos tenerlos debido a la envidia" ([Aristóteles](#), 340 bc).

Romero (2005): El afecto de envidia es uno de los factores que destruyen la integración de la persona y las posibilidades de relación con los demás. La envidia puede impedir que uno inicie, avance o sostenga su desarrollo personal integral, pues puede destruir el desarrollo ya logrado: temporal o permanentemente, desarrollos ulteriores. Romero especifica que se puede ver la envidia desde la parte endógena o constitucional y otra exógena o relacionada a la frustración y por ende, reactiva: agresividad.

Gill, 1982; Billow, 2000 y Ortiz, 2002 (citados en Romero, 2005) la envidia puede llevar a la persona que la experimenta a tratar de bloquear, en forma preventiva, el desarrollo del otro, y abarca principalmente a la familia (hermanos, cónyuge, amigos, etc.), destruyendo el desarrollo de la otra persona, para no sentirla tan amenazante, lo que lleva a la rivalidad y a una dificultad para sentirse competitivo entre estas personas.

Existe un lado no tan oscuro de la envidia, y es que ésta permite que el hombre trabaje por alcanzar lo que desea. El problema de la envidia es cuando no existe tolerancia a las diferencias y esto lleva a cuestionar la envidia en el ámbito de las relaciones de pareja. La envidia surge en la oscuridad del inconsciente, lo que constituye un obstáculo para recordarla, percibirla o identificarla.

La capacidad de autoaceptación y amor propio es la que permite que el adulto pueda establecer vínculos maduros: intercambio afectivo, productividad generativa, respeto mutuo, lealtad y responsabilidad integral y compartida. Cuanto más carenciados, más precarias fueron

las experiencias en relación temprana con el objeto y menos posibilidad existió para lograr una integración.

Romero (2005), se refiere a los estudios realizados por Rosenfeld (1947) sobre el fenómeno de la envidia en las transferencias de esquizofrénicos, observando ciertos rasgos de la envidia primaria que la diferencia de otros estados psíquicos como la frustración y la rivalidad:

- la fantasía asociada es innata
- ataques hacia los objetos buenos, dada la bondad de éstos.
- la separación y su respectiva conciencia es intolerable
- necesidad de mantener los objetos y los impulsos separados
- intolerancia al estado de separación dependiente lleva a la confusión (fusional) con el objeto bueno y existe dificultad de alcanzar un sentimiento de realidad.

2.7.1 Características del hombre envidioso:

Romero (2005) señala las características del hombre envidioso de la siguiente manera:

- El envidioso “es capaz de dañarse a sí mismo con tal de provocar un daño mayor al envidiado”.
- El objeto de la envidia puede ser cualquier cosa, pero con frecuencia se refiere a alguien que se percibe en franca superioridad.
- Ocurre dentro de una lógica narcisista de comparación con el otro, a partir de un acto de percepción de diferencias. La diferencia que separa se la aprecia como injusta.
- Campea por el igualitarismo, pero en realidad es profundamente esclavo de las diferencias.
- Piensa que el otro no tiene derecho a poseer lo que él mismo no tiene o no puede llegar a tener.
- Es inconsciente de su propia envidia, porque ésta actúa encubierta
- Tiene como factor precipitante, el éxito del otro.
- La fórmula típicamente envidiosa es: ¿por qué él, sí y yo, no?
- La envidia entra por los ojos.

2.8 Gratitud y capacidad para amar

La revisión de los impulsos destructivos tuvo como finalidad reconocer su génesis y los alcances en las relaciones, pero todo este proceso de comprensión de la destructividad ha tenido la finalidad de reconocer la importancia de las relaciones amorosas sanas y el fortalecimiento del vínculo. Se reconoce que las consecuencias de la

envidia y de los impulsos agresivos traen resultados negativos en la integración del individuo y en su relación con los que le rodean.

En el amor tierno se acepta que el otro no sea todo, mientras que en el amor pasional se espera no sólo que el otro sea todo, sino poder ser todo para la otra persona (Caratozzolo, 2002).

Para poder profundizar en el conocimiento del amor siempre existirá una correlación directa entre los impulsos destructivos y los impulsos de vida, adentrarse en uno conlleva mencionar su contraparte, ésta es la esencia de la integración, el hecho de que la envidia dañe la capacidad de gozar explica hasta cierto punto la razón de su existencia. Cuando el pecho mitiga los impulsos destructivos, genera “goce” y “gratitud”. Cuando la voracidad, la envidia y la ansiedad persecutoria (ligadas entre sí o self malo) se incrementan inevitablemente, genera un sentimiento de ansiedad y el resultado es la incertidumbre acerca de la bondad del objeto; esto trae como consecuencia aumentar la voracidad y los impulsos destructivos.

Siempre que un objeto es sentido como bueno, tanto más vorazmente es deseado e incorporado. Las dudas con respecto a la posesión del objeto bueno y la incertidumbre acerca de los propios sentimientos buenos contribuyen asimismo a la formación de identificaciones voraces e indiscriminadas, esto lleva a que las personas no puedan confiar en su propio juicio.

En los estadios tempranos, la envidia no permite estructurar con seguridad un objeto interno bueno. El niño posee una fuerte capacidad para el amor y la gratitud, esto lo lleva a tener una profunda relación con su objeto bueno y consecuentemente puede resistir a los estados temporales de envidia, odio y sensación de perjuicio sin ser dañado. Cuando los estados negativos son pasajeros, el objeto bueno es recuperado. Esto permite su consolidación y crea el cimiento de un yo fuerte.

“El sentimiento de gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad para amar. La gratitud 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” (Klein, 1957, p. 193).

La relación exclusiva con la madre varía individualmente en duración e intensidad, hasta donde permanece imperturbada depende en parte de las circunstancias externas, pero los factores internos subyacentes -sobre todo la capacidad para amar- parecen ser innatos.

En el proceso evolutivo temprano, los impulsos destructivos como la envidia pueden perturbar el vínculo, ya que la envidia se manifiesta en el daño y robo de aquello que el objeto posee, si la capacidad de amar está suficientemente desarrollada, el bebé puede experimentar una satisfacción plena. Freud (1905 citado en Klein, 1957): “describió la felicidad del bebé al ser amamantado como el prototipo de la gratificación sexual. A mi modo de ver, estas experiencias constituyen no sólo la base de la gratificación sexual sino de toda felicidad posterior, y hacen posible el sentimiento de unidad con otra persona” (p. 193).

El sentimiento de unidad es esencial en toda relación de amistad o relación amorosa sana, es una comprensión que muestra la intimidad con la madre del estadio preverbal, esta capacidad de goce constituye la base para experimentar placer de otros orígenes.

Es maravilloso como de forma natural los procesos evolutivos muestran el despliegue hacia el crecimiento y maduración. A pesar de la parte destructiva innata, las experiencias de satisfacción van abriendo paso a la capacidad de amar, siendo el sentimiento de gratitud un catalizador de los impulsos destructivos.

Klein (1957): cuando el niño se satisface alimentándose sin perturbaciones, se introyecta un pecho bueno, que produce seguridad. “La gratificación plena de mamar significa que el bebé siente haber recibido de su objeto amado un don incomparable que quiere conservar: he aquí la base de la gratitud” (p. 193).

Para Klein (1957), la gratitud guarda relación con la creencia de existencia de figuras buenas, esto permite asimilar el objeto primario amado como fuente de alimento y de seguridad, sin que la voracidad y la envidia interfieran demasiado, ya que la internalización voraz, impide la relación con el objeto, y se experimenta control y daño. Como contraparte, la buena relación conlleva al deseo de preservar al objeto, por lo que los impulsos destructivos se refrenan. Esto lleva a que se establezca un objeto que ama y protege al individuo y viceversa, base necesaria para la propia bondad.

Klein (1957) refiere que los cambios significativos del carácter que de cerca se observan como deterioro, ocurren con mayor probabilidad en aquellos que no han establecido su primer objeto con seguridad, siendo incapaces de mantener su gratitud. Razones externas o internas instauran la ansiedad persecutoria que trae como consecuencia que se pierda por completo su objeto primario. La consecuencia de esto es una regresión a los mecanismos tempranos de disociación y desintegración, lo cual puede afectar al carácter del individuo.

Cuando un objeto es sentido como bueno es vorazmente deseado e incorporado. El sentimiento de gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad para amar. Es esencial en la estructuración de la relación con el objeto bueno, hallándose también subyacente a la apreciación de la bondad de los otros y en uno mismo. Desarrollar la capacidad para amar permite que se alcance la satisfacción plena y esta última es la base para la gratitud. Esto permite un sentimiento de unidad, “la capacidad para gozar plenamente de la primera relación con el pecho constituye el fundamento para la experimentación de placer proveniente de otros orígenes” (Klein, 1957, p. 193).

Cuando la satisfacción de ser alimentado es vivida, con frecuencia la introyección del pecho bueno se da con relativa seguridad, y se adquiere un don que se quiere conservar. Esto es la base de la gratitud que guarda estrecha relación con la creencia de figuras buenas; esto es la capacidad para asimilar al objeto primario. La buena relación con el objeto interno y externo lleva a que exista el deseo de preservarlo. “El proceso subyacente a la confianza en el pecho bueno como derivado de la capacidad del bebe a invertir con libido el primer objeto externo. De esta manera se establece un objeto bueno que ama y protege al individuo, siendo a su vez amado y protegido por éste. Aquí es donde se halla el fundamento de la creencia de la propia bondad” (Klein, 1957, p. 194). La riqueza interna es producto de la asimilación del objeto bueno, la introyección del mundo externo se hace propicia y se crea una sensación de enriquecimiento.

2.8.1 Amor sexual maduro

Desde la perspectiva klenian, se observó la relevancia de la capacidad de amar como una forma de relación con el medio que si bien se puede trasladar a las relaciones amorosas, Klein no profundiza en el vínculo erótico. De allí surge la necesidad de retomar a Kernberg (1995) que explica sobre el amor sexual maduro, señalando que es una disposición emocional compleja que integra los siguientes elementos:

1. Excitación sexual transformada en deseo erótico a otra persona.
2. La ternura que deriva de la integración de las representaciones del objeto y el self cargadas libidinal y agresivamente con predominio del amor sobre la agresión y tolerancia a la ambivalencia normal.
3. Una identificación con el otro que incluye la identificación genital recíproca y una profunda empatía con la identidad genérica del otro.

4. Idealización madura junto con un profundo compromiso con el otro y con la relación.
5. Carácter apasionado de la relación amorosa en los tres aspectos: relación sexual, relación objetal y la investidura del superyó de la pareja.

Para Kernberg (1995), el anhelo de intimidad está vinculado al deseo de fusión simbólica con el objeto parental y por la misma razón a la forma más temprana de identificación, por lo tanto, en la capacidad para el amor sexual maduro existe un empuje regresivo hacia una fusión con el objeto amado, la búsqueda de la recuperación transitoria de la unidad simbiótica deseada en una relación ideal con la madre. La tendencia progresiva primero va dirigida a la consolidación de la diferenciación entre las representaciones del self y el objeto y más tarde, a la integración de las representaciones, permitiendo concepciones integradas que incluyen una clara diferenciación de sus roles sexuales.

Kernberg (1995) refiere que la búsqueda de fusión simbiótica es implícita en el deseo erótico. La capacidad de relación con un objeto diferenciado y total es la parte complementaria de la capacidad para desarrollar una relación amorosa madura. La etapa de integración se da en el proceso de separación individuación y marca el comienzo de la constancia de objeto, iniciación de la fase edípica. “El sentimiento de ternura es una expresión de la capacidad de preocupación por el objeto de amor. La ternura expresa amor al otro, y es un resultado sublimatorio (reparador) de las formaciones reactivas contra la agresión” (p. 73).

2.8.2 Enamorarse y convertirse en pareja

La etapa de enamoramiento es una de las etapas de los seres humanos en donde se vive una “locura” temporal, ya que existe una fusión con el otro y enajenación con la persona amada. Todo este proceso de idealización y regresión narcisista permite que el ser humano pueda iniciar una relación de pareja. Muchos anhelan estar siempre en la fase de enamoramiento por todo lo mágico que ésta comprende, pero otros al pasar este período se adentran a lo que es la relación y se convierten en pareja y deben aprender a construir el vínculo que será la fortaleza de todo lo que vivirán juntos.

Kernberg (1995): “la capacidad para enamorarse es un pilar básico de la relación de pareja. Supone la capacidad para vincular la idealización al deseo erótico y el potencial para establecer una relación objetal profunda” (p. 109). Cuando la unión muestra que se atraen y se anhelan recíprocamente, expresando la capacidad para

vincular inconscientemente la ternura, la sexualidad, el erotismo y el ideal del yo, entonces se está poniendo la agresión al servicio del amor.

En un principio, el enamoramiento lleva a que la pareja busque a alguien que le dé aquello que siempre se deseó. El problema es que el otro está buscando lo mismo. El enamoramiento, hace que se mantenga viva una ilusión de poder conseguir lo anhelado. La relación de pareja es algo totalmente diferente, tiene una profundidad distinta; en el amor, el otro es aceptado como es (Hellinger, 1999 citado en Weber, 1999).

Kernberg (1995) profundiza en la descripción de las relaciones amorosas y señala de manera clara la forma en que una relación de pareja contiene las agresiones constitucionales del ser humano. Una pareja que tiene una relación amorosa bien fundamentada desafía la siempre presente envidia y el resentimiento. Cuando la pareja logra incorporar los deseos polimorfos en la relación sexual y saca a la luz el núcleo sadomasoquista en su intimidad, su desafío a las costumbres culturales puede convertirse en un elemento consciente de placer. La incorporación plena del erotismo corporal enriquece la capacidad de cada partenaire en la apertura hacia la dimensión estética, consolidando la vida emocional, cultural y social de la pareja.

Es posible la relación de pareja cuando psíquicamente se permite la transgresión de las prohibiciones edípicas. Existiendo una transgresión contra el objeto sexual, se puede observar en la forma en que se tienta y se rehúsa de manera seductora. Es ésta la forma en que el deseo erótico se ofrece y al mismo tiempo se niega. La penetración es una violación a los límites del otro; esto muestra que la transgresión es también la agresión contra el objeto, siendo excitante por su gratificación agradable, entrando en concordancia con la capacidad de sentir placer en el dolor. La agresión es agradable, porque es contenida en una relación amorosa (Kernberg, 1995).

CAPÍTULO 3
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Este estudio se realizó desde una perspectiva cualitativa, ya que el fenómeno de los celos puede llegar a tener diferentes manifestaciones entre un individuo y otro, por lo que este enfoque puede llegar a ofrecernos una valiosa información acerca de estas diferenciaciones y el porque de las mismas.

Briones (2002) explica que un estudio cualitativo nos muestra múltiples realidades construidas por cada uno de los individuos (actores celosos): “no existe una verdad única sino que una verdad que resulta ser una configuración de los diversos significados de los actores que le dan a las situaciones que viven” (p. 3).

Estas realidades observadas e investigadas en los diferentes actores de esta investigación, permitieron entender la temática investigada desde la percepción única que tuvo cada una de las actrices de su realidad actual, ya que aunque ambas fueron seleccionadas por presentar la misma situación (celotipia), su representación de la realidad fue vivida de forma diferente.

“La investigación cualitativa busca la subjetividad, y explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales” (Alvarez-Gayou, 2003, p. 41). Y es por esto que en esta investigación, se requirió buscar lo subjetivo de cada una de las actrices, en relación con una situación en particular, como lo es la celotipia.

La investigación cualitativa es una aproximación al tema en cuestión sobre la experiencia humana y centra su interés en informes narrativos, descripción, integración, contexto y significado. (Kazdin, 2001) La metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor y Bogdan, 1999).

Todo lo vivido, experimentado y sentido por las actrices ocupa un lugar central en torno a esta investigación, en donde se busca a través de lo que dicen y como lo dicen, por medio de la conducta verbal y no verbal conocer y entender la situación investigada. El investigador le otorga un gran valor a esta comunicación, ya que por medio de ella se establece el vínculo para poder investigar.

Dentro de la justificación y pertinencia del tema de investigación, al inicio de esta investigación se hablaba acerca de la importancia de entender los celos desde el celoso, su desarrollo y evolución. Esto me llevo a trabajar con el diseño cualitativo, lo cual según Briones

(2002), no busca una conexión entre la causa y el efecto entre los hechos, sino que busca la descripción, comprensión e interpretación dentro de la teoría que se ha estudiado.

Lo característico de la investigación cualitativa es que parte de un contexto en particular, eso hace que sus resultados no son generalizables ni repetibles (Guardián-Fernández, 2007). “En la investigación cualitativa no interesa la representatividad; una investigación puede ser valiosa si se realiza en un solo caso (estudio de caso)” (Alvarez-Gayou, 2003, p. 33).

Y aunque puede ser útil con un único caso, para esta investigación se utilizaron dos casos, ya que aunque no se busca encontrar una generalización, se quiso observar como son vivenciados los pensamientos y sentimientos acerca de un mismo fenómeno (celotipia) en dos actrices diferentes, a su vez se quería saber si existía una aproximación en ambas acerca del desarrollo de la celotipia.

La metodología utilizada se basó en la perspectiva fenomenológica, ya que de la perspectiva teórica depende lo que estudia la metodología cualitativa, el modo en que lo estudia, y en qué se interpreta lo estudiado, lo cual ayudó a comprender la forma en que las dos actrices celosas en esta investigación entendieron su propia realidad y la que viven en este momento.

Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. (Taylor y Bogdan, 1999). La fenomenología describe las vivencias y aclara el sentido que envuelve la vida cotidiana del individuo, o sea, el significado del ser humano y su experiencia (Guardián-Fernández, 2007).

Esta perspectiva me permitió estudiar el fenómeno de la celotipia, pudiendo comprender las creencias e ideas de cada una de las actrices de esta investigación, acerca del significado que cada una le otorgaba a sus experiencias y sus vivencias personales. Un mismo fenómeno o realidad será vivido de forma diferente para cada persona, en términos de cómo sintió y percibió esa realidad.

La fenomenología es la ciencia que busca descubrir las estructuras esenciales de la conciencia. El fin no es descubrir un fenómeno, sino descubrir en él la esencia válida universal y científicamente útil (Hurseerl, citado por Guardián-Fernández, 2007).

La perspectiva fenomenológica lleva a entender la percepción de cada una de las actrices, sobre su celotipia, no como un fenómeno único, sino como una situación que es experimentada, sentida, vivida e interpretada desde la realidad de cada sujeto.

A su vez, dentro de la metodología cualitativa, se utilizó el método de estudio de casos, el cual estudia la particularidad y la complejidad de uno o más casos, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. La investigación con estudio de casos no es una investigación de muestras, sino que busca comprender y profundizar sobre un caso específico. (Stake, 1998).

Entender los dos casos de dicho estudio, permite concebir los celos y la celotipia, en términos de su desarrollo, evolución, etiología, epidemiología e inferencia actual en la vida personal, conyugal y familiar. La investigación en estudio de casos es una herramienta importante al querer obtener información acerca de la realidad subjetiva de cada persona, acerca de una misma realidad.

Los estudios de casos generalmente han servido de base tanto para desarrollar técnicas terapéuticas como para crear hipótesis acerca del origen de diversos trastornos clínicos. Estos diseños permiten examinar varias preguntas tradicionalmente interesantes en la evaluación del tratamiento: evaluar globalmente un tipo de tratamiento, analizar los componentes del tratamiento, diseñar tratamientos más efectivos, incluyendo componentes y comparar diferentes tratamientos (Kazdin, 2001).

Al poder trabajar con los dos casos que se utilizaron para esta investigación, se pudo entender los celos y la celotipia en términos no sólo de una patología, sino como éstos son la base para el desarrollo de la capacidad para amar. Entender y ampliar una situación particular o un fenómeno, a través de estudios de casos nos permite poder elaborar mejores propuestas terapéuticas, con base en lo estudiado y explorado.

El investigador en estudios de casos intenta facilitar la comprensión al lector, ayudar a comprender que: las acciones humanas importantes pocas veces tienen una causa simple y que normalmente no se producen por motivos que se pueden averiguar (Dilthey, 1910 citado en Stake, 1998).

Entendiendo entonces que el ser humano es un ser único y que sus acciones no se pueden predeterminar, ya que éstas van a estar asociadas a su propia percepción, la cual es única y particular. En la investigación cualitativa, tanto la investigadora como los investigadores

(actrices celosas) son la base del proceso, ya que parte crucial del estudio de los celos y la celotipia es poder entender la realidad consciente e inconsciente de estas personas y para poder obtener este tipo de información, es necesario y básico poder tener una cercanía con los investigados.

3.2 Escenarios de la investigación

Luego de seleccionar el tema de investigación y decidir que éste se iba a realizar a través de estudios de casos, se inició el proceso de búsqueda de un sitio que proporcionará el escenario adecuado para dicho estudio, el cual fuera un lugar privado, cerrado y constante a través del tiempo (que no cambiará). Se contactó entonces con la Policlínica Dr. Carlos Brin de la Caja de Seguro Social, la cual accedió a brindar un consultorio del área de Salud Mental para dicho trabajo. Esta Policlínica brinda el servicio a los asegurados de la Caja del Seguro Social, de atención médica y mental, y ésta se encuentra ubicada en la ciudad de Panamá, en un área urbana.

3.3 Selección de actrices

Antes de iniciar la búsqueda de las actrices con las cuales se iba a trabajar en esta investigación, se especificaron los criterios de selección, lo cual ubicará a las actrices en un mismo marco de referencia, lo que garantizará la comparación entre éstas. Los criterios utilizados fueron los siguientes:

- Presencia de celotipia en varias de sus relaciones de pareja.
- Relación de pareja estable.
- Edades entre los 25 y los 45 años de edad.
- Escolaridad mínima de bachillerato.
- Residentes en la capital del país.
- Disposición de recibir psicoterapia psicodinámica dos veces a la semana y por un período de tiempo mínimo de un año.

Poder conseguir las protagonistas para el tema de investigación fue un trabajo arduo, ya que inicialmente los casos iban a ser referidos por los psicólogos y psiquiatras que laboraban en la Policlínica Dr. Carlos Brin, pero éstas señalaban no tener casos nuevos, ni viejos con las características específicas que requeríamos. Pasaron semanas en esta espera, hasta que pedí un permiso especial para acceder a la base de datos de los archivos de salud mental, para revisar cada uno de los expedientes que allí reposaban, buscando casos de personas celosas, pero tampoco pude encontrar nada.

Mi siguiente búsqueda consistió en hacerle saber a mis amistades y conocidos mi tema de investigación y mi necesidad de conseguir

casos de personas que fueran celosas y que quisieran trabajar dichos celos. A la vez hice una publicación en el periódico, ofreciendo una charla gratuita de celos. Para esta charla llamaron muchos interesados y se ofreció en la Clínica Transiciones, adonde llegaron 14 personas. Al finalizar la charla, se les comenté sobre el tema de investigación y se les manifestó a los interesados que se podían incluir en un tratamiento psicoterapéutico.

A raíz de las referencias de familiares y amistades, llegó a consulta Roberta¹, el día 7 de marzo de 2005, la cual inmediatamente encajo en el perfil esperado. La paciente tenía que tener una relación de pareja estable por un periodo de tiempo determinado y presentar celotipia, perfiles que encajaban con Roberta, la cual presentaba celos patológicos en su relación de pareja.

El segundo caso fue más complicado de seleccionar y durante el proceso de selección, se evaluaron seis personas. En tres casos, los celos eran justificados (por infidelidades) y estaban ocasionando una crisis en ese momento, pero no era un estado activo el cual se había mantenido por años. En otro caso, el evaluado refería tener fuertes celos hacia su pareja y en el transcurso de la evaluación apareció que no tenía problemas de celos, sino una fuerte necesidad de terapia y éste se auto diagnosticó una celotipia para poder asistir a terapia. En otros dos de los casos evaluados, las pacientes presentaban una fuerte celotipia, pero no tenían pareja en ese momento, lo cual era otro criterio para la selección de los casos, ya que se quería observar la reacción de celotipia actual en la relación de pareja. Finalmente asiste a consulta Diana², el día 18 de mayo de 2005, que sí cumplía con los requisitos establecidos, porque presentó por años situaciones de celos con su pareja, lo cual afecta su relación actual.

3.4 Técnicas cualitativas

Antes de seleccionar las técnicas para recoger información, en esta investigación se hizo una revisión sobre las diversas técnicas cualitativas que pudieran proporcionar información acerca de los sentimientos, ideas, impresiones y percepciones de las dos actrices celotípicas. Las técnicas cualitativas seleccionadas que permitieron profundizar acerca de la celotipia fueron las siguientes:

- Entrevista a profundidad (a través de la Psicoterapia Psicoanalítica)
- Registro de la historia clínica

¹ Roberta: Nombre ficticio para proteger la identidad de la participante.

² Diana: Nombre ficticio para proteger la identidad de la participante.

3.4.1 Entrevista a profundidad (Psicoterapia Psicoanalítica)

La entrevista psicológica es una relación en la cual intervienen dos o más personas: investigado e investigador y ésta está guiada por la teoría. Inicialmente el entrevistador no trae una guía del proceso, sino que es el entrevistado quien proporciona la información, ya que la entrevista carece de una estructura específica, y la técnica no directiva parte del supuesto de que no hay que cambiar algo externo a la entrevista, sino el proceso entre terapeuta y paciente y esto se da a través de los fenómenos de transferencia y contratransferencia (Rodríguez Sutil, 1998).

En la entrevista se inicia desde el primer contacto una relación con el otro, la cual no parte de directrices específicas, sino de la relación. Las entrevistas con las dos actrices o pacientes de esta investigación buscaban poder establecer este vínculo relacional, que hace más efectivo el tratamiento y la búsqueda de información.

Los objetivos de las entrevistas, según Avila (1989 citado en Rodríguez Sutil, 1998) son:

1. La recopilación de información acerca del sujeto entrevistado.
2. El establecimiento de un rapport positivo, que facilite la recogida de información y la colaboración con las intervenciones posteriores.
3. Cerrar el proceso, ya sea por una devolución o encuadre.

Se hizo énfasis en la entrevista en profundidad, pues se requería explorar exhaustivamente la temática por investigar y según Guardián-Fernández (2007), una de las características principales de ésta es que tiene un corte cualitativo y holístico, en donde el sujeto de la investigación se constituye por su propia experiencia, ideas y valores en el preciso momento de la entrevista y pretende ser un holograma dinámico de la configuración de la vida, conocimientos y pensamientos de un individuo fuera de su participación como actor social en una experiencia significativa, o de su posible relación con un tema particular determinado.

En el trabajo con las dos actrices, se pudo establecer el vínculo relacional antes mencionado, ayudando a que se pudiera trabajar en base a sus propias experiencias, percepciones, pensamientos, valores e ideas, las cuales mostraban su realidad y su forma de vincularse con el mundo. La entrevista a profundidad se utilizó para obtener información detallada del tema por investigar, el cual sirvió para comprender la celotipia de los protagonistas, en una relación entre investigador e investigado. Se completaron aproximadamente 100 horas de atención con cada una de las dos actrices de esta

investigación. Con Roberta se completaron 93 horas y con Diana 102 horas.

Mediante la Entrevista a profundidad se utilizó la Psicoterapia Psicoanalítica como base para la comprensión e intervención de las dos actrices en estudio, ya que la Psicoterapia Psicoanalítica permite explorar material verbal y no verbal a través de la atención flotante.

El punto central de la psicoterapia psicoanalítica es solicitar información sin un orden establecido, con la intención de comprender dinámicamente las asociaciones que hace el sujeto de investigación, se pide que a través de la asociación libre manifieste los acontecimientos significativos de su historia y a través de este procedimiento el investigador mantiene su escucha con atención flotante, permitiendo la integración de la información verbal y no verbal del sujeto por investigar.

3.4.2 Registro de la historia clínica

El registro de los dos casos se completó según las características del Registro de la historia clínica definitiva de Karl Menninger, la cual se divide en cinco áreas, basadas en el desarrollo cronológico de los pacientes:

1. Planteamiento general del problema
2. Enfermedad presente
3. Historia familiar
4. Historia del desarrollo
5. Patrones adultos de ajuste.

Además de que incluye otras áreas de evaluación, basadas en el panorama del examen psicológico, las cuales son:

6. Identificación
7. Procesos parciales del funcionamiento psicológico
8. Patrones integrativos
9. Fracasos de los esfuerzos integrativos
10. Recapitulación

Para obtener la información, de estas diez áreas de la historia clínica en las dos actrices de esta investigación, nos basamos principalmente en la información obtenida en las primeras entrevistas psicoterapéuticas, que constituyen la etapa de evaluación, la cual busca examinar a profundidad cada una de sus respectivas historias clínicas.

3.5 Criterios para el análisis de la información

La investigación cualitativa busca que toda la información que se recabe sea interpretada solamente dentro del marco social que se estudia, ya que la investigación cualitativa se basa en la situación o

fenómeno que se va a estudiar. Los investigadores cualitativos destacan la comprensión de las complejas relaciones entre todo lo que existe (Stake, 1998). Según Recio (1998), en la relación analítica, la única herramienta es el lenguaje, por lo que se le dará gran valor a conceptos, tales como: el lenguaje, el habla y el discurso.

El proceso de análisis de datos conllevó dividir el texto recabado (a través del discurso) en unidades relevantes y significativas, que permitieran un proceso reflexivo producto de la categorización del contenido de su lectura. Y para facilitar la interpretación de los resultados de esta investigación, se utilizó el análisis del discurso y el análisis del contenido.

Stubbs (1983, citado en Scribano, 2000) explica que el análisis del discurso se refiere al “análisis de lo naturalmente ocurrido conectado por discursos hablados o escritos” (p. 2), proveyendo “una introducción dentro de las formas y mecanismos de la comunicación humana y de la interacción verbal” (van Dijk, 1985, citado en Scribano, 2000, p.2).

A través de la psicoterapia psicoanalítica con la cual se trabajó con las dos actrices de esta investigación, se pudo acceder al discurso hablado, que permitió profundizar en sus estructuras psíquicas acerca de sus respectivas realidades, en relación con el tema en estudio. En el análisis del discurso se mantiene una relación del habla en dos vías, el habla del paciente y el habla del terapeuta, lo cual es relevante al tomar en cuenta elementos como la transferencia y la contratransferencia, aspectos fundamentales en la psicoterapia psicoanalítica.

Después de interpretado y analizado el discurso, se pasó al análisis del contenido, manifestando Krippendorff (1990 citado en Scribano, 2000) que el análisis del contenido sirve para “realizar inferencias válidas y replicables desde los datos hacia sus contextos” (p. 2), ya que según Berelson (1952, citado en Scribano, 2000) es una “descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (p. 2).

El análisis del discurso nos muestra la percepción de la realidad de las actrices celotípicas, por medio de lo que nos dicen, pudiendo entonces por medio del análisis del contenido inferir y explicar estas vivencias. Es importante poder establecer este vínculo entre el discurso y el contenido, para poder tener una concepción más amplia del tema investigado.

3.6 Indicadores, categorías y zonas de sentido

Dentro de la investigación cualitativa, el investigador debe poder construir a partir de los elementos que van surgiendo, indicadores que ayuden a la producción de información. Los indicadores sustentan las hipótesis que van apareciendo en la investigación y son un elemento importante a la hora de integrar los resultados y los cuales conducen al desarrollo de categorías.

Las categorías se dan después de que se han podido clasificar los indicadores que surgen en cada área de significado para ese sujeto. “Una categoría representa una unidad de información compuesta de procesos, acontecimientos e instancias” (Strauss, A. y Corbin, J., 1998).

Una vez detallados los indicadores y las categorías, surgidas a raíz de la información proporcionada por cada una de las dos actrices de esta investigación, se determinaron las diferentes zonas de sentido. Estas zonas de sentido se produjeron a partir del discurso de las actrices, las cuales mostraban una representación de la vida de éstas. Las zonas de sentido se agruparon de acuerdo con: la relación con la familia de origen, la relación consigo mismas y la relación con la pareja, ya que la experiencia analizada e interpretada en esta investigación con las dos actrices iba dada en la relación con estos tres elementos (familia, persona y pareja).

3.7 Criterios para el análisis de los datos

Dentro de la investigación cualitativa, se utiliza para el análisis de los datos la triangulación, que permite observar y evaluar las diversas técnicas empleadas en relación con las bases teóricas investigadas y las evaluaciones, se pudiese distinguir la consistencia o no entre los datos obtenidos.

“La triangulación es un procedimiento imprescindible y su uso requiere habilidad por parte del investigador para garantizar que el contraste de las diferentes percepciones conduce a interpretaciones consistentes y válidas” (Guardián-Fernández, 2007, p. 242). La triangulación consiste en interpretar a partir de diversas coincidencias, diferentes apreciaciones del mismo fenómeno, utilizando como base la triangulación de métodos y técnicas, buscando estudiar un fenómeno específico (Guardián-Fernández, 2007).

Fue importante poder encontrar de qué forma se iba a triangular este estudio, queriendo combinar un grupo de métodos y técnicas que nos ayudará a entender y profundizar acerca del fenómeno de los celos y la celotipia.

Para la triangulación de las fuentes de datos, observamos si el caso sigue siendo el mismo en otros momentos, en otros espacios o cuando las personas interactúan de forma diferente. “Para conseguir constructos útiles e hipotéticamente realistas en una ciencia, se requieren métodos múltiples que se centren en el diagnóstico del mismo constructo desde puntos de observación independientes, mediante una especie de triangulación” (Campbell y Fiske, 1959 citado en Stake, 1998).

La triangulación en esta investigación se dio a través de los siguientes métodos:

- Entrevistas (a través de la psicoterapia psicoanalítica, se obtuvo la historia clínica y los registros de las diversas sesiones)
- Supervisiones de ambos casos
- Teorías psicológicas

3.7.1 Entrevistas (a través de la psicoterapia psicoanalítica, se obtuvo la historia clínica y los registros de las diversas sesiones)

Como método de entrevista para trabajar con las dos actrices de esta investigación, utilizamos la psicoterapia psicoanalítica, con la cual recopilamos información significativa para completar la historia clínica de Menninger y llevar un registro secuencial y específico a través de las transcripciones de cada una de las sesiones.

3.7.2 Supervisión de casos

La supervisión de casos se realizó con dos psicoterapeutas psicoanalíticos, en función de 50 horas de trabajo supervisado por cada caso y cada supervisión se realizó con un psicoterapeuta diferente. El terapeuta de cada caso, llevó un reporte diario de las sesiones psicoterapéuticas, las cuales eran transcritas y analizadas, buscando entender rigurosamente cada uno de los casos en análisis, así como el manejo terapéutico. Todos estos elementos permitieron poder establecer una buena relación terapéutica, lo que ayudó a que las actrices pudieran ofrecer información pertinente a su situación, lo que sirvió para comprender la celotipia en las personas que la presentan.

La supervisión es un elemento indispensable para el estudio de casos, ya que permite evaluar los aspectos psicodinámicos del paciente a profundidad y comprender el papel del investigador/terapeuta, al analizar la transferencia y contratransferencia, pudiendo no solo

entender su situación, sino también brindarle mejores intervenciones psicoterapéuticas.

3.7.3 Teorías psicológicas

El marco teórico fue obtenido por medio de la revisión de lecturas e investigaciones psicoanalíticas relacionadas con el tema de los celos, así como de libros que se referían al desarrollo del infante, ya que iniciado el proceso de revisión, se pudo encontrar que los celos se estructuran en la psique del ser humano desde el inicio de su desarrollo, lo que entonces llevó a ampliar el marco de búsqueda hacia teorías que hicieran referencia a estos primeros años de vida, tales como el Complejo de Edipo, teoría de las Relaciones Objetales y las Teorías del Apego .

Cada uno de los aspectos que se adoptaron para este estudio en relación con la investigación cualitativa, ayudaron a explorar, entender, conceptualizar, interpretar e integrar el estudio de los celos y la celotipia, así como a tener un abordaje terapéutico más adecuado con las dos actrices/pacientes celotípicas atendidas.

CAPÍTULO 4
CASOS CLÍNICOS

4.1 Casos clínicos

Paciente N.1: Roberta llega a terapia por sus problemas de celos, los cuales crean conflictos constantes en su relación de pareja. Sus celos le ocasionan sentimientos de rabia (tira cosas, golpea al marido, grita) y sentimientos de tristeza (llora, duerme mucho, no asiste al trabajo, no asiste a la universidad, desatiende al hijo, se devalúa y ha tenido intentos autolíticos).

Paciente N.2: Diana asiste a terapia, mostrando celos constantes con su pareja. Ella siente que sus celos van a ocasionar que él se vaya de la casa. Diana busca constantemente complacer a su pareja, pero cuando se siente sola y abandonada, aparecen los celos, los cuales van acompañados de sentimientos de tristeza (sentirse vacía, desprovista, desamparada y no cuidada).

4.2 Relevancia y relación con el tema de investigación

El tema central de la tesis buscaba entender psicodinámicamente los celos, desde sus orígenes hasta su formación y desarrollo, por lo cual se quiso encontrar dos pacientes celotípicas, que manifestaran sus celos en su relación de pareja, y nos proporcionarán información significativa sobre el proceso de la celotipia.

4.3 Historia clínica

Para la evaluación de la información recabada a través de la psicoterapia de las dos pacientes celotípicas, se utilizó el Registro de la historia clínica de Menninger.

4.4 Caso N.1 Roberta

4.4.1 Identificación

Nombre:	Roberta
Edad:	28 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Casada
Educación:	Maestra
Fecha de primera consulta:	7 de marzo de 2005

4.4.2. Planteamiento general del problema

Se hace contacto vía telefónica con la paciente, la cual fue referida por un familiar de la terapeuta a raíz de una crisis de celos que ésta había experimentado. Se concertó la cita en la Caja de Seguro Social (C.S.S.), adonde Roberta llega a la hora acordada. La paciente es de

piel morena y textura delgada, llegando sonreída y luciendo arreglada y aseada.

Roberta refirió que los problemas principales que tiene en estos momentos, son los celos incontrolables que experimenta hacia su esposo. Roberta manifiesta que su familia (padres) le ha dicho en varias ocasiones que debe cambiar, ya que sus celos están afectando su relación de pareja.

Durante la evaluación se pudo percibir que la paciente muestra una celotipia, la cual se ve acompañada de rasgos depresivos, ansiosos, impulsivos, agresivos y autolíticos, ya que ha tenido intentos de suicidio en el pasado, durante las crisis de celos que ha tenido con su esposo.

4.4.3 Registro de la enfermedad presente

La paciente llega a consulta el 7 de marzo de 2005, e informa que los problemas con su esposo le han traído varias crisis a nivel individual y conyugal, ya que ella no tiene con quien contar, ya que sus padres viven en el extranjero desde hace 9 años. En diciembre del 2004, en un episodio de celos con Miguel (su esposo), ella se fue de la casa y manejó de forma imprudente hasta un área alejada, luego se subió al borde de un muro y pensó en lanzarse, pero al desistir de la idea, regresó a casa y se tomó dos ansiolíticos.

Durante las etapas iniciales de evaluación, la paciente reportó varios intentos de suicidio, y fue hospitalizada desde el 24 hasta el 27 de marzo de 2005 por su psiquiatra, ya que se había caído por no estar comiendo; en el hospital, vía intravenosa, le inyectaron antidepresivos y en casa le recetaron ansiolíticos, ya que se encontraba deprimida.

4.4.4 Historia familiar

Roberta procede de una familia de raza negra, “mi papá si es moreno como yo, y mi mamá es más clara”. Proviene de una clase social baja y de religión protestante. El papá tiene 62 años y trabajó en la Zona del Canal y al enfermarse tuvo que dejar de trabajar. Su mamá tiene 51 años y estudió en la universidad, pero no terminó. La madre inicialmente trabajaba forrando regalos en un almacén y terminó trabajando en un banco. Roberta es la mayor de dos hermanos, el hermano tiene 26 años. Su prima vivió con su familia hasta cumplir los 14 años y la paciente refiere que su prima siempre ha sido como una hermana para ella.

Su abuela paterna era diabética y murió después de que le cortaron una pierna a raíz de una gangrena que tuvo. Roberta tenía 11 años aproximadamente. Su abuelo paterno sufría de alzheimer y murió de pulmonía cuando Roberta tenía 9 años. Su abuelo materno murió en un accidente automovilístico. Éste sufría de mareos y le daba vértigo. Su abuela materna era con la que más se relacionaba y murió en un accidente, cuando se cayó de las escaleras y fue el hijo de la paciente quien la encontró, cuando él tenía 5 años de edad. Cuando el abuelo materno muere y le dan la noticia a la abuela materna, la paciente refiere que su mamá le comento que “su abuela casi se vuelve loca”, por lo que tuvieron que sedarla por un tiempo. La paciente manifiesta que su abuela era nerviosa, tenía problemas cardiacos, sufría de artritis y de presión alta por la obesidad que tenia. De igual forma, años antes, murió su hijo en un accidente de auto, y en esa ocasión, también fue medicada con antidepresivos.

Su hermano menor actualmente vive en Alemania, pero se encuentra peleando en la guerra del Medio Oriente, ya que pertenece al Army y está casado con una alemana con la cual tiene un hijo, por lo que vienen pocas veces a Panamá.

Al momento, los padres de Roberta viven en los Estados Unidos, ya que éstos se trasladaron hacia allá hace 11 años después de jubilarse. Inicialmente Roberta se fue también con ellos, pero no lo pudo tolerar, ya que en esos momentos era novia de Miguel, por lo que lloraba todos los días y hacia llamadas largas y costosas. Entonces los padres deciden enviarla de vuelta a Panamá, en donde Roberta queda embarazada de Miguel.

4.4.5 Historia del desarrollo

Roberta es la mayor de dos hermanos (de padre y madre), y sus padres deciden casarse a raíz del embarazo de ella, ya que en esos momentos eran novios. El embarazo transcurrió normal, al igual que el nacimiento.

4.4.5.1 Historia de la infancia

Roberta nació con un soplo en el corazón. Tenía el lado izquierdo más grande que el derecho. El doctor quería esperar a que cerrara el corazón para operarla a los 12 años, pero no pudieron, porque a esa edad aún no había terminado de cerrar. A los 15 años deciden operarla, pero a Roberta le da mucho miedo y su mamá no autoriza para que la operen.

La paciente reporta que su madre mientras estuvo embarazada bailó durante el embarazo y no cree que su madre le diera pecho, ya que

piensa que ella no quería perder la figura (madre narcisista). Roberta, en otras ocasiones, ha manifestado que su madre sufre de obesidad al igual que su abuela materna. Manifestando una percepción distorsionada de la madre, a la que percibía como una madre poco preocupada y pendiente de ella.

Cuando Roberta tiene 2 años de edad, nace su hermano, el cual le crea fuertes sentimientos de celos, los que mantiene hasta la fecha, ya que durante sus relatos manifestaba que su hermano durmió en la habitación de sus padres hasta los 9 años y de ahí pasó a dormir con su prima hasta que ésta se fue de la casa. El hermano dormía en la habitación más grande de la casa y ella sentía que el hermano era el preferido de la mamá. Y es como si Roberta sintiera que la madre tuviese una relación especial con su hermano, sintiéndose ella excluida de la misma, lo que le ocasiona a la fecha fuertes celos, rencor y resentimiento, ya que constantemente se distancia de su madre, creando una relación simbiótica con el padre, en exclusión de la madre.

A su vez, durante la infancia Roberta tuvo problemas con su color de piel, ya que en la escuela primaria, una niña la molestaba mucho con su color y ella lloraba mucho. La niña le decía: “no coman de lo que está comiendo Roberta, pues después se pueden ensuciar”. Situación que según la paciente, le afectó tremendamente su autoestima.

4.4.5.2 Historia de la adolescencia

Roberta fue una alumna regular y repitió un año escolar. Roberta informa que perdió el año, ya que su mamá no la respaldó como a su hermano, pues cuando al hermano le iba mal, la madre iba al colegio a hablar con los profesores y con ella no hizo eso. Roberta repite su sensación de tener una madre más preocupada, por su hermano que por ella.

Su primera menstruación se dio a los 12 años y a la primera persona que se lo dijo fue a su padre, quien le compró su primer paquete de toallas sanitarias. Roberta durante todo el proceso terapéutico expresó en marcadas ocasiones tener una relación más abierta con su padre, ya que la relación con la madre parece haber sido distante y difícil.

Su primer novio lo tuvo a los 15 años y éste la trataba mal y terminaron la relación a raíz de que el novio se fue a una fiesta en la playa, y éste no quiso llevar a Roberta, pero ella se fue con unas amigas y sorprendió al novio con otra joven. Ante esta situación, Roberta se acercó a reclamarle y éste le intentó pegar, defendiéndola el hermano, quien se encontraba en la fiesta.

4.4.5.3 *Historia de la adultez*

A los 18 años, Roberta conoce a Miguel, quien era hijo del pastor de la iglesia e inicialmente no le gustó ya que pensaba que por ser hijo de un pastor, éste iba a ser “un hombre bobo”. Con el tiempo se enamoran y se hacen novios y desde entonces inician los ataques de celos hacia Miguel, ya que según Roberta, las mujeres se le insinuaban mucho y ella tenía que intervenir. La paciente relataba que en una ocasión una muchacha de la iglesia se le estaba acercando mucho a Miguel y Roberta le escribió una carta a Miguel, haciéndose pasar por la otra joven, aludiendo no estar interesada en él. Miguel se entera de esta situación y se enoja mucho. Roberta manifiesta “parece como que todas las mujeres eran posibles rivales”. Roberta parece reflejar la rivalidad que se mantiene entre su madre y ella.

A los 19 años, sus padres se jubilan y deciden trasladarse a los Estados Unidos, esto entristece mucho a la paciente, quien se ve obligada a trasladarse con ellos y alejarse de Miguel, lo cual la deprime mucho. Lloro todo el tiempo y gasta mucho dinero en llamadas telefónicas, por lo que los padres deciden enviarla devuelta a Panamá para quedarse con su tía. Al llegar a Panamá, Roberta se embaraza de Miguel y tiene a su hijo a los 20 años y a los 21 años la operan por el soplo que tenía de nacimiento, ya que después de haber tenido a su hijo se cansaba mucho. La operación duró siete horas y Miguel no la acompañó, según lo expresado por Roberta y esto la entristeció mucho.

Los padres de Miguel no estaban contentos con el embarazo de Roberta y comentaban que probablemente ella había buscado dicho embarazo, lo cual también la entristecía. Después del nacimiento del hijo, siguen de novios y no se casan hasta muchos años después y a la fecha mantienen la relación, a pesar de los constantes conflictos y discusiones.

A nivel laboral, Roberta trabaja como educadora en un colegio, pero nunca ha sido muy constante en su trabajo, ya que cada vez que tiene una crisis de celos con Miguel, ella no asiste a trabajar y si asiste, se la pasa muy triste y decaída. Además ha tenido varios accidentes dentro de las instalaciones del plantel, ya que en una ocasión se cayó de las escaleras y se fracturó la pierna y en otra ocasión, se accidentó el bus del colegio, lo cual la dejó incapacitada por varias semanas, ¿lo que parece hacer referencia a una actitud autodestructiva?

Con respecto a nivel educativo, ha experimentado las mismas situaciones que en su trabajo, ya que también ha faltado en muchas ocasiones a las clases universitarias y no ha concluido los semestres.

A nivel social, Roberta cuenta con pocas amistades y tiende a tenerlas en constante preocupación, ya que cada vez que tiene una crisis de celos y desaparece de la casa, todas sus amistades y familiares entran en contacto para tratar de localizarla y cuidarla. De igual forma, las relaciones con dichas personas en ocasiones han sido difíciles, ya que en una ocasión durante el proceso terapéutico, Roberta se fue con su hijo a la casa de playa de una pareja de amigos y como Miguel no pudo llegar, ella bebió en exceso y llegó a caerse a la piscina, lo que preocupó mucho a sus amistades e hijo, quienes se lanzaron a socorrerla.

A nivel médico como se mencionó con anterioridad, Roberta nace con un soplo en el corazón, el cual le operan a los 19 años. Ha sido una mujer que se accidenta mucho y se enferma constantemente, por lo cual las personas que la rodean la tienen que cuidar. Durante el proceso terapéutico, ella se entera de que su marido le transmitió una enfermedad venérea y le tienen que hacer varios procedimientos invasivos, los cuales la dejan muy sensible. Para dichas intervenciones médicas, Roberta tiene varias discusiones con Miguel, quien asistía tarde a buscarla o no asistía, por lo que en muchas ocasiones decide asistir sola. De lo anterior, habría que considerar si la reacción del esposo no es una respuesta a su manipulación.

De igual forma como se mencionó, en la enfermedad presente, durante el proceso terapéutico, Roberta fue hospitalizada por varios días a raíz de un desmayo que tuvo al no alimentarse, y se encontró en una crisis depresiva, por lo que la intervienen con medicamentos psicofarmacológicos.

4.4.6 Procesos parciales del funcionamiento psicológico

4.4.6.1 Percepción

Se observaron rasgos de distracción, desorientación y confusión en algunas ocasiones, ya que las fechas y los momentos en que relataba los hechos no coincidían con lo que ella misma hubiera relatado con anterioridad. Durante el periodo de su enfermedad venérea, me relataba en sesión que el día anterior había estado esperando desesperadamente los resultados de los exámenes y en la siguiente sesión, me hablaba de que hacía dos semanas le habían dado los resultados.

4.4.6.2 Intelecto

Había algunas desviaciones en su capacidad intelectual.

1. Contenido, nivel y alcance del intelecto: Rasgos obsesivos. Las preocupaciones y temores hacia el hecho de que las demás personas la podían abandonar, la atemorizaban, principalmente, si el abandono podía ser de su esposo.
2. Aspectos funcionales del intelecto: Se observaron rasgos normales en su funcionamiento global.
3. Lenguaje y comprensión: Uso, fluidez y diálogos adecuados del pensamiento.

4.4.6.3 Emoción

Estados de humor alterados. La constancia de las reacciones emocionales eran frecuentes, y se daban cada vez que Roberta tenía conflictos con Miguel, a raíz de sus celos, los cuales le desencadenaban estados de cólera, rabia y mucha tristeza. Estas alteraciones del humor podían oscilar entre estados depresivos y estados limítrofes.

4.4.6.4 Acción

Falta de destreza para afrontar los problemas con su esposo, lo que le ocasionaba sobre exaltación y mucha inquietud, acompañada por sobre dosificaciones de medicamentos (intentos autolíticos) o mucha pasividad (dormir demasiado, como resultado de las pastillas).

4.4.7 Patrones integrativos

4.4.7.1 Relaciones con otras personas

La paciente muestra una dificultad para establecer relaciones interpersonales saludables, ya que se relaciona de forma insegura, tendiendo a rechazar o abandonar a las personas que la rodean.

La relación con su esposo se daba de una forma muy insegura, posesiva y ansiosa. La paciente sentía que su esposo le iba a ser infiel y la iba a abandonar, lo cual le creaba patrones depresivos, ante los sentimientos de pérdida.

Así mismo en el proceso terapéutico se dio una relación terapéutica ansiosa e insegura. La paciente tendía a no asistir a las citas, aunque las hubiera confirmado. De esta forma abandonaba y rechazaba, que es lo que ella generalmente siente que los demás le hacen a ella, proyectando entonces en los demás sus sentimientos de inseguridad, abandono y rechazo. Lo cual es un medio para obtener los cuidados que no recibió de la familia, haciendo lo mismo con la terapeuta en transferencia.

4.4.7.2 Relaciones con las cosas e ideas

La paciente mostraba un pobre relación con otras cosas o ideas que no tuvieran que ver con sus relaciones personales, ya que estaba tan pendiente de sus relaciones interpersonales (esposo, padres, hermano, terapeuta), que no se involucraba de una forma constante o activa con otras situaciones, ya que a pesar de tener un trabajo estable y estar en una carrera universitaria, sus situaciones laborales siempre se relacionaban a las situaciones conflictivas que tenía con algunas de sus compañeras. Además las frecuentes discusiones y conflictos que tenía con su esposo, la hacían faltar frecuentemente a su trabajo y a la universidad, lo que estaba afectando ambas cosas.

4.4.7.3 Relaciones consigo mismo

1. Ego: Roberta reflejaba un concepto de sí mismo muy devaluado, en donde aspectos como su color de piel le creaban mucha inseguridad. Mostraba en todo momento una pobre valía de sí misma, en donde en varias ocasiones tuvo intentos autolíticos, al sentir que su vida no valía nada, si no estaba con su esposo o como un intento desesperado de no perderlo, sin importar o tomar en cuenta su propia vida.
2. Ego Ideal: La paciente al momento de la terapia tenía un título de maestra y en estos momentos estaba en la universidad para sacar su título de profesorado, pero aun así se le observaba una apatía ante la vida, ante su carrera, su trabajo y su futuro, ya que su depresión y aspectos límites de su personalidad, le impedían visualizar y encaminarse en su futuro.
3. Super Ego: La falla en la integración de los impulsos agresivos que reflejaba Roberta, frente al abandono, la llevaban a envidiar a todo aquel que podía ser un posible rival.
4. Cuerpo: En reiteradas ocasiones, se observaron agresiones hacia sí misma (intentos autolíticos, accidentes constantes y enfermedades recurrentes) como una forma de agresión hacia adentro.

4.4.8 Fracaso de los esfuerzos integrativos

4.4.8.1 Dolor

La paciente mostraba un dolor agudo hacia su propia vida y hacia su relación con su esposo, al sentir que no lo podía controlar y que probablemente lo podría perder, reflejando un gran dolor hacia la pérdida.

4.4.8.2 Lesión al ambiente circundante

Roberta reflejaba y manifestaba ser una persona desprotegida, triste y sufriendo, requiriendo en todo momento la atención de los demás, lo que provocaba en el esposo mucha rabia y frustración, lo que hacía que se alejara aun más de ella.

4.4.8.3 Grado de desorganización

Roberta reflejaba un grado de tercer orden, pues ella se desorganizaba completamente ante situaciones que tenían que ver con la posibilidad de una pérdida o infidelidad.

4.4.8.4 Efectividad total y fachada social

Se observó desorganización en la paciente, ya que sus explosiones y depresiones le estaban causando deterioro familiar, social, laboral y académico. A nivel social, se alejaba de sus familiares, abandonaba la terapia y se daban caos, explosiones y fuertes crisis; a nivel conyugal, llegaba a manejarse de manera deficiente como madre, y mostraba un gran abandono hacia su hijo, ya que éste era participe de muchas de sus explosiones, ya fueran agresivas o depresivas.

4.4.9 Recapitulación

Roberta presentó múltiples diagnósticos desde depresión, trastornos de personalidad límite, hasta trastornos psicossomáticos y físicos, incluyendo intentos autolíticos, los cuales venían dados por un apego inseguro en relación con su madre, lo cual le crea una fuerte inseguridad y fuertes celos hacia su hermano menor, el cual ve como rival en relación con su madre, lo que le hace idealizar a su padre, no pudiendo relacionarse como una pareja sana y funcional, ya que nadie puede competir con su padre, por lo tanto, se casa con un hombre infiel y desconectado, lo cual le hace corroborar que ella no es tan importante, como se sentía con la madre y por otro lado, que nadie podía competir con su papá ideal, al cual mantenía idealizado, ya que en el transcurso de la terapia se da cuenta que su padre también era infiel.

El trabajo terapéutico fue muy difícil y frustrante, ya que abandonaba la terapia, lo que era una transferencia de cómo se sentía ella constantemente (abandonada y frustrada), estancando el tratamiento y haciendo difícil su recuperación, lo cual indicaba un diagnóstico reservado, ya que la paciente requiere un tratamiento continuo y a largo plazo y ella, en estos momentos, no parecía tolerarlo.

4.4.10 Diagnóstico según el DSM-IV

Eje I:	Z63.0	Problemas de relación con la pareja / Celotipia
	F32.2	Trastorno depresivo mayor
Eje II:	F60.31	Trastorno límite de la personalidad
Eje III:		Enfermedad del corazón (Soplo de nacimiento)
		Enfermedad de transmisión sexual
Eje IV:		Ninguno
Eje V:		EEAG = 45

4.5 Caso N.2 Diana

4.5.1 Identificación

Nombre:	Diana
Edad:	42 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Unida
Educación:	Finanzas
Fecha de primera consulta:	18 de mayo de 2005

4.5.2 Planteamiento general del problema

La paciente llega a consulta después de haber asistido a una charla sobre celos que estaba realizando la examinadora. En este momento, Diana muestra interés en asistir a terapia para trabajar los problemas de celos que tiene con su pareja, los cuales le crean frecuentes discusiones.

Diana refiere que constantemente lo cela por situaciones diversas. La paciente está siempre pendiente de la hora en que su pareja llega a la casa, la forma en que mira a las mujeres en la calle y la manera en que se desenvuelve en las fiestas o reuniones familiares a donde asisten.

La paciente se muestra muy insegura hacia su pareja y hacia ella misma, ya que manifiesta sentirse indefensa cuando está sola, ya que necesita del apoyo de su pareja para relacionarse o manejarse en diferentes situaciones. Además Diana reporta que busca poder controlar la situación de sus celos, para no disgustar a su pareja y para su propia tranquilidad, ya que cuando siente celos, está muy intranquila y ansiosa.

4.5.3 Registro de la enfermedad presente

Diana asiste a consulta el 18 de mayo de 2005, preguntando si las sesiones a las cuales va a asistir le van a ayudar a superar sus celos y si yo le voy a decir cómo hacerlo.

La paciente reporta que se volvió celosa por las experiencias vividas con sus antiguas relaciones, ya que antes de conocer a su actual pareja, estuvo en dos relaciones complicadas. A los 21 años, estuvo en una relación con un joven de 18 años, el cual era muy celoso, y en una ocasión la llegó a golpear. De este joven quedó embarazada y después de anunciarle su embarazo, no volvió a saber de él.

Posteriormente a los 24 años, tuvo otra relación con otro hombre, del cual también quedó embarazada y éste le fue infiel. Diana reporta que sufrió mucho con esta relación, ya que lo quería mucho y este inesperadamente la dejó de llamar y al poco tiempo de su embarazo, se dio cuenta que se había casado con otra mujer. Esto le ocasionó una crisis nerviosa, lloraba todo el tiempo, se adelgazó mucho y se mudó de casa, ya que la paciente vivía cerca de este hombre y esto le afectó tanto, que decidió mudarse. En esta mudanza, estuvieron implicados también sus padres, ya que la paciente vivía con ellos. La paciente decide comprar otra casa y se traslada con toda su familia. Allí vive hasta el momento con su familia (papá, mamá, hermana menor, sobrino y sus dos hijos). Sus hijos en este momento tienen 13 y 15 años.

4.5.4 Historia familiar

Diana procede de una familia de ascendencia mestiza, de clase social baja y de religión católica. El papá tiene 69 años y la mamá 67 años de edad. La mamá trabajó desde muy joven en un restaurante, hasta que quedó embarazada de la paciente y dejó de trabajar por el embarazo y para dedicarse al cuidado de los hijos. El papá es jubilado, trabajaba como chofer en una casa de familia. Sus abuelos maternos murieron de cáncer, habiendo sido su abuela ama de casa y su abuelo trabajaba la tierra. A sus abuelos paternos no los conoció, ya que a su padre se lo dieron a una señora de la capital para que lo criara y a esta mujer es a la que su padre reconoce como su madre. Según la paciente, su padre nunca conoció a sus respectivos padres y no ha querido saber quiénes son.

Las condiciones de vida en un principio eran escasas, pero según la paciente nunca les llegó a faltar la comida, ni el vestido. En la casa, Diana se ocupa de la mayoría de los gastos, ya que el salario de jubilación de su padre es muy poco y hace unos años atrás, un sobrino le pidió un préstamo a su papá, dinero que nunca le devolvió.

Esta situación afectó el ingreso económico del hogar, ya que el padre contaba con este dinero.

Diana es la mayor de tres hermanos, tiene un hermano de 36 años, casado y que vive fuera de la casa con su esposa y sus dos hijos y una hermana de 26 años, soltera y con un hijo de 5 años, el cual tiene Síndrome de Down y requiere mucho cuidado. Su hermana nunca se casó y según la paciente vive frustrada, ya que no puede trabajar, ni salir, ya que tiene que cuidar al niño.

4.5.5 Historia del desarrollo

Su mamá salió embarazada de ella a los 25 años y en ese momento aún no se había establecido con su actual esposo, ya que ella vivía en el interior y su papá trabajaba en Panamá, por lo cual el papá viajaba todos los fines de semana para ver a su familia. El embarazo y nacimiento de Diana fue saludable y normal, así como su posterior desarrollo.

4.5.5.1 Historia de la infancia

Al nacer Diana la llevaron para el interior en donde vivía con su mamá, sus tíos, tías y abuelos maternos. Su papá viajaba todos los fines de semana a verlos.

Su desarrollo se dio de forma normal, caminando y diciendo sus primeras palabras un poco antes de cumplir el primer año de vida. Tomó pecho hasta el año y medio y desde entonces empezó a tomar leche en vaso.

Aprendió a ir al servicio aproximadamente a los 2 años, cuando el papá le compró una bacinilla, pero “como todo niño al principio me ensuciaba”.

Sus patrones de sueño, los primeros años de vida, fueron normales. Dormía bastante, según lo que le ha contado su mamá. Su abuela le contó que le tenía mucho miedo a la oscuridad.

Diana reporta que desde pequeña fue una niña tranquila y siempre le ha tenido mucha confianza a su mamá. A su papá, cuando niña lo veía como la persona que llevaba el mando en el hogar y el que sostenía los gastos familiares, siendo un hombre estricto, pero que siempre se preocupaba porque a cada uno de sus tres hijos no le hiciera falta nada. Cuando pequeña, Diana manifiesta que percibía a su papá como un hombre muy trabajador. La paciente relató que ahora que es madre se da cuenta que sus padres cuidaban más a sus hermanos, ya que ellos ‘trataban de proteger al que era mas débil y el

que tenía más problemas para ajustarse a la vida”, por lo que le dedicaron más tiempo a su hermano, quien manifiesta Diana era rebelde y no quería estudiar, mientras que ella era más tranquila y dedicada a su escuela, por lo que sus padres se sentían tranquilos.

Diana jugaba con sus primos y primas, juegos como “la cinta, pan y queso, la lleva, el cocinadito y otros que no recuerdo”.

“Ahora que soy más grande, puedo decir que mis padres se preocupan por mi hermana, ya sea por que es la más chica, no trabaja y por el hijo o mi sobrino que nació con ciertos problemas”. Perciera que estas situaciones han tenido incidencia en sus celos, al sentir que sus padres tenían que hacerse cargo de sus hermanos, más que de ella, quien no presentaba problemas y a quien podían dejar un tanto desatendida.

Según la paciente, las relaciones con su hermana cuando eran pequeñas eran buenas, pero que ahora que son adultas, siente que están distanciadas, ya que casi no se ven y cuando se ven, reporta Diana que la hermana siempre está amargada y no logra conseguir la armonía que quisiera tener con ella. Lo mismo ocurre con su hermano, desde pequeños las relaciones han sido distantes.

4.5.5.2 Historia escolar y niñez tardía

Diana comenzó la escuela en kinder a los 5 años. Se adaptó favorablemente y fue una niña responsable con sus tareas y respetuosa con sus maestras.

Relata Diana que ella era una niña que se llevaba bien con sus compañeros y maestras y a quien le gustaba tomar cursos de inglés. Nunca presentó problemas de conducta y era tímida en sus relaciones interpersonales. Durante toda su infancia, su mamá siempre estaba pendiente de que ella, se encontrara bien académicamente y emocionalmente.

4.5.5.3 Historia de la adolescencia

Su desarrollo físico se dio de forma saludable, teniendo su menarquia a los 12 años de edad, cuando estaba en VI grado.

A nivel sexual, no tuvo ningún tipo de instrucción por parte de sus padres, quienes nunca tocaron el tema, por lo que ella se consideraba poco instruida en ese aspecto. Lo que sabía de la sexualidad lo escuchaba de sus amigas o de lo que le informaban en la escuela. Y su primera experiencia de noviazgo se dio cuando estaba en tercer año de secundaria.

Diana expresa haber admirado a su abuela materna, porque era una persona “tan dulce y porque tenia amor para todos, tenia paciencia y era muy dada a las cosas de Dios”. Diana comentaba que en ocasiones se disgustaba con su abuelo por la forma en que se comportaba ya que “era un hombre de carácter y se tenia que hacer lo que el mandaba, pero no con esto quiero decir, que también el tenia cosas de valor y cosas de admirar”.

El cambio a la secundaria no le afectó y le gustaban muchos las materias de ciencias, inglés y educación física. En la escuela, a pesar de manejarse como una joven tímida, tenía su grupo de amigos y amigas, con los que compartía.

Su periodo escolar fue continuo y desde entonces tenia fijada la meta de graduarse de la universidad y conseguir un buen trabajo, para poder mudarse de donde vivían, ya que en ese periodo vivía toda la familia en una sola casa (hermanas de la mamá, sus primos, su papá, mamá y hermanos).

4.5 5.4 Historia de la adultez

Diana logró llegar hasta cuarto año de la universidad, pero hasta la fecha no ha logrado hacer su tesis, ya que en ese momento quedó embarazada de su primer hijo. Diana queda embarazada de un joven de 18 años. Ella en esos momentos, tenía 21 años de edad. Cuando el joven se entera del embarazo, se desaparece y Diana no lo ha vuelto a ver. Cuando su hijo crece, Diana logra ahorrar y se muda con su familia nuclear para una casa propia.

Después del embarazo de su primer hijo, Diana logra conseguir un buen trabajo con unos extranjeros, con los cuales logra tener una buena amistad, a pesar de ser sus jefes. En este trabajo, permanece seis años y es en ese momento que queda embarazada de su segunda hija y recibe la ayuda de sus jefes. Durante este embarazo, Diana se vuelve a mudar.

Diana continúa trabajando poco tiempo más y sale de su trabajo, porque el jefe muere y ya el negocio no estaba funcionando bien, por lo cual decide renunciar. Permanece un tiempo sin trabajar y después consigue trabajo en un banco, donde permanece por dos años.

Desde ese momento, Diana no vuelve a tener una relación hasta hace 5 años, cuando conoce a Aurelio y con quien permanece hasta la fecha. Cuando Diana conoce a su actual pareja, éste se encontraba casado, pero según informa la paciente, a Aurelio no le iba bien en su relación y al tiempo de salir con Diana, decide dejar a su esposa e hijo adoptivo, para mudarse donde su mamá.

Diana en estos momentos tiene 5 años de tener una relación estable con Aurelio y siempre ha pensado en “llegar a casarme como las leyes de Dios mandan”.

4.5.6 Patrones de ajuste adulto

4.5.6.1 Patrones de trabajo

A sus 42 años, Diana ha tenido cuatro trabajos y “en los cuales he logrado obtener el mismo salario”. Su primer trabajo fue en un almacén de ropa, en donde sus jefes eran como sus padres, según comentarios de Diana y allí hizo buenas amistades, con las cuales hasta la fecha tiene comunicación. En este trabajo, estuvo por seis años y salió cuando el jefe murió y el negocio empezó a ir mal. En este trabajo era la secretaria de la gerencia y encargada de las finanzas de la empresa.

Posteriormente, trabajó dos años en un banco, donde tuvo una buena relación con los jefes y compañeros de trabajo y salió de allí en busca de un mejor salario. Se encontró aproximadamente dos meses sin trabajo y después consiguió un trabajo temporal, allí reemplazó a la encargada del departamento, pues se iba de vacaciones. Trabajó el mes de vacaciones.

Diana deja el trabajo después del mes de licencia que le estaba haciendo a la otra persona y se encuentra 4 meses sin trabajo. Luego de este tiempo sin trabajo, logra obtener una plaza en otro sitio donde labora un mes y renuncia, ya que la joven a la cual le estaba haciendo las vacaciones la llama para informarle que el puesto iba a quedar vacante y que su jefe quería hablar con ella. Diana asiste a esta entrevista y es el trabajo en el cual labora hasta la fecha.

Actualmente, Diana se siente un poco decepcionada en su trabajo, ya que siente que los jefes no valoran su trabajo, Con sus compañeras tiene una relación “sincera” con algunas y con las “demás piensa que cada una anda por lo suyo, sin importarle con nadie”.

Durante el inicio del proceso terapéutico, la paciente había reportado una insatisfacción con unas nuevas compañeras de trabajo, las cuales las habían trasladado a su departamento y su apreciación era que no se llevaba bien con ellas, ya que eran muy engréidas, situación que cambió poco tiempo después, pues manifestó que las había llegado a conocer mejor y eran buenas personas. (transferencia hacia la terapeuta) .

4.5.6.2 Ajustes sociales

Diana es una persona con pocas amistades, la mayoría es del sexo femenino, ya que en muchas ocasiones le cuesta entablar una conversación cuando está con personas que no conoce, entonces tiende a alejarse y aislarse, ya que se siente muy incómoda. Estas situaciones le han ocasionados muchas dificultades con Aurelio, quien es muy sociable. Al ella no serlo y quedarse aislada en actividades sociales, se molesta, ya que Aurelio se va a conversar con otras personas y como ella no sabe cómo hacerlo, se frustra, se pone brava, se disgusta y se siente abandonada por él, quien la dejó sola, en dichas actividades.

4.5.6.3 Desarrollo sexual

En el ámbito sexual, la paciente reportó tener interacciones sexuales bastante buenas con su pareja.

4.5.6.4 Historia médica

Diana ha sido operada dos veces por quistes en los senos y probablemente en estos momentos la tengan que volver a operar de lo mismo.

4.5.6.5 Historia del climaterio y vejez

Diana manifestó miedo por el acercamiento de la edad media, ya que en estos momentos le ha cesado la menstruación y se está realizando exámenes para ver si es menopausia. La paciente tiene miedo a la disminución de la vitalidad sexual por la menopausia y que las actividades físicas no sean iguales.

En relación con sus hijos, la paciente siente que sus hijos están creciendo rápidamente y que se encuentran involucrados en sus actividades y con sus amistades. El hijo mayor de 15 años tiene una relación desde hace 6 meses con una joven de su escuela y la joven duerme en la casa de Diana o el hijo duerme en casa de la novia y en ocasiones, el hijo ha permanecido una semana en la casa de la novia. En cuanto a su hija de 13 años, ésta es más cercana a mamá y permanece con más frecuencia en la casa.

4.5.7 Procesos parciales del funcionamiento psicológico

4.5.7.1 Percepción

La paciente se manejó durante todo el proceso terapéutico de forma alerta, con exactitud, vivacidad, alcance, una selectividad apropiada y valorización de la realidad.

4.5.7.2 Intelecto

Se mostraron algunas desviaciones, las cuales estaban relacionadas con un pensamiento concreto.

1. Contenido, nivel y alcance del intelecto: Se observaron rasgos normales.
2. Aspectos funcionales del intelecto: La paciente mostró un pensamiento un tanto concreto al expresar ideas y opiniones, en donde Diana interiorizaba frecuentemente las opiniones de su pareja.
3. Lenguaje y comprensión: El uso y fluidez de vocabulario fueron un poco escasos.

4.5.7.3 Emoción

Diana mostraba episodios de celos constantes con su pareja, cada vez que ella se sentía abandonada y que su pareja no le prestaba atención, lo cual le creaba sentimientos de tristeza y baja autoestima.

4.5.7.4 Acción

Diana no mostró alteraciones significativas en su conducta, a pesar de mostrar episodios de celos con su pareja, reclamarle y expresar resentimiento hacia él.

4.5.8 Patrones integrativos

4.5.8.1 Relaciones con otras personas

Diana muestra un alto grado de timidez, lo cual frecuentemente afecta sus relaciones interpersonales. Ella tiende a aislarse y distanciarse de la demás personas. Dicha situación le crea muy a menudo discusiones y ataques de celos con Aurelio, ya que cada vez que ambos se encuentran en actividades sociales, Diana se ubica en un rincón de la casa sin hablarle a nadie, ya que no sabe cómo hacerlo, mientras que Aurelio habla plácidamente con las demás personas. Diana ante dicha situación se frustra, entristece y enoja con Aurelio, quien la deja sola.

De igual forma, esta situación se repite en las actividades familiares y Diana tampoco sabe como hablarle a su suegra, cuñados y cuñadas, por lo cual también se aísla y enoja con Aurelio.

A nivel laboral, Diana comparte un poco más con sus compañeras de trabajo, aunque generalmente le tomó un largo tiempo aprender a relacionarse con ellas.

4.5.8.2 Relaciones con las cosas e ideas

Diana siempre ha mostrado un alto grado de responsabilidad e interés por los trabajos que ha realizado hasta la fecha. De igual forma en su trabajo actual se desenvuelve de forma óptima y preocupada, aunque en ocasiones siente que sus jefes no valoran el trabajo que ella realiza.

Sus relaciones y actividades sociales han disminuido en gran medida, ya que a pesar de que Diana ha manifestado en gran cantidad de sesiones su gran interés por el baile, ha tenido que dejar de salir con Aurelio, ya que éste, según Diana, expresa estar cansado de que cada vez que salen a un baile, Diana toma mucho y le entran los ataques de celos, lo cual termina en una discusión entre ambos.

4.5.8.3 Relaciones consigo mismo

1. Ego: Diana mostró un pobre concepto de sí misma, reflejado por baja autoestima, inseguridad y un alto grado de dependencia hacia las demás personas, sintiéndose en muchas ocasiones como mala pareja, mala madre, mala cocinera, etc.
2. Ego Ideal: La paciente mostró bajas aspiraciones y metas de vida. Ella se siente orgullosa de haber tenido cuatro trabajo en toda su vida, pero sigue ganando lo mismo que al inicio. Diana muestra no creer ser capaz de poder alcanzar más cosas, a menos que sea con la ayuda de los demás.
3. Super Ego: El alto grado de dependencia que muestra Diana viene dado de las altas prohibiciones y manejo exagerado de sus padres desde que la paciente era pequeña, cuando sus padres no la dejaban crecer, la trataban de mantener en la casa y se ocupaban de sus cosas, antes que ella las pudiera pedir.
4. Cuerpo: Diana reflejaba sentirse segura y cómoda con su cuerpo y con ella misma, pero en reiteradas ocasiones hablaba de cómo su pareja podía fijarse en personas diferentes a ella (rubias, blancas).

4.5.9 Fracaso de los esfuerzos integrativos

4.5.9.1 Dolor

No aparecieron aspectos significativos.

4.5.9.2 Lesión al ambiente circundante

Diana se mostraba como una persona indefensa y necesitada de otras personas que la cuidaran, lo cual la hacía sentir abandonada, si estas personas no se ocupaban de ella (en especial, su pareja).

4.5.9.3 Grado de desorganización

Se percibió un grado de segundo orden. Diana sólo se podía mantener estable cuando no había sentimientos de abandono y celos, los cuales a su vez cuando se manifestaban, se manejaban con un pequeño grado de alteración y se nivelaban en poco tiempo.

4.5.9.4 Efectividad total y fachada social

Diana reflejó un alto grado de tolerancia a nivel laboral, pues podía manejarse favorablemente, a pesar de encontrarse muy triste ante crisis recientes con su pareja. Esto no sucedía a nivel social, porque ella a pesar de tratar de mantener la apariencia de no estar dolida, molesta y triste, reflejaba toda su situación ante los demás, ya que mostraba malas caras y se alejaba al cuarto (si el evento era en casa de su suegra, lo cual era muy frecuente).

4.5.10 Recapitulación

Diana presenta un trastorno de personalidad dependiente, el cual también proyectó en terapia, haciéndose dependiente y no faltando a las sesiones; ella dependía o esperaba constantemente que la terapeuta le dijera qué hacer o cómo manejarse. Dicha dependencia hacia que necesitara constantemente a su pareja, presentando entonces escenas de celos constantes, cuando ella sentía que él no estaba pendiente de ella, sintiéndose desprotegida, desamparada y abandonada. Esta dependencia también se vino dando desde temprana edad, pues al crecer, ella siguió siendo cuidada. La paciente creció siendo una niña de papá y mamá y ellos se hicieron cargo de todo, no necesitando ella crecer para poder seguir siendo cuidada.

Los padres de Diana a la vez les dan una mayor atención a sus otros dos hermanos, ya que su hermano era muy protegido pues era el mal portado y había que estar pendiente de él y a su hermana la sobreprotegieron, ya que era la última hija del matrimonio y nació cuando Diana tenía 15 años. Estos cuidados extras que le proporcionan los padres a los hermanos de Diana, se vuelven significativos para ella, que a pesar de que los justifica, los menciona constantemente y a la fecha no mantiene una relación cercana con ninguno de ambos hermanos. Esto refleja la presencia de celos por el cuidado, que ella sentía que sus padres les daban a sus hermanos y a ella no.

Durante el proceso terapéutico, se trabajó su dependencia e inseguridad personal, y se le permitió crecer y hacerse cargo de ella misma y de su tratamiento psicoterapéutico, mostrando un diagnóstico positivo en ésta, aunque se hubiera requerido de más

sesiones terapéuticas para que pudiese lograr mayor autonomía en su vida personal.

4.5.11 Diagnóstico según el DSM-IV

Eje I: Z63.0 Problema de relación con la pareja / Celotipia

Eje II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

Eje III: Quistes mamarios frecuentes

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG = 70

CAPÍTULO 5
EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA

5.1 Evolución de la psicoterapia

En ambos casos, se hace una descripción de las tres fases por las que atravesó la terapia, mostrando los aspectos más significativos de éstas.

5.2 Caso N.1 Roberta

5.2.1. Fase Inicial

Se inicia la terapia con Roberta el día 7 de marzo de 2005, teniendo 28 años al momento de la misma. Roberta llega a la primera sesión sonreída y observando su entorno y a su terapeuta. Durante esta sesión, ella reporta que había asistido a los 18 años al psicólogo durante seis meses: “Asistí por mis inseguridades con el que es ahora mi esposo”, ya que en esa época cuando sus padres se iban a trasladar a vivir a los Estados Unidos, Roberta se puso muy mal, llegando a tomarse unas pastillas para hacerse daño, pero fue ayudada por una amiga, quien impidió que ingiriera más pastillas. En esta ocasión, su amiga la llevó de inmediato al hospital y le hicieron un lavado en el estómago.

Después de este relato, la terapeuta le pregunta a Roberta si ella había intentado hacerse daño nuevamente, a lo que responde que no, manifestando más adelante en la sesión, que hacia cuatro meses, su esposo se había ido en la noche a un restaurante con unos amigos, por lo que Roberta toma a su hijo y se van a esperarlo afuera del restaurante, para ver qué estaba haciendo. La paciente ve cuando su esposo sale del restaurante con una compañera de trabajo, la cual había sido su novia y lo comienza a seguir sin que se dieran cuenta y según relato de la paciente, ella le tira el carro a su esposo para chocarlo, con su hijo adentro, ya que refiere haber visto que su marido le tocaba el cabello a la otra mujer. En esta ocasión, no sucede nada, ya que el esposo esquiva el carro de Roberta.

Durante las primeras semanas y meses de tratamiento, Roberta habló acerca de su historia de vida con Miguel, desde el como se conocieron y su actual relación de pareja, la cual desde siempre ha sido conflictiva, por los episodios de celos que experimenta Roberta hacia su esposo.

Roberta expuso que desde que eran novios se sentía intranquila hacia la relación que tenía con su novio. En ese entonces, tendía a inmiscuirse en la amistad que Miguel tenía con otras mujeres. Lo hacía para que se alejaran de él y esto, desde entonces, trajo severas peleas entre Miguel y ella.

“Yo soy sumamente celosa, siempre pienso que Miguel anda en algo, le reviso la cartera, las camisas, el celular, los email, él me dice que

no entiende como yo descifro siempre las claves del computador, pues yo al final siempre las descubro”.

De igual forma, desde la primera sesión y a lo largo de las primeras sesiones, Roberta mostró gran inseguridad acerca de su color de piel: “siempre fui insegura desde chiquita y yo creo que por esto (se señala el brazo)”, hablando de ser de tez oscura. Y se refirió a un episodio que tuvo cuando era niña en el colegio: otra niña le dijo a sus amigas que no cogieran picaritas de Roberta, pues se iban a ensuciar. Dicha situación la relata Roberta con mucha tristeza y reflejando haberse sentido inferior.

Otro de los temas que se abordaron con bastante frecuencia durante las sesiones iniciales, fue acerca de la relación intensa entre su padre y ella y de la relación estrecha entre su mamá y su hermano, vivenciando a un papá sentimental y “llorón” y a una mamá más fuerte. En esta situación, ella generalmente se sentía mucho más cercana a papá. Además Roberta expresa que sus papás se llevan “super bien”, a quienes nunca los ha escuchado peleando.

Durante este periodo, se pudo sentir un fuerte resentimiento de Roberta hacia su madre. Se percibe a un papá ideal y a una mamá que no estuvo lo suficiente para ella.

Después de la sesión 17, Roberta es hospitalizada por su psiquiatra, ya que días anteriores la paciente había llamado en la madrugada diciendo que se sentía mal. La psiquiatra le receta un ansiolítico, luego de esta situación la paciente asiste donde su psiquiatra, quien la percibe deprimida y la hospitaliza por tres días.

5.2.2 Fase intermedia

Roberta se mostró inconsistente a las citas desde iniciado el tratamiento. Esto se agudizó durante esta fase, pues la paciente faltaba con más frecuencia, a pesar de que la terapeuta le confirmara las citas el mismo día y hasta una hora antes. Roberta manifestaba ya estar saliendo para asistir a la cita y nunca aparecía. Y regresaba después de algunas semanas, se mantenía y volvía a faltar. Durante este periodo, se estuvo trabajando con la paciente, sobre su dificultad para mantener una constancia terapéutica. Roberta tiene dificultades para mantener vínculos, y mostraba la necesidad de tener a las demás personas preocupadas por ella, ya que en terapia, repetía lo mismo que hacía con su esposo y su familia, pues Roberta se desaparecía y todos quedaban muy preocupados por ella. En terapia, la contratransferencia era igual, ya que la terapeuta se quedaba preocupada por Roberta, temiendo que le hubiera pasado algo o se hubiera hecho daño.

Durante esta fase, se hizo muy duro el trabajo con Roberta. Se observaba a una paciente deprimida, impulsiva, con una organización fronteriza, con intentos autolíticos y se mostraba inconsistente al asistir a las citas.

De igual forma, durante este periodo, había inconsistencias en las fechas y los reportes, pues no coincidían los relatos, entre una sesión y la otra, ya que estuvo muy dispersa, posiblemente producto de su depresión y de todos los medicamentos que estaba tomando.

A pesar de estas dificultades, se pudo trabajar con Roberta acerca de la idealización que mantenía con su papá y sobre lo difícil que iba a ser que su esposo llegara a estos estándares tan altos, que ella había establecido.

Durante este periodo Roberta manifestó que la relación de pareja de sus padres no era tan perfecta como ella había sugerido en las sesiones iniciales y habló acerca de una relación que tuvo su papá con otra mujer. Roberta, no sabe si se llegó a dar una infidelidad, manifestando no habérselo dicho a su mamá, ya que su abuela materna antes de morir, le hizo prometer que no se lo dijera.

La paciente también pudo observar cosas buenas de su mamá y acercarse más a ella, ya que en ocasiones anteriores, cada vez que Roberta tenía una crisis venía su mamá de los Estados Unidos a cuidarla y ella esto no lo podía percibir como una forma de cuidado y preocupación, sino que sentía que ella de todas formas tenía que venir a Panamá a arreglar papeles legales y no que venía por ella.

La situación con su esposo en esta fase tuvo altas y bajas, ya que fue en este periodo cuando a Roberta le detectan una enfermedad venérea, aparentemente transmitida por Miguel, lo cual la desestabiliza aún más. De igual forma, su esposo pasa cada vez menos tiempo en casa, llegando a altas horas de la noche y viajando mucho. Esto produce en Roberta muchas crisis de celos, reflejadas en episodios depresivos o agresivos hacia Miguel o ella misma. Roberta deja de alimentarse, no dormía bien, bebía licor, se accidentaba con frecuencia, se enfermaba mucho y tenía ideas autolíticas.

5.2.3 Fase final

La fase final del tratamiento siguió siendo inconsistente, ya que cada vez eran más frecuentes las ausencias. Y a pesar de faltar pocas sesiones para completar las 100 horas de terapia estipuladas anteriormente con Roberta, se habló acerca de extenderlas aún más, ya que faltaban cosas para trabajar, pero esto no fue posible, ya que

la paciente después de varias ausencias, discontinuó el tratamiento y no volvió a asistir.

Pasados unos meses de no ver a Roberta en terapia, ella se acercó a la clínica para dejar una tarjeta de Navidad para la terapeuta, agradeciéndole toda su ayuda, a lo que la terapeuta la llama para agradecerle y Roberta manifiesta estar mejor y promete volver a ponerse en contacto con la terapeuta para continuar las sesiones, lo cual no se dio.

5.3 Caso N.2 Diana

5.3.1 Fase inicial

El día 18 de mayo de 2005, llega Diana a terapia, después de haber asistido a una charla sobre celos que estaba dictando la terapeuta. La paciente llega a consulta vistiendo ropa de oficina y manifestando estar muy nerviosa, ya que nunca había asistido a terapia. Durante esta primera sesión, se le observó nerviosa, ansiosa y muy callada.

Durante las primeras sesiones de tratamiento, la paciente hablaba muy poco, sus comentarios eran vagos y escasos. Frecuentemente, le pedía a la terapeuta que le preguntara, ya que ella no sabía de qué hablar.

Con mucha dificultad, la paciente habló acerca de las dificultades que tiene con su pareja, las cuales están dadas por los celos frecuentes que experimenta ella hacia él, cuando no la llama, sale sin ella, cuando le habla a otras mujeres y cuando la deja sola. De igual forma, la paciente manifestó también sentir celos cuando Aurelio habla con sus amigos, hermanos y conocidos y la deja sola: “estoy molesta, porque me dejó tirada un buen rato, por estar hablando con los amigos. Yo estaba hablando con su mamá y él estaba en la otra esquina hablando con sus amigos. Seguramente, estaba hablando de mujeres”.

Diana en reiteradas ocasiones habló acerca de lo buen hombre que es Aurelio y de estar muy preocupada de que él la deje por sus celos.

En las primeras etapas del tratamiento, también se pudo evidenciar la fuerte dependencia que mantiene Diana con Aurelio y con sus padres, de quienes depende emocionalmente. Agrega que mantiene una relación desigual con Aurelio, pues a veces él parece funcionar como papá y ella como su hija: “Mire que Aurelio me tuvo castigada y no he dormido bien.”

Cuando Diana se fue desinhibiendo y comenzando a hablar en sesión, exponía discursos textuales de Aurelio: “anoche pelee con Aurelio y él me hizo entender, diciéndome tú eres una persona adulta y la madre de dos hijos y debes aprender a contenerte y dialogar, y tiene toda la razón.” Diana reportaba en sesión las cosas, que le decía Aurelio, manifestando tener que hacer en todo momento las cosas que le decía, pues él estaba en lo correcto, mostrando una incapacidad para poder discernir o pensar por ella misma.

También manifestaba esta dependencia hacia su madre, quien era la que se ocupaba de cuidar a sus hijos cuando ella trabajaba y de cocinar, ya que ella a sus 42 años, nunca había aprendido a hacerlo.

Diana también trataba de mantener una dependencia hacia la terapeuta, pues buscaba frecuentemente la aprobación e instrucciones de la misma, manejándose como una persona infantil e independiente. Y en muchas ocasiones, la terapeuta asumía un rol materno y de cuidado hacia Diana, a quien veía como desprotegida. Durante mucho tiempo, las contratransferencias de la terapeuta hacia la paciente eran sentidas y, en ocasiones, actuadas en función de cuidar a la paciente.

5.3.2 Fase intermedia

Diana estuvo trabajando intensamente durante todo el proceso terapéutico, no faltó a ninguna de las sesiones estipuladas, llegó siempre a tiempo y buscando su mejoría emocional.

Durante este periodo, se trabajó con la paciente su incapacidad para poder tomar decisiones por ella misma y sobre cómo para ella era indispensable que Aurelio las asumiera, al ella no sentirse con la confianza y seguridad suficiente.

La paciente visualizó tener una relación de padre e hija con Aurelio, ya que éste le daba sermones frecuentes y la castigaba cuando hacía algo malo y Diana llegó a darse cuenta que probablemente necesitaba que la cuidaran más, ya que durante toda su vida había sentido que se habían hecho más cargo de sus hermanos que de ella.

Diana también pudo ir recordando que hubo una escasa comunicación entre sus padres y ella, principalmente de su papá, con quien nunca pudo sentir la confianza de acercarse a él y hablarle, lo cual le creaba sentimientos de tristeza y mayor inseguridad.

“Si mis papas hubieran hablado más conmigo, quizás no hubiera quedado embarazada, yo era una moga, yo no sabía nada de eso. Con mis papás, no podía hablar de nada”.

5.3.3 Fase final

Al final del proceso terapéutico, Diana pudo establecer una relación de iguales con Aurelio, en donde podía dialogar y plantear sus diferencias con él, lo cual inicialmente ocasionó conflictos con Aurelio, a quien no le gustaba la Diana que tenía sus propias opiniones. Al inicio, a Aurelio se le dificultó tanto que Diana estuviera cambiando, que le había pedido que descontinuara el tratamiento (lo cual indicaba que se había roto el equilibrio neurótico entre ellos). Este evento se trabajó en terapia con Diana, la cual no sabía que hacer, logrando ella misma tomar la decisión de seguir con las sesiones.

La relación se fortaleció y se mejoró la comunicación entre ambos y se logró que Diana pudiera manejar y mejorar sus celos: “Bueno creo que yo estoy poniendo de mi parte y nuevamente no me puse brava cuando él hablaba con los amigos y hermanos y no sólo eso, sino que también yo conversaba con ellos, con su mamá, y la pasamos muy bien”.

Diana a su vez aprendió a cocinar y en estos momentos era ella la que le cocinaba a sus hijos y a Aurelio, haciéndose cargo de la casa y no dejándole este trabajo a su propia madre, como lo hacía con anterioridad.

En cuanto a las relaciones con sus hijos, Diana pudo también asumir un rol de más autoridad pudiendo acercarse y unirse más a su hija, no así a su hijo, quien cada vez se encontraba más distante y lejano de la casa, ya que dormía constantemente en la casa de la novia.

La relación de pareja se fortaleció y durante este proceso terapéutico, ellos deciden vivir juntos, en casa de los padres de ella, por lo cual construyen un anexo y Aurelio se muda a vivir a casa de Diana, al cuarto que habían hecho en la parte posterior de la casa.

Tanto Diana como Aurelio establecieron una relación más auténtica y de iguales y ambos pudieron establecer una relación de adultos.

Finalizando el tratamiento, Diana se manejaba de forma más segura tanto a nivel corporal como verbal, pudiendo discernir por ella misma y expresar sus propias impresiones sobre los hechos y las cosas que sucedían, entendiendo el punto de vista de Aurelio, pero también considerando el de ella.

CAPÍTULO 6
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1 Triangulación

Los dos casos fueron analizados triangulando tres aspectos esenciales en esta investigación, obtenidos de las entrevistas (por medio de la psicoterapia psicoanalítica), las supervisiones clínicas y las teorías psicológicas. Por medio de las entrevistas, se pudo completar la historia clínica y los registros de las diversas sesiones.

Triangulación de los dos casos de la investigación
Cuadro N.3

	<i>Paciente 1: Roberta</i>	<i>Paciente 2: Diana</i>
Discurso con la familia de origen	Padre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfecto e idealizado. ▪ Presente en todo momento. ▪ Probablemente infiel. ▪ Un poco más real. Madre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distanciada y alejada. ▪ Prefería al hermano. ▪ Un poco más cercana y constante. Hermano: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene el amor de mamá. ▪ Poseía todos los privilegios. ▪ Infiel. 	Padre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estricto y regañón. ▪ Quien da las órdenes y mandatos. Madre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidadora y protectora. ▪ La que ayuda en todo momento. Hermanos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poseen el cuidado y protección de los padres. ▪ Necesitan que los cuiden. ▪ Rebeldes y frágiles.
Discurso con el self como objeto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja autoestima. ▪ Violenta y explosiva. ▪ Deprimida. ▪ Sola (no cuento con nadie). ▪ Deseos de morir. ▪ Manipuladora. ▪ Temor al abandono. ▪ Dificultad para establecer vínculos y relacionarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introversa, insegura y con baja autoestima. ▪ Sumisa. ▪ Temor al abandono. ▪ Dependiente de los demás. ▪ Dificultades para relacionarse. ▪ Necesidad de cuidado y protección. ▪ Incapacidad para pensar por ella misma. ▪ Comenzó a sentir, pensar y actuar por ella misma (dificultades con su pareja). ▪ Un poco más independiente. ▪ Mejoró su autoestima y seguridad en si misma.
Discurso con las otras personas	Esposo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distanciado y alejado. ▪ Despreocupado. ▪ Poco afectivo 	Esposo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regañón y castigador. ▪ La deja sola. ▪ La cuida y la protege.

6.2 Caso N.1 Roberta

Roberta es una joven de 28 años, con graves problemas emocionales. En las supervisiones se planteó evaluar su comportamiento limítrofe, el cual venía dado por explosiones violentas y componentes histéricos, en donde en ocasiones atacaba al esposo y a la vez se evidenció una depresión que arrastra desde hace muchos años.

Después de culminada la historia clínica, se registra según el DSM-IV, depresión, trastorno limítrofe, rasgos paranoides e ideas e intentos autolíticos (el supervisor manifestó que parecían ser gestos suicidas manipulativos). Todo esto dificultó mucho el trabajo terapéutico, el cual estaba dado por una incapacidad para crear un vínculo terapéutico, dado por sus constantes ausencias, tardanzas, enfermedades y hospitalizaciones; por la repetición de la conducta con el esposo y las figuras primarias.

Los cambios significativos del carácter que de cerca se revelan como deterioro, ocurren con mayor probabilidad en aquellos que no han establecido su primer objeto con seguridad y no son capaces de mantener su gratitud hacia él. Cuando por razones internas o externas la ansiedad persecutoria aumenta, ellos pierden la conexión con su objeto primario bueno. Los procesos subyacentes a este cambio son un retorno regresivo a los mecanismos tempranos de disociación y desintegración (Klein, 1957).

Esta incapacidad para establecer vínculos, se vivenciaba desde sus relaciones familiares, cuando la paciente manifestaba continuamente su distancia con su madre, a la cual percibía como no involucrada en su vida y sentía a un padre más cercano. De igual modo, según la historia clínica, podemos observar que ésta manifestaba no tener a nadie con quien contar, ya que sus padres se encuentran viviendo en el extranjero desde hace varios años.

A Roberta se le dificultaba crear vínculos, esto era vivenciado en sus relaciones sociales, familiares y maritales, cuando requería que su esposo estuviera siempre presente, pero inconscientemente lo alejaba, con sus episodios manipulativos y de celos (motivo de consulta).

“El afecto de envidia es uno de los factores que destruyen la integración de la persona y las posibilidades de relación con los demás”. “Es capaz de dañarse a sí mismo con tal de provocar un daño mayor al envidiado” (Romero, 2005).

En el proceso evolutivo temprano, los impulsos destructivos como la envidia pueden perturbar el vínculo, ya que la envidia se manifiesta

en el daño y robo de aquello que el objeto posee, si la capacidad de amar está suficientemente desarrollada, el bebé puede experimentar una satisfacción plena. Se ha detectado que los cambios significativos del carácter que de cerca se observan como deterioro, ocurren con mayor probabilidad en aquellos que no han establecido su primer objeto con seguridad, siendo incapaces de mantener su gratitud.

En las sesiones de supervisión, se sugirió que los padres han sido muy distantes con ella, en especial su madre, manteniendo a un padre idealizado y a una madre provocadora de ansiedad.

Paciente: "Mi papá es mis ojos".

En supervisión: "es importante hacer una evaluación profunda de la historia de los padres, porque la celotipia de Roberta puede también tener un componente edípico en relación con un padre infiel y a una madre que prefería abiertamente al hermano".

Paciente: "Estoy muy preocupada, pues están bombardeando en donde está peleando mi hermano"

Terapeuta: "Y como te sientes con esto".

Paciente: "Muy asustada de que se muera y no sé que haría mi mamá, ella no podría vivir sin él".

Terapeuta: "Y ¿qué piensas de que tu mamá no pueda vivir sin tu hermano?"

Paciente: "(silencio). Ehhh bueno, ella siempre se ha preocupado mucho por mi hermano y siempre lo ha cuidado mucho".

Terapeuta: "Y ¿desde cuándo sientes que se ha dado esto?"

Paciente: "De toda la vida, tanto así, que mi hermano dormía en la habitación más grande de la casa, esa habitación era hasta más grande que la de mis papás y yo dormía en el cuarto más chico".

En supervisión, se abordó el gran resentimiento de Roberta hacia su hermano, sus deseos de muerte inconsciente y su rabia de que su madre se preocupe más por él que por ella. En la historia clínica, observamos que su hermano nace cuando ella tenía 2 años, lo cual inicia sus celos hacia él.

Un adulto que no ha resuelto su complejo de Edipo, juzga equivocadamente sus objetos, y sólo percibe en ellos la representación de sus objetos del pasado (Fenichel, 1931).

Los padres pueden influir en el complejo de Edipo, ya que pueden mostrar más preferencia por uno de los hijos, y el perjuicio egoísta proporciona la base para que esos nuevos hermanos sean recibidos

con antipatía. “El niño desplazado a un segundo plano por el nacimiento de un hermanito, y casi aislado de la madre por primera vez, difícilmente olvidará este relegamiento; le nacen sentimientos que en el adulto se dirían de grave inquina y que a menudo pasa a ser la base de un distanciamiento duradero” (Freud, 1916-1917).

El nacimiento de un hermano representa la pérdida de la afectividad y la atención recibida. Los celos pueden ser una respuesta normal a una situación familiar o perder el carácter evolutivo para convertirse en patológico (Ortigosa, 1999). Se crea también un odio hacia su madre infiel (Freud, 1932-1936).

En supervisión, se habló acerca del desplazamiento de los celos por el hermano hacia su esposo, pues según la historia clínica se hacen evidentes la situación disfuncional que ha mantenido con Miguel durante todos estos años, ya que desde el noviazgo, Roberta se sentía insegura y celosa por todas las personas que tenían que ver con su esposo.

“Los celos, que tienen sus raíces en el destete, son una identificación mental y no una rivalidad” (Lachaud, 1998).

Paciente: “Yo le escribía cartas a las amigas, para alejarlas, diciendo mentiras hasta que me descubrieron”.

Avanzadas las supervisiones, se observó que cuando Miguel se desaparecía (viaja o se va con los amigos y llega tarde a la casa), Roberta entra en pánico y siente un gran vacío. En la última ocasión, comenzó a tomar medicamentos y terminó en el hospital. Roberta se desespera, siente que lo pierde, que la abandonan y se desorganiza psíquicamente.

Delirio Celotípico (proceso): Tiene conexiones con todos los síntomas psicóticos, dependiendo del cuadro morboso en que se presente. Si no se da en la plenitud de los demás síntomas, su origen puede hallarse en una combinación de errores sensoriales y falsos recuerdos (Jasper, 1910).

Lo que inquieta al celoso es la indecisión, la agonía entre la posibilidad de la pérdida y el deseo de evitarla. A quien se vigila celosamente no es al rival, sino que se vigila celosamente aquello que me pertenece. “El celar no deja lugar para la ocupación amorosa con el otro; al contrario, este espacio es más bien vaciado, y el otro materializado en una posesión, sobre el que se cree tener un título de derecho” (Tellenbach (1969).

Paciente: “Yo quisiera tener a Miguel debajo de mí”.

Evaluamos en supervisión que esto no puede llegar a ser posible, pues se casa con un hombre descuidado y poco afectivo, ya que cuando la operan del corazón, Miguel no la acompaña y se va a un baile. “En donde parece ser que Roberta se casa con Miguel para reparar la mala relación con la madre o para repetirla. Las identificaciones con los padres son confusas, lo que nos lleva a pensar en un self organizado patológicamente: personalidad límite”. (supervisión)

En el apego desorganizado, los niños demuestran expresiones incompletas, inconscientes, confusas o temporalmente desorganizadas. Pueden buscar proximidad en un momento y luego rápidamente evitar el contacto. Los intercambios sensoriales primitivos que tienen lugar entre la madre y el infante podrían ser precursores de su sexualidad de adulto (Scharff y Scharff, 1991).

En la psicoterapia se hace evidente la fuerte necesidad de contacto de la paciente y a la vez, la capacidad de alejarse de ella, cuando ésta se podía dar, evidenciándose no sólo en sus relaciones diarias, sino también en la psicoterapia, en donde le costaba mucho mantenerse.

“La terapeuta reacciona contratransferencialmente, sintiendo rechazo hacia Roberta porque falta y no puede establecer una relación más profunda: en donde se repite la relación con la madre. De igual forma que la terapeuta quede embarazada, aleja aún más a Roberta, quien siente que no puede quedar embarazada por su enfermedad venérea y a la vez que la conectan con sus propias relaciones con su madre”.

Paciente: “mi mamá quedó embarazada de mí sin haberse casado, pero cuando yo quedé encinta sin estar casada, ella se puso muy brava conmigo”

La paciente también estaba muy molesta con la terapeuta, así como lo estaba su madre con ella y a la vez, ella con su madre (notas de supervisión).

En los adultos, el cónyuge o compañero a largo plazo son la principal figura de apego, y la manera en que se relacionan con ellos, depende del estilo de apego que tuvieron (Furman y Flanagan, 1997).

Para poder experimentar celos, debe existir una elaboración cognitiva de posesión junto con la innata de apego. Los celos son esperables dentro del desarrollo. El calificativo de negativos se adquiere como

consecuencia de una incorrecta postura de los padres, esto provoca que desemboquen en celos patológicos.

“Roberta está muy pendiente del esposo, porque él reemplaza a los padres, es su base segura, o al menos eso es lo que ella misma piensa y no se resigna a perderlo o que le sea infiel y como no tiene a nadie a quien recurrir, coloca todo el peso de su dependencia y confort emocional en el esposo, que como el padre y el hermano, también parecen ser infieles” (supervisión).

Paciente (Sueño de Roberta reportado en sesión): “Fui a casa de una amiga y Miguel estaba teniendo algo con la hermana y la gente sabia y se reían y después yo estaba en la iglesia y me enteré de que Miguel estaba con esa otra persona y él me dijo que ya no quería nada conmigo y yo sentía que en quién iba a poder confiar”.

La desaparición de la figura de apego lleva a que el niño vivencie tres fases que Bowlby (1973) denomina como protesta, desesperación y desapego. Y se dan cuando en la protesta, el niño reacciona de manera que intenta recuperar a la persona perdida, si no obtiene respuesta, sale desesperanzado, mostrando estados de ansiedad y depresión.

Roberta, antes y durante el proceso terapéutico, mostró varias ideas e intentos autolíticos ante la posible pérdida de Miguel, ya no veía otra forma de vida sin él. De igual forma, Roberta expresó en muchas ocasiones, diversos accidentes que había experimentado, lo que refleja el pobre cuidado que aprendió de sí misma.

Avanzado el proceso terapéutico, Roberta parecía estar viendo a la terapeuta como un apoyo y ella podía contener su ansiedad y evitar desorganizarse, cuando su esposo llegaba tarde. A la vez en terapia, la paciente comienza a hacerse consciente de su soledad y la forma en que la maneja, mientras que nunca llegó a mantener una constancia objetal con la terapia, ya que suspendió las terapias sin aviso y no se pudo reintegrar. Estas dificultades para establecer una alianza terapéutica, eran observadas con sus propias figuras de apego (en especial su madre), con la cual mantiene una fuerte desconexión (notas de supervisión).

Terapeuta: ‘Roberta, ¿sabes si te dieron pecho de pequeña?’.

Paciente: “Lo dudo mucho, porque no creo que mi madre hubiera querido perder la figura”.

Independientemente de que la madre le hubiera dado pecho o no, parece haber un sentimiento profundo e inconsciente de una madre

más preocupada por sí misma que por Roberta, mostrándose un sentimiento envidioso y angustiante ante la misma.

Klein (1957) sostenía que la “envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso de quitárselo o dañarlo”.

La envidia se remonta a la más temprana relación con la madre e implica la relación del sujeto con una sola persona. Y esta envidia en Roberta tiene que ver con la dificultad de la estructuración del objeto bueno (principalmente la madre), en donde la paciente tuvo unos padres que no fueron buenos contenedores de su crecimiento emocional.

Para Fairbairn (1952 citado en Scharff y Scharff, 1991) lo que organiza al bebé al principio es la necesidad de relacionarse con la persona que lo cuida. El bebé asimila los aspectos no satisfactorios de su relación y los disocia de su experiencia, los reprime del consciente porque son muy dolorosos para mantener en la conciencia. En esta necesidad rechazante o frustrante: el bebé percibe a la madre rechazante, disgustada y que frustra sus necesidades. El bebé queda frustrado y triste y se convierte en una represión hostil.

6.3 Caso N.2 Diana

Diana es una persona de 42 años. Se presenta a psicoterapia de forma sumisa, introvertida y muy dependiente, situación que también repite en sus relaciones familiares, conyugales, laborales y sociales.

En la evaluación de su historia de desarrollo, ella refiere haber tenido un desarrollo sano y normal.

Terapeuta: “Diana, ¿sabes como fue el embarazo de tu mamá y tu posterior desarrollo?”

Paciente: “Mi mamá salió embarazada de mí a la edad de 25 años y todavía no se había establecido con mi papá, ya que ella vivía en el interior y mi papá trabajaba en Panamá, pero yo lo veía todos los fines de semana cuando él viajaba para allá. Y de ahí, cuando nací, todo fue normal y hasta tomé pecho hasta el año y medio”.

Cuando la capacidad de amar está suficientemente desarrollada, el bebé puede experimentar una satisfacción plena (Klein, 1957). La felicidad del bebé está dada cuando es amamantado como el prototipo de la gratificación sexual (Freud, 1920).

La gratificación plena de mamar significa que el bebé siente haber recibido de su objeto amado un don incomparable que quiere conservar: he aquí la base de la gratitud.

A la vez Diana reportaba constantemente que es una persona muy celosa y que frecuentemente le está reclamando a Aurelio, lo que crea entre ambos constantes peleas. Esta situación a su vez le crea mucho miedo a Diana, porque piensa que Aurelio la va a abandonar.

Los celos parecen contener un elemento de dependencia y de miedo al abandono. “Tal vez sean el equivalente adulto de los miedos al abandono parental que todos experimentamos en la infancia” (Pittman, 1994).

En el registro de la historia clínica se puede observar que la paciente está muy pendiente de la forma en que Aurelio se comporta y conduce con sus amigos y de la forma en que mira a las otras mujeres. De la misma manera tiene muchas dificultades para relacionarse con las demás personas, por lo que cada vez que están en alguna actividad y Aurelio la deja sola, ésta se siente muy sola, insegura y abandonada, lo que la lleva a reclamarle, por haberla dejado sola y no haberse ocupado de ella.

Paciente: “Me molesté con Aurelio el sábado en una fiesta en que estábamos”.

Terapeuta: “Te molestaste”.

Paciente: “Sí, me molesté, pues me dejó tirada un buen rato, por estar hablando con los amigos”.

Terapeuta: “Y ¿dónde estabas tú?”.

Paciente: “Yo estaba hablando con su mamá y él estaba en la otra esquina, hablando con los amigos”.

Terapeuta: “Ahh, era una fiesta familiar. Y te molestaste con Aurelio, pues él estaba hablando con los amigos en la otra esquina y ¿por qué no fuiste donde el estaba?”.

Paciente: “(Silencio) Seguramente estaban hablando de mujeres, pues el día anterior había habido una feria de autos y estaba llena de mujeres y modelos”.

En supervisiones, se recalcó acerca de lo frágil que parece estar Diana y de explorar más acerca de sus sentimientos y emociones con respecto a estas situaciones, cuando ella parece tener muchas dificultades para la separación y una necesidad de poseer al otro.

En el apego ansioso-ambivalente, los niños se resisten a la separación y son difíciles de calmar luego del regreso de la madre, mostrando

mucha ansiedad frente a ésta, y manifiestan enojo, tensión y apego cuando ésta regresa.

Los adultos ansiosos-ambivalentes a menudo desean estar más cerca que lo que los demás están dispuestos a aceptar y les preocupa que sus compañeros no les amen o que los vayan a abandonar (Hazan y Shaver, 1987 citado por Furman y Flanagan, 1997).

Para poder experimentar celos, debe existir una elaboración cognitiva de posesión junto con la innata de apego.

Durante el progreso de las sesiones psicoterapéuticas, Diana se mostró como una persona con trastorno de personalidad dependiente, según la historia clínica, la cual necesita depender y ser cuidada por las demás personas, sintiéndose incapaz como persona.

En muchas ocasiones, la contratransferencia de la terapeuta era dada por un sentir de tener que cuidar y proteger a la paciente, a la que en muchas ocasiones observaba como una niña pequeña.

Esta dependencia fue evaluado en las supervisiones, la que parece venir dada desde su niñez, ya que es una persona que siempre ha dependiendo de sus padres, y hasta la fecha vive con los mismos y aunque en años anteriores se había mudado, se llevaba a sus padres con ella. Esto parece sugerir que Diana no pudo entrar a rivalizar con su madre, durante el complejo de Edipo, lo que la mantuvo siendo una niña pequeña, como era percibida en sesión y en todas sus otras relaciones amorosas.

La resolución o no del complejo de Edipo determina el carácter específico de las perturbaciones que sufrirá en sus relaciones de objeto (Fenichel, 1931).

Los cambios significativos del carácter que de cerca se observan como deterioro, ocurren con mayor probabilidad en aquellos que no han establecido su primer objeto con seguridad, siendo incapaces de mantener su gratitud.

En Diana se evaluó que a pesar de mantener una gratitud y establecimiento de su primer objeto de amor, el mismo, por lo antes expuesto, en términos de no haber entrado a rivalizar con su madre, en la etapa edípica, no permitió la diferenciación, manteniéndola no diferenciada de sus relaciones objetales primarias.

La búsqueda de fusión simbiótica es implícita en el deseo erótico, la capacidad de relación con un objeto diferenciado y total, es la parte

complementaria de la capacidad para desarrollar una relación amorosa madura. La etapa de integración se da en el proceso de separación individuación y marca el comienzo de la constancia de objeto, iniciación de la fase edípica.

De igual forma, en la evaluación clínica familiar se mostró un sentir de que sus padres cuidaron y se preocuparon más por sus dos hermanos que por ella, justificando que de su hermano mayor se tuvieron que hacer mayor cargo, ya que éste siempre fue problemático y le iba mal en la escuela y que de su hermana también se ocuparon mucho, ya que es muchos años menor que ella y tiene un hijo con Síndrome de Down.

En sesión. la paciente manifestaba que estas situaciones habían sido normales y necesarias, por las situaciones antes mencionadas.

En supervisión, se identificó su facilidad de negación, como mecanismo de defensa, para encubrir una situación que podía ser muy dolorosa para ella, por lo que era más fácil negarla.

Los celos se siguen experimentando en los años siguientes con la aparición de cada nuevo hermanito. No cambia que el niño sea el consentido de la mamá, ya que las exigencias de amor de los niños no tienen medida, exigen exclusividad y no admiten ser compartidos (Freud, 1932-1936).

En sesión, Diana manifestó no saber cocinar y hasta las etapas iniciales del tratamiento, ella manifestaba “el otro día estaba tratando de hacer unos macarrones y no sabía qué se echaban en un platón con huecos, yo no sabía para qué era eso”.

Ella muestra una gran dependencia hacia Aurelio, ya que actúa como niña con respecto a él, cuando refiere que él la castiga al portarse mal y que está en todo su derecho. A la vez la paciente informa continuamente en sesión sus percepciones e ideas de las cosas, en base a lo que Aurelio piensa.

Paciente: “Aurelio me dijo: Diana tu tienes que hacerte cargo de ti misma, tu necesitas poner tu vida en orden y poder manejarte sin mí. Y él tiene toda la razón, yo pienso en lo que él me dijo y eso es lo que tengo que hacer, todo esto que él me dijo.”

“Diana tiene una incapacidad para pensar por ella misma, a la vez que Aurelio no la deja pensar” (notas de supervisión).

En las sesiones terapéuticas, se mostró cómo esta dependencia de Diana estaba afectando todo su entorno, ya que no se sentía capaz de hacer nada por sí misma y de relacionarse satisfactoriamente con los demás.

El celoso trata de tomar directamente el deseo del otro, cuyo objeto se quiere recuperar, ya que éste pone de manifiesto una pérdida (Lachaud, 1998).

Paciente: “Aurelio es muy mirón y siempre anda viendo a otras mujeres”.

Terapeuta: “Y ¿cómo te sientes cuando eso pasa?”.

Paciente: “Mal, porque yo siento que él ve a mujeres que son totalmente distintas a mí”.

Terapeuta: “¿Cómo así?”.

Paciente: “Bueno, a él le gustan flaquititas, fulas y blancas y yo no soy nada de eso”.

En supervisión, se evalúa la baja autoestima e inseguridad de Diana, puesta en esos momentos transferencialmente en la terapeuta, a la que percibía como superior a ella y con la cual no podía competir, de igual forma, en como generalmente se siente ella con el resto del mundo.

De mismo modo, con respecto a Aurelio, pareciera que si él no está, su mundo se pudiera derrumbar (notas de supervisión).

Después de completado un tiempo de terapia, se pudo evidenciar dentro de las sesiones que Diana estaba sintiendo, pensando y actuando por ella misma, haciéndose libre de tomar sus propias decisiones, aunque no fueran las mismas que las de Aurelio.

En la historia clínica, se mostraba cómo a nivel familiar sus padres siempre se habían hecho cargo de ella, le hacían todo y no la dejaban crecer.

Durante la terapia, Diana mostraba más independencia hacia su vida y su relación conyugal, lo cual trajo conflictos iniciales con Aurelio.

“Pareciera que a Aurelio le gusta y la necesita inmadura;” (supervisión). Y que si ella cambiara y se independizara, también le afectaba a él, a quien le gustaba hacer el papel de papá.

Este proceso inicial de cambios en Diana atentó contra el proceso terapéutico, ya que ésta en una sesión informó no saber si seguir asistiendo, ya que Aurelio le dijo que no viniera más, pero como ella

ya se encontraba en una etapa mas avanzada de terapia y cambios personales, pudo hacerse cargo de continuar con la terapia.

Esto implicó notoriamente una mejoría terapéutica, ya que muchas veces Diana se frenaba de pensar o actuar por ella misma, por temor a contradecir a Aurelio y que éste la abandonara, mostrando que este no era su principal temor (notas de supervisión).

Paciente: “Yo estoy cada vez menos dependiente de él, y por eso son las peleas”.

De igual forma, después de cinco años de relación de noviazgo, la pareja decide hacer un anexo en casa de los padres de ella y se mudan a vivir juntos como una pareja más formal.

A pesar de que la paciente mantiene una gran dependencia hacia sus padres, de los cuales no se ha podido separar, parece que ella ha logrado reforzar su relación de pareja, logrando vivir por primera vez juntos; a la vez que ella cada vez se hacia más cargo de sus decisiones diarias y de su propia vida, independientemente de Aurelio.

Paciente: “Ya le estoy cocinando todos los días a Aurelio y a mis hijos y le dije a mi mamá, que ella sólo se encargue de cocinarle a mi papá y que de vez en cuando puede venir a comer con nosotros”.

Terapeuta: “Y ¿cómo te sientes de estarte haciendo cargo de la casa?, en vez de que lo haga tu mamá”.

Paciente: “Es que como que cada vez tengo más control de las cosas y Aurelio está muy feliz con eso”.

Terapeuta: “Y ¿cómo te sientes tú con eso?”.

Paciente: “Yo me siento muy bien y en estos momentos estamos muy bien. Todo ha seguido bien y tranquilo con todos, con Aurelio y con mis hijos.

Finalizado el tratamiento con Diana, ella pudo ser y sentirse más independiente, logrando mejorar su relación marital y maternal. Diana superó su temor al abandono y de necesitar a otros para que se hicieran cargo de ella, mejorando su autoestima y seguridad en sí misma (notas de supervisión).

6.4 Preguntas de investigación

6.4.1 ¿De qué forma se pueden diferenciar los celos de la celotipia?

La revisión bibliográfica muestra que los celos son un sentimiento experimentado por todas las personas, desde la relación con los hermanos, padres, hasta llegar a la relación de pareja. A la vez para

que se den celos patológicos (celotipia), la relación con la madre o principal figura de apego es sumamente importante, la cual tendrá que ver con la intensidad o severidad de los celos.

Los celos son parte del proceso evolutivo, ya que muestran el apego hacia el objeto. El sentimiento que se genera al ver cómo el objeto le ofrece a otro lo que le pertenecía, lleva a que el sujeto empiece a experimentar los sentimientos de compartir necesarios para vivir en comunidad. Los celos se manifiestan en la relación del individuo con el otro, ante la posibilidad de pérdida por una tercera persona. En los celos, tiene que haber o sentirse un otro, lo cual no siempre tiene que ver con la pareja, sino con la representación mental de un tercero en su psique.

La celotipia es el estancamiento de este sentimiento de pérdida y más que contactar con el dolor de la pérdida, se centra en la hipervigilancia del otro como una forma de negar la necesidad. El sujeto se centra en el afuera y todo lo malo está puesto en el objeto, al cual persigue para convertirlo en aquello que experimentó en la infancia, evocando en la relación de pareja, situaciones pasadas no resueltas, existiendo predominancia de la agresión. En la celotipia, la relación con la madre y la vivencia de recibir de ella satisfacción, para luego perder lo obtenido por la presencia de otro, que recibirá lo que era del sujeto, es mucho más fuerte que el sentimiento de abandono. Si el sujeto no ha logrado la incorporación del objeto como fuente de gratificación y el otro es percibido como amenazante, entonces la satisfacción es interrumpida y aparece la agresividad como fuente principal de enlace con el objeto, el amor es invadido por el control, la posesividad y el sometimiento.

6.4.1.1 ¿Cómo son las relaciones objetales en una persona celotípica? Freud hizo referencia en 1937 que el primer objeto erótico del niño es el pecho materno que satisface, no sólo proporciona el alimento, sino que también puede cuidar, llevando al bebé a experimentar sensaciones corporales placenteras y displacenteras. Y es aquí en donde se fija el primer y más intenso objeto de amor en ambos sexos, y esto en la vida adulta, es trasladado a la pareja.

En la celotipia, la persona se sitúa en el afuera, estando todo lo malo puesto en la relación de objeto, (la pareja), para convertirlo en aquello que yo experimenté en mi infancia, en mis primeras relaciones objetales.

6.4.1.2 ¿Cómo se manifiestan los procesos de apego en una persona celotípica?

Los estilos de apego varían de una persona celotípica a otra, ya que en uno de los casos, la paciente presentó un apego ansioso-ambivalente y en el otro caso, apareció un apego desorganizado.

En la medida en que se da una falla en la incorporación del objeto, más necesidad existe por poseerlo. Es por esto que vemos en los dos casos, que el apego desorganizado se muestra más destructivo y el ansioso-ambivalente más inseguro y dependiente.

6.4.1.3 ¿Cómo está relacionado el complejo de Edipo con la celotipia?

Los celos patológicos no deberían darse, cuando se atraviesa satisfactoriamente el Complejo de Edipo. Una persona que no ha resuelto su Edipo, siempre percibe al tercero como intruso, competidor o privador de sus propias necesidades, al sentir la amenaza de ser excluido.

6.4.1.4 ¿De qué manera las relaciones tempranas con los hermanos influyen en una persona celotípica?

En ambos casos, las relaciones de hermanos fueron significativas para los pacientes, pudiendo encontrar en la literatura, de igual forma, una amplia muestra de cómo la relación de hermanos inicia o propicia los celos, refiriendo que el ser despojado del pecho materno por el nuevo intruso o hermano deja un sentimiento de rabia, tristeza y frustración.

De igual forma, es importante manifestar que aunque en todas las revisiones bibliográficas se le daba gran importancia a los celos entre hermanos como el inicio de los mismos. Este no es el detonante para que se vuelvan patológicos, ya que si al inicio el apego con la madre fue seguro y su posterior desarrollo y relación con estas figuras es satisfactorio, estos celos deben ser disipados.

6.4.2 ¿Cuáles son los principales cuadros psicopatológicos de la celotipia?

En este trabajo de investigación, incluimos dos clasificaciones de los celos, la de Sigmund Freud y la Karl Jaspers y para responder esta pregunta se consideró hacerlo desde la clasificación de Jaspers, ya que ésta considera los postulados de Freud.

Jaspers clasifica los celos en cuatro categorías: celos psicológicamente normales, celos morbosos, celos delirantes y delirio celotípico. En el caso de Roberta, se le puede ubicar dentro de unos celos delirantes, ya que sus ideas eran respondidas a su pareja de

forma destructiva, mientras que en el caso de Diana se le situó dentro de la categoría de celos normales, los cuales podían crecer en intensidad, pero luego se reestructuraban y se encontraba una justificación.

6.4.3 ¿Cuál es la relación entre envidia y celos?

Desde la línea evolutiva, la envidia es primaria y se da en el momento en que ocurre la idealización con la madre, ya que viene de la diada. En el momento que se idealiza se devalúa al objeto, al cual se le ponen atributos, teniendo entonces que devaluar ese objeto, pues tiene algo que no se tiene. En los celos tiene que haber ocurrido una evolución cognitiva y se refiere al temor a la pérdida del amor, a perder al otro y de que este otro puede tener algo que ya se tenía y no lo quiere perder.

A la envidia la mueve el ataque al otro y en los celos, los mueve el temor a la pérdida del otro, por lo que se tiene que haber reconocido al objeto amoroso y en la envidia no se reconoce al objeto como algo separado.

6.4.3.1 ¿De qué manera el proceso de gratitud interviene en los celos? Cada vez que un objeto es percibido como bueno, más vorazmente es deseado, pudiendo crear envidia, odio y daño, pero cuando estos sentimientos son pasajeros, el objeto bueno puede volver a ser recuperado y consolidado, creando un yo fuerte en la persona. “El sentimiento de gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad para amar” (Klein, 1957). Cuando la envidia aparece y se ha dado un buen vínculo entre la madre y el bebé, el niño puede vencerla, ya que manifiesta una capacidad para amar, pudiendo experimentar una satisfacción plena.

Una persona que ha podido desarrollar esta capacidad para amar en relación con sus primeras relaciones de objeto, las cuales le dieron una base de seguridad y confianza, pueden involucrarse satisfactoriamente en sus relaciones posteriores de pareja, mientras que por el contrario, una persona que no pudo establecer una relación de gratitud, le será muy difícil creer que existen personas buenas y en las cuales confiar, y esto es una base para el desarrollo de los celos.

6.4.3.2 ¿De qué manera el amor sexual maduro repercute en los celos?

“La excitación sexual se origina en el contexto de las experiencias agradables de las primeras relaciones familiares y entre el infante y el cuidador, y culmina con la centralidad plena de las sensaciones genitales en la pubertad y la adolescencia”. La elección de un objeto sexual transforma la excitación sexual en deseo erótico. “El deseo erótico incluye el anhelo de una relación sexual con un objeto particular” (Kernberg, 1995).

El amor sexual maduro expande el deseo erótico y lo lleva a una relación con una persona en particular. La activación de las relaciones inconscientes del pasado y las expectativas conscientes de una vida futura como pareja se combinan, poniendo en marcha el ideal del yo de ambos. Y este amor sexual maduro reconoce el compromiso que se adquiere en los ámbitos del sexo, emociones y valores. La ternura refleja entonces una integración de las representaciones libidinales y agresivas del self y el objeto, tolerando la ambivalencia.

Las personas que han podido desarrollar un amor sexual maduro, dado por las relaciones positivas con las figuras del pasado, desarrollan una madurez psíquica para el amor, lo cual provee a la pareja de sensaciones positivas y placenteras libres de celos.

6.4.4 ¿Cómo se afecta la relación de pareja por la celotipia?

Hemos visto hasta el momento que no es lo mismo los celos que la celotipia, ya que en una celotipia se ve afectado el otro, que es la pareja, en donde se deposita la agresión.

En los dos casos atendidos, se pudieron observar iguales manifestaciones con respecto a los celos y la celotipia y lo que varió fue su intensidad y severidad. Estas manifestaciones fueron las siguientes:

1. Desconfianza e inseguridad hacia el otro.
2. Sentimiento de temor a la pérdida y al ser abandonado por la pareja.
3. Búsqueda constante de signos que delaten una infidelidad (revisar carteras, correos electrónicos, celulares, correspondencias y facturas de estados de cuentas de las tarjetas de crédito).
4. Reproches y peleas en relación a dónde se mueve el cónyuge, las horas de llegada y el tiempo que permanece afuera.
5. Percepción real o imaginaria de que la pareja está flirteando o relacionándose con otra persona.

En una persona celosa, pero que no presenta una celotipia, estas manifestaciones se pueden dar en niveles bajos, sin repercutir o afectar la díada relacional, pero en una persona celotípica, estas manifestaciones van a estar dadas en relación a la destrucción del otro (la pareja), ya que todo lo malo está representado en esa otra persona, y que en muchos casos, llevan a la terminación de la relación de la pareja.

6.4.4.1 ¿De qué forma el sistema familiar puede ser afectado por la celotipia?

Así como se ve afectada la pareja cuando existe una celotipia, también se afecta toda la familia, ya que desde la perspectiva sistémica, cada sub-sistema familiar está relacionado con el otro y si en el sistema principal (díada conyugal) existen conflictos severos, esto va a repercutir significativamente en los hijos y, por lo tanto, en todo el sistema familiar.

CAPÍTULO 7
HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

1. La matriz de esta investigación consistió en ubicar a dos pacientes celotípicas, con las cuales se pudiera evaluar la psicodinámica de sus celos. En los casos expuestos, se pudieron encontrar similitudes y diferencias. Estas similitudes fueron las siguientes:
 - Necesidad de terapia, partiendo del deseo de mejorar la relación de pareja, partir de una terapia individual (idea de que al desaparecer los celos, la relación iba a mejorar).
 - Núcleo familiar intacto (padres casados o unidos hasta la fecha).
 - Aparente infidelidades de los padres.
 - Ambas pacientes eran hermanas mayores y manifestaban una celotipia fraterna.
 - Sentimientos de abandono (padres, pareja, hermanos, hijos).

2. Entre las diferencias significativas, pudimos encontrar que las pacientes manifestaban tipos de apego distintos. El tipo de apego en Roberta mostraba su forma de manifestar sus ansiedades, producto del sentimiento de pérdida. El apego desorganizado muestra una falla en la integración de los impulsos agresivos y la predominancia de la envidia. Frente al sentimiento de abandono, Roberta experimenta un duelo que reactiva las ansiedades persecutorias. Ella ve a las mujeres como posibles rivales, lo que muestra una envidia hacia ellas y hacia el esposo, ya que las “rivales madres” poseen lo que ella quiere, y esto lleva a atacar al esposo, destruyendo su propio éxito. El acting de la paciente muestra su control omnipotente, en donde la omnipotencia le hace sentir la fusión con el objeto, por un lado, niega que lo necesita porque ella misma lo es todo y por otro lado, lo lástima para negar su dependencia. Predominando la tendencia envidiosa de dañarse a sí misma, con tal de provocar un daño mayor a la pareja.

3. En el caso de Diana, el apego era inseguro, mostrando los celos como una manifestación de querer obtener seguridad. Por su historia, ella se ve incapacitada para pedir y recibir satisfacción, lo que la lleva a apegarse a las características y conductas del objeto para evitar contactarse con las propias ansiedades y necesidades afectivas. Diana quedó fijada en una etapa temprana del desarrollo, comportándose como una niña e incapacitándose para relacionarse como adulta en sus relaciones de pareja y relaciones maternas. Al parecer, Diana siempre ha tenido una necesidad de relacionarse con el padre, y éste no ha podido satisfacer esta necesidad, lo cual se puede relacionar a los propios abandonos vividos por el padre en su

infancia (sus propios padres lo dejan al cuidado de una señora en la ciudad de Panamá, y a la fecha no los conoce). Diana aprende a relacionarse con su padre, como una niña, pues parece que ésta es la única forma en que el padre puede atender sus necesidades (regañando, poniendo directrices, etc.). Diana necesita al padre (edipícamente) y la presencia de un otro (madre y hermanos) le resulta amenazador y no lo puede tolerar. En su relación de pareja, ocurre lo mismo, Diana necesita relacionarse como niña (en donde Aurelio, le brinda seguridad y le dice que hacer), pero al tener que relacionarse como adulta en situaciones sociales, aparecen los celos, percibiendo la presencia del otro como un aspecto narcisista, en donde pierde algo que es suyo y esto afecta su propio self y valía. Los celos llegan a ser una manifestación de sus deseos, pero ella no los conecta con sus inseguridades. Lo predominante de esta inseguridad, viene arraigado por las historias de abandono vividas transgeneracionalmente por toda su familia:

- Abandono del padre por sus respectivos padres biológicos.
- Abandono del padre a la madre, al nacimiento de Diana (el padre veía a la familia sólo los fines de semana, pues trabajaba en Panamá).
- Abandono del padre a Diana (no sabía como relacionarse con ella).
- Sentimiento de pérdida del amor de los padres, al nacer los hermanos.
- Diana es abandonada por sus dos parejas, de las cuales queda embarazada de sus dos hijos.
- Abandono de sus propios hijos (sus padres son los que se ocupan del cuidado de los éstos).

4. Cuando en una relación de pareja predomina el control y la agresión, existe un deterioro en la capacidad para amar, la pareja no puede contener los impulsos agresivos y la fusión implícita de la relación, reactiva los conflictos preedípicos. Ambas pacientes muestran la incapacidad para mantener la bondad de los objetos, las domina las necesidades insatisfechas. En el caso de Roberta, el deterioro es mayor, ya que su incapacidad para mantener su gratitud instaura la ansiedad persecutoria, perdiendo por completo el objeto primario, utilizando los mecanismos de desintegración. La voracidad y la envidia incrementan su ansiedad persecutoria, el resultado se observa en la incertidumbre que tiene acerca de la bondad del objeto, y esto la lleva a que aumente la voracidad y los impulsos destructivos. En el caso de Diana, ella no reconoce a su pareja como el otro que no sea todo,

sino que espera que él lo sea todo. En ella, los celos son una forma de obsesión, tal como lo señala la Enciclopedia Didáctica de la Sexualidad, la obsesión infundada en personas con sentimientos de inferioridad y de baja autoestima las lleva a dudar y deformar cualquier situación que sientan desfavorable, por lo que estas personas se sienten susceptibles de ser abandonadas por sus parejas.

5. Es evidente la manifestación de los celos fraternos en ambos casos. En el caso de Roberta, se observaban en comentarios, tales como: mi hermano siempre durmió en la habitación con mis padres, tenía la habitación más grande, etc. Comprobándose los celos fraternos, ya que en una sesión manifestó no querer que su hermano muriera en Iraq (como una fantasía de aniquilación, en una negación de la negación, tal como lo dice Bergeret (forclusión). En el caso de Diana, la misma manifestaba: yo sé que mi hermano siempre requirió más cuidado; pues se portaba mal y mi hermana por ser la menor, también recibió mas atención y más aún cuando tuvo un hijo con Síndrome de Down, observándose también unos celos fraternos, pero con menor intensidad que en el caso de Diana.
6. Después de concluir lo observado, en términos de un riguroso análisis intrapersonal acerca de la naturaleza de la celotipia, podemos también brindarle nuestra atención hacia la importancia de cultivar, fomentar y enriquecer las relaciones sanas entre las parejas, ya que la naturaleza de una relación de pareja estable y funcional va a influir significativamente en la relación de estos padres con sus hijos y en la manifestación o no de una celotipia, como resultado de una adecuada interacción entre la madre y el infante desde el nacimiento. Unos padres que se sienten bien en su relación de pareja, se van a relacionar mejor en su relación con sus hijos, que unos padres con una relación disfuncional.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Gayou, J. L. (2003/2005). *Cómo hacer investigación cualitativa*. (1ª Reimpresión). México: Editorial Paidós.
- Aristóteles (340 bc). The complete Works of Aristotle. [Obras completas de Aristóteles]. <http://en.wikipedia.org/wiki/talk:Jealousy>.
- Bion, W. (1976). *The bulletin the British Psychoanalytical Society*. [El boletín de la Sociedad Psicoanalítica Británica]. (8a edición). British.
- Bowlby, J. (1969/1998). *El Apego*. Argentina: Ediciones Paidós Iberica.
- Bowlby, J. (1982). *Los cuidados Maternos y la Salud Mental*. (4ª Edición). Argentina: Editorial Hvmánitas.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and Latin human development [Una base segura]*. Estados Unidos: Editorial Basic Books.
- Briones, G. (2002, Octubre). Metodología de la investigación en las ciencias sociales y en el derecho. Ponencia presentada en el Seminario Internacional, Chile.
- Caratozzolo, D. (2002). *Parejas en crisis*. Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- De Cervantes, M. (1650/2000). *Novelas Ejemplares, II*. España: Ediciones escolares, S.L.
- Dunn, J y Kendrick, C. (1982). *Siblings, love, envy and understanding*. [Hermanos, amor, envidia y entendimiento]. Londres: Grant McIntyre.
- Fenichel, O. (1931/1988). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. (3ª Reimpresión). México: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1886-1899/1996). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. Obras Completas. (5ª Reimpresión, Vol I). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1900/1996). *La interpretación de los sueños primera parte*. Obras Completas. (7ª Reimpresión, Vol IV). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1901-1905/1996). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Obras Completas. (9ª Reimpresión, Vol VII). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1906-1908/1996). *El delirio y los sueños en la Gradita de W. Jensen y otras obras*. Obras Completas. (4ª Reimpresión, Vol IX). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1910/1997). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras*. Obras Completas. (5ª Reimpresión, Vol XI). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915-1916/1997). *Conferencias de introducción al Psicoanálisis (Partes I y II)*. Obras Completas. (7ª Reimpresión, Vol XV). Argentina: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1916-1917/1996). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras Completas. (6ª Reimpresión, Vol XVI). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920-1922/1997). Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Obras Completas. (7ª Reimpresión, Vol XVIII). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923-1925/1997). *El yo y el ello y otras obras*. Obras Completas. (7ª Reimpresión, Vol XIX). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1932-1936/1997). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*. Obras Completas. (5ª Reimpresión, Vol XXII). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1937-1939/1997). *Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras*. Obras Completas. (5ª Reimpresión, Vol XXIII). Argentina: Amorrortu editores.
- Furman, W. y Flanagan, A. (1997). The influence of earlier relationships on marriage: An attachment perspective. [La influencia de las relaciones tempranas sobre el matrimonio]. En W.K. Halford y H.J. Markman (ed.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. United States: John Wiley & Sons.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Gispert, C., Gay, J. y Vidal, J. (Ed.). (1996). *Enciclopedia de la Sexualidad*. (Vol 2). España: Editorial Océano.
- Goldin, A. (1992). *Freud explica*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Griffin, E.W. y De la Torre, C. (1983). *Sibling jealousy: the family with a new baby* [Celos fraternos: La familia con un nuevo bebé]. United States: American family physician.
- Guardián-Fernández, G. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. Costa Rica: Colección Investigación y Desarrollo.
- Jasper, K. (1910). *Escritos psicopatológicos*. Extraído el 18 de diciembre de 2006, de <http://www.monografias.com/trabajos7/fece/fece.shtml>
- Kaédi, A. E. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México: Editorial Prentice Hall.
- Kernberg, O. (1995/1997). *Relaciones amorosas: Normalidad y patología*. (1ª Reimpresión). Argentina: Editorial Paidós.
- Klein, M. (1957/1994). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Obras Completas. (2ª Reimpresión, Vol 3). España: Editorial Paidós.
- Lachaud, D. (1998). *Un estudio psicoanalítico de su diversidad*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego*. Un enfoque actual. España: Editorial Psimática.

- Mattinson, J. (1988). Traición a la confianza. En Ruzsyczynski, S (Ed.), *Psychotherapy with couples: theory and practice at the Tavistock Institute Marital Studies*. [Psicoterapia con parejas: Teoría y práctica en el Instituto de Estudios Maritales de la Tavistock]. (1993). Estados Unidos: Editorial Karnac.
- Ortigosa, J. M. (1999). *El niño celoso*. España: Editorial Pirámide.
- París, Carmela. (Ed.) (1995). *Enciclopedia Didáctica de la Sexualidad*. España: Enciclopedias Planeta.
- Pittman, F. (1994). *Mentiras privadas. La infidelidad y la traición de la intimidad*. Argentina: Amorrortu editores.
- Recio, F. (1998). Análisis del discurso y teoría psicoanalítica. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Ed.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (p. 481). España: Editorial Síntesis Psicología.
- Rodríguez S., C. (1998). La entrevista psicológica. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Ed.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (pp. 244- 245). España: Editorial Síntesis Psicología.
- Romero, F. (2005). *La envidia y su relación con el "mal de ojo"*. Tesis de Doctorado, México.
- Scharf D. y Scharff J. (1991). *Object relations & couple therapy* [Relaciones objetales y terapia de parejas]. United States: Paperback.
- Scribano, A. (2000). *Reflexiones epistemológicas sobre la investigación cualitativa en Ciencias Sociales*. [www.moebeio.uchile.cl/08/scribano.htm], p. 2-3.
- Selles, A. (1999). *Estudio criminológico del homicidio pasional en hombres y mujeres en la ciudad de Panamá*. Panamá: Editorial Ciudad Universitaria.
- Stake, R. E. (1995/1998). Investigación con estudio de casos. (2ª Edición). Madrid: Editorial Morata.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. La búsqueda de significados. Argentina.: Editorial Paidós.
- Tellenbach,H. (1969). *Melancolía*. España: Editorial Morata.
- Van Sommers, P. (1989). *Los celos*. España: Editorial Paidós.
- Weber, G. (1999). *Felicidad dual*. Bert Hellinger y su psicoterapia sistémica. Barcelona: Editorial Herder.